

MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7; półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. O pierwszym objawie władu i o znaczeniu odruchu ze ścięgna Achilles'a. Przez S. Goldflama. — O wydzielaniu kwasu szczawowego, indykanu i siarczanów związanych w cukrzyey pod wpływem żywienia. Podał W. Moraczewski. (Dokończenie). — O działaniu wody Kissingen przy piciu jej domowem. Podał Feliks Arnstein. — WYKŁADY KLINICZNE. Leczenie ostrego i przewlekłego zapalenia nerek. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 34. Tracheotomia i intubacja jako zabiegi operacyjne, stosowane przy zwężeniu krtani w błonicy. 35. O śmierci od chloroformu wskutek paraliżu serca. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 15 kwietnia r. b. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Goldflam — Sur le premier symptôme de l'ataxie locomotrice progressive et sur le réflexe du tendon d'Achille. 2) D-r W. Moraczewski — Sur l'élimination de l'acide oxalique, de l'indoxyl et d'acide sulfurique aromatique dans le diabète sous l'influence de la nourriture.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Goldflam — Ueber das erste Symptom der Rückenmarksschwindsucht und ueber den Reflex der Achillessehne. 2) D-r W. Moraczewski — Ueber die Ausscheidung der Oxalsäure, des Indicans und der gebundenen Schwefelsäure bei Diabetes unter dem Einfluss von Diät.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

O PIERWSZYM OBJAWIE WIĄDU i o znaczeniu odruchu ze ścięgna Achilles'a.

Przez

S. GOLDFLAMA.

Stwierdzenie faktu, że odruchy ścięgniste — głównie zajmowano się kołanowymi — w władzie ulegają wczesnie zaburzeniom (osłabienie, nierównomierność i wyczerpanie się przy wielokrotnem opukiwaniu odnośnego ścięgna, nierówność z obu stron, zupełny brak), przyczyniło się między innymi do tego, że obecnie potrafimy rozpoznać chorobę wczesniej, niż dawnymi czasy. Mówi się o poczynającym się władzie, gdy istnieje znana trójca objawów (charakterystyczne bóle, objaw WESTPHAL'a i objaw ARGYLL-ROBERTSON'a); już bardzo uzasadnione jest podejrzenie istnienia tej najczęstszej z chorób rdzenia, gdy tylko dwa z rzeczonych objawów dają się skonstatować, zazwyczaj owe bóle typowe wraz z objawem WESTPHAL'a, bądź też z objawem ARGYLL-

ROBERTSON'a. Nie dotykam tu innych objawów, jak zaburzenia urynowania, funkcji płciowej, czucia skór nego, objaw ROMBERG'a, porażenie mięśni ocznych, zaburzenia wzroku (*atrophia n. optici*), uczucie opasania, ociążałości nóg, *crises gastriques*, zmiany w stawach i t. d., które przecież nierzadko zjawiają się na początku choroby i posiadają wielką doniosłość dyagnostyczną; chcę zatrzymać się jedynie na najczęstszym typie poczynającego się wiądu o wzmiankowanej trójcy objawów. Okazało się, że przypadki poczynającego się wiądu, być może, częściej przytrafiają się w praktyce, niż formy zupełnie już rozwinięte z niezbornością, porażeniami, wybitnymi zmianami czucia i t. d. Jednakże przy dokładniejszym badaniu daje się stwierdzić, że i ten początkowy okres wcale nie jest tak wczesny; wywiady pouczają, że niektóre objawy, zwłaszcza owe charakterystyczne bóle, trwają już lata. Byłoby ciekawem wykryć, który właśnie objaw z rzeczony trójcy najwcześniej zazwyczaj występuje na jaw. Że chorzy podają owe bóle, jest rzeczą zrozumiałą, albowiem ani objaw WETPHAL'a, ani ARGYLL-ROBERTSON'a nie podlegają uświadomieniu. Kiedy zaś chorzy stają się przedmiotem obserwacji lekarskiej, to już pewien czas od początku cierpienia minął, i istnieje zazwyczaj rzeczona trójca, bądź też dwa z jej objawów, które zwykle dość szybko postępują po sobie.

Dla rozwiązania odnośnej kwestyi, mianowicie, który objaw najwcześniej zazwyczaj występuje, należałoby użyć przypadków takich, w których udaje się chorego obserwować w ciągu lat całych od początku jego dolegliwości, a i przebieg choroby jest bardzo przewlekły, pierwszy okres rozciąga się na dziesiątki lat.

Posiadam kilka takich spostrzeżeń, które dowodzą, że istotnie bóle są zazwyczaj najwcześniejszym objawem w stosunku do innych t. zw. przedmiotowych oznak choroby.

Jeden z nich podaję: T. 46 lat po raz pierwszy widziałem w maju 94 r. Przed 20 laty *ulcus durum*; tylko 20 wcierań szaruchy (lekarz ordynujący nie był pewny rozpoznania przymiotu). Potem wystąpiły dolegliwości ze strony odbytnicy, które początkowo leczone były rtęciowemi pigułkami, ustąpiły wszakże dopiero po usunięciu operacyjnem guzów krwawniczych. Od lat 10 bóle nóg napadowe, bardzo mocne, błyskawiczne, wciąż powracające do jednego i tego samego ograniczonego miejsca kończyny; napad zazwyczaj rozpoczyna się w nocy, trwa 12 godzin do 3 dni; po tygodniu do miesiąca wraca napad bólu w innem miejscu kończyn, przestanki zaś są całkiem wolne od dolegliwości. Zmiany powietrza jakoby wpływają na powstawanie ataków, które chory uważa za reumatyzm; salicylany łagodzą je. Przed kilku laty chory ożenił się, ma tylko jedno zdrowe dziecko, żona jego nie roniła.

Najdokładniejsze badanie chorego, mężczyzny bardzo krzepkiego, nie zdołało wykryć żadnych zgoła zбочeń od normy w odruchach ścięgnistych, źrenicach, sferze czucia i t. d. Jednakże opis bólów był tak typowy — napadowe występowanie w ograniczonym miejscu nóg, przeszywający charakter, niezwykle nateżenie, peryodyczne powracanie i zmiana miejsca — żem powziął duże podejrzenie o istnieniu wiądu, ile że i przymiot figurował w wywiadach.

Widziałem chorego po 6 latach powtórnie. Napady bólów nie zwolniały; ostatni trzymał chorego przez 3 tygodnie w łóżku. Teraz dopiero okazało się, że obawa moja była uzasadniona: źrenice wąskie, nierówne ($p. < l.$), nie oddziałują na światło, kurczą się zaś dobrze przy konwergencji i ako-

modacyi; z odruchów ścięgnistych brak tylko lewego ze ścięgna ACHILLES'a, wszystkie inne istnieją. Po miesiącu już i prawy odruch ACHILLES'a nie dał się wywołać, czucie na nogach przedstawiało zmiany wybitne (zdwojenie czucia przy ukłuciu, najpierw czucie dotyku, potem dopiero bólu, długie trwanie i sumowanie się tego ostatniego)

Następnie widziałem chorego w kwietniu 1901 r., po 30 wcieraniach szaruchy w Trenczynie. Napady bólów zjawiają się jeszcze częściej i silniej; prawy odruch ACHILLES'a daje się otrzymywać, lewego stale brak: odruchy kolanowe są żywe; po zatem jak powyżej.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że mamy do czynienia z przypadkiem poczynającego się wiałdu. Godny uwagi jest jedynie fakt, że obserwacya lekarska stwierdziła, iż istotnie typowe bóle trwały jako jedyny objaw w ciągu długiego czasu, więcej niż lat 10, nim zjawily się potwierdzające dyagnozę t. zw. obiektywne oznaki, jako to: objaw ARGYLL-ROBERTSON'a, brak jednego odruchu ACHILLES'a, typowe zmiany czucia skór nego. Można więc słusznie twierdzić, że w tym przypadku owe bóle charakterystyczne stanowiły najwcześniejszy objaw i o długie lata wyprzedziły wszelkie inne. ERB¹⁾ podaje przypadki, w których podmiotowe objawy istnieją od szeregu lat, a pomimo to obiektywne oznaki są nieliczne

Powyższy i jeszcze podobne przypadki przekonały mnie, że bóle stanowią często pierwszy objaw wiałdu. Jeszcze raz zaznaczam, że w żadnym razie nie jest to ogólną zasadą. Albowiem, jakkolwiek bóle należą nie tylko do najwcześniejszych, lecz i do najstalszych objawów wiałdu, to jednak trafiają się przypadki, w których są one bardzo słabo wyrażone, a nawet, wyjątkowo co prawda, brakną całkowicie. Najczęściej bóle te właśnie kierują chorego do lekarza, a nierzadko dosięgają takiego stopnia, że czynią z wiałdu chorobę, połączoną z największą męczarnią. W wielu zaś przypadkach mają one łagodniejszy charakter, nawet w ciągu całego trwania choroby; chorzy nie zwracają wcale uwagi na swój „reumatyzm“ i jedynie badani w tym kierunku oświadczają o nich; lecz rodzaj tych bólów, ich napadowe występowanie, błyskawiczny, przesywający charakter pojedynczych wyładowań w jednym ograniczonym miejscu, zmiana lokalizacyi przy następnym napadzie z uprzywilejowaniem pewnych okolic i wiele innych jeszcze cech pozostają te same i nie tracą nic na doniosłości rozpoznawczej. Możliwość w tych razach mówić o bezbólowym wiałdzie (*tabes indolens*), który zazwyczaj miewa i przebieg łagodniejszy, tembardziej, że niektórzy chorzy stanowczo negują jakiegokolwiek bólów dolegliwości, natomiast uskarżają się na rozmaite parestezye.

Do nadzwyczaj rzadkich należą chyba przypadki, w których brak zarówno bólów, jak parestezyi; ja nie spostrzegalem podobnego.

Byłoby zbyt cennym opisywać bóle, właściwe wiałdowi. Przypomnę jeno, że zazwyczaj nie odpowiadają one przebiegowi nerwów; tylko w bardzo nielicznych przypadkach widziałem, że trzymały się pewien czas zakresu nerwu kulszowego i mogły symulować rwę kulszową. Znana jest też nadczułość w miejscu lokalizacyi bólu; niekiedy obrzmiewają powierzchowne żyły tych miejsc, a nawet obrzmiewa cała skóra i pokrywa się pęcherzykami, które niebawem po ukończeniu napadu zasychają i giną. Jak silnie niekiedy wstrząsają bóle wiałdowe ogólną ekonomią ustroju, dowodzą przypadki, w których

¹⁾ Zur Frühdiagnose der Tabes. Münch. med. Woch. 1900. Nr. 29.

bólom towarzyszy gorączka; ja spostrzegąłem chorego, u którego w razie wystąpienia szczególnie silnych bólów w wielu miejscach jednocześnie ciepłota podnosiła się do 40°, u wielu zaś bólom towarzyszyła gorączka 38°. Ciekawa jest również naprzemienność bólów i innego napadowo występującego objawu, mianowicie *crises gastriques*; widziałem przypadki, w których regularnie po przeminięciu napadu *crises gastriques* następował atak bólów i *vice versa*. Nie rzadko też bóle są tą przyczyną, która powoduje upośledzenie odżywiania.

Tam, gdzie bóle występują w typowej postaci, są one, rzecz można, najbardziej charakterystycznym objawem wiałdu. Boć objaw WESTPHAL'a jest właściwy wielu jeszcze innym cierpieniom, jak *neuritis*, *poliomyelitis* i t. d. I nieruchomość zwrotna źrenic nie jest również własnością jedynie wiałdu; spotyka się ją w syfilisie, porażeniu postępującem, guzach mózgowia i t. d. Jedynie bóle występujące w owej typowej, właściwej wiałdowi formie, zdają się być przynależnością rzeczony choroby. Ja przynajmniej nie spotykałem ich w żadnej innej chorobie, ani w moczówce cukrowej, w rozsianem zapaleniu nerwów, zapaleniu opon rdzeniowych, ani w nerwicach czynnościowych, rozszerzeniu żył na nogach, reumatyzmie mięśniowym. Gdzie bóle istniały w typowej swej formie, tam, o ile spostrzeżenie było dostatecznie długotrwałe, z czasem ujawniał się wiałd; to też nie waham się mocno podejrzewać tego cierpienia nawet wtedy, jeśli bóle stanowią jedyny objaw.

(D. n.).

O WYDZIELANIU KWASU SZCZAWIOWEGO, INDIKANU I SIARCZANÓW ZWIĄZANYCH w cukrzycy pod wpływem żywienia.

Podał

D-r WACŁAW MORACZEWSKI

(z kliniki lekarskiej uniw. lwowskiego prof. d-ra R. Gluzińskiego).

(Dokończenie). — Zob. Nr. 22).

Doświadczenia nasze, robione na trzech różnych przypadkach cukrzycy, uczą nas, że kwas szczawiowy, aczkolwiek w wielu razach zachowuje się podobnie, jak indykan, przeciw stałego stosunku z nim nie tworzy. Gotowiśmy bronić nadal zapatrywania, że choroby, prowadzące do podniesienia ilości indykanu, zwykle powodują znaczniejsze wydzielenie kwasu szczawiowego; rozporządzamy wynikami kilku doświadczeń, wykonanych na ludziach, cierpiących na wątrobę, gdzie zarówno indykan, jak i kwas szczawiowy były powiększone. Z tablic naszych widać, że jednakie przyczyny oddziałują na oba ciała, ale o rozszerzeniu HARNACK'owskich spostrzeżeń na cukrzycę dotychczas mowy niema.

Widzieliśmy dalej, że przy wydzielaniu cukru kwas szczawiowy bywa większy, że czasem dochodzi do tak wielkich rozmiarów, jakich nie można spotkać w typowych oksalurjach (KLEMPERER i FLITSCHLER).

Obok kwasu szczawowego przynajmniej w tym przypadku postawić należy prócz indykanu aceton z większą może nawet słuszością. To, co o ciele tem wiemy, zgadza się bardzo z tem, co spostrzegliśmy w zachowaniu się kwasu szczawowego. Bardzo być może, że dużo innych ciał organicznych wytwarza się w tych warunkach w ustroju, i że do wytwarzania szczególnie uspasabiają tłuszcze.

Dowodem tego jest zachowanie się siarczanów związanych, tych „wylawiaczy“ wszelkich ciał aromatycznych i niearomatycznych. Tłuszczowa dyeta we wszystkich przypadkach podniosła ich ilość, i nie tylko my zaznaczamy to dziwne zachowanie się. BENEDIKT (48) w cennej swej pracy dowiódł, że siarka ustroju nie jest szczególnie związana z ilością białka, albowiem wydziela się stosunkowo najobficiej przy żywieniu się chlebem. Przypisuje zatem organizmowi pewnego rodzaju własności wydzielania tej lub innej ilości siarki związanej lub organicznej.

Że dyeta tłuszczowa podnosi ilość aromatycznej siarki, o tem przekonać się można z bardzo długich i starannych doświadczeń, które W. BACKMAN (50) robił nad sobą. PETRY (47) poddał badaniu siarkę łatwo odszczepiającą się w białku i produktach trawienia (mocz) — i przekonał się, że wcale nie ma zależności pomiędzy ilością tej siarki w żywności i w moczu. Przeciwnie, pożywienie najmniej obfitujące w siarkę, dawało stosunkowo dużo siarki, a białko, uważane za główne źródło siarczanów związanych — mniej. W tym samym duchu przemawia BENDIX (49), choć praca jego dotyczy cukrów, nie siarki. Udało mu się dowieść, iż białka, odszczepiające znaczną ilość cukru nie wytwarzają przy żywieniu tyle glikogenu w wątrobie, co białka, które grup cukrowych prawie nie mają, np. sernik. Spalanie w organizmie nie jest zatem zawisłe jedynie od materiałów podanych i przy normowaniu diety niezawsza można liczyć na to, że reakcja przebiegnie w tym kierunku, jaki zwykliśmy uważać za prawdopodobny. Ani kwas szczawowy nie jest tylko niespalonym cukrem, ani siarka aromatyczna tylko skutkiem gnicia białek. Nie znaczy to bynajmniej, żeby nie była tem w części lub w niektórych razach.

Dalsze wyniki pracy raczej dotyczą wpływu diety na cukrzycę. Jeżeli trzeba było nowego dowodu, jak dobrze wpływa na wydzielenie cukru dyeta roślinna, to dowód ten wyczytać można w przypadku III, obserwowanym bardzo dokładnie.

Prace NOORDEN'a i jego uczniów wyczerpały prawie ten temat.

Dawne nasze spostrzeżenie, wynikłe z obserwacyi, że cukrzyca traci wapno, i że dodatek fosforanu wapna jest pożyteczny, zostało ponownie skontrolowane. Pomimo że nie wszyscy badacze wpływ fosforanu wapna na wydzielenie cukru przyznają, nie można zaprzeczyć, że wpływ ten uwidocznili się zarówno w dawniejszych naszych doświadczeniach, jak i w najświeższych. Nie da się oczywiście porównać do tego, jaki ma dyeta lub głodzenie, ale ślady wyraźne zostawia. Zresztą, gdyby tylko wpływ alkalizowania brać pod uwagę, już dla tego samego fosforanu wapna mógłby być zalecony. Szczególny związek zachodzi pomiędzy dodaniem wapna a wydzielaniem siarczanów związanych i indykanu, które pod tym wpływem wydzielają się obficie.

Zestawiając nasze wyniki, możemy powiedzieć, że kwas szczawowy nie wydaje nam się szczególną cechą cukrzycy, ani w wydzieleniu nie odgrywa

osobnej roli, że raczej jest przejawem ogólnej zmiany w odżywianiu i towarzyszy innym ciałom organicznym, które w moczu spotykamy w tych razach.

Prof. dr. A. GLUZIŃSKIEMU, w którego klinice wykonane były powyższe doświadczenia, dziękuję za pozwolenie używania materiału klinicznego,

LITERATURA.

- 1) MORACZEWSKI v. W. Centr. f. inn. Med. 1901. Nr. 28. Virchow's Archiv 151. p. 22. Zeitschr. f. klin. Med. 13. 34. p. 1. 2) HAAS. Oxalurie etc. Inaug. Dissert. Brun. 1894. 3) SENATOR. Medic. Centralbl. 1877. Nr. 20. 4) CANTANI. Speciell. Path. des Stoffwechsels Berlin 1880. 5) NEIDERT. München. medic. Woch. 1890. p. 590. 6) KOBERT i KUESSNER. Virch. Arch. B. 78 p. 209. 7) KROHL. Arbeit d. pharmac. Inst. zu Dorpat. 1891. 8) CASPARI. Inaug. Dissert. Berlin. 1895 cit. nach Hamm. 9) FUERBRINGER. Deutsch. Arch. f. klin. Med. B. 18 p. 143. 10) OTTO. Pflügers Arch. f. ges. Phys. B. 33 p. 607. 11) A. GILBERT et E. WEIL. Compt. rend. d. soc. biol. T. 55. 12) F. SCOTTI. Nuova Revista. 1899 A. II. p. 402. 13) RABAIOLI. Il policlinico. 1900. 14) E. REALE. Centr. f. Stoff. u. Verdaungs. I. p. 151. 15) E. HARNACK. Zeit. f. physiol. Chem. B. 29. p. 205. 16) BULUHEIM. Zeit. f. physiol. Chem. B. 25, p. 296. 17) Paul MAYER. Deut. med. Wochenschr. 1901, Nr. 16, 17. 18) H. LUTHIE. Centr. f. inn. Med. B. 20, p. 969. Zeit. f. klin. Med. B. 39. p. 397. 19) SALKOWSKY. Centr. f. med. Wissensch. 1899. Nr. 16. Zeitschr. für physiol. Chem. B. 29. p. 437. Berlin. klin. Wochen. 1901. Nr. 20, p. 434. 20) WESLY MILLS. Virch. Arch. B. 99. p. 305. 21) PIERALINI. Virch. Arch. B. 160. p. 173. 22) STRADOMSKY. Virch. Arch. B. 163, p. 404. 23) GALLOIS. Comp. Rend. T. 44. p. 734. 1857. 24) NEUBAUER. Annal. d. Chem. u. Ther. B. 99. p. 206. 25) KLEMPERER u. TRITSCHLER. Zeit. f. klin. Med. B. 44. p. 337. 26) LOEMMEL. Deutsch. Arch. f. klin. Med. B. 63. p. 599. 27) NAUNYN. Diabetes mellitus Sp. Path. u. Ther. H. Nothnagel. VII. 1900. 28) BOUMA. Zeitsch. f. physiol. Chem. B. 27, p. 348. Centr. f. inn. Med. 1901. Nr. 7. 29) WANG. Zeitschr. f. physiol. Chem. B. 25, p. 406. 30) Leo SCHWARZ. Centr. f. Stoff. u. Verdaungs. B. I. p. 1. Verhand. d. 18. Congr. f. inn. Med. Deutsch. med. Woch. 1901. Nr. 16. 31) ELISCHER. Orvos. Hirt. 1900, Nr. 19 cit. Jahresber. f. Theichem. B. 29. p. 359. 32) S. CATRON. Lyon medical. T. 91. 33) J. MULLER. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. B. 40, p. 351. Verhand. d. 16 Congr. f. inn. Med. p. 448. 1898. 34) GEELMUYDEN. Zeit. f. physiol. Chem. B. 23, p. 431. Scand. Arch. f. Physiol. B. 11. p. 97. 35) NEBELSTON. Centr. f. inn. Med. 1897. Nr. 38. 36) WALDVOGEL. Zeitsch. f. klin. Med. B. 38, p. 506. 37) Fr. VOIT. Deutsche Arch. f. klin. Med. B. 66. p. 564. 38) HAGENBERG. Centr. f. Stoff. u. Verd. I. p. 33. 39) STOH. M. Arch. f. Gynaec. B. 65, p. 531. 40) CIPOLINA. Berl. klin. Woch. 1901. Nr. 22. 41) v. JAKSCH. Ueber Acetonurie etc. Berlin. 1885. 42) HIRSCHFELD. Zeit. f. klin. Med. B. 28. 172. Zeit. f. klin. Med. B. 31 p. 212. 43) WEINTRAUT. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. B. 34 p. 169 i 367. 44) Jul. MEYER. Inaug. Dissert. Strassburg. 1895. 45) v. NOORDEN. Zuckerkr. u. ihre Behand. Berlin. 1901. Spec. Path. u. Ther. d. Stoff. Berlin. 1893. 46) BERGELL. Zeit. f. physiol. Chem. B. 33. p. 310. 47) Petry ENGEN. Zeit. f. physiol. Chem. B. 30, p. 45. 48) BENEDIKT. Zeit. f. klin. Med. B. 36, 313. 49) BENDIX. Zeit. f. physiol. Chem. B. 32. p. 479. 50) W. BACKMAN. Zeit. f. klin. med. B. 44. p. 458. 51) ABELES. Wien. klin. Wochen. 1892. Nr. 19—20. 52) W. OSTWALD. Grundlinien d. an organ. Chem. Leipzig. 1900.

O działaniu wody Kissingen przy piciu jej domowem.

Podał

FELIKS ARNSTEIN.

Działanie wód mineralnych na ustrój zależy, jak wiadomo, od czynników różnorodnych; do najważniejszych niewątpliwie należy ich skład chemiczny, zawartość w nich składników mineralnych w postaci wody, soli i gazów. Jakkolwiek dzięki udoskonalonym metodom nowoczesnej chemii znamy możliwie dokładnie skład większej części wód mineralnych, nie możemy jednak powiedzieć, byśmy tą znajomością ich składu chemicznego mogli sobie w zupełności objaśnić ich działanie i skuteczność w stanach chorobowych. Znamy wprawdzie fizyologiczne i terapeutyczne działanie wielu składników, wchodzących w skład wód mineralnych, jak wody, soli kuchennej dwuwęglanu sodu, soli glauberskiej, żelaza i t. p., nie jesteśmy jednak w możności zupełnie ścisłego ocenienia działania wód, zawierających powyższe składniki, gdyż we wszystkich prawie wodach mineralnych obok głównych składników, nie zawsze w jednakowej ilości się znajdujących i nadających właściwie piętno tymże wodom, znajdujemy i składniki drugorzędne w różnej z głównymi składnikami kombinacji, o których działaniu i znaczeniu terapeutycznym bardzo mało wiemy, od których jednak prawdopodobnie zależą różnice w działaniu wód, należących do jednej grupy. To też przy wyborze wody mineralnej musimy tylko w pewnej mierze opierać się na jej składzie chemicznym, w głównej zaś części na empiryi i doświadczeniu, które poucza nas najlepiej o skuteczności wód mineralnych w stanach chorobowych. Oprócz tego rozróżnić musimy, mojem zdaniem, działanie wód mineralnych przy piciu ich u źródła, a picciu w domu przywożonych do nas wód w butelkach, pomnąc, że pewna część składników, szczególnie w postaci gazów (kwas węglany), niewątpliwie ulega zmniejszeniu, przez co i działanie wody zostaje nieco zmodyfikowane, co też i uważna obserwacya chorych często w zupełności potwierdza. Pod tym względem sztuczne wody mineralne, któremi po większej części tak my, jak i nasi pacyenci gardzą, w niczem nie ustępują wodom naturalnym butelkowanym i przesyłanym. Jest nawet prawdopodobne, że i wskazania dla niektórych wód przy picciu ich u źródła muszą być nieco odmienne, aniżeli, jeśli je mamy pić w domu.

Mam tu na myśli szczególnie jedną z wód, najczęściej do nas sprowadzanych i wielką popularnością i sławą wśród naszych lekarzy się cieszących, a mianowicie wodę Kissingen ze źródła Rakoczy.

Wśród około dwóch i pół tysiąca pacjentów, spostrzeganych przeze mnie w ciągu 8 lat, którym przez różnych lekarzy zalecone było picie wód mineralnych, przypada na Kissingen-Rakoczy około 500 czyli prawie piąta część.

Najczęstszymi wskazaniem dla picia tej wody były niestrawność różnego rodzaju, nieżyty żołądkowo-kiszkowe u osobników osłabionych i zastoje w jamie brzusznej w połączeniu z nawykowem zaparciem stolca. O ile jednak przy dwóch pierwszych stanach chorobowych picie wody Kissingen-Rakoczy jest w zupełności usprawiedliwione i uwieńczone zostaje pożądanym skutkiem, o tyle przy

zastojach w jamie brzusznej, połączonych z zaparciem stolca, nie przynosi picie wody Kissingen-Rakoczy żadnego prawie pożytku, a często pogorszenie. Dlaczego więc tak często i w tem cierpieniu zalecamy picie wody Kissingen? Pochodzi to ztąd, że nie dosyć uwzględniamy różnice w działaniu wód na miejscu, gdzie stosowane być mogą źródła o rozmaitej sile leczniczej, np. w Kissingen źródło gorzkie, zawierające w 1000 częściach około 26 części stałych, i że błędnie informują nas podręczniki balneologiczne i prace poświęcone balneoterapii, w których znajdujemy, że woda Kissingen przy wewnętrznem jej użyciu działa czyszcząco. Nawet ZACHARIN w swych wykładach klinicznych o wodach mineralnych wyraża się o wodzie Kissingen jako o wodzie czyszczącej. Nic dziwnego, że przy tak błędnem zrozumieniu działania wody Kissingen stawiamy dla tej wody błędne wskazania.

Woda Kissingen-Rakoczy w ogólności, a przy picciu jej domowem w szczególności, nie jest wodą czyszcząca; mała ilość soli kuchennej, około 6 na 1000, nie sprzyja bynajmniej zwiększeniu wydzieliny kiszkowej; w umiarkowanych też ilościach nie działa bynajmniej czyszcząco; chcąc osiągnąć za pomocą niej działanie czyszczące, należałoby ją podawać w ilościach, w jakich znowu drażniłaby żołądek i kiszkę.

To też polecając chorym z zastojami krwi w jamie brzusznej, u których, bądź co bądź, uregulowanie stolca, a nawet pewne działanie czyszczące jest wielce pożądanem, wodę Kissingen i to często na ciepło, nieraz słyszymy od nich skargi na uczucie pełności w brzuchu, utratę łaknienia, bóle i zawroty głowy i t. p.

Z tych to powodów woda Kissingen-Rakoczy, która po większej części wybornie działa w różnych postaciach niestrawności i w innych cierpieniach nieczynnościowych żołądka i kiszki i tu znajduje dla siebie właściwe wskazanie, nie nadaje się dla chorych z zastojami krwi w jamie brzusznej i przy nawykowem zaparciu stolca. Tam więc, gdzie nam idzie o pobudzenie czynności kiszki, o zwiększenie wydzieliny kiszkowej o uregulowanie wypróżnień, a nawet o silniejsze pobudzenie przemiany materii, a chcemy dla jakichbądź powodów stosować wodę, zawierającą sól kuchenną, musimy zastąpić wodę Kissingen-Rakoczy przez inne, bogatsze w sól kuchenną, jak Homburską Elisabethbrunnen zawierającą prawie 1 procent soli kuchennej, a nawet w pewnych razach przez solankę Ciechocińską.

I w rzeczy samej zmuszony nieraz do usunięcia wody Kissingen-Rakoczy i zastąpienie jej przez wodę Homburską-Elisabethbrunnen, mało u nas używaną i posiadającą już więcej własności czyszczące, lub przez solankę Ciechocińską, przekonałem się o wiele lepszem działaniu tych wód przy zastojach krwi w jamie brzusznej, aniżeli wody Kissingen-Rakoczy.

Tych kilka uwag uważałem za właściwe zrobić przy zbliżającym się sezonie picia u nas wód u siebie lub też w licznych zdrojowiskach, w których w wielkiem użyciu jest sprowadzana woda Kissingen-Rakoczy.

WYKŁADY KLINICZNE.

C. VON NOORDEN.

LECZENIE OSTREGO I PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA NEREK.

Badania nad patologią nerek, tak teoretyczne, eksperymentalne, jak również kliniczne, prowadzone w ciągu lat kilkunastu, — doprowadziły v. NOORDEN'a do wniosków leczniczych, które w pewnych punktach wyróżniają się od zwykłych obrazów terapeutycznych, przedstawianych w odpowiednich podręcznikach. Zestawiając dotychczasowe poglądy i wnioski, dotyczące się leczenia głównych postaci klinicznych zaburzeń nerkowych (ostre zapalenie, parenchymatyczne ostrawe i łącznotkankowe przewlekłe) — spostrzegamy przedewszystkiem, że w cierpieniach nerek najwcześniej przyjął się i utrwalił dyetetyczny sposób leczenia. Sposób ten jednak w zastosowaniu uległ szablonowi w postaci diety mlecznej.

W licznych podręcznikach i monografiach 7 i 8 dziesiątka lat ostatnich, od czasu usystematyzowania leczenia dyetetycznego — mleko lub jego derywaty (kwaśne mleko, maślanka, rzadziej kefir i kumys) stanowią w chorobach nerek główny środek leczniczy. Przytem jedni propagują ściśle zastosowanie wyłącznie diety mlecznej, inni zgadzają się na ustępstwa, lecz z motywów czysto zewnętrznych, z powodu że zastosowanie diety ściśle mlecznej często napotyka trudności — bez uwzględnienia motywów głębszych, że wyłącznie mleczny pokarm może się okazać mniej pożytecznym dla samej sprawy chorobowej, że może spowodować niebezpieczeństwo upośledzonego odżywiania.

Rozpatrując w kierunku tego szablonu leczniczego pojedyncze główne postaci kliniczne chorób nerek, widzimy, że w praktyce najsurowiej przestrzegana była dieta ściśle mleczna w ostrych cierpieniach nerek. Pozwalają w tym przypadku na używanie i innych mlecznych potraw, próbują je przynajmniej podawać, lecz stosują wyłącznie mleko dotąd przynajmniej, dopóki nie zaczynają znikać objawy ostrego przebiegu, jako to: krew w moczu, białko i cylindry, obrzęki. Wogóle w praktyce dieta mleczna w *nephritis acuta* dominuje do tyła, że obok niej wyłącza się wszelka inna systematyczna kuracja dyetetyczna.

Toż samo zastosowanie wyłącznie diety mlecznej spotykamy i u chorych z *nephritis parenchymatosa*. Częstsze nieco ustępstwa motywowane bywają jedynie dłuższym przebiegiem sprawy chorobowej. W konsultacyjnej jednak swej praktyce autor widywał chorych, którym przez całe miesiące podawano wyłącznie mleko i wody mineralne. W pewnej odsetce tych przypadków udawało się spostrzegać wynik stosunkowo dobry, t. j. zejście w postać chroniczną, będącą w stanie utrzymać istnienie chorych przez lata całe; w innych jednak dawały się wykazać wyraźnie szkodliwe skutki podobnej jednostronnej kuracji dyetetycznej. Jeżeli mleko napotykało na trudności nieprzewyciężone w użyciu, podawano chorym małe ilości mięsa, przeważnie białego, jedno lub dwa jaja dziennie, pozatem nieco jarzyn, owoców, soków owocowych, mącznych, masła, cukru, przy czem wzbraniano naturalnie ostrych przypraw, alkoholu i innych napojów pobudzających.

W leczeniu *nephritis interstitialis* poglądy już więcej różniczkują się. Francuska szkoła i w tej postaci zapalenia nerek stosuje wyłącznie dietę mleczną.

Niemiecka popiera więcej mieszaną z przeważnym jednak dodatkiem mleka od $1\frac{1}{2}$ do 2 litrów dziennie. Podana ilość zmniejszana bywa w ostatnich latach od czasu prowokacji autora w tym kierunku, ogłoszonej na ostatnim zjeździe w Karlsbadzie 1899 r.

Z innych środków dyetetycznych podawają zwykle mięso, przeważnie białe, w małych ilościach, zabraniając jaj. Za to polecają owoce surowe i gotowane, cerealia, leguminosa, tłuszcze (o ile nie ma specjalnych przeciwwskazań), jarzyny, z wyjątkiem niektórych drażniących nerki, do jakich zaliczają rzodkiew, szparagi.

Z przypraw obok wyłączenia musztardy, pieprzu, cynamonu i t. d. zabrania się octu, a na jego miejsce stosowany sok z cytryny. Co do alkoholu zdania są podzielone. Jedni uważają go za bezwzględnie truciznę dla nerek, drudzy pozwalają, ze względu na indywidualny stan, użycia małej ilości (do pół butelki dziennie wina stołowego). Niektórzy znowu zachwalają użycie win owocowych (jabłecznik), chociaż zawartość w nich alkoholu często bywa większa od win stołowych. Ogólnie zabraniają piwa.

Dotychczas wyłuszczone postępowanie lecznicze, zwykłe w codziennej praktyce, opiera się na zasadzie oszczędzania nerek, zasadzie, polegającej, jak wiadomo, na tem, ażeby choremu wogóle narządowi zaoszczędzić wszelką zbyteczną pracę i usuwać odeń te podniety, które mogą pobudzać narząd do zwiększonej czynności. Jednakże oszczędzanie czynności chorego narządu nigdy nie powinno zachodzić zbyt daleko, ażeby przytem nie odczuwały jednocześnie szkodliwego wpływu i inne ważne narządy lub stan ogólny ustroju. Ten punkt widzenia często bywa przeoczany, i wskutek tego spotykamy się nierzadko z postępowaniem leczniczym oszczędzającym, bardzo racjonalnem w stosunku do chorego narządu, lecz przez swą jednostronność względnie lub bezwzględnie szkodliwem dla całego ustroju. Każde postępowanie lecznicze przy metodzie oszczędzania winno posiadać pewne naturalne granice. Nie możemy zbyt obniżyć pracy serca lub żołądka w ich chorobach. Toż samo tyczy się i zapotrzebowań ze względu na nerki. Miarą, jaką kierować się powinniśmy, służy nabyte wogóle doświadczenie, że w ostrym przebiegu choroby należy oszczędzanie narządu chorego posunąć znacznie, niż w przebiegu chronicznym. W przypadkach ostrych większy stopień oszczędzania warunkuje szybszy i lepszy przebieg; zaniedbanie oszczędzania wpływa ujemnie. Jaką miarą możemy się posilkować, aby wykazać, że przy pewnej dyecie nerki oszczędzamy, a przy innej tego uczynić nie jesteśmy w stanie? Przedewszystkiem powinno tu grać rolę doświadczenie osobiste, kliniczne, doświadczenie wszechstronne i ścisłe, o co nie jest tak łatwo, jakby się zdawać mogło, gdyż to, co się w literaturze pojawia, jako wynik doświadczenia klinicznego, polega przeważnie na wyżej wyszczególnionej terapii bez osądzeń tych wyników, jakie wydaje leczenie dyetetyczne, stosowane nie według przytoczonego szablonu.

Drugie kryterium we względzie oszczędzania nerek stanowi stopień białkomoczu — z zastrzeżeniem, aby dla osądzenia podawana była ilość białka z ilości moczu dobowej i aby spostrzeganych ilości nie uogólniać na wszystkie postaci zaburzeń zapalnych nerek. Zdarzyć się np. może, że w jednym przypadku *nephritis interstitialis* 0,1% białka w moczu daje lepszą prognozę niż 0,02 w drugim. Nawet różne ilości białka, spostrzegane w jednym przypadku, nakazują ostrożność w stopniowaniu wniosków leczniczych. Autor ilość białka, jako kryterium bezwzględne, przyjmuje li tylko w *nephritis acuta*, gdyż wtedy jedynie zmniejszenie białka znamionuje poprawę ogólnego stanu, zwiększenie zaś — po-

gorszenie. Już mniej pewne wnioski, wyprowadzane ze spostrzeganej ilości białka, przedstawia *nephritis subchronica* z obrzękami. W tych przypadkach białkomocz podlega częstym wahaniom bez stosunku do przebiegu objawów i błędem byłoby z ilości białka sądzić o dodatnich lub ujemnych wpływach stosowanego w danej chwili żywienia.

Jeszcze mniej pewny jest objaw białkomoczu, jako kryterium dla osądzenia wpływu leczniczego na razie stosowanej diety w postaci przewlekłej, w *nephritis interstitialis*. Należy się tutaj wystrzegać wniosków, wyprowadzanych ze zbyt krótkich okresów obserwacyjnych.

Zaostrzenia sprawy chorobowej, nagła zmiana diety pod wszelką postacią — czy to przejście od mlecznej do mięsnej lub naodwrot — czy też zastosowanie roślinnej, wywołują krótkotrwałe zwiększenie ilości białka, które następnie po tygodniu mniej więcej spadają do ilości poprzedniej. Wogóle jednak wahania ilościowe białka bywają nieznaczne i często nie zachodzą równoległe do natężenia samej sprawy chorobowej. W czasie groźniejszego przebiegu białkomocz może się obniżać i na odwrót powiększać procentowo i bezwzględnie, kiedy objawy groźniejsze minęły.

Stan podobny, w czasie którego objawy choroby poprawiają się, a jednocześnie białkomocz się zwiększa, stanowić może poważne źródło nieporozumień, jeżeli ilość białka uważać zechcemy, jako miarę wpływów terapeutycznych. Autor przytacza spostrzeżenie własne, w którym pacjent w czasie stosowania ściśle diety mlecznej podlegał groźnym objawom dusznicy i rozszerzeniu serca — moczu przytem wydzielał 3 — 4 litrów z zawartością 0,05% białka, co odpowiada dobowej ilości białka 1,5 do 2 grm. Kiedy autor stosować zaczął u tego chorego dietę mieszaną, zmniejszył ilość przyjmowanych wogóle płynów do $\frac{5}{4}$ litra dziennie — objawy dusznicy ustąpiły, zmniejszyła się objętość serca, poprawiła siła wzroku, ilość moczu spadła do litra i 1200 grm., zawartość zaś białka wynosiła 0,3 — 0,4%, a więc 3 do 4,8 grm. dziennie. Przypadek podobny nie jest pojedynczy. Od czasu, kiedy v. NOORDEN u tego rodzaju chorych zaczął stosować mniej płynów — spostrzegał częściej względne lub bezwzględne zwiększenie ilości białka przy ogólnej poprawie.

Na tej zasadzie wahania w ilości białka w przebiegu *nephritis interstitialis* wtedy powinny stanowić kryterium dla zastosowań leczniczych, jeżeli jednocześnie zmieniają się na lepsze objawy chorobowe.

Trzecie kryterium stanowi sprawność wydzielnicza nerek. Stosują się zwykle w tym celu łatwo wykazywane w moczu środki chemiczne: KJ, kwas salicylowy, błękit metylenu. Jednak i tutaj autor doszedł do wniosku, że szybkość wydzielania przez nerki środków chemicznych może stanowić miarę dla stosowania środków lekarskich, lecz nie daje wniosków o rzeczywistej sprawności wydzielniczej względem normalnych produktów przeróbki materii — które trzeba w kierunku wydalania ich przez nerki badać z osobna. W jednym przypadku np. w czasie *nephritis interstitialis* przy nieznacznej albuminurii pierwsze ślady podanego jodu wykrywały się w moczu po trzech godzinach (w ślinie po 15 minutach) i wydzielenie 0,2 KJ przedłużało się pięć dni, gdy tymczasem badania nad przeróbką materii wykazały, że mocznik, kwas moczowy, fosforany wydzielają się normalnie. W innym przypadku w czasie *nephritis acuta* jod wydzielał się normalnie, a produkty przeróbki materii — bardzo trudno.

Przy badaniach nad wydalaniem przez chore nerki ostatecznych produktów przeróbki materii, autor na równi z dotychczasowymi spostrzeżeniami w tym kierunku (FLEISCHER, RITTER, BIERNACKI i in.), doszedł do wniosku, że jedne pro-

dukty wydzielają się łatwiej, inne trudniej przez nerki, chorobowo zmienione - fakt wzmiankowany przedstawia nie tylko interes teoretyczny, lecz i wysoce praktyczny dla wyboru rodzaju podawanego pokarmu. Pokarmy, do ustroju wprowadzone, które przy swej przeróbce wytwarzają produkty ostateczne — trudniej się wydzielające — należy ograniczać. Unikamy w ten sposób przede wszystkim nagromadzania się tych produktów w ustroju, które należy uważać za substancje trujące, a następnie najracjonalniej wypełniamy wskazanie oszczędzania nerek. Unikając wytwarzania się w ustroju produktów, które nerki chore trudniej wyprowadzają — dosięgamy równowagi pomiędzy podniecią a sprawnością funkcji; sprawność funkcji ułatwiamy, zmniejszamy bodziec pobudzający, a więc narząd, chore nerki, oszczędzamy. Uwzględniając wyżej przytoczoną zasadę, dotyczącą się ostatecznych produktów przeróbki, zastrzega jednak autor, że badania w tym kierunku są jeszcze w toku, a to, co sam obecnie podaje, zbliża się dopiero do ścisłości. W ostrych zapaleniach nerek, w świeżych okresach zapalenia podostrawego i w eksacerbacjach przebiegu przewlekłego, zatem, w przypadkach, w których najbardziej należy uwzględniać oszczędzanie narządu chorego, zestawił autor co do sprawności w wydzielaniu szemat następujący: Trudno wydzielają się: mocznik, kreatynina, barwniki, kwas hippurowy, fosforany, siarczany w połączeniach nieorganicznych i woda. Łatwo wydzielają się: kwas moczowy, zasady ksantynowe, ciała aromatyczne, amoniak, amidokwasy, chlorki, sole kwasu węglanego i woda.

Z szeregu podanego widzimy, że woda umieszczona jest w dwóch działach. W początku zachorowań woda wydziela się trudno, najciężej nawet, tak że dużo jej wtedy w ustroju zatrzymuje się. W przebiegu późniejszym — szczególnie przy poprawie sprawy chorobowej — dzieje się naodwrot.

W przypadkach przewlekłych (z wyjątkiem okresów obostrzeń i terminalnych) wydzielanie produktów przeróbki podlega mniejszym wahaniom. Z powyższego szeregu wynika, że w zakresie ostrego przebiegu choroby (lub zaostrzeń przewlekłego) powinniśmy ograniczać głównie wydzielanie mocznika, kreatyniny, fosforanów i w pewnych warunkach wody.

Kreatynina. Wydzielanie tego ciała nadaje się najłatwiej do ograniczonego dowozu. Kreatyna, z której pochodzi, znajduje się tylko w mięsie, wyciągach mięsnych, rosółach i t. d. W białku jaja kurzego, w żółtku, w mleku znajdujemy ślady kreatyny. W roślinnych pokarmach niema jej wcale — po wyłączeniu pokarmów, zawierających kreatynę — wydzielają się w moczu zdrowych ślady kreatyniny, w ilości kilku centygramów dziennie, pochodzące prawdopodobnie z mięśni ustroju.

Kwas fosforny. Zawierają go mięso, żółtko od jaja, mleko i liczne rośliny; przy ściśle mlecznej diecie u zdrowych ilość wydzielanych fosforanów narasta do 3—4 grm. dziennie, przy czem różna bywa zawartość fosforanów w mleku. Aby przy użyciu pokarmów, bogatych w fosforany, odwrócić te ostatnie choć w części od wydzielania przez nerki — należy podawać jednocześnie obfite ilości wapna. Wtedy znaczna część fosforanów (prawie połowa) wiąże się z wapniem i pozostaje w kiszkiach lub po obejściu drogi przez ustrój wydziela się napowrót do kiszki i przechodzi do kału. Dla tego poleca autor w ostrem cierpieniu nerek, kiedy podaje się pokarm bogaty w fosforany — podawać jednocześnie parę razy dziennie na końcu noża — węglan wapnia. Wapno zbyt ciężko nie obciąża, ponieważ nieznaczne tylko ilości obierają drogę wydzielania na nerki. Większość wapnia pozostaje w kiszkiach lub po wchłanianiu wydziela się napowrót w dolnych odcinkach kiszki. Autor przypomina, że podą-

wana zwykle w cierpieniach nerek woda ze źródła Wildungen Helenenquelle (lub Krynicy) zawiera dużo węglanu wapnia. Ze względu na stosunek trudno wydzielniczy fosforanów do nerek i z powodu, że mleko zawiera bardzo dużo fosforanów — wynika, iż mleko nie może stanowić pokarmu dla nerek zupełnie obojętnego, jak to powszechnie przyjmują. Z drugiej strony, wydawać się może, że jednoczesna zawartość w mleku wapnia wyrównywa skutki wydzielania fosforanów. Jednak wapno w mleku nie wiąże fosforanów, gdyż znajduje się przeważnie w stałym organicznym połączeniu. Dodatek jednakże do mleka węglanu wapnia obniża wydzielenie fosforanów w moczu znacznie i wielu chorym ułatwia przyjmowanie mleka.

Mocznik i siarczany (dowóz białka). Obydwa te połączenia wytwarzają się jednocześnie z rozpadu cząsteczki białkowej — ograniczenie dowozu ich do nerek potrąca o zasadniczą podstawę odżywiania, o białko. Z licznych badań i roztrząsań nad dowozem białka doszło się do wniosków, że dowóz ten można na krótki czas znacznie ograniczyć bez szkody dla ustroju, jeżeli jednocześnie uwzględnione zostanie przyjmowanie węglowodanów i tłuszczu.

W tych warunkach u zdrowego, silnego człowieka, można bez wpływu na równowagę azotową ograniczyć dzienną ilość białka do 60 grm. przez 2—3 tygodnie; postulat ten należy przenieść i na stosunek białka, podawanego chorym na ostre zapalenie nerek. I znowu z niego wynika, że wyłącznie mleczna dyeta nie stanowi idealnego oszczędzającego materiału pokarmowego. Mleko należy do pokarmów względnie zasobnych w białko — 60 grm. białka zawiera się już w 3 do 7 kwaterkach dobrego mleka krowiego. Jeżeli, jak zwykle, podamy mleko w ilości dziennej do 3 litrów — zawierać ono będzie 110—120 grm. białka, co odpowiada 30—35 grm. mocznika, które nerki wydzielić powinny (po odtrąceniu ilości mocznika, wydzielanego z kałem). Jednakże nerki w ostrym okresie choroby nie są przygotowane do wydzielania takiej ilości mocznika — następuje zatrzymanie tego produktu, jakie nie daje się wyrównać przy pomocy najenergiczniejszych zabiegów napotnych. Następnie mocznik nie wydzielony, a krążący we krwi, stanowi najbardziej drażniący bodziec dla czynności wydzielniczej nerek. Opierając się na powyższem, znowu nie należy uważać mleka za pokarm tak niewinny dla chorych nerek. Przewagę posiada mleko tłuste GAERTNER'a, zawartość w niem białka odpowiada $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ zawartości białka w mleku zwykłym.

Wychodząc z tej zasady, v. NOORDEN w ostrych cierpieniach nerek z jak-najlepszym rezultatem dochodzi do podawania dziennego $1\frac{1}{2}$ litra mleka. Dla zwiększenia pożywności dodaje śmietankę, która, zawierając białka bardzo mało, przeważnie składa się z tłuszczu. Najlepszy stosunek wynosi $\frac{1}{4}$ litra śmietanki na 1 litr mleka. Ważny jest wybór śmietanki. Zwykła zbierana po zagotowaniu nie zawsze staje się odpowiednią, surową chorzy na nerki znoszą nieszczególnie. Autor poleca śmietankę szwajcarską sterylizowaną lub fabrykat RADEMAN'a: 1500 ctm. mleka wraz z dodatkiem $\frac{3}{8}$ litra tego fabrykatu zawiera białka 55 gr., cukru 70 grm., tłuszczu 165—170 grm., co odpowiada 2050—2100 kaloryom, to znaczy takiej ich ilości, jaką zawiera $3\frac{1}{4}$ litra mleka — przy zawartości białka, o połowę mniejszej.

Stosunek dzienny $1\frac{1}{2}$ litra mleka do $\frac{3}{8}$ litra śmietanki często stanowi ilość pokarmu, wystarczającą dla chorych leżących, u których wogóle unikamy przeciążania żołądka i kiszki i podawania zbyt wielkiej obfitości tłuszczu. Jeżeli jednak ze względów indywidualnych należy dzienną ilość pokarmu zwiększyć, podajemy dodatki w postaci zup mącznych (ryż, kasza), z dodatkiem masła, cukru,

i soki owocowe. Wzmiankowane dodatki nie zawierają prawie wcale substancji, któreby nerki z trudem wydzielać musiały, i nie wpływają na przeciążenie funkcji.

Jeżeli w cierpieniach ostrych następuje okres zwiększonej diurezy i trwa przynajmniej tydzień, przypuszczać należy, że i zdolność wydzielnicza nerek w stosunku do mocznika i soli wraca do normy. (Inaczej dzieje się w stadiach końcowych *nephritis interstitialis*, gdzie przy diurezie zwiększonej stale produkty przeróbki zatrzymują się w ustroju). Wtedy dowóz białka można zwiększać, lecz stopniowo, nie przekraczając ilości 100—110 grm. białka dziennie, dopóki istnieją ślady *nephritis*. Ilość mleka można wtedy podnieść do 2—2 1/2 litra z dodatkiem śmietanki, potraw mącznych, jarzyn, gotowanych owoców, również małych ilości mięsa i jaj zawsze w sumie oznaczonej granicy.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

34. RAHN. Tracheotomia i intubacja, jako zabiegi operacyjne, stosowane przy zwężeniu krtani w błonicy. Intubacja zdobyła sobie bardzo duże powodzenie. Oprócz przypadków zwężenia krtani pochodzenia błoniczego, znajduje ona zastosowanie a) w zwężeniach przymiotowych lub bliznowatych — nieprzymiotowych tudzież w *laryngitis subglottica chronica hipertrophica*, b) przy aspiracji ciał obcych, c) jako środek pomocniczy przy tracheotomii, wreszcie, d) przy utrudnionem wyjęciu rurki tracheotomijnej. Oprócz tego stosowana bywa intubacja w przypadkach ostrego zapalenia krtani, obrzęku krtani, kurczu głośni, krztuśca, w zwężeniach górnego odcinka dróg oddechowych w następstwie gruźlicy gruczołów okołooskrzelowych, w skurczu macinniczym, gruźlicy lub złamaniach krtani, w zwężeniach, powodowanych przez ucisk w następstwie wola i t. d. i t. d.

Autor rozpatruje wskazania do zabiegu operacyjnego wyłącznie w dławcu błoniczym, bez pretensji, zresztą, co do nieomyślności w wyborze tracheotomii, czy intubacji w każdym poszczególnym przypadku. Już w roku 1894 nie chciał BÓKAY słyszeć o tracheotomii pierwotnej, ograniczając stosowanie następczej do tych przypadków, w których nastąpiło zaduszenie w następstwie zepchnięcia błon rzekomych i zatkania rurki intubacyjnej. SCHWIEGER widział przeciwskazanie do intubacji w silnej błonicy gardła, której następstwem jest zwężenie gardzieli, w błonicy septycznej i w nagle występującem zaduszeniu, OLWIER zaś — w niemożności wprowadzenia rurki intubacyjnej i w powstawaniu zaduszenia przez rurkę drogą mechaniczną, KLEIN — w *stadium agonale* i przy znacznem osłabieniu działalności serca, w błonicy septycznej, przy silnej duszności i obrzęku wnijścia do krtani, wreszcie w przypadkach, w których wprowadzenie rurki intubacyjnej nie usuwa objawów zwężenia krtani. Samo przez się się rozumie, że istnienie każdego z powyższych objawów stanowi wskazanie do wykonania natychmiastowej tracheotomii, bez uciekania się do poprzedniej intubacji. Wskazania te są aż nazbyt ważne, aby się powstrzymać od ich wyliczenia. Należą do nich: wiek dzieci, dotkniętych krzywicą (poniżej półtora roku), zapaść, rozległy rozpad zgorzelinowy lub owrzodzeniowy w gardzieli, obrzęk okolicy wnijścia do krtani, przeszkody spazmatyczne lub mechaniczne w krtani, widoczne i znaczne obrzmienie szyi, istnienie zwężenia oskrzeli (*bronchitis crouposa*), wreszcie, trwanie objawów dławca pomimo wprowadzonej do krtani rurki

intubacyjnej. Uzasadnienie każdego z poszczególnych wskazań znajdzie czytelnik w oryginale.

Niemniej ważne są wskazania do wykonania tracheotomii następczej, t. j. takiej, która przedsięwzięta bywa po wielogodzinnej lub kilkodniowej, acz bezowocnej intubacji. Należą tu: powstawanie objawów zaduszania natychmiast po usunięciu rurki intubacyjnej błonami rzekomymi przy uzasadnionem podejrzeniu istnienia jeszcze obfitych błon w oskrzelach, zmiany w tkance w okolicy krtani (ropnie przed lub okołokrtaniowe); uporczywe sprzeciwianie się dziecka intubacji, ból w krtani lub ciągła chęć uwolnienia siebie od ciężącej rurki intubacyjnej, podejrzenie lub wykazanie przerostu grasicy albo gruczołów okołoskrzelowych, brak polepszenia pomimo trwania intubacji, niemożność dostatecznego odżywiania chorego przy leżącej rurce intubacyjnej, wreszcie, u dwuletnich dzieci, brak widocznej poprawy po 5 — 6-dniowej intubacji.

Z powyższego łatwo się przekonać można, że nie wszystkie wskazania do tracheotomii następczej podlegały w jednakiej mierze ostrze krytyki, gdyż, moim zdaniem, przerost grasicy jest przeciwwskazaniem do intubacji, podobnie jak i gruźlica gruczołów okołoskrzelowych; bądź co bądź, uwzględniony tu został szereg bardzo ważnych czynników, nad którymi zastanawiać się nam wypada przy rozważaniu, czy w danym przypadku stosować nadal intubację, czy też zrzec się jej na korzyść tracheotomii następczej. Nie należy zapominać, że konieczne jest indywidualizowanie przypadków.

Już wybór pierwotnej tracheotomii czy intubacji, następczej tracheotomii czy przedłużenia intubacji, nasuwa nam w praktyce olbrzymie trudności. Stokroć większe są one przy rozwiązywaniu pytania, kiedy należy chorego uwolnić od tubusa. Rzeczą bynajmniej nieobojętną jest pozostawiać ciało obce w krtani ponad okres czasu, potrzebą wskazany. Kiedyż więc ekstubować? Mowa tu o tych przypadkach, w których rurka intubacyjna leży w krtani stosunkowo spokojnie, gdzie sinica, niepokój i temu podobne objawy nie zmuszają nas do usunięcia rurki. Otóż wskazań bezwarunkowych, niestety, nie posiadamy. Musimy się posilkować takimi objawami, jak: zblednięcie błony śluzowej gardzieli i wybitny rozwój wsteczny nalotów, równomierny oddech, brak szmerów, zazwyczaj zwięźeniu towarzyszących, wreszcie, czas trwania intubacji — wahającego się zresztą w obszernych granicach, a wynoszącego dla dzieci poniżej dwu lat 2 — 4 dni, poniżej 4 — 3 — 6 dni i dla dzieci starszych 3 — 4 dni. Osobiste doświadczenie lekarza gra w tych przypadkach przemożną rolę.

Podczas ekstubacji zaleca autor zaopatrzyć się w przybory do wykonania ponownej intubacji, względnie tracheotomii, gdyż nie jesteśmy zdolni przewidzieć, czy nie nastąpi osłabienie, porażenie czy kurcz głośni, czy też osłabienie krtani lub odleżyna. Nasuwają się tu następujące uwagi: należy możliwie najprędzej zastosować intubację, rozważyć dobrze wskazania do intubacji i tracheotomii, przy intubacji należy zaopatrzyć się w wyszkoloną asystę, aby w razie jej niewykonalności przystąpić do tracheotomii, dziecko intubowane poddać działaniu pary wodnej, intubację wykonać za jednym zamachem, nie brać zbyt małych rurek intubacyjnych, przed ekstubacją rozważyć należyte wskazania do niej, dawać dziecku przed ekstubacją obficie brom, wreszcie przygotować wszystko do ponownej intubacji przed przystąpieniem do ekstubacji.

Kilka słów poświęca autor metodzie intubacyjnej, jako zabiegowi pomocniczemu przy tracheotomii. Przy podejrzeniu zwięźnienia oskrzeli, stanowiącego wskazanie do wykonania tracheotomii pierwotnej, można po zaintubowaniu chorego stwierdzić błonicę oskrzeli, będzie to intubacja-eksperymentalna. Prowi-

zoryczną intubację stosować należy w przypadkach dławca o silnem napięciu, aby po usunięciu na razie groźnych objawów mózdz spokojnie przygotować się do tracheotomii, względnie dziecko odesłać do szpitala. W tych razach usuwa intubacja konieczność zbytniego pośpiechu i niepokoju podczas operacji, co pomyślnie odbija się na życiu chorego. Wreszcie po usunięciu rurki tracheotomijnej i po zarośnięciu rany tracheotomijnej może rurka intubacyjna w razie potrzeby odegrać rolę przyrządu rozszerzającego (przy przeszkodach mechanicznych w krtani, np. przy obrzęku podgłośniowym lub przy granulacjach). Wprowadzany do krtani tubus bywa zazwyczaj szybko wykrztuszany, niemniej przeto kilkodniowe nawet jego pozostawienie jest dostateczne, aby usunąć przeszkody istniejące w krtani.

Kończy autor swą pracę omówieniem sprawy stosowania metody intubacyjnej w praktyce prywatnej. Aby uniknąć wyników ujemnych przy leczeniu dławca za pomocą intubacji poza szpitalem stawia on zbyt ostrożne i przezorne wskazania. Radzi przystąpić w tych razach do intubacji tylko po opanowaniu trudności w rozpoznawaniu i rokowaniu co do zwężenia krtani wogóle i po zapewnieniu sobie pomocy stałej a wyszkolonej odpowiednio obsługi. Zdaniem jego, nadają się do intubacji domowej przypadki, w których wyłączona jest błonica oskrzeli, dostęp do krtani jest swobodny i niema zmian nekrotycznych w gardzieli, słowem — przy zupełnym braku wskazań do tracheotomii bądź pierwotnej, bądź też następczej. Stała obecność lekarza przy chorym jest bardzo pożądana.

Jeśli istnieje jakiegokolwiek wskazanie do wykonania zabiegu krwawego, chociażby brak swobodnych ruchów w szyi, sprzeciwianie się leżeniu rurki intubacyjnej albo ciągła dążność do oswobodzenia się od niej — ze strony dziecka, zaleca on tracheotomię.

(*Jahrb. für Kind.*, Tom V. Zesz. II z 1. II. 02 r. Str. 165—195). M. Kraushar.

35. L. LAQUEUR. **O śmierci od chloroformu wskutek porażenia serca.** Autor opisuje swój przypadek, w którym 14-letni chłopiec zmarł nagle pod chloroformem przed rozpoczęciem operacji. Był to silny, dobrze zbudowany chłopak, który przedtem poważnie nie chorował. Przed 10 miesiącami otrzymał on uderzenie w lewe oko, wskutek czego zupełnie na nie oślepl. Z powodu zachorowania prawego oka na *neuroretinitis sympathica* miała mu być dokonana enukleacja lewego. Śmierć nastąpiła po jednej minucie chloroformowania; chloroformu zużyto nie więcej nad 2 gramy; wszelkie usiłowania przywrócenia go do przytomności spełzły na niczem. Sekcja nie wykryła żadnych zmian w sercu, mózgu, płucach, któremi możnaby objaśnić przyczynę śmierci. Na sekcji znaleziono: zwiększony opór i rozrost grasicy, przerost gruczołów mieszkowatych nasady języka i znaczne powiększenie śledziony.

Poprzednio przyjmowano, że śmierć od chloroformu może wyłącznie pochodzić z paraliżu ośrodka oddechowego, t. j. zaduszenia. Badania doświadczalne WOOD'a i HARE'a dowiodły, że ma tu miejsce paraliż serca. Sztuczny oddech, który usuwa większość asfiksyi, tutaj nic nie pomaga. Śmierć wskutek paraliżu serca zdarza się czasami, gdy chory już jest obudzony, czasem w pół godziny po operacji. Na zasadzie istniejących danych śmierć od chloroformu należy przypisać paraliżowi zwojów nerwowych serca lub silnemu podrażnieniu *nervi vagi*, lub obu tym czynnikom jednocześnie.

R. KUNDRAT opisał 10 własnych przypadków śmierci od chloroformu i dwa wzięte z literatury. Te 10 przypadków tyczą się młodych po większej części silnych osobników, w wieku od 12 do 31 lat. Śmierć następowała w rozmaitych stadiach narkozy, a w trzech przypadkach nastąpiła wkrótce po obudzeniu.

We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem dwóch, ustanie czynności serca było wprzód zauważone, niż wstrzymanie oddechu. Próby ożywienia były zawsze bez wyniku. Na sekcji we wszystkich dwunastu przypadkach nie znaleziono żadnej ważnej zmiany ani w sercu, ani w wielkich naczyniach, ani w mózgu. Prócz uszkodzeń, które wywołały operację, znajdowano stale powiększenie grasicy (biorąc za normę tę wielkość gruczołu, jaką posiada on w czasie największego swego rozwoju u zdrowych dzieci, t. j. w 2-im — 3-im roku życia), nb. u osobników, w których wieku z gruczołu tego pozostają się tylko ślady, lub nie pozostaje. Z 10-ciu przypadków KUNDRAT'a w ośmiu znaleziony był prócz tego uderzający przerost gruczołów mieszkowatych na nasadzie języka, w siedmiu nadto znaczne powiększenie śledziony (do 3-ch razy norm. wielkości).

Zmiany te, zwłaszcza rozrost grasicy, autor uważa za przyczynę śmierci od chloroformu wskutek porażenia serca.

W literaturze opisane są przypadki nagłej śmierci wskutek paraliżu serca z rozmaitych drobnych przyczyn, przyczem sekcyja wykazała znaczne powiększenie grasicy.

HEUSLER miał przypadek śmierci 12-letniej dziewczynki podczas narkozy eterowej; sekcyja wykazała nadzwyczajne powiększenie grasicy i śledziony.

POTT miał 8 przypadków nagłej śmierci małych dzieci, cierpiących na kurcz głōśni przy wprowadzeniu szpadla do ust. Nie ulega wątpliwości, że nie miało tu miejsca zaduszenie, lecz paraliż serca. Sekcyja wykazała we wszystkich przypadkach nadzwyczajne powiększenie grasicy. Tu także należy odnieść głōśny przypadek nagłej śmierci po zastrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej, przyczem na sekcyi znaleziono powiększenie grasicy i śledziony.

NORDMANN opisał swój przypadek i 3 v. RECKLINGHAUSEN'a, w których śmierć stąpiła nagle w kąpieli zimnej lub też wkrótce po niej. We wszystkich tych przypadkach znaleziono nadzwyczajne powiększenie grasicy, w trzech przypadkach powiększenie gruczołów limfatycznych szyi, migdałków, w jednym przypadku także śledziony. Dane te dowodzą, że u osób z powiększeniem grasicy najrozmaitsze powody mogą wywołać nagły paraliż serca. Jaka jest jego bliższa przyczyna — niewiadomo. Ponieważ w bliskości grasicy leżą ważne narządy (serce, tchawica, *nervi vagi*), przeto możnaby mniemać, że ma tu miejsce działanie mechaniczne. Niektórzy autorowie (GRAVITZ, VIRCHOW) podobne działanie uważają za możliwe i śmierć od uduszenia za prawdopodobną. Doświadczenia jednak SCHEELE i TAMASSIA dowiodły, że nawet nader silny przerost grasicy nie może istotnie ścieśnić tchawicy. Również trudno przyjąć i zdanie innych autorów, że grasicca wskutek przyływu krwi może nabrznieć i ścisnąć sąsiednie narządy, a to dlatego, że we wszystkich prawie przypadkach gruczoł znaleziony był na sekcyi w stanie małokrwistości. Przyczyna jest więc niewyjaśniona i będzie nią prawdopodobnie tak długo, dopóki przyszłe badania nie rzucają więcej światła na funkcyje i znaczenie samego gruczołu.

Co się tyczy praktycznych wniosków, to powiększenie grasicy za życia bardzo trudno dyagnozować. Podług DAUT'a i BIEDERT'a powiększoną grasicę można rozpoznać po stępieniu na *manubrium sterni*. Są to jednak bardzo niepewne dane. Promienie ROENTGEN'a nie dają wyniku. Autor radzi dyagnozować powiększenie grasicy na zasadzie towarzyszących danych; jeżeli więc mamy powiększenie gruczołów mieszkowatych na nasadzie języka, powiększenie migdałków i śledziony, powinniśmy się wstrzymać od narkozy.

(Deutsch. Med. Woch. Nr. 7. r. 1902.)

S. Janczurowicz.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 15 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) J. BRUDZIŃSKI — przedstawienie trzech przypadków choroby Little'a. 2) M. BORNSTEIN — „Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego“.

1) Kol. J. BRUDZIŃSKI przedstawił 3 przypadki choroby LITTLE'a: dwie dziewczynki lat 5 i 9, i chłopca lat 8. W trzecim przypadku w wywiadach wyraźny przymiot. Chód wszystkich trojga dzieci typowy spastyczny; sztywność kończyn dolnych, zwrócenie stóp ku wewnątrz. W trzecim przypadku wyraźne osłabienie inteligencji.

W dyskusyi kol. W. ŁAPIŃSKI poruszył sprawę leczenia choroby LITTLE'a. Rozpatrzywszy najpierw pogląd FREUND'a na podkład anatomiczny tego cierpienia, opisał metodę HOFFA'y i LORENTZ'a leczenia tych przykurczeń, wspomniał o zabiegach chirurgicznych, polecanych w tych razach przez DROBNIKA, wreszcie zaznaczył, iż w przypadkach choroby LITTLE'a często spotykamy wydłużenie więzów rzepkowego (objaw SCHULTESS'a).

2) Kol. M. BORNSTEIN wypowiedział rzecz p. t. „Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego“.

Najpierw mówca rozpatrzył etiologię obu chorób; obarczenie dziedziczne, młody wiek przemawiają pręcej za neurastenią, przymiot zaś, uraz głowy, nadużycia napojów wysokowych — za bezwładem postępującym. Neurastenia rozwija się pręcej, niż bezwład postępujący. Największe znaczenie rozpoznawcze mówca przypisuje objawom psychicznym. Większy brak pamięci, brak krytyki i logiki, zanik uczuć moralnych i estetycznych, zmiana osobowości występować mogą już w pierwszych okresach bezwładu postępującego. Bezsenność, zaburzenia mowy i drżenie, nigdy w neurastenii nie dosięgają tak wielkiego natężenia, co w bezwładzie postępującym. Dalej mówca rozpatrzył napady wrzekomopadaczkowe i wrzekomoparalityczne, zaburzenia ze strony wzroku w obu chorobach. Głównie podkreśla stan psychiki chorego. W końcu mówca podaje szereg cech rozpoznawczych między bezwładem postępującym a przymiotem mózgu, miażdżycą tętnic mózgowych, przedwczesnem starczem zniedołężnieniem umysłowem, stwardnieniem rozsianem i t. zw. psychozami intoksykacyjnymi.

W dyskusyi kol. J. PILTZ podnosi znaczenie trzech objawów, niedość uwzględnionych przez mówcę — osłabienia pobudliwości na ból, utraty powonienia i nierówności konturów źrenic.

Kol. FLATAU podnosi ważność różniczkowania bezwładu postępującego od *dementia praecox*.

Kol. PAWIŃSKI wspomina o zaburzeniach w innerwacyi serca w początkowych okresach bezwładu postępującego (*hemisystolia, tachycardia paroxysmalis*).

Prof. BARANOWSKI podnosi ważność zmiany osobowości, jako wczesnego objawu bezwładu postępującego i wspomina o nieunormowanym prawie ubezwłasnowolniania podobnych chorych.

W odpowiedzi kol. BORNSTEIN zaznaczył, że hypalgezyi w pierwszych okresach bezwładu może nie być, że o anosmii i hemisystolii, jako wczesnych objawach bezwładu postępującego w literaturze danych nie znajdował.

St. Kopczyński.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= ROEMISCH opisuje przypadek gruźlicy płuc, w którym po krwiopłuciu wystąpiła *purpura haemorrhagica* na skórze kończyn górnych i dolnych. Autor przyczynę, wywołującą występowanie rumienia, widzi w rozpadzie ogniska, zawierającego laseczki gruźlicze, i w następczym wessaniu znacznej ilości toksyn gruźliczych. (München. medic. Woch. Nr. 2. 1902).

= GOSSNER obserwował czterokrotne występowanie rumienia krwawego (*purpura haemorrhagica*) u osobnika, cierpiącego na gruźlicę jądra. Podczas operacji znaleziono w jądrze i przyjądrzu kilka zserowaciałych ognisk. Po kastracji nastąpiło wyzdrowienie i rumień już nie wystąpił. Autor zgadza się z ROEMISCH'em w poglądzie na patogenę rumienia w gruźlicy i myśli, że w przypadkach zapaleń przewlekłych różnych narządów raptownie występująca *purpura haemorrhagica* wzbudzać powinna podejrzenie cierpienia gruźliczego. (München. med. Wochen. Nr. 11. 1902).

= HOLTSCHMIDT (Drezno) podnosi wartość zastrzykiwań podskórnych żelatyny w *melaena neonatorum*. Autor stosował dwuprocentowy roztwór żelatyny w fizyologicznym roztworze soli kuchennej; roztwór wyjaławiano przez go-

towanie w ciągu 5—6 godzin i wstrzykiwano pod skórę w ilości 15 ctm. sz. Ogółem autor leczył w ten sposób w ciągu zeszłego roku pięć przypadków *melaenae*; w trzech przypadkach krwawienia kiszki ustały po pierwszej iniekcji, w czwartym po 2, w piątym po 3 iniekcjach. Żadnych ubocznych działań autor nie widział. Śmiertelność równała się zeru, gdy dawniej w tej samej klinice śmiertelność w *melaena neonatorum* wynosiła 50%. (Münch. med. Woch. Nr. 1. 1902).

= THIEME (Görbersdorf) stosował wstrzykiwania podskórne dwuprocentowego roztworu żelatyny w 12 przypadkach krwawień płucnych u suchotników; w 9 przypadkach krwiopłucie ustało zaraz po iniekcji, w 1 przypadku dopiero po 8 dniach, w jednym rozwinęła się gruźlica prosówkowa, a w dziesiątym przypadku krwiopłucie było śmiertelne. Miejsce iniekcji rozcierało silnie dużym palcem i przykrywało gazą jodoformową, zmaczaną w octanie glinu. W dwu przypadkach umyślnie nie stosowano tych zabiegów i na miejscu iniekcji wystąpiła zgorzel. Cięplota ciała podnosiła się w 11 przypadkach na przeciąg 8—14 dni i czasami dochodziła do 40,3°—40,7° C. (Münch. m. Woch. Nr. 5 r. 1902). Z.

Wiadomości bieżące.

— Trzytygodniowe kursa na wydziale lekarskim uniwersytetu Jagiellońskiego dla lekarzy praktyków rozpoczyna się z dniem 7 lipca r. b. Wpisy wraz z opłatą czesnego odbywać się będą w kwesturze (*collegium novum*) do dnia 6 lipca r. b. Chcących brać udział w kursach o ograniczonej liczbie uczestników uprasza się o wczesne zgłaszanie się do odpowiednich prelegentów.

— Ponieważ w jednym z ostatnich numerów naszego czasopisma lista lekarzy polaków, ordynujących w Karlsbadzie w r. b., była niezupełnie dokładna, podajemy ją raz jeszcze. Ordynować zatem będą w Karlsbadzie koledzy: HA-

SEWICZ, ROZENCWEIG, KRETOWICZ, TOEPFER, RIPCZES, KAUFMAN Oskar, WITTLIN, SÜSSKIND, MALESZEWSKI, SCHARF, KAUFMAN Max, SCHERMANT, KROPF, MORACZEWSKI, WASSERTHAL, KOSTECKI KOŁACZKOWSKI.

— Zmarli. Ś. p. d-r med. prof. Feliks NAWROCKI zmarł w dniu 2 czerwca 1902 r. w wieku lat 64. Bliższe szczegóły z życia oraz wykaz prac zmarłego profesora podamy w jednym z najbliższych numerów naszego czasopisma.

SANATOGEN

Środek wzmacniający
Działanie tonizujące

Zupełnie nie drażni.

Panom lekarzom wysyła próby i broszury
bezpłatnie reprezentant: **Biertuempfel**,
Warszawa Marszałkowska 136.

Fabrykanci: **Bauer & C-ie**,
Berlin, S. O. 16.



Naturalny Koniak

„IMPERIAL“

prawdziwy produkt z wina

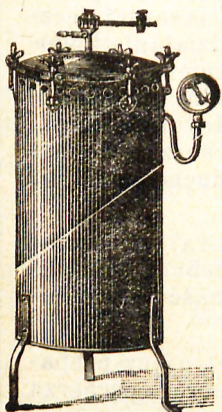
zalecany przez powagi lekarskie.

Analizy Doktorów:



Nenckiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Warsz.
Hygienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Konia-
ku z winogron bez obcych przymieszek.
Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej
Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej
kliniki ginekologicznej.
Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach win w Warsza-
wie i na prowincyi.

Egzystuje od 1820.



APARATY PAROWE

Sterylizacyjne
AUTOKLAWY

DEZYNFEKTORY

poleca

Fabryka

Adolfa Witt

W WARSZAWIE
ul. Leopoldyny 11
tel. 778.

Skład fabryczny.

Elektoralna 21.

tel. 793.

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za
opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie
od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

sterylizowanych z przyrządem

KONTROLUJĄCYM

Z PRACOWNI STERYLIZACYJNEJ

D-ra Borzymowskiego

Żądać w każdej aptece.

Skład główny:

Warszawa, Solna 17

Pracownia Sterylizacyjna.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natan-
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-
mi kobiecymi, jako też spodziewające się
ślab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9—10 r. i od 3—5 pp.
Chorych na uszy od 12—2 pp.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
skopowe moczu, płociny, krwi, zawartości żo-
łądkowej, kału, wydzielin z narządów mocz-
ściowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnosyki
lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

D-r Adam Kołaczkowski

ordynuje od 15 Kwietnia do 1 Października 1902
w Karlsbadzie Stadt Athen vis à vis Kolonady,
Mühlbrunn.

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

Własność rządowa francuska



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS

Słabości żołądka, pęcherza,

dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Słabości wątroby i organów żółte wydzielających.

VICHY HOPITAL

Słabości żołądka i kiszek.

Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

ALBOFERYNA

z fabryki chemicznej D-ra Fritza i D-ra Sachsse
w Wiedniu

Środek odżywczy i wzmacniający, zawierający żelazo i fosfor organicznie z białkiem związane, bez smaku i zapachu, łatwo rozpuszczalny.

Skład główny w aptece

D-ra T. Heinricha

Wierzbowa 11.

CHEMICZNA FABRYKA VON HEYDEN RADEBEUL-DREZNO.

CREOSOTAL i DUOTAL,

najsukuteczniejsze środki przy gruźlicy płuc i zapaleniu oskrzeli. Creosotal „Heyden“ i Duotal „Heyden“ posiadają własności lecz-

nicze guajakolu i kreozotu, i pozbawione jednocześnie nieprzyjemnego ubocznego działania, jadowitości i przykrego zapachu i smaku kreozotu i guajakolu. Nie wywołują podrażnienia żołądka i kiszek. Po ich użyciu nie bywa rozwolnienia, nudności i wymiotów. W wysokim stopniu pobudzają apetyt, zwiększają wagę i poprawiają ogólny stan chorych. Duotal „Heyden“ dzięki temu że nie posiada żadnego zapachu i smaku, chętnie przyjmują najwrażliwsi chorzy i dobrze go znoszą (Porów. „Berliner Charité-Annalen 1897“, Ziemssen's Annalen der Münchener Krankenhäuser 1896“ i t. d.

COLLARGOLUM

(rozpuszczone w wodzie Crede'go połączenie srebra) wskazane przy lymphangitach, flegmonach, wszystkich chorobach septycznych (czystych i mieszanych). Stosuje się jako maść (Unguentum Credé) do wcierań, w roztworze do wstrzykiwań żylnych i do wewnątrz, itd.

ITROL

silny środek antyseptyczny, niedrażniący, pozbawiony zapachu, nietrujący preparat srebra do leczenia ran podług Crede'go, do leczenia oczów, chorób pęcherza i chorób organów płciowych.

CRYSTALLOSE.

chorych na żołądek itd.

Ulepszony, zupełnie nieszkodliwy, łatwo rozpuszczalny środek słodki w postaci kryształów; zupełnie czysty i wyborowego smaku słodkiego, i dla tego stosowany dla diabetyków,

Przedstawiciel na Królestwo Polskie:

LUDWIK FREIDER, WARSZAWA LESZNO 60.

Literaturę wysyła się bezpłatnie.