

MEDYCINA.

CZASOPISMO 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 Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Wstrzykiwania modyfikacyjne w leczeniu gruźlicy jądra i przyjądrza. Napisał d-r Bohdanowicz. — Przypadek limfosarkomatu śródpiersia przechodzącego do kanału kręgowego. Podali d-rzy L. Bregman i J. Steinhaus. — WYKŁADY KLINICZNE. Leczenie ostrego i przewlekłego zapalenia nerek. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCiąGI. 37. Badania krwi u suchotników. 38. O przyczynach śmierci w przypadkach tetniaków aorty. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 29 kwietnia r. b. — O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 maja do 14 czerwca r. b. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Bohdanowicz — Des injections modificatrices dans le traitement des orchites et des epididymites tuberculeuses. 2) D-r L. Bregman et J. Steinhaus — Un cas de lymphosarcome du médiastin envahissant le canal rachidien.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Bohdanowicz — Ueber die Behandlung der Tuberkulose des Hodens und des Nebenhodens mit modificirenden Injectionen. 2) D-r L. Bregman und J. Steinhaus — Ein Fall von Lymphosarcom des Mittelfells auf den Wirbelkanal uebergreifend.

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

WSTRZYKIWANIA MODYFIKACYJNE

w leczeniu gruźlicy jądra i przyjądrza.

Napisał

D-r BOHDANOWICZ z Biarritz.

Odkąd w leczeniu gruźlicy chirurgicznej weszły w użycie wstrzykiwania modyfikacyjne, niezaprzeczalny w tej dziedzinie znaczący postęp i w wielu razach nóż o dwu często ostrzach wytrącając z ręki chirurga, nosiłem się z myślą zastosowania ich do leczenia gruźlicy jąder i przyjądrza. Pomimo jednak, że w miejscowości, gdzie mię zagnały losy, dotknięci gruźlicą chirurgiczną chorzy, ze względu na silne solanki nasze, jakoteż na klimat nasz, mogący rościć sobie prawo do nazwy pierwowzoru klimatu morskiego, znaczny stanowią ogólnej liczby kuracuszów procent; pomimo, że, jako były uczeń GUYON'a, częściej może od innych mam do czynienia z dolegliwościami, mniej lub więcej dróg moczowych dotyczącymi, przeczekać mu-

siałem lat parę, zanim napotkałem przypadek, według mego sposobu widzenia rzeczy do zastosowania wstrzykiwań w zupełności się nadający czyli pozwalający z całą pewnością liczyć na uniknięcie wszelkich nieprzewidzianych a tembardziej niepożądanych wstrzykiwań tych następstw. Nieliczne też są spostrzeżenia moje. O tyle jednak wydają mi się one zachęcającymi, iż, nieczekając odległej może chwili, kiedy jakoś ich liczbą poprzeć byłbym w stanie, postanowiłem dziś już zdać z nich sprawę.

Z góry uprzedzić się ośmielam, że w opisie moim szczególny nacisk położyć uważam za niezbędne na drobne, nic pozornie nieznaczące szczegóły postępowania. W tym względzie jednego jestem z głównym we Francyi zwolennikiem wstrzykiwań — d-r'em CALOT z Berck sur Mer — zdania: wynik w olbrzymiej mierze od szczegółów tych i zachowania drobnych ostrożności jest zależny. Dla tego nudzić nimi czytelnika nie waham się ani chwili.

Przechodzę do rzeczy:

W końcu kwietnia 1900 r. miałem w leczeniu chorego w wieku lat 20. Młody ten człowiek pochodził z rodziny dosyć licznej i niepodejrzanej o gruźlicę. Był dotąd zdrowy zupełnie. Przed kilku miesiącami pod wpływem zmiany warunków życia, pracy umysłowej, być może, więcej natężonej, poczuł lekkie doleganie w okolicy prawego, wkrótce zaś i lewego jądra. Profesorowie GUYON i ALBARRAN rozpoznali gruźlicę obu przyjądrzy jako też gruczołu krokowego i skierowali chorego do Biarritz. Przy pierwszym badaniu znalazłem:

Odżywianie niezłe, wygląd ogólny dobry, płuca, narządy trawienia, nerki, pęcherz wydają się dobre. Bólu chorego nie odczuwa nigdzie. Prawe przyjądrze, zgrubiałe znacznie na całej długości, przedstawia trzy znaczniejsze zgrubienia: przednie wielkości orzecha włoskiego, średnie nieco mniejsze i tylne wielkości i formy ziarna grochu. Sznurek nasienny, na całej prawie długości zgrubiały w trójnasób, u samej tylko góry na przestrzeni centymetra wydaje się normalny. Prawe jądro zdrowe.

Lewe przyjądrze, zgrubiałe również na całej długości, lecz mniej, niż prawe, przedstawia dwie guzowatości: przednia wielkości laskowego, lekkim środkowym wklęśnięciem na dwoje przedzielonego orzecha, i tylna, nie przechodząca wielkością ziarna grochu. Sznurek nasienny zdrowy. Gruczoł krokowy zdrowy na prawo, w lewej połowie u góry kilka gruzełków wyczuć pozwala. Toż samo pęcherzyk nasienny lewy.

Chory rozpoczyna kąpiele solankowe, które wkrótce zaostwiają sprawę — przedni i środkowy guz prawego przyjądrza powiększają się znacznie. Chory odczuwać zaczyna pewną bolesność, skóra moszny niebawem staje się nieruchoma na przednim guzie, czerwienieje zlekka — ropień jest gotowy. Przerwywam kąpiele, stosuję chłodzące okłady. Jednocześnie piszę do d-ra CALOT z Berck z zapytaniem, czy miał kiedy sposobność stosowania wstrzykiwań w podobnym przypadku i z jakim skutkiem. W bardzo uprzejmym liście d-r CALOT, którego nie znam osobiście, nie odpowiada wprost na pytanie moje, lecz zaleca gorąco zastosowanie wstrzykiwań.

Tymczasem mimo okładów ropień rośnie, dochodzi wielkości kurzego jaja, skóra czerwienieje, napina się, sinieje zlekka w najwięcej do pęknięcia podatnym punkcie.

30 maja, po zmyciu skóry eterem, jako też roztworem $\frac{1}{1000}$ sublimatu, robię pierwsze przekłucie.

Pomimo iż wiedziałem, że unikać należy miejsca, gdzie powłoki są najcieńsze, najwięcej zmienione i najbardziej do utworzenia przetoki podatne, — tu jednak przekłucie tym razem zrobiłem, aby najpewniej i dokładnie ropień opróżnić. Radzić jednak należy zawsze obierać miejsce zdrowsze, acz nieruchomą już skórą pokryte, gdyż w ten sposób często się uda uniknąć przetoki. Wydobyłem kilka szprycek PRAVAZ'a ropy dosyć płynnej, szarawej i wstrzyknąłem kilka kropel naftolu kamforowego (naftol β i część + kamfora 2 części). W chwili, gdy wyciągam igłę, kropla naftolu ukazuje się w zostawionym przez igłę otworze. Na szczęście kropla jedna tylko, reszta płynu dzięki zmniejszonemu napięciu zostaje w ropniu. Powierzchnię smaruję maścią: waselina 30 grm. + balsam peruwiański 2 grm., pokrywam kawałkiem gazy sterylizowanej, jako też waty, które przytwierdzam za pomocą *suspensorium* i zalecam spokój.

Ani tym razem, ani później nie doznał chory najłżejszego bólu z powodu zastrzyknięcia naftolu.

Na drugi dzień napięcie ropnia znaczne, prócz tego skarży się chory na powierzchowny ból skóry, zaczerwienionej i podrażnionej eterem. Poprzestaję tedy na przemyciu skóry roztworem 1⁰/₁₀₀ sublimatu i, przekłuwszy tym razem ropień w pewnej odległości od najsłabszego punktu, wydobywam ropy 10 grm. Naftolu, z obawy zbyt dużego napięcia, nie wstrzykuję tym razem.

Opatrunek takiż, jak i po pierwszym nakłuciu.

Na trzeci dzień napięcie mniejsze, zapalenie skóry uspakaja się, punkt sinawy, który niefortunnie obrałem za miejsce pierwszego nakłucia, poczerwieniał zlekka — zdaje się wracać do życia. Przez nakłucie wydobywam kilka gramów ropy i wstrzykuję na jej miejsce pół grama naftolu.

Następnego dnia znów nakłucie, wydobyte kilku grm. ropy i wstrzyknięcie pełnej szprycki PRAVAZ'a naftolu kamforowego.

Piątego dnia napięcie, mimo ilości zastrzykniętego w przeddzień naftolu, średnie, rozdrażnienie skóry ustąpiło, zagrożony punkt sinawy znikł, i miejsce, które zajmował, nie różni się niczem od otoczenia. Podczas wypompowywania ropy uważam, że nie tylko ropień nakłuty, lecz i sąsiadujące z nim środkowe zgrubienie przyjądrza zmniejsza się w miarę wydobywania ropy — jest między nimi komunikacja. Znowu zostawiam gram naftolu.

Na szósty dzień ropa wydaje mi się nieco mniej gęsta, przytem nadzwyczaj lepka, a raczej ciągnąca się i zlekka zabarwiona na kolor mahoniowy. Lecz jest to zawsze jeszcze ropa, zmieniona, lecz zawsze mętna ropa. Zbadawszy pilnie uprzednio zewnętrzny a zostawiony na chwilę wolno koniec igły dla upewnienia się, czy nie spostrzegę w nim krwi kropelki, której domieszcze skłonny byłbym przypisać zabarwienie ropy, i widząc, że obawy są płonne, zostawiam gram naftolu ponownie.

Nazajutrz spostrzegam, że ropień jest prawie pusty, opatrunek zaś zwilżony jakimś czerwonym płynem, w którym gdzieniegdzie dostrzegam kłaki zgęszczonej ropy. To otwór po pierwszym przekłuciu, zamknięty dotąd, dał dziś ujście zawartości. Z obawy, aby nie zbłądzić gdzieś wśród tkanek przy ponownym nakłuciu nie dosyć na ten raz wypełnionego płynem ropnia, odnajduję pierwotny ten otwór, wprowadzam doń stępioną igłę PRAVAZ'a, przemywam wewnątrz jamy nasyconym wodnym roztworem naftolu β i ponownie zostawiam gram naftolu kamforowego. Po wyciągnięciu igły, wskutek słabego napięcia wstrzyknięty płyn nie wpływa na zewnątrz.

Następnego dnia opatrunek znajduję suchy, ropień napięty, lecz słabo. Przekłucie ponowne daje ujście pewnej ilości zupełnie przezroczystego, ciągnącego się zabarwionego na kolor mahoniowy płynu. Guz środkowy znikł. Tym razem wydobywam część tylko zawartego w ropniu płynu, dodając doń kilka tylko kropel naftolu kamforowego, aby uniknąć zbyt dużego rozdęcia, zdaniem mojem, wyleczonego już teraz ropnia, i zostawiam chorego przez dni kilka w spokoju.

Po kilku dniach ani nakłuwanego przedniego, ani sąsiadującego z nim środkowego ropnia nie znajduję.

Napięcia żadnego nie ma. Na miejscu obu ropni znajduję zgrubienie, nie przenoszące rozmiarami reszty przyjądrza na całą długość. Tylne tylko, najmniejsze przed zabiegiem zgrubienie góruje teraz nad resztą rozmiarami, które pozostały bez zmiany. Śladu przetoki nie znajduję. Uwalniam chorego od opatrunku, pozostawiając tylko *suspensorium*, i powracam do kąpieli solankowych.

Po miesiącu solankowej kuracyi stan chorego przedstawia się, jak następuje: prawe przyjądrze, zgrubiałe na całej długości, zmniejszyło się nieco od czasu ponownego rozpoczęcia kąpieli, lecz jest znacznie twardsze i w niektórych punktach jakby poprzewiązywane poprzecznymi wąskimi wkłęsłościami (oznaka przerostu łącznotkankowego). Mniej więcej na połowie swej długości przedstawia nadto na granicy z jądrem rodzaj wąskiego i ostrego podłużnego grzebienia, którego konsystencya jest tak twarda, że obawiam się wywierać nań podczas badania silniejszego ucisku, aby o ostry brzeg jego nie zranić okolicznych tkanek. Przypisać zjawisko to mogę jedynie znacznie szerszemu nagromadzeniu się w tem miejscu soli wapna. Rozmiary ogólne prawego przyjądrza są dwa razy mniejsze od lewego — stosunek, który przed rozpoczęciem leczenia miał się odwrotnie, lecz lewe przyjądrze pozostało bez zmiany widocznej, i sądzę, że ulegnie powolnemu przerostowi bez zropienia, gdyż na niem także dostrzedz się daje kilka wkłęśnięć łącznotkankowej natury. Chory zyskał na wadze dwa kilo. Pacyenta tego widuję w Biarritz od czasu do czasu ze względu na powtarzaną solankową kurację. Stan jego ogólny jest, jak był, wyborny. Wrócił on do zwykłych swych zajęć. Oba przyjądrza zmalały znacznie i są w pełni łącznotkankowego przerostu, przedni tylko koniec lewego (nielezonego) przedstawia punkt wątpliwy, jest znacznie wzdęty i pozostał prawie bez zmiany. Na prawem ani śladu przebytych ropni, ani utworzonej przez pierwsze nakłucie przetoki, ani śladu przylegania do skóry. Ostry wapnisty grzebień znikł. Prawy sznurek nasienny, zgrubiałły niegdyś na całej długości, odzyskał teraz całą swą elastyczność i wydaje się normalnym. Jeden z kolegów moich paryskich, leczący obecnie pacyenta mego na trypra, pisze mi, że gruzelki tuberkuliczne gruczołu krokowego wydają mu się również wyleczone.

Pacjent nie porzuca dotąd *suspensorium*, od roku jednak pozwoliłem mu jeździć konno.

(D. n.).

PRZYPADEK LIMFOSARKOMATU ŚRÓDPIERSIA przechodzącego do kanału kręgowego.

Podali

D-r L. BREGMAN

Ordynator szpitala Starozakonnych

i

D-r J. STEINHAUS

Zarządzający pracownią anatomo-patologiczną w szpit. Starozakonnych w Warszawie.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 25 marca 1902 r.),

I

CZEŚĆ KLINICZNA.

Nowotwory śródpiersia zarówno z powodu swej rzadkości, jak i dla trudności rozpoznania budzą wielkie zajęcie wśród lekarzy. Gdy sobie uprzytomnimy wielką liczbę różnych narządów, mieszczących się w śródpiersiu i w sąsiedztwie w jamie piersiowej, to zrozumieć łatwo, jak różnorodny być może zwłaszcza w okresie niezbyt daleko posuniętym obraz kliniczny tego cierpienia. Punktem wyjścia nowotworów bywa w niektórych, prawdopodobnie nielicznych przypadkach grasicca, w największej zaś liczbie gruczoły limfatyczne, rozsiane grupami ¹⁾ w różnych częściach śródpiersia, a ztąd większe jeszcze urozmaicenie objawów klinicznych. Dla tych powodów każdy przypadek, klinicznie dobrze spostrzegany i przez sekcję skontrolowany, ogłoszony być winien.

Przypadek, o którym mówić będziemy, prócz tego wyróżnia się niezwykłym powikłaniem ze strony układu nerwowego — rdzenia i korzeni nerwowych — spowodowanem przejściem nowotworu do przewodu kręgowego.

Chora C. Ł., 19 lat z Białegostoku, panna, przyjęta do szpitala w d. 29 ym grudnia 1901 roku do oddziału kol. RAPPLA, a w d. 3 stycznia przepisana do oddziału chorób nerwowych. Ojciec chorej zdrowy, matka nerwowa. Rodzeństwo zdrowe. Chora sama była dawniej zdrowa, zajmowała się sprzedażą mięsa. Przed 2½ rokiem miała wysypkę na ramionach pod postacią dużych czerwonych plam. Nieco wcześniej wystąpił jakiś pryszczyk *in genitalibus*. Lekarz zaordynował jej wcierania z szarej maści, których zrobiono 36. Wysypka wkrótce znikła, innych objawów, zwłaszcza w gardzieli, nie było.

Chora przypuszcza, że zaraziła się, mieszkając u siostry, która miała podobną wysypkę. Siostra ta zajmowała się sprzedażą piwa i trzymała u siebie kilku parobków, z których jeden miał być chory. Stosunki płciowe neguje, badanie narządów płciowych wykazuje jednak brak błony dziewiczej. Obecna choroba rozpoczęła się mniej więcej przed 2½ miesiącami. Chora nagle

¹⁾ WIEDERHOFER rozróżnia grupy następujące: 1) Mediastinales superficiales a) retrosternales b) subclaviculares; 2) mediastinales profundae—za żyłą główną i żyłami bezimiennymi, przed i z boków dolnego końca tchawicy; 3) tracheobronchiales 4) tracheales profundae; 5) bronchopulmonales,

w nocy przebudziła się z silnym bólem w plecach, a mianowicie w okolicy lewej łopatki. Napad trwał około 2-ch godzin, po tem zasnęła. Po dwóch dniach, również w nocy, taki sam napad. Następnie napady te powtarzały się po 2 — 3 razy w ciągu tygodnia, zawsze tylko w nocy. Stopniowo ból coraz bardziej się rozprzestrzeniał na lewe ramię, kończynę górną wzdłuż ramienia i przedramienia aż do dłoni. W kończynie ból szedł głównie po stronie łokciowej i był silniejszy na powierzchni dłoniowej, aniżeli na grzbietowej. Palce nie bolały. Ból ma charakter klucia i palenia. W ostatnim czasie napady zjawiają się nie tylko w nocy, ale i w dzień. Oprócz tego chora doznaje często momentalnie silnego klucia w jednym lub drugim z miejsc, będących siedliskiem napadów. W plecach ból często przechodzi z jednej strony na drugą. W ostatnich tygodniach chora doznaje w czasie napadów bólu w piersi, pod mostkiem: tu ból ma inny charakter, aniżeli w plecach, bliżej określić go nie jest w stanie. W ostatnim czasie pojawiło się stałe uczucie zdrętwienia w lewym przedramieniu, ze strony łokciowej. Przed czterema tygodniami chora zauważyła zmniejszenie się lewej szczeliny ocznej, które zwolna postępuje. Pozatem czuje się zupełnie dobrze. Od pół roku cierpi na uporczywe zatwardzenie, a od niejakiego czasu uczuwa pewną trudność przy oddawaniu moczu.

Badanie przedmiotowe wykazało, co następuje.

Chora średniego wzrostu, stan odżywiania mierny, wygląd anemiczny. Tętno 80, prawidłowe. Oddech prawidłowy. W narządach wewnętrznych nic patologicznego, a zwłaszcza wymiary serca normalne, na mostku sfłumienia brak, tony serca niezmienione. Gruczołów limfatycznych nie wyczuwa się nigdzie. Naciskanie w okolicy wewnętrznego brzegu *m. sternocleidomastoidei* bolesne. Opukiwanie i uciskanie mostka nie powoduje bólu.

Kręgosłup w części grzbietowej i lędźwiowej przy naciskaniu wogóle wrażliwy, największa bolesność znajduje się w okolicy 1-go i 2-go kręgu grzbietowego. Natomiast naciskanie łopatki i całej okolicy, w której się bóle umiejscawiają, nie jest wcale bolesne.

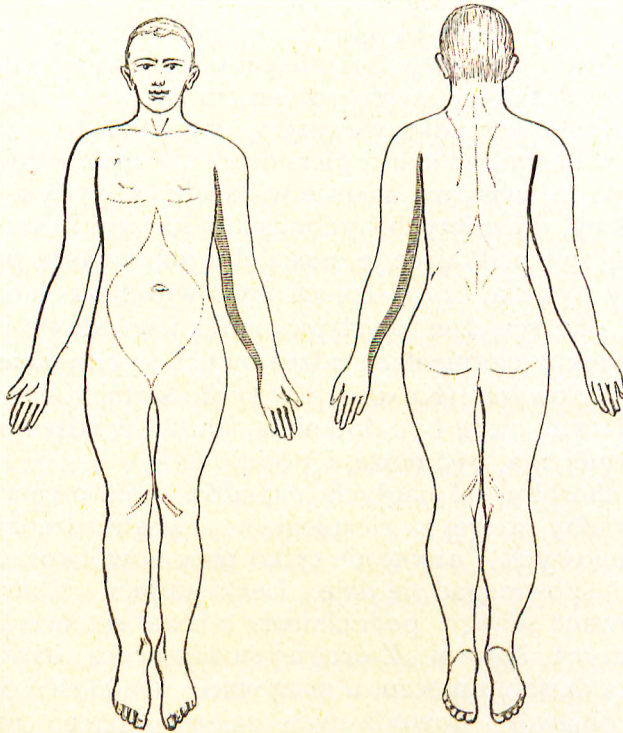
Lewa szpara oczna znacznie mniejsza od prawej, otworzyć dobrze lewego oka nie może. Lewa źrenica również węższa. Obie źrenice oddziałują dobrze na światło i przystosowanie. Innych zaburzeń w dziedzinie nerwów mózgowych brak. Obie połowy twarzy pod względem zabarwienia i wilgotności jednakowe.

W lewej kończynie górnej zaburzenia czucia w lekkim stopniu (porównaj szemat fig. I): chora nie rozróżnia dobrze ostrego od tępego, uczucie bólu jest słabsze, aniżeli po drugiej stronie. Zaburzenia te są najwyraźniejsze w przedramieniu.

Czynności ruchowe lewej kończyny górnej niezmienione, odruchy ścięgniaste umiarkowane, napięcie mięśni średnie. Kończyny dolne prawidłowe, chora chodzi dobrze, odruchy kolanowe i ze ścięgna ACHILLES'a nie wzmożone.

Tak się przedstawiał obraz chorobowy przy wstąpieniu chorej do szpitala. Mieliśmy napady gwałtownego bólu w lewej łopatce, kończynie górnej i pod mostkiem i stałe parastezye w tych samych okolicach, przedmiotowo zwężenie lewej szpary ocznej i źrenicy oraz lekkie zaburzenia czucia, w wywiadach prawdopodobny przymiot. Wobec tego uważaliśmy za prawdopodobny gummat (*resp. meningitis gummosa*), uciskający korzenie nerwowe, głównie 1-szy grzbietowy, w mniejszym stopniu 8-y szyjowy i, być może, 2-gi grzbie-

towy. Opieraliśmy się przede wszystkim na objawach ze strony szpary ocznej i źrenicy. Objawy te są w zależności od porażenia włókien, które, pochodząc z ośrodka rzesówkowo-rdzeniowego (*centrum cilispinale*), przez gałęzie łączące (*rami communicantes*), idą do nerwu sympatycznego szyjowego ztąd do spłotu tętnicy szyjowej wewnętrznej (*A. carotis interna*) i wreszcie do mięśnia oczodołowego dolnego (*m. orbitalis inf.*), mięśnia gładkiego, który się rozpina w dolnej połowie szpary ocznej, oraz do mięśnia powiekowego górnego (*m. palpebralis sup.*), idącego od górnego brzegu tarczki powieki górnej do górnego sklepienia spojówki i do mięśnia rozszerzającego źrenicę (*m. dilatator pupillae*). Porażenie tych włókien powoduje zatem zwężenie szpary ocznej i źrenicy, podrażnienie zaś rozszerzenia tych ostatnich. Objawom porażenia towarzyszy niekiedy cofnięcie się w tył (*retractio*) gałki ocznej, we-



dług niektórych i zmniejszenie się gałki: w naszym przypadku objawów tych nie było. Brak było również zaburzeń naczynioruchowych i potowydzielniczych na twarzy, jakie spostrzegamy w cierpieniach nerwu sympatycznego szyjowego.

Już Claude BERNARD dowiódł doświadczalnie, że wspomniane objawy okoźreniczne występują po przecięciu pierwszego i drugiego korzenia grzbietowego.

Panna KLUMPKÉ wykazała, że u psa objawy te występują (bez objawów naczynioruchowych) po przecięciu w dziurze międzykręgowej korzenia 8-go szyjowego i głównie 1-go grzbietowego. Szeregiem badań klinicznych i anatomicznych zostało stwierdzone, że i u człowieka umiejscowienie jest takie

same, a BRUNS²⁾ w ogłoszonym niedawno referacie zbiorowym o lokalizacyach rdzeniowych zaznacza również, że mięsień rozszerzający źrenicę otrzymuje włókna nie tylko z 1-go korzenia grzbietowego, ale 7 i 8 szyjowego.

Przedmiotowe zaburzenia czucia, które u chorej naszej znaleźliśmy, zgadzały się z tem umiejscowieniem. Według szematu EDINGER'a i STAR'a 1-szy korzeń grzbietowy unerwia wąski pas wzdłuż łokciowego brzegu ramienia i przedramienia, dochodzący do dłoni, przyczem górna część pasa należy, być może, już do dziedziny 2-go korzenia grzbietowego. U naszej chorej najwyraźniejsze zaburzenia znalazły się na przedramieniu, t. j. w dziedzinie 1-go korzenia grzbietowego, tej okolicy odpowiadały też najsilniejsze parestezye. Słabsze zaburzenia czucia znajdowaliśmy na ramieniu, t. j. w dziedzinie 2-go nerwu grzbietowego. Natomiast w dziedzinie 8-go nerwu szyjowego — według EDINGER'a i STAR'a — łokciowy brzeg dłoni do linii środkowej 4-go palca, wąski pas wzdłuż grzbietowej i dłoniowej powierzchni ramienia i przedramienia — pewnych zaburzeń nie znaleźliśmy.

Rozpoznając cierpienie 1-go korzenia grzbietowego, ewentualnie 2-go grzbietowego i 8-go szyjowego, musieliśmy się jeszcze zastanowić nad tem, czy korzenie te dotknięte zostały zewnątrz lub wewnątrz kanału kręgowego, a w tym ostatnim wypadku wewnątrz, czy zewnątrz rdzenia. Ponieważ żadnych zmian w narządach klatki piersiowej nie znajdowaliśmy, prawdopodobniejszem było, że ucisk ma miejsce w kanale kręgowym, tem bardziej, że, jak powiedzieliśmy, dotkniętych być musiało korzeni kilka, czyli że cierpienie zewnątrzkręgowe uciskające je musiałoby już większe posiadać rozmiary. Co się zaś tyczy pytania, czy cierpienie było wewnątrz- lub zewnątrzrdzeniowe, to objawy okoźreniczne wystąpić mogą i w jednym i w drugim wypadku, aczkolwiek w cierpieniach rdzeniowych są one mniej wybitne i mniej stałe, niż w korzeniowych [(KRAUS³⁾): w tych ostatnich bowiem całość odnośnych włókien łatwiej może być dotknięta, aniżeli w rdzeniu, gdzie ośrodek zajmuje co najmniej 2, a, być może, i 3 odcinki.

Początek choroby od nagłych napadów bólu o charakterze neuralgicznym przemawiałby raczej za cierpieniem zewnątrzrdzeniowym, ale i przy ogniskach rdzeniowych, i nawet nie tylko przy nowotworach, ale i przy zapaleniu rdzenia, spostrzegać się daje. Lekki stopień zaburzeń przedmiotowych przy objawach silnego podrażnienia zdawał się świadczyć również za cierpieniem samych korzeni. Z drugiej strony prócz bardzo nieznacznych zaburzeń przy oddawaniu moczu, a mianowicie trudności oddawania go, żadnych innych objawów, dowodzących zajęcia samego rdzenia, nie było, a zwłaszcza brak było jakiegokolwiek, choćby w najlżejszym stopniu porażenia kończyn dolnych, lub objawów porażenia BROWN-SÉQUARD'a, jakichby oczekiwać można przy cierpieniu jednostronnem rdzenia, które dało już tak wybitne objawy odcinkowe (Segmentsymptome). Szczególną uwagę zwróciłem na odruchy w kończynach dolnych, gdyż w podobnych razach przy cierpieniu rdzeniowym wzmożenie odruchów tych, *resp. clonus pedis*, po stronie ogniska jest objawem stałym.

Zestawiając, nie mogliśmy na pytanie powyższe dać odpowiedzi stanowczej, ale ognisko zewnątrzrdzeniowe wydawało nam się prawdopodobniej-

²⁾ L. BRUNS. Die Segmentdiagnose der Rückenmarkserkrankungen. Centralbl. f. Grenzgebiete der Med. und Chirurgie. 1901. Nr. 5.

³⁾ KRAUS cyt. według LEYDEN i GOLDSCHIEDER. Erkrankungen des Rückenmarks und der medulla oblongata w Nothnagel Specielle Path. und Therapie. Tom X, część I, dział ogólny.

szem. Przytem, mając już oprócz objawów podrażnienia (Reizsymptome) objawy porażenia (Ausfallssymptome), które, według znanego prawa SHERINGTON'a, następują li tylko przy zajęciu kilku korzeni, przypuścić należało cierpienie dość rozległe. Przewaga objawów czuciowych zaś wskazywała na większy ucisk korzeni tylnych.

Cierpienie kostne — *caries* lub nowotwór kręgow — było mało prawdopodobne, ponieważ kręgosłup był wogóle przy naciskaniu mało, przy ruchach ciała wcale niebolesny, i bólów samoistnych w nim nie było. Wyłączyć ich zupełnie w tak wczesnym okresie choroby nie mieliśmy prawa, ponieważ przebiegać mogą przy pewnem umiejscowieniu tak samo jak nowotwór opon, t. j. dawać wyraźne objawy korzeniowe bez poważniejszych zmian kostnych (zesztywnienia, zboczenia). Wogóle rozpoznanie w tym okresie mieć mogło tylko cechy większego lub mniejszego prawdopodobieństwa, nigdy zaś pewne być nie może. W danym przypadku zresztą mieliśmy moment etiologiczny syfilis, który, zdawało się, wszystko jak najlepiej tłumaczy, gdyż wiadomo przecie, że opony rdzeniowe są ulubionem siedliskiem zmian syfilitycznych.

Zaordynowaliśmy leczenie mieszane rtęcią i jodkiem potasu. Dalszy przebieg był następujący.

Bóle i parestezye były prawie stałe, wzmagaly się w nocy. 19. I. zauważono prócz objawów już wymienionych wyraźny zanik ostatnich mięśni międzykostnych (lewych) z drżeniem włókienkowem, objaw, który uzupełniał obraz ucisku wymienionych wyżej korzeni, a zatem potwierdzał nasze rozpoznanie. 23. I. po południu nastąpiło znaczne pogorszenie. Chora poczuła nagle osłabienie kończyn dolnych, po paru godzinach nie mogła już na nogach się utrzymać. Następnego dnia, t. j. 24. I. znalazłem niedowład obu kończyn dolnych w silnym stopniu (może silniejszy jeszcze w prawej kończynie dolnej, niż w lewej), znieczulenie w dość znacznym stopniu kończyn dolnych i kadłuba do wysokości 3-go żebra. Wzmoczone odruchy ścięgniste, a na prawej stronie nawet wyraźny *clonus*, wzmoczone odruchy skórne, wybitny objaw BABIŃSKI'ego. Zatrzymanie moczu i kału. Przytem, rzecz godna uwagi, bóle w kończynie górnej i łopatce ustały w zupełności. Ciepłota ciała podniosła się do 39,0°. Tętno 132.

25. I. mieliśmy już bezwład zupełny kończyn dolnych, pozostały zaledwie minimalne ruchy palców. Porażone były również mięśnie kadłuba, chora nie mogła siedzieć. Odruchy ścięgniste, które poprzedniego dnia były jeszcze wzmoczone, raptownie się zmniejszyły: na lewej stronie nie otrzymaliśmy ich wcale, na prawej zaś słaby odruch kolanowy. Natomiast odruchy skórne pozostały wzmoczone. Ciepłota ciała doszła do 40,3°.

26. I. Ciepłota spadła do 39,0°, bezwład jest jeszcze prawie zupełny, jednakowoż ruchy palców prawej nogi są już nieco większe.

Od następnego dnia 27. I. zaczęła się poprawa, kończyny dolne odzyskują stopniowo ruchy i władzę, najwpierw prawa, potem i lewa. Poprawa ta postępuje zwolna około 10 dni. Równocześnie odruchy ścięgniste powracają, tego samego dnia już notujemy odruchy wzmoczone, z prawej strony silniejsze, niż z lewej; po paru dniach znajdujemy już nie tylko wyraźny *clonus pedis*, ale i *clonus patellae*. W miejsce zatrzymania moczu zjawia się *incontinentia* i bezwiedne oddawanie go, po kilku dniach i pod tym względem następuje poprawa, chora zaczyna uczuwać potrzebę urynowania i, chociaż z tru-

dem, dowolnie mocz oddaje. Czucie również stopniowo się poprawia, tak że w początkach lutego stwierdziliśmy tylko hypestezyę w obwodowych odciinkach kończyn dolnych. Ciepłota ciała stopniowo spadła do normy.

Aliści, gdy pod tymi wszystkimi względami następowała poprawa, równocześnie ponowiły się bóle i parestezye w poprzednio dotkniętych częściach — lewej kończynie górnej, łopatce i piersi: z początku (28. I.—4. II.) dość słabe, potem coraz nieznośniejsze. Różnica źrenic i szpar ocznych, zaburzenia czucia na lewej kończynie górnej, jak przedtem. Rozwija się coraz wyraźniejszy zanik drobnych mięśni dłoni, a potem i przedramienia. Ruchy lewej ręki stają się bardziej ograniczone, chora nie może dobrze wyprostować 2-ich i 3-ich członków palców, natomiast nadmiernie prostuje 1-sze członki (osłabienie międzykostnych, przewaga rozginaczy), źle rozszerza palce, źle przeciwstawia paluch, zgina palce, ale z trudem i z małą siłą. W napiętku ruchy zachowane, ale z pewnym wysiłkiem. W łokciu i w ramieniu prawidłowe.

Od dnia 27. I. pojawił się prócz tego dokuczliwy kaszel. Chora wydzielala dość obfitą plwocinę śluzowo ropną. Przez parę dni plwocina była krwawo zabarwiona (30. I., 31. I.), potem kaszel się zmniejszył, plwocina znikła prawie zupełnie. Przedmiotowo wówczas w płucach zmian nie znajdowaliśmy.

W samym początku również (26. I.) chora narzekała na pewną trudność przy łykaniu „jakby jej coś przeszkadzało“, ale pomimo to połykała zarówno płynne, jak stałe pokarmy, nie krztusiła się. Już następnego dnia objaw ten był mniejszy, a potem znikł. Badanie ryno-laryngologiczne wykazało: niedomykanie głośni wskutek niedowładu mięśni zwieraczy, *rhinitis atrophicans chr.* Dodać muszę, że chora w dalszym ciągu dostawała wcierania szaruchy (4,0 dziennie). Do 3. II. dostała 21 wcierań. Od tego dnia musieliśmy, z powodu rozwiązania, wzdęcia brzucha i bólów leczenie to przerwać ⁴⁾.

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

C. VON NOORDEN.

LECZENIE OSTREGO I PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA NEREK.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 24).

Zasady leczenia dyetetyczno-fizycznego w *nephritis interstitialis*.

W leczeniu przewlekłej postaci zapalenia nerek zabiegi, zwykle stosowane, nabrały prawomocności poniekąd niesłusznej. Błąd zasadniczy w praktyce polega na przeniesieniu zasad leczenia w zapaleniu ostrem na zapalenie przewlekłe. Ostatnie stanowi chorobę wybitnie przewłoczną, która trwa zwykle, jeżeli komplikacje nie skrócą przebiegu, lat parę, a przy przebiegu łagodnym ciągnie się przez lat dziesiątki. Wyleczenie zupełne — wyłączone. Cel naszej pomocy — utrzymać latami na odpowiednim poziomie stan sił chorego, jego zdolność do pracy i nastrój zdrowia. Należy przeto usuwać od nerek szkodliwe wpływy, wzmacniać ustrój, oszczędzać serce z jednej strony, z drugiej wzmacniać mięsień sercowy. Obok wskazań, wypływających ze stanu nerek, każdy chory z posta-

⁴⁾ Potem jeszcze chora dostała 9 frykcyi, t. j. razem 30.

cią przewlekłą winien być traktowany jako chory sercowy raz z dobrem, raz ze złem wyrównaniem wady. Przytem gra ważną rolę leczenie psychiczne. Pomiędzy chorymi z *nephritis chronica* bywają chorzy o prawidłowym nastroju życiowym, są jednak tacy, którzy podlegają przygnębieniom. Wina części polega na rozbiorze moczu, na niesłusznem uświadamianiu przez chorego ilości białka i zestawianiu tego objawu z natężeniem choroby. Lekarz winien zrozumieć, że w naturze przewlekłego przebiegu leży wahanie się ilości białka, szczególnie przy badaniu porcyi pojedynczych. Ilość białka w moczu często niezależna bywa od zmian w przebiegu choroby i albuminuria nie stanowi miary odnośnego na razie stanu. Dlatego główny motyw leczenia psychicznego stanowi odwracanie uwagi chorych od badania moczu na białko.

Podstawę leczenia dyetetycznego i tutaj, jak w cierpieniach ostrych, stanowić będzie oszczędzanie nerek. Jednakże nie należy się w tym kierunku posuwać do skrajnych granic, analogicznie z postulatami leczniczymi w innych chorobach przewlekłych, przedewszystkiem winniśmy uwzględnić, że choroba ta w różnych okresach przebiegu stawia leczeniu inne żądania. Długi czas, lata całe, nawet dziesiątki lat przebiegać może w stanie dobrego samopoczucia, prawidłowej sprawności fizycznej i umysłowej, jeżeli czynnościom tym nie stawiamy zbyt wysokich wymagań. Taki okres najwdzięczniejszy bywa dla terapii. Od rad, udzielanych choremu, i kosenkwencyi jego w wykonaniu zależeń będzie utrzymanie choroby w ryzach lub pogorszenie bez ratunku. Jednakże zastosowanie się do przepisów leczniczych nie zawsze stanowi wszystko dla rokowania. Zdarzają się postaci złośliwe, które żadnemu leczeniu nie ulegają. Są one jednak rzadsze, niż postaci względnie łagodne.

Poglądy lecznicze, które autor wypowiada, tyczą się właśnie zwykłego łagodniejszego przebiegu. Obostrzenia i okresy terminalne podlegają leczeniu identycznemu z postacią ostrą. W ogóle leczenie dyetetyczne obostrzeń winno być traktowane odpowiednio do przypadku. W nadziei poprawy należy surowo przestrzegać zasad oszczędzania nerek, jeżeli nadzieja ta znika, można dogadzać gustom pacjentów.

Co się tyczy przeróbki materyi — zauważyć należy, że w okresach długotrwałego dobrego samopoczucia wydzielanie produktów przeróbki nie podlega znacznym zaburzeniom. Spotykamy nieprawidłowości, polegające na tem, że we względnie wczesnych okresach znajdujemy wahania w wydzielaniu mocznika i t. d., jakich u zdrowych nie widzimy. Jednakże nie zdarzają się długotrwałe retencye produktów wydzielanych. Co dziś zatrzymuje się, jutro wydalone zostaje. Wydatna retencya produktów przeróbki następuje w okresach późniejszych, zbliżających się do terminalnych, i decyduje więcej, niż w ostrym przebiegu, o złem rokowaniu.

Gdziekolwiek v. NOORDEN konstatował dłuższe nad 1 — 3 dniowe, a wydatne zatrzymanie mocznika, kwasu fosforowego i t. d. — tam zły obrót choroby nie kazał na siebie długo wyczekiwać.

Alkohol. Autor zabrania alkoholu bezwzględnie, nie tylko w postaci mocniejszych jego gatunków, lecz i wina, jabłecznika, piwa — z wyjątkiem wskazań szczególnych, do których należą zaburzenia w strawności i w czynności serca. Niektórzy chorzy z małą atroficzną nerką, przyzwyczajeni do regularnego użycia alkoholu — doznają zupełnego braku apetytu, jeżeli im się zupełnie alkohol odejmie i opadają wskutek tego na siłach. Podawanie małych dawek alkoholu (pół flaszki lekkiego wina) ogranicza upośledzenie apetytu i bywa mniej szkodliwe, niż zaburzenia w odżywianiu wskutek jego braku. Nie są to przypad-

ki częste, ale praktyk je spotyka. Z zaburzeń sercowych podawać alkohol należy w napadach stenokardyi. Autor często zapobiegał nowym napadom astmy uremiczno-sercowej przez podawanie szampańskiego wina, w tych razach alkohol zastępuje lekarstwo i podlega kontroli i dozowaniu ze strony lekarza. Jednak jako używka musi być wyłączony ze stołu chorego — ponieważ chorzy przy dłuższym przebiegu cierpienia nadużywają ewentualnych pozwoleń, a następnie alkohol wywiera wpływ ujemny na arterye (które prawie nigdy w *nephritis interstitialis* nie są bez zmian) i na serce — chociaż chorzy pojedynczy reagują różnie. Niektórzy już po jednej szklance piwa lub wina doznają uderzenia krwi do głowy i przyspieszenia pulsu czasami w bardzo wczesnych okresach *nephritis interstitialis*, w czasie kiedy przy badaniu obiektywnem serce żadnych jeszcze zbroczeń nie wykazuje. Serce chronicznych nefrytyków jest względnie nienormalnie pobudliwe. Dlatego podobni chorzy muszą uważać alkohol dla siebie za truciznę i traktować użycie jego tylko jako lekarstwa.

Ostre przyprawy. Za szkodliwe bezpośrednio uważają pieprz, imbir, musztardę i t. d. Nie szkodzą natomiast sól kuchenna, ocet, sok cytrynowy. Nie wiemy jednakże o przyprawach ostrych dokładnie, które z nich są bezwzględnie szkodliwe, jakie ich dozy wywołują działanie ujemne, i od czego to zależy. Autor przytacza spostrzeżenia ujemnego działania rzodkiewek (hematuria) i selerów. Co do ostatnich w jednym przypadku po ich użyciu następowało nieznaczne powiększenie diurezy bez zaburzeń innych, w drugim zwiększył się białkomocz. Nie może się jednak v. NOORDEN zgodzić na zabronienie szparagów i pozwala na ich użycie w sezonie po pół funta dwa- trzy razy tygodniowo. W końcu zestawia autor szereg ostrych przypraw i substancyi podobnych, o których szkodliwości dla nerek jesteśmy upewnieni, lecz które ostrożnie możemy podawać, póki ujemnie działać nie zaczną: pieprz biały i czarny, goździki, wanilia, gałka muszkatułowa, musztarda, anyżek, kminek, selery, szparagi, trufle.

Lekarstwa. Unikać należy następujących środków lekarskich: kantarydyny, kopaiwy, terpentyny, kwasu salicylowego, karbolowego, rezorcyny, hydrochinonu, ołowiu, miedzi, kwasu bornego, srebra, rtęci i ich soli, jodoformu, preparatów dziegciowych i t. d. Wogóle w *nephritis interstitialis*, gdzie ze względu na długi przebieg choroby i zdarzające się pogorszenia lub powikłania często nadarza się sposobność do stosowania lekarstw, należy przy podawaniu ich zachowywać pewną ostrożność. Niektóre środki farmaceutyczne (nie zbadano w szczególności jakie i w jakich warunkach) wydzielają się bardzo powoli np. sole jodowe, kwas salicylowy, antypiryna, sinek metylu, kwas borny. Zwykle podawane lekarstwa w celu powiększenia diurezy lub wzmocnienia serca (*digitalis, coffeinum, diuretinum, camphora, scilla* i t. d.) należy stosować o tyle, o ile żądany efekt występuje szybko. W przeciwnym razie dłuższe podawanie lekarstw wywołać może pogorszenie ogólnego stanu w znacznie większym stopniu, niż przy podawaniu tychże środków u chorych na serce. Zależy to prawdopodobnie od utrudnionego wydzielania i nagromadzania się w organizmie. I dla tego nie należy zanadto przedłużać podawania lekarstw w celu wywołania diurezy lub oczekiwać dodatniejszego rezultatu przez podwyższanie dawek. U chorych na serce tego rodzaju postępowanie często skutkuje, u nerkowych bardzo rzadko, a prowadzi za sobą zwykle następstwa szkodliwe.

Użytki (kawa, herbata, tytoń). Zabramiamy ich użycia nie tak ze względu na nerki, jak na serce. Stan serca odgrywa rolę miarodajną w losie chronicznych nefrytyków. Nie wdając się w wyjaśnienia, w jaki sposób powstaje przerost serca, należy zauważyć, że silne serce wogóle na bardzo długo wyrównywa

czynność chorych nerek. I dla tego głównym zadaniem jest utrzymanie serca w stanie pożądanym, a w tym celu, obok ćwiczeń należy usuwać bodźce drażniące, do jakich należą kawa, tytoń, herbata. Nie należy zabraniać ich zupełnie, lecz kierować się w tym względzie indywidualnością chorych; trzeba ściśle wypróbować działanie i wpływ podanych używek, aby znaleźć miarę dozwoloną i być pewnym, że chory granicy nie przekroczy, tem więcej, że nie można z ograniczeniem tych środków czekać, aż następstwa szkodliwe zupełnie na jaw wystąpią.

Mięso. Zwracamy się do właściwej terapii dyetetycznej. Powtarzamy znowu zasadę, że ze względu na długi przebieg choroby i na potrzebę urozmaicania pokarmów należy w ogóle zabraniać ich jak najmniej. Wystarcza zabronienie lub ograniczenie wykazanych ostrych przypraw i używek. Do tego zaliczyć należy mocne rosoły i inne wyciągi mięsne, ponieważ zawarte w nich ciała wyciągowe, przyjęte w postaci skoncentrowanej, stają się czynnikami drażniącymi dla serca i nerek. Również zabronić należy użycia mięs nadpsutych. Między objawami chorobowymi, jakie następują po zatruciach kiełbasami, znajdujemy często podrażnienie nerek, co przy ich cierpieniu może się uwydatnić w stopniu znaczniejszym. Po za tem jakościowo nie powinno się zbytnio pokarmów ograniczać. Znajduje się to w sprzeczności z postępowaniem dotychczas przyjętem, które wymaga, aby chory na *nephritis interstitialis* potrzebę białka pokrywał zwykle białkiem, zawartem w mleku, a gdzie to okazuje się trudno zastosowalnem, dodajemy białe mięso (ryba, cielęcina, drób, mózg cielęcy i t. d.). Według autora zwyczaj ten należy wykorzenić. Pogląd podobny, aczkolwiek nie nowy, należy akcentować jak najczęściej ze względu na rozpowszechniony leczniczy dogmat białego mięsa.

Aprobowanie tylko mięsa białego przynosi szkodę, gdyż chorzy wkrótce nabierają doń wstrętu i spożywają znacznie mniej, a ponieważ i jaja bywają wzbraniane lub ograniczane, samego zaś mleka długo pić nie można (idzie o lata całe) i jeżeli przytem chorzy nie zastępują białka mięsnego odpowiednio białkiem roślinnym — usuwanie mięsa ciemnego prowadzi do użycia pożywienia, w białko bardzo ubożego.

W ostatnich czasach spotykamy się coraz częściej z twierdzeniem, że ustanowiona przez VOIR'a norma odżywcza 118 grm. białka (na 70 kilo wagi) jest za wysoka, że norma ta może być zmniejszona bez szkody dla zdrowego o 40%. Ubolewa v. NOORDEN nad tym postulatem, który uważa za wsteczne dążenie kulturalne. Nie wchodzi szczegółowiej w tę kwestyę, o ile tyczy się ona zdrowych. Jednak obserwując dokładnie od lat 15 stosunek białka, podawanego w chorobach — dochodzi do wniosku, że długotrwałe zmniejszanie białka często wywołuje skutki niepożądane. Wypowiada prawidło, że ilość azotu, obliczana z wydzielanego mocznika (w stosunku 70 k. wagi ogólnej) nie powinna wynosić na czas dłuższy mniej, niż 12 grm. dziennie. Wliczając i straty, ponoszone przez wydzielanie kałem podana ilość azotu odpowiada 85 grm. białka. Autor uważa tę cyfrę za najniższą granicę, którą można tylko podnieść, lecz nie zniżyć. Ujemny wpływ zmniejszonego przez czas dłuższy dowozu białka uwydatnia się najlepiej w szybkiej poprawie ogólnego stanu chronicznych nefrytyków, kiedy pozostawiamy im wolny wybór pokarmów, zwiększając stopniowo dowóz białka i nie krępując w wyborze mięsa. Zestawienie odpowiedniej diety bez mięsa ciemnego i praktycznie trudno się stosuje. Należy przeto rozstrzygnąć, czy mięso ciemne rzeczywiście jest szkodliwe. Uprzedzenie to polega na przypuszczeniu, że takie mięso posiada więcej wyciągowych składników, które nerkom zaszkodzić mogą. Badania, wykonane z polecenia autora przez OFFER'a i ROSENQVIST'a — poparte

licznymi rozbiorami — wykazały, że ilość materii wyciągowych bywa zwiększona raz w białem, raz w ciemnym mięsie.

Większe różnice okazały się w różnych próbach mięsą białego i ciemnego, pochodzących z jednego gatunku zwierzęcia, niż w przeciętnych zestawieniach tych dwóch rodzajów mięsa. Pewne gatunki białego mięsa (drób) okazały się przecięciowo bogatszymi w substancje wyciągowe, niż mięso wołowe. Zresztą różnice spotykane wyrównać może kuchnia. Surowe mięso, zawierające dużo substancji wyciągowych traci ich po gotowaniu więcej, niż mięso pieczone, które w stanie surowym było w te substancje ubogie. Ponieważ chory na nerki wogóle dużo mięsa jeść nie powinien, i ponieważ część substancji wyciągowych łatwiej rozpuszczalnych odpada przy przyrządzaniu — wykazuje się w użyciu dziennem różnica drobnego ułamku, jeżeli spożywamy mięso względnie w substancje wyciągowe bogatsze. I na innej drodze jeszcze próbował autor wykazać wpływ różnych gatunków mięsa na sprawność nerek. KAUFMANN i MOHR badali wydzielanie produktów przeróbki w moczu przy użyciu mięsa różnych rodzajów, chcąc się przekonać, czy mięso ciemne upośledza sprawność wydzielniczą chorych nerek i czy zwiększa albuminurę. Rezultaty badań przemawiały to na korzyść białego, to na korzyść ciemnego mięsa. Wyników ostatecznych jeszcze nie osiągnięto. PICK zaś wykazał, że postać, w której białko przyjmujemy, pozostaje bez wpływu prawie na stopień białkomoczu. Najważniejszym jednak pozostało doświadczenie kliniczne, według którego, w przekonaniu autora, mięso ciemne należy uważać za zupełnie nie szkodliwe w przewlekłych cierpieniach nerek.

(D. d.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

37. L. APPELBAUM. **Badania krwi u suchotników.** Dotychczasowe badania krwi u suchotników nie były prowadzone systematycznie i przeto nie dają całkowitego obrazu jej u tych chorych. Autor zajął się zbadaniem tej kwestyi, przyczem do badań używał tylko przypadków czystej gruźlicy płucnej w rozmaitych okresach choroby.

Chorych w pierwszym okresie gruźlicy autor na zasadzie danych badania krwi dzieli na dwie grupy. Do pierwszej, z którą przeważnie się spotykamy, zalicza on chorych z nader powolnym przebiegiem gruźlicy, u których często już w dzieciństwie ukryta gruźlica objawiała się pod postacią skrofulów. Zwykle są to osobniki już swoim wyglądem i budową fizyczną zdradzające skłonność do gruźlicy. Krew u takich chorych przedstawia obraz mniej lub więcej posuniętej małokrwistości, t. j. zmniejszenie zawartości hemoglobiny (60%), liczba ciałek czerwonych (3,8 mil.) i białych (6500), spadek ciężaru właściwego (1049) i suchej pozostałości krwi (19,5%). Przytem zmniejszanie się zawartości hemoglobiny idzie szybciej od ubytku czerwonych ciałek krwi i to tem wyraźniej, im bardziej ucierpiało odżywianie chorego. Do drugiej grupy należą osobniki dobrze odżywiane, u których zmiany w płucach nie wywołały żadnego głębszego zaburzenia w ustroju. U chorych tego rodzaju krew okazuje się zupełnie normalną.

W drugim okresie choroby krew suchotników przedstawia zadziwiającą poprawę w zawartości wszystkich swych części składowych. Zawartość hemoglobiny wynosi 90 — 95%, ilość ciałek czerwonych wzrasta do 5,0 — 5,5 milio-

nów, a białych do 8 — 10000, ciężar gatunkowy podnosi się do 1058 — 1060, sucha pozostałość do 22 — 24%. Poprawa ta jednak nie jest absolutna, lecz tylko pozorna. Zależy ona od zmniejszenia się ogólnej ilości krwi, tak że oligemia maskuje tutaj prawdopodobnie bardzo wybitną anemię. Ostatnia zdradza się już przez nadzwyczajną bladość chorego w drugim okresie gruźlicy. Przyczyną takiego zgęstnienia *resp.* odwodnienia krwi są przedewszystkiem poty nocne i biegunka, w niektórych przypadkach także nadmierne wydzielanie płwociny. O koncentracji krwi w każdym danym przypadku można sądzić po natężeniu tych dwóch czynników, wzięwszy pod uwagę i ilość płynów, przyjmowanych przez chorego.

Podczas gdy w drugim okresie małokrwistość ukrywała się pod postacią oligemii, w trzecim występuje ona znów jawnie, lecz w cięższej już o wiele formie. Gdy tam stopień małokrwistości nie daje się ściśle określić, tu może być dokładnie oznaczony przez dane liczbowe. Wszystkie części składowe krwi, z wyjątkiem ciałek białych, dają tu bardzo niskie liczby: zawartość hemoglobiny waha się między 40 — 45%, liczba ciałek czerwonych między 2,0 — 2,5 mil., ciężar właściwy i sucha pozostałość między 1040 — 1042 *resp.* 15,0 — 18,5%. Ciałka białe przeciwnie dają większe liczby, niż normalnie, tak, że mamy tu pewnego rodzaju leukocytozę. Ostatnia występuje bardzo wyraźnie w przypadkach *Phthisis floridae*, skoro tylko zjawia się napady wysokiej gorączki. *Sub finem vitae* liczba ciałek białych dosięga nieraz 15000 — 20000, co przy nadzwyczajnem zmniejszeniu się liczby ciałek czerwonych daje stosunek 1:133.

Wytłomaczenie takiego stanu krwi staje się tem trudniejsze, że i w tym razie nie przestają działać te czynniki (biegunka, poty nocne), które powodują w drugim okresie zgęstnienie krwi. Autor objaśnia je głębokim rozstrojem normalnych stosunków między najważniejszymi częściami składowymi krwi. Nadzwyczaj mała liczba ciałek czerwonych zależy od ciągłego narastania w ustroju *resp.* we krwi produktów gruźliczych, których działanie toksyczne na krew daje się już w pierwszym okresie spostrzegać. Autor przypisuje im działanie rozpadowe na ciałka czerwone. Pojawienie się leukocytozy wskazuje na intensywność infekcyi i oznacza ostatnią, jakkolwiek już beznadziejną reakcyę ustroju.

Upadek normalnego składu krwi wskutek gruźlicy jest tak wielki, że wywołuje różnice nawet między oddzielnymi rodzajami ciałek białych. Badania autora wykazały, co następuje: w pierwszym okresie gruźlicy, przebiegającym pod formą małokrwistości, znalazł on niaznaczne zwiększenie się liczby komórek eozynofilowych kosztem limfocytów; inne rodzaje ciałek białych znajdują się w normalnej liczbie. W drugim okresie autor znalazł zwiększenie się liczby form przechodnich (*Uebergangsformen*), natomiast zwiększenie się liczby komórek eozynofilowych nie jest już widoczne. W trzecim okresie leukocytoza zasadza się na pomnożeniu liczby neutrofilowych komórek wielojądrowych; w bardziej typowych przypadkach stanowią one 84 — 86% wszystkich ciałek białych. Komórki te znajdują się we krwi na rozmaitych stopniach rozwoju, co można poznać po zmiennem zachowaniu się ich względem barwników.

Komórki eozynofilowe znajdują się w bardzo małej liczbie lub zupełnie znikają; odwrotnie zachowują się formy przechodnie, które w trzecim okresie są najliczniejsze. Zjawisko to autor wiąże z polinuklearną leukocytozą, przyjmując pogląd Erb'a, że komórki wielojądrowe są starszemi formami jednojądrowych, a formy przechodnie przedstawiają tylko ich stadya rozwoju.

(*Berl. klin. Wochen. r. 1902. Nr. 1.*)

S. Janczewowicz.

38. H. D. ARNOLD (z Bostonu). **O przyczynach śmierci w przypadkach tętniaków aorty.** Z 1829 opisanych przypadków tętniaków aorty w 53% bezpośrednią przyczyną śmierci było pęknięcie tętniaka. Z 953 przypadków w 16% ściany worka tętniaka były nieuszkodzone. W ostatniej statystyce, zebranej przez HARE'a HOLDER'a, przyczyny śmierci nie są dokładnie wyszczególnione. Autor wyjaśnia bezpośrednio przyczyny niepomyślnych zejść w przypadkach niepękających tętniaków aorty; swoje wnioski popiera klinicznymi zpostrzeżeniami. Każde z tych spostrzeżeń ilustruje pewien dział przypadków.

1) Śmierć u osobników z tętniakami aorty może następować skutkiem stanów chorobowych postronnych, przytem zasadnicze cierpienie może wpływać na ich złośliwy przebieg.

Autor spostrzegł chorego 52-letniego z tętniakiem łuku aorty, który przez 1½ miesiąca miał 12 napadów osłabienia z dusznością i niepokojem sercowym. Podczas dwóch z tych napadów tracił przytomność na parę godzin, w ostatnim nastąpiła śmierć. Autopsya wykazała obrzęk płuc, zrazowe zapalenie prawego dolnego płatu i niewielki ucisk nieuszkodzonego worka na tchawicę. Być może, że ten ucisk przyczynił się do spotęgowania duszności i złośliwego przebiegu *pneumoniac lobaris*.

2) Tętniaki, położone w sąsiedztwie zastawek aorty na wstępującej części łuku, mogą mechanicznie rozciągać otwór aorty i wywołać wtórną niedomogę zastawek z jej klinicznym przebiegiem. W przypadku autora chory 44 lat od roku miewał napady bólu między łopatkami, uczucie ściskania w okolicy serca i duszności po zmęczeniu. Przedmiotowe badanie wykazało tętnienie w okolicy *fossa jugularis* i nad prawym obojczykiem, stłumienie na rękojęści mostka, skurczowy i rozkurczowy szmer w okolicy ujścia aorty, podskakujące tętno tętnic szyjowych. Chory zmarł nagle. Autopsya wykazała obecność nieuszkodzonego tętniaka wrzecionowatego aorty i „*trunci anonymi*“, względną niedomogę zastawek aorty, rozszerzenie lewej komory i przedsionka, obrzęk płuc. Przyczyną śmierci była ostra niedomoga serca i obrzęk płuc. Zejście takie spotyka się, jak wiadomo, często w przypadkach niedomogi zastawek aorty.

3) Najczęściej tętniaki sprowadzają śmierć wtórnie — przez ucisk narządów sąsiednich. Jeżeli ucisk dotknie nerwów obwodowych, następują bóle. Długotrwałe bóle mogą powodować odruchowe napady kaszlu, duszności i bezsenność, a następnie śmierć z wyniszczenia. Prawdopodobnie ucisk na nerwy serca może wpływać ujemnie na działalność mięśnia sercowego. Ucisk na nerw błędny może odruchowo wywołać *spasmus glottidis*. Tętniak wstępującej aorty może uciskać na „*truncus anonymus*“, tętnicę podobojczykową i szyjową — lewe. Śmierć skutkiem takiego ucisku dotychczas nie była opisana. Zamknięcie światła tętnicy oskrzeli dużych zdarza się rzadko. Ucisk na „*vena cava*“ nie należy do bardzo rzadkich — występuje zastój żylny kończyn górnych, głowy, części tułowia. Spostrzegano śmierć z tych powodów przy objawach śpiączki.

Autor przytacza, jako przykład, przypadek ucisku tętniaka wstępującej części łuku na tętnicę płucną. Chory 42 lat od roku miewał znaczną duszność przy zmęczeniu i od trzech miesięcy napady bólu w okolicy serca, promieniującego do ramion. Badanie wykazało tętnienie u lewego brzegu rękojęści mostka; na tem samym miejscu stłumienie i szorstki szmer skurczowy, przedskurczowy szmer na tętnicy płucnej, wskazujący na niedomogę zastawek. Chory zmarł przy objawach obrzęku płuc. Autopsya wykazała obecność nieuszkodzonego tętniaka wstępującej części łuku, rosnącego do przodu i na lewo, i uciskającego tętni-

cę płucną i prawą komorę (ucisk spowodował względną niedomogę zastawek tętnicy płucnej), obrzęk płuc, atelektazę części górnego płata lewego płuca. Worek tętniaka miał 10 ctm. średnicy.

4) Ucisk na tchawicę lub oskrzela główne często bywa przyczyną śmierci przy tętniakach; bezpośrednio powoduje on uduszenie rzadko nagłe, częściej powolne. W przypadku autora choroba trwała 8 miesięcy, napady duszności występowały z początku rzadko, później częściej, czasami towarzyszyła im utrata przytomności, głównie utrudniony był wydech. Podczas napadu nastąpiła śmierć. Na autopsyi znaleziono nieuszkodzouy tętniak workowaty, uciskający na rozgałęzienie tchawicy; płuca były rozciągnięte do *maximum*.

5) Ucisk jednego oskrzela może pośrednio stać się przyczyną śmierci, ponieważ w odnośnym płucu może wystąpić zgorzel, poprzedzona przez *bronchitis purulenta*. Ucisk oskrzela jednak często powoduje tylko atelektazę płuca, jak w przypadku autora.

U chorej znaleziono na autopsyi nieuszkodzony tętniak *aortae thoracicae*, który, uciskając na przełyk, uniemożliwił przyjmowanie pokarmów, a równocześnie przez zamknięcie światła prawego oskrzela spowodował atelektazę prawego płuca. Choroba trwała w tym przypadku $2\frac{1}{2}$ roku.

(*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences. Jan. 1902. P. 72—73*). *Hotub.*

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 29 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) K. RYCHLIŃSKI — „Dwa przypadki ograniczonego zapalenia opony mózgowej i jeden przypadek rozlanego zapalenia istoty mózgu“. 2) A. SOKOŁOWSKI — „Przezynek do pytania sądowo-lekarskiego, czy i w jakim stopniu uraz może być przyczyną powstania suchot płucnych“.

1) Kol. K. RYCHLIŃSKI rozpatrzył dwa spostrzegane przez siebie przypadki *meningitidis circumscriptae lueticae* i jeden przypadek *encephalitidis diffusae*. W pierwszych dwóch przypadkach zwracał uwagę na trudność różniczkowania zmian gruźliczych na podstawie mózgu od zmian przymiotowych. W trzecim przypadku rozlane zmiany zapalne tkanki mózgowej były wybitne głównie w jednej półkuli mózgu. Wykład swój kol. RYCHLIŃSKI uzupełnił demonstracją preparatów mikroskopowych i anatomicznych.

W dyskusyi kol. St. ORŁOWSKI zaznacza, że w pierwszym przypadku, rozpoznanym jako przymiot na podstawie mózgu, wobec zbyt burzliwego obrazu klinicznego i wobec urazu, jakiego chory doznał, przypuszczać można drobne ogniska rozmiękczenin w istocie białej i w wielkich zwojach mózgowych.

W odpowiedzi kol. RYCHLIŃSKI podaje, że badanie mikroskopowe w tym przypadku wykazało jedynie zmiany przymiotowe na podstawie mózgu.

2) Kol. A. SOKOŁOWSKI wygłosił odczyt p. t. „Czy i w jakim stopniu uraz może być przyczyną powstawania suchot płucnych?“

Rozwiązanie pytania tego, nieraz stawianego w ostatnich czasach biegłym, nasuwa poważne trudności. Jako dowód, mówca przytacza dwa spostrzeżenia w łasne. W obu tych spostrzeżeniach pozory przemawiały za tem, iż uraz był tu bezpośrednią wywołującą przyczyną. Dopiero bliższe badanie, a głównie zebrane szczegółowe wywiady przekonały, że chorzy ci na kilka lat przed urazem byli dotknięci cierpieniem płuc, prawdopodobnie pochodzenia gruźliczego. Mów-

ca podnosi kwestyę nieścistości orzeczeń w wielu świadectwach lekarskich i podaje krótki zarys rozwoju i przebiegu nauki o t. zw. urazowej postaci suchot płucnych. Z kazuistyki własnej, jako też z opisów podobnych przypadków, podanych przez innych autorów, mówca wyciąga następujące wnioski: Ścisły związek etiologiczny między urazem klatki piersiowej a powstałą w następstwie urazu gruźlicą nie da się wykazać z pewną ścisłością naukową. W ogromnej większości przypadków uraz prawdopodobnie dołączył się do istniejącej już gruźlicy, której uprzednia obecność została przed lekarzem umyślnie utajona, lub też cierpienie to przebiegało w początkowych okresach uiewyraźnie. W pewnej niewielkiej zresztą liczbie przypadków obecność rozbieranego związku bez wątpienia istnieje; ponieważ jednak uprzedniego cierpienia gruźliczego z całą stanowczością wyłączyć nie możemy, przeto możemy mówić jedynie o związku warunkowym. Co się tyczy pytania, o ile uraz wpłynął na pogorszenie istniejącego już cierpienia gruźliczego płuc, to na to pytanie w wielu razach dać można odpowiedź twierdzącą, a to orzeczenie dla sądu jest najważniejsze.

W dyskusyi kol. St. MARKIEWICZ podnosi lekkomyślność lekarzy w wydawaniu świadectw i zaznacza, że lekarz w podobnych wypadkach powinien zwracać uwagę na to, czy uraz stał się początkiem niewydolności zarobkowej lub nawet zupełnej niezdolności do pracy. Tak przynajmniej sprawa ta stoi w Niemczech i we Francyi. M. staje w obronie statystyki nader bogatej, co do roli urazu w powstawaniu suchot płucnych, i sceptycyzm mówcy wydaje mu się nieuzasadnionym.

Prof. BARANOWSKI rozpatruje tę sprawę ze stanowiska: a) naukowego, zaznaczając, że badania doświadczalne nad wywoływaniem gruźlicy przez uraz dały dotychczas wyniki ujemne, i b) ze stanowiska sądowo-lekarskiego, dzielając w zupełności zdanie kol. St. MARKIEWICZA.

Prof. KRYŃSKI przypomina, że poruszoną sprawą zajmowali się dotychczas głównie chirurdzy, jako mający najwięcej do czynienia z następstwami urazów. Badania doświadczalne nie zawsze dawały jednakowe wyniki (SCHÜLLER'a — dodatnie, LANNELONGUE'a, ACHARD'a, FRIEDRICH'a — ujemne). Z naukową ścisłością kwestyi tej chyba nigdy nie da się rozstrzygnąć. W razach wątpliwych należy kierować się zasadą: „*in dubiis pro aegroto*“.

St. Kopczyński.

O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława

za czas od 14 maja do 14 czerwca r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 110 (m. 51, k. 59); przybyło od 14 maja do 14 czerwca 155 (m. 76, k. 79); wypisało się 147 (m. 70, k. 77); zmarło 13 (m. 6, k. 7); pozostało na miesiąc następny chorych 105 (m. 51, k. 54).

Ogólna liczba chorych była większa, niż w ubiegłym miesiącu, głównie z powodu dalszego szerzenia się tyfusu wysypkowego i częstego występowania róży. Pierwszy przeważnie panuje między ludnością żydowską, której chorzy w dalszym ciągu do nas przybywają, gdyż oddziału infekcyjnego w szpitalu na Czystem dotychczas jeszcze nie otworzono.

Z innych chorób gorączkowych — ospa pokazywała się rzadziej; płonica zaś i odra nieco częściej.

Najliczniejszą rubrykę w dalszym ciągu stanowił tyfus wysypkowy, którego zanotowano przypadków 52 (m. 33, k. 19) z przebiegiem dosyć ciężkim. Pięć z nich zakończyło się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Brudnowska 1 i 6, Bolesć 5, Brzeska 15, Wolska 8, 24, 35 (2 przypadki); Miła 55, 49, 46 (3 przypadki); Pawia 16 i 25; Franciszkańska 13, Gęsia 63 i 79, Dzika 47 34 i 26; Wołyńska 19, Radzymińska 27, Bugaj 13, Mokotowska 41, Grochowska 18 (2 przypadki), Pańska 25, Stare Miasto 24, Muranowska 42, Smocza 5, Freta 11, Nowo-Dzika 1, Graniczna 13, Niska 41 i 50, Dzielna 10 i 4; Krochmalna 24, Królewska 27, Śliska 54, Parysowska 5, Twarda 16, oraz Ochota, Okuniew, Wola (2 przypadki) i Małkinia.

Drugą rubrykę większą, niż w ubiegłym miesiącu zajęła róża, której przybyło przypadków 23 (m. 11, k. 12) z przebiegiem niezbyt ciężkim. Jeden przypadek, z powodu powikłań, był niepomyślny. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Szczygła 6, Dobra 49, Dzielna 78, Mokotowska 50, Wróbla 2, Brukowa 6, Grzybowska 89, Pawia 20, Chmielna 76, Wołyńska 13, Marszałkowska 124 i 140, Sien- na 25 (2 przypadki), Ogrodowa 27 i 16 (2 przypadki), Warecka 8, Browarna 19, Stare Miasto 21 i Hoża 8.

Rzadziej zdarzała się ospa. Zanotowano przypadków 10 (m. 6, k. 4). Jeden z nich u chorego nieszczepionego zakończył się niepomyślnie. Chorzy przybyli z ulic i domów: Łomżyńska 22, Stalowa 8, Żelazna 28, Wronia 49, Łazienki 9, Kaliksta 13, Żąbkowska 19, Chłodna 12, Folwarczna 3 i wieś Rakowiec.

Częściej, niż w ubiegłym miesiącu, pokazywała się płonica. Przyjęto chorych 10 (m. 3, k. 7), przeważnie dzieci, z których zmarło 2. Chorzy pochodzili z ulic: Kamionkowska 25, Pańska 37, Smocza 57, Krucza 7, Nowolipki 41, Krochmalna 57 Pańska 8, Młynarska 8 (3 przypadki).

W jednej mierze trzymała się odra, której przyjęto przypadków 7 (m. 5, k. 2), przeważnie u dorosłych, z przebiegiem pomyślnym, z ulic: Grzybowska 70, Żelazna 23, Długa 15, Przechodnia 9, Leszno 94, Złota 42 i Nowy Świat 70.

Z innych chorób gorączkowych przybyło: Po 4 przypadki: błonicy gardła (Ceglana 5, Łucka 29, Radzymińska 25); zapalenia płuc i zimnicy; po 3 przypadki — tyfusu brzuszno (Żelazna 68, Żytunia 12 i wieś Morzanów) i gruźlicy płuc; po 2 — biegunki krwawej (Lipowa 8 i Solec 49); gruźlicy kości i gorączki połogowej (Miła 57, Krucza 7); oraz po 1 przypadku: przymiotu, choroby WERLHOF'a.

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych mieliśmy 24 (m. 5, k. 19).

Biletów odmownych chorym nie kwalifikującym się do szpitala św. Stanisława wydano 4 (m. 2, k. 2); dla braku zaś miejsc — 2.

Rewakcynacy w ubiegłym miesiącu dokonano 93 (m. 42, k. 51).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 3520 (m. 1637, k. 1883).

Śmiertelność miesięczna wynosiła 4,9%.

J. Sz wajcer.

Odrobniejsze wiadomości różnej treści.

= KUHN (Berlin) miał pod swoją obserwacją od lutego do maja zeszłego roku przypadek móżdżki zwykłej (*diabetes insipidus*), w którym na 8 dni przed śmiercią zjawił się cukromocz w ilości 1,8% przy dobowej ilości moczu 4,500 ctm. sz. Na stole sekcyjnym znalazło się raka lewej sutki z przerzutami w nadnerczach, nerkach i w wielu gruczołach limfatycznych, pomiędzy innymi w tych, które otaczają splot trzewiowy; wreszcie — zanik trzustki. (Müch. med. Wochenschrift. Nr. 3. 1902).

= Henryk CRAMER (Bonn) w dwu przypadkach drgawek porodowych, zakończonych śmiercią, zauważył w moczu chorych osobliwe zmętnienie, czyniące mocz podobnym do mleka. Mocz, wypuszczony przez kateter, miał wygląd szaro-brunatnej zawiesiny, która zniknęła po zagotowaniu, wytwarzając obfity osad. Zawiesina nie zniknęła ani po dodaniu kwasów, ani po przefiltrowaniu, ani po odcentryfugowaniu. W pierwszym przypadku po dwóch dniach

stania zawiesina rozpuściła się na powietrzu. Podobne zachowanie się moczu autor widział w jednym przypadku mocznicy na 4½ godziny przed śmiercią chorego; w tym przypadku ściślejsze badanie moczu, przeprowadzone przez prof. SCHMIDT'a i BLEIBTREU'a, wykazało, że zawiesina składała się z substancji białkowych z domieszką allantoiny i kwasu moczowego. Autor przypuszcza, że ta „Emulsionsalbuminurie“ miała miejsce i w dwu pierwszych przypadkach. Być może (powiada autor), w przypadkach drgawek porodowych występowanie zawiesiny białkowej w moczu jest *signum mali ominis*; zależy ono zapewne od przesylenia moczu białkiem. (Müch. med. Woch. Nr. 3. 1902).

= SEUBERT opisuje przypadek zgorzeli lewej dolnej kończyny u dziecka 7-letniego po przebytej lekkiej szkarlatynie. Po amputacji uda — wyzdrowienie. (Müch. med. Woch. N. 2. 1902).

Ż.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez d-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO: a) Nowe tematy. 1) Badania kryoskopowe nad wysiękami, prześiekami albo wydzielinami. 2) O zatruciach pokarmami mięsnymi, na zasadzie własnych badań. 3) Hemoliza u człowieka w stanie zdrowia i choroby. 4) Anatomia patologiczna *sclerosis disseminatae*. 5) Badania nad trawieniem kiszki w przypadkach przetok kiszki. 6) Wpływ leczenia surowicą na przebieg zakażenia rogówki jednym z ropotwórczych pasorzytów podczas operacji wyjęcia soczewki. (Badania doświadczalne). 7) Badania doświadczalne nad wpływem suchych kąpieli na ustrój, w szczególności na krew. 8) Graficzne badania skurczów mięśniowych u ludzi w stanach normalnych i patologicznych. b) Tematy pozostawione na rok następny z poprzedniego konkursu: 9) Badania doświadczalne i kliniczne nad zakrzepami żylnymi w chorobach zakaźnych. 10) Jak działa emetyna i apomorfina na gruczoły i komórki śluzowe. 11) Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteriologicznego. Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1903 roku. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów, wyznacza się nagroda rubli 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowana będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowią będą własność autora. Prace nadsyłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały Dr. Hoyer.

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:



Nenekiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Wars.
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.

URZĄDZENIA KĄPIELOWE
poleca

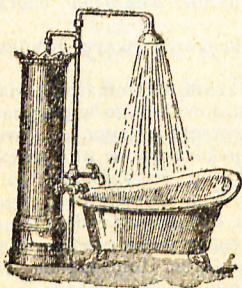
FABRYKA

Adolf Witt

ul. Leopoldyny 11.

Skł. fabryczny

Elektoralna 21.



Egzystuje od 1820 r.

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 op. 50.

Dr. Ignacy Dembicki

lekarz zakładowy ordynuje w Ciechocinku, Hotel Müllera.

1) Tampony ginekologiczne na nitkach po 10 sztuk 2)
Ligatury

Składy Główne materiałów
opatrunkowych
Sterylizowanych
z Pracowni D-ra Bo-
rzymowskiego

w Warszawie: 1) Solna 17 m. 5. Pracownia
Sterylizacyjna

2) Towarzystwo Akc. Handlu Towar.
Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptekarze
i Ludwik Spiess i Syn Senatorska Nr.
24. Telefon. Nr. 610.

w Łodzi: 1) Piotrkowska Nr. 11 (Spiess).

w Lublinie: Skład Apteczny W-go Magierskiego.

w Siedlcach: Apteka W-go Skowrońskiego.

w Kielcach: Apteka W-go Wierzbiety.

w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

6) Gaza jodoformowa po 0. 25; 0,5 i 1 m. 7) Banda
ze 5—10—20 ctm. sześć. 6 m. dług.

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

3) Wata po 10; 25; 50; 100; 200; 400 gm. 4. Gaza
hydrokopolina po 0, 5 i 1 m

Warszawski Zakład Ginekologiczny
Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natan-
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-
mi kobiecymi, jako też spodziewające się
słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
całkowite utrzym., lekarstwa leczenia, 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, płwociny, krwi, zawartości żo-
łądkowej, kału, wydzielin z narządów moczop-
łciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Lekarz PRZYREMBEL

praktykuje przez lato
w Ciechocinku willa Orion.
CHOROBY CHIRURGICZNE.

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 kiszki.

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.

CHEMICZNA FABRYKA VON HEYDEN, RADEBEUL-DREZNO.

XEROFORM. Najlepszy i najtańszy środek zastępujący jodoform. W użyciu nie ma zapachu, nie trujący nawet przy wewnętrznym stosowaniu w dużych dawkach dla antyseptyki kiszki. Wybitnie działa kojąco na bóle

i wstrzymuje krwawienie, nie drażni i nie wywołuje ekzemy. Odwiana nawet posokowate wydzieliny, działa wybitnie osuszająco i zmniejsza widocznie prędko wytwarzanie ropy. Działa wprawdzie w niektórych przypadkach słabiej na wytwarzanie ziarniny niż jodoform, przewyższa jednak jodoform i inne środki w działaniu na wytwarzanie nabłonka. Specyficznie działa przy ulcus cruris i wszystkich mokrych ekzemach. Świeże rany goją się per primam; czas gojenia skraca się. Dzięki nietrującym własnościom i kojącym bóle z dobrym wynikiem stosuje się w ginekologii i ranach po oparzeniu. Przy przewlekłych mokrych ekzemach wystarcza częste wcieranie xeroformu na wacik ach; zaoszczędza się przytem kąpeli i środków opatrunkowych.

CREOSOTAL. „Heyden“: Specyfik przy wszystkich niegruźliczych chorobach zakaźnych dróg oddechowych. Bystre wyleczenie pneumonii (również broncho pneumonii, po odrze, influenzy i dyfteryi) przy stosowaniu dużych dawek Cresotalu: 10—15 gr. pro die w 4 dawkach, dla dzieci dawka na dobę 1—5 gr.

ACOIN. Miejscowy środek znieczulający w chirurgii, okulistyce i dentystycznych operacjach. Długotrwałe nawet kilka godzinne znieczulenie. Jedyne do bezbolesnych podspojówkowych wstrzykiwań.

Kwas acetylosalicylowy. — Solveol. — Lactophenin,

Przedstawiciel na królestwo Polskie

LUDWIK FREIDER WARSZAWA LESZNO 60.

Literaturę wysyła się bezpłatnie.

5 wiorst od stacji kolei Nadwiślańskiej 5 god od Warszawy, godzinę od Lublina.

NAŁĘCZÓW

Poczta i telegraf na miejscu. Powozy zamówienie. W lecie omnibus.

Zródło szczywy żelazistej do picia i do kąpeli. Zakład leczniczy cały rok otwarty.

Hydroterapia, kąpiele borowinowe, elektryczne i mineralne sztuczne. Elektroterapia. Masaż. Gimnastyka. Własna kuchnia dyetetyczna. Kumys. Ścisły nadzór lekarski. Powiększona ilość mieszkań. Naokoło zakładu przeszło 40 umeblowanych willi. Pensjonaty prywatne. Hotel. Dwóch stałych lekarzy, w lecie konsultanci i asystenci. Utrzymanie całodzienne w internacie zakładowym wraz z leczeniem od 4 rb. dziennie. Prospekty gratis i franco.

Dyrektor zakładu Dr. A. PUŁAWSKI. Lekarz zakładu Dr. B. MALEWSKI.

BAD PYRMONT

Sezon pocz. Maja do 10 Paźdz. Frekwencja 19—20000.

Stacja kolei Hannow.-Altenb. i Kuryera Berlin Hildesheim-Kolonia Paryż

Kąpiele żelaz.-borowin. solank. najnows. systemu. Uzdrowisko klimat. i terenowe w pięknej lesistej okolicy. Nowy kurhauz. Place do lawn-tennis. Teatr, bale, wyścigi, możność polowania i łowienia ryb. Prospekty za pośrednictwem książącej dyrekcji kąpielowej.

MARIENBAD WIELKA MIEJSCOWOŚĆ (Czechy)
KURACYJNA

Towarzystwo ekspedycji wód mineralnych
poleca dla używających w domu kuracyi:

Kreuzbrunn
Ferdinandsbrunn
Waldquelle
Ambrosiusbrunn
Rudolfsquelle

**najmocniejsze źródła glauber-
skiej soli w Europie.**
Indikacje: Ogólna tęgość, otłuszczenie
serca, wątroby; nieprawidłowy oddech i
obieg krwi, z powodu powiększającego się
tłuszczu; katar żołądkowy wszelkiego ro-
dzaju; zastój krwi w brzuchu, hemoroidy,
słabość kiszki i wszelkie wypływające z
takowej skutki, choroby kobiece przy za-
kończeniu menstruacji, diatesa.

Indikacje: Katar paszczy, krtani i organów oddecho-
wych; katar narządów trawiących.

**Najmocniejsze źródło żelazowe w
Europie z 0,17 dwu-węglasto-żelazo-
wej soli na liter!** Indikacje: Bezkrwistość,
biednica, osłabienie organiczne, neurastenja.

**Najwybitniejsze ziemno-alkaliczne
źródło.**
Indikacje: Chroniczny katar kanałów urynych,
kamienie w pęcherzu i nerkach; podagra, uratyczna
diatesa.

**Z roku na rok zapotrzebowanie
powiększa się.**

Marienbadzka naturalna sól źródłana
wytopiona kwasami, łatwo rozpuszczająca, szybko i łagodnie przeczyszczająca.
Znakomity środek podniecający przy używaniu Marienbadzkich wód.

Marienbadzkie pastylki źródlane.
Indikacje: Zgaga, kurecz żołądkowy, chrybka, zapalenie.

Marienbadzki „Mineralmoor“
Bagnie najbogatsze w skuteczne pierwiastki i kwasy, 78%.

Dostać można w składach wód mineralnych, aptekach i składach aptecznych, lub
wprost przez Towarzystwo ekspedycji wód mineralnych w Marienbadzie (Czechy).
Marienbadzkie mineralne wody, oraz wyroby źródlane stoją bez-
płatnie do dyspozycji p.p. lekarzów dla zbadania.

H. KUCHARZEWSKI
Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych
PRZY APTECE
Miodowa Nr. 4, Telef. 753.

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich Europejskich źródeł jak i krajowe wody mineralne wraz z produktami leczniczymi z tychże źródeł
O czem mam honor zawiadomić W W. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność.

Sanatorium „SCHATZALP“ Davos
300 m. nad Davos 1860 m. nad pow. morza.
Zaleca się chorym na płuca specjalnie i na lato ze względu na położenie wolne od kurzu i równomier-
ną chłodną temperaturę.
Lekarze zakładowi: Dr. L. Spengler, Dr. E. Neumann.
= Prospekty franko. =

Dr. W. Sadowski
ordynuje jak dawniej u wód
w Reichenhall. (Bawarya)
Villa Schönheim.

Doc. Dr. L. Korczyński
ordynuje w porze zdrojowej jak dawniej
w Szczawnicy Willa „Warta“.

Dr. Kazimierz Ciagliński
ordynuje jak zwykle od 20 maja
w Ciechocinku.

Dr. FELIKS ARNSTEIN
ordynuje jak zwykle od 21 Maja
W Ciechocinku.

Dr. Józef Schermant
ordynuje jak lat ubiegłych
w Maryenbadzie
willa „Apollo“.

Dr. Kazimierz Kruszyński
ordynuje jak lat poprzednich w lecie
w Szczawnicy.