

MEDYCYNA.

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 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. Przypadek limfosarkomatu śródpiersia przechodzącego do kanału kręgowego. Podali d-rzy L. Bregman i J. Steinhaus. (Ciąg dalszy). — Wstrzykiwania modyfikacyjne w leczeniu gruźlicy jądra i przyjądrza. Napisał d-r Bohdanowicz. (Dokończenie). — **WYKŁADY KLINICZNE.** Leczenie ostrego i przewlekłego zapalenia nerek. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 39. Przyczynek do symptomatologii kamicy żółciowej. 40. Przemycanie żołądka roztworem lapisu jako cholagogum i ich wartość lecznicza i rozpoznawcza. 41. O zapaleniu gardła, goścu stawowym, rumieniu guzowatym i zapaleniu płuc z uwagami o etiologii chorób zakaźnych. 42. Papier odczynnikowy do wykrywania jodu — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 6 i 20 czerwca r. b. — — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — Zmarli. — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

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

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

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

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

PRZYPADEK LIMFOSARKOMATU ŚRÓDPIERSIA przechodzącego do kanału kręgowego.

Podali

D-r L. BREGMAN

Ordynator szpitala Starozakonných

i

D-r J. STEINHAUS

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

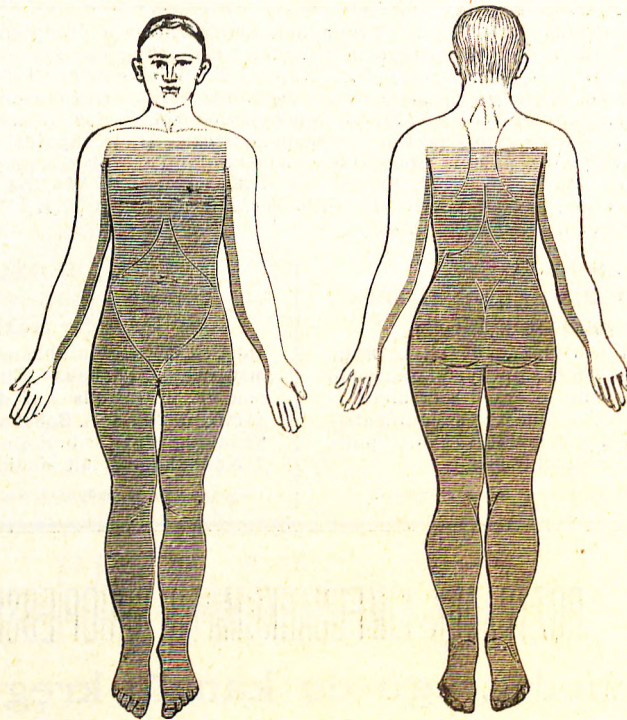
(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 25 marca 1902 r.).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 25).

Dnia 8. II. zaczęło się ponowne pogorszenie sprawy. Kończyny dolne znowu osłabły: najpierw lewa, potem i prawa, już po dwóch dniach obie były zupełnie bezwładne. Rozwinęła się znowu zupełna *anaesthesia* kończyn dolnych i klatki, dochodząca z przodu do 3 żebra, z tyłu do *spina scapulae*:

między 2-iem i 3-iem żebrem znieczulenie, było niezupełne (Fig. II). W kończynach dolnych czucie głębokie (mięśni, więzów i stawów) było również zniesione. Odruchy ścięgniste kończyn dolnych z początku pozostają powiększone i z prawej strony są silniejsze, niż z lewej; po kilku dniach kolanowe znikają, a odruchy ze ścięgna ACHILLES'a otrzymuje się dość silne, również jak i słaby Fussclonus. Pod koniec wszakże i odruchy kolanowe znowu powracają. Odruchy podeszwowe przez cały czas bardzo wzmożone, z wyraźnym objawem BABIŃSKIEGO, brzusznych brak. Pomimo zupełnej analgezji ukłucie kończyn dolnych w jakimkolwiek miejscu wywołuje silne odruchy.

Chora narzeka na drętwienie w całym ciele oraz niekiedy na bóle w nogach; przy ruchach biernych kończyn dolnych silny ból.



Po krótkim zatrzymaniu znowu *incontinentia urinae et alvi*.

Tym razem wraz z pojawieniem się tych objawów nie znikły, jak z początku, bóle w lewej kończynie górnej i łopatce, lecz przeciwnie wzmogły się i rozprzestrzeniły się na stronę prawą, w prawej kończynie chora odczuwała nawet palenie większe, niż w lewej. Przedmiotowo stwierdzaliśmy teraz w niej pas anestezji wzdłuż jej łokciowego brzegu, podobnie jak w lewej, dochodzący do obwodowej $\frac{1}{3}$ przedramienia. Prawa źrenica i prawa szpara oczna zwężyły się również, tak że różnica obu stron stała się mniej widoczną; ale po kilku dniach zwężenie to zmniejszyło się, również jak i przedmiotowe zaburzenia czucia, które dochodziły już tylko do łokcia. W lewej kończynie górnej zaburzenia czucia pozostały niezmienione, zanik i przykurczenia stały się coraz silniejsze, ruchy palców i ręki coraz bardziej się ograniczały.

Wraz ze wzmożeniem się objawów uciskowych ciepłota ciała znowu zaczęła się podnosić, od 8. II.—18. II. trzymała się na wysokości między $38,5^{\circ}$ — $39,5^{\circ}$, potem do końca (25. II.) była nieco niższa, wahając się około 38° . Wahania dzienne ciepłoty były stosunkowo nieznaczne (nie więcej niż 1°); kilkakrotnie chora miała silne dreszcze.

Równocześnie pojawił się szereg objawów, które wskazywały na cierpienie śródpiersia.

Z początku zauważyliśmy nad lewym obojczykiem nowotwór, który powiększył się do wielkości kurzego jaja, twardy, mało stosunkowo bolesny, dość ruchomy. Później stwierdzić można było wyraźnie, jak nowotwór ten, który w pierwszej chwili robił wrażenie powiększonego gruczołu szyjowego, kierował się ku linii środkowej i znikał pod *jugulum*.

Przy opukiwaniu otrzymywało się wyraźne stłumienie w okolicy 1-go (i 2-go) międzyżebra lewego i w górnej części mostka. Takie same zupełnie stłumienie dźwięku opukowego znalazło się później i z tyłu nad górną częścią lewego płuca. Częściowe przytłumienie zaś na całej tylnej powierzchni płuca. W dolnej części stłumienie to było silniejsze, oddech i *fremitus* wyraźnie przyciszone, a przekucie próbne (kol. FREUDENSON) wykazało wysięk surowiczy w jamie opłucny. Po nad stłumieniem dolnym (w środkowej części płuca) oddech był z początku wyraźnie oskrzelowy, później przyciszony, nieokreślony, niekiedy z rżeniami (zmiany te kontrolowali kilkakrotnie kol. FREUDENSON i RAPPEL). Przy oglądaniu chorego z przodu można było przekonać się, że lewa połowa klatki piersiowej wogóle bardzo słaby udział w oddechaniu przyjmowała. Przy osłuchiwaniu z przodu słychać było na obu stronach niekiedy głośne rżenia, powstałe prawdopodobnie w tchawicy.

Górna część mostka była nieco wypukła, i skóra w tem miejscu jakby nacieczona, obrzękła, bolesna. Na przedniej powierzchni klatki piersiowej, głównie na mostku i z lewej strony, silnie rozszerzone żyły. Kilkakrotnie na lewej połowie twarzy występowała bez żadnej przyczyny ogromna *hyperaemia* z jasno-czerwonem zabarwieniem, które po pewnym czasie — paru godzinach — samo znikало.

Tętno częste, około 120, z początku rytmiczne, potem nierówne pod względem siły uderzenia pojedynczych fal; znaczna różnica między tętnem prawej i lewej strony; lewe znacznie słabsze.

W ostatnich dniach życia pojawiło się silne tętnienie z prawej strony mostka w 3-iej, a w mniejszym stopniu i w 2-iej międzyżebrowej. Rozmiary serca nie były powiększone, *ictus cordis* w 5-iej międzyżebrowej, tony prawidłowe.

Oddech bardzo utrudniony, często napady prawdziwej duszności. Wydobywanie płwociny połączone było z największym wysiłkiem. Płwocina śluzowo-ropna, mało obfita, parę razy tylko zawierała małą domieszkę krwi. Laseczników w niej nie znaleziono. Chora nie może leżeć na lewym boku. W położeniu siedzącym, *resp.* z głową podniesioną, duszność jest większa, niż w poziomem.

Łyknięcie stale utrudnione, pod koniec chora żywiła się prawie wyłącznie pokarmami płynnymi

Przytomność zachowana.

Exitus letalis d. 25. II. przy objawach suffokacyi.

Rozpoznanie brzmiało z początku, jak to wyżej wyłuszczyłem: cierpienie ogniskowe w kanale kręgowym, uciskające korzeń grzbietowy pierwszy, ewentualnie grzbietowy drugi i ósmy szyjowy, prawdopodobnie zewnątrzrdzeniowe, prawdopodobnie syfilityczne (gumma). Gdy w parę tygodni potem nastąpiło porażenie kończyn dolnych, które w ciągu 48 godzin doszło do zupełnego bezwładu, to pierwszą naszą myślą było, że jest ono następstwem kompresji rdzenia, spowodowanej przez szybko powiększający się nowotwór. Wprawdzie zachowanie się takie byłoby niezupełnie prawidłowe: nowotwory opon rdzeniowych, zwłaszcza, jeśli, jak w tym przypadku, są umiejscowione na jednej stronie, powiększając się, powodują najpierw ucisk jednej połowy rdzenia i stosowne objawy, najczęściej porażenia typu BROWN-SEQUARD'a; później dopiero ucisk przechodzi na drugą połowę i prowadzi do zupełnej paraplegii. Tak bywa najczęściej, i przebieg taki ma nawet znaczenie w rozpoznawaniu różniczkowym. Ale i szybkie powstanie paraplegii, jak u nas, nie jest bynajmniej rzeczą wyjątkową. Przy nowotworach złośliwych nagłe silne przekrwienie lub wylew krwi w nowotworze powodować mogą szybkie powiększenie się ucisku wewnątrz kanału kręgowego, albo następuje obrzęk kolateralny — lub rozmiękczenie rdzenia wskutek ucisku naczyń oponowych. Łatwiej jeszcze powstaje coś podobnego w przymiocie. Wiadomo, jak wielką rolę w sprawie tej odgrywają naczynia, jak często obliterują lub rozrywają się. Tym sposobem nie tylko ucisk rdzenia, ale i niedostateczne odżywianie tkanek rdzeniowych, wskutek zwężenia naczyń lub rozmiękczenia wskutek obliteracji ich, lub wreszcie wylew krwi mogły być przyczyną ostrej paraplegii⁵⁾. Wszystkie te momenty miały znaczenie zarówno w tym przypadku, gdy cierpienie pierwotne znajdowało się, co uważaliśmy za prawdopodobne, zewnątrz rdzenia, jak i w przypadku przeciwnym, t. j. przy umiejscowieniu wewnątrzrdzeniowym. Wreszcie ta okoliczność, że paraplegia nastąpiła pomimo stosowania leczenia swoistego (po 11-tu frykcyach), nie mogła nas również odwieść od naszego rozpoznania, ponieważ wiemy, jak często leczenie to, zwłaszcza w cierpieniach układu nerwowego, nie jest w stanie powstrzymać biegu sprawy. Dla tego też zaleciliśmy dalsze stosowanie tego samego leczenia, a poprawa, która się zaczęła już po dwóch dniach i stopniowo w ciągu dni 10 postępowała, wspierała jaknajlepiej nasze rozumowanie i pozwalała rokować pomyślnie o losie naszej chorej.

8-go lutego nastąpiło ponowne pogorszenie, znowu w przeciągu 2 dni rozwinęła się zupełna paraplegia, a równocześnie pojawiły się objawy nowotworu śródpiersia: stłumienie na mostku, zwłaszcza w górnej części, w 1 i 2 lewym międzyżebżu oraz z tyłu w górnej części płuca; powiększona *resistentia* w 1-em międzyżebżu; wypuklenie górnej części mostka. Dalej szereg objawów uciskowych.

Przytłumienie dźwięku na całej lewej stronie z oddechem oskrzelowym z początku, później przyciszonym, nie określonym — prawdopodobnie przez ucisk na płuco i na oskrzela; w pewnej mierze przyczynił się, być może, do ucisku wysięk w lewej jamie opłucny, choć według wyników badania wydawał się niewielkim. Płyn był surowiczy. Powstanie tych wysięków w cierpieniach uciskowych śródpiersia nie jest jeszcze dobrze wyjaśnione (SCHWALBE), w danym przypadku można było przypuszczać albo metastazy

⁵⁾ Wreszcie możliwe było zapalenie rdzenia wskutek przeniknięcia sprawy nowotworowej do rdzenia, choć przy nowotworach opon spotyka się ono rzadko (względnie najczęściej przy gummatach).

nowotworu na opłucnie, albo wysięk zastoinowy przez ucisk na żyły: to ostatnie było wobec surowiczej natury płynu bardziej prawdopodobne.

Głośne rżenia, które słyszeliśmy z przodu z obu stron i które robiły wrażenie jakby były z daleka przenoszone, tłoczyliśmy uciskiem tchawicy i głównych oskrzeli. Trudność przy łykaniu wskazywała na ucisk przełyku lub gałęzi nerwu błędnego.

Stałe przyspieszenie tętna, i to nietylko w okresie gorączkowym, musiało być również zależne od zajęcia tego ostatniego nerwu. Również nierówność tętna pod względem napięcia i siły uderzenia pojedynczych fal. Natomiast znaczna różnica między prawem i lewym tętnem, jaką zauważyliśmy w ostatnim okresie choroby, musiała być następstwem ucisku na główną tętnicę ramienia (*a. subclavia*).

Silne tętnienie w 2 i 3 prawem międzyżebrowo można było tłaczyć bliskim sąsiedztwem łuku aorty i przeniesieniem tętna jej na tę ostatnią.

Rozszerzenie żył na przedniej powierzchni klatki piersiowej, głównie ze strony lewej, było wskaźnikiem zaburzeń cyrkulacyjnych w śródpiersiu wskutek ucisku żylnego.

Objaw główny — trudność oddechania i napady duszności — mógł mieć różne przyczyny: ucisk tchawicy i oskrzeli, płuca, nerwu błędnego; ucisk żył płucnych i zaburzenia cyrkulacyjne w płucach; osłabienie przepony brzusznej przez ucisk *nerwi phrenici*; osłabienie mięśni oddechowych wskutek porażenia rdzeniowego.

Czy i w jakim stopniu był dotknięty *n. recurrens*, którego podrażnienie wywołać może również napady duszności, nie mogę z pewnością powiedzieć, ponieważ, niestety, powtórnego badania krtaniowego nie dokonano (przy pierwszym badaniu stwierdzono tylko lekkie niedomykanie się głośni). Zmian czynnościowych, jakie w podobnych razach spostrzegano, (zmiana głosu, chrypka, zachłyстанie się) nie było.

Wreszcie objawem pod względem rozpoznawczym niezmiernie ważnym był duży gruczoł nadobojczykowy, który z początku wydawał się ograniczonym, ruchomym, później wyrastał ku dołowi i ku linii środkowej i przy wyciśnięciu wyraźnie zachodził pod *jugulum*.

Wobec tych wszystkich objawów rozpoznanie sprawy nowotworowej śródpiersia, sprowadzającej ucisk w jamie piersiowej, było niemal pewne. Rodziło się pytanie, jakiej natury była ta sprawa, jaki był jej punkt wyjścia, jaki stosunek do objawów rdzeniowych?

Odpowiedź na te pytania była bardzo trudna. Objawy pierwotne i porażenie kończyn dolnych wydawały się następstwem przymiotu, który z wywiadów był bardzo prawdopodobny. Ponieważ obie sprawy — rdzeniowa i śródpiersiowa — niewątpliwie miały ścisły ze sobą związek, zatem chcąc utrzymać powyższe przypuszczenie, musielibyśmy sprawę w śródpiersiu również za syfilityczną uznać. Gruczoł nadobojczykowy, ogromnie powiększony, twardy i mało bolesny nie przeczył bynajmniej takiemu rozpoznaniu. Ale z drugiej strony pod uwagę przyjąć należało: 1) nadzwyczajną rzadkość tego rodzaju zmian syfilitycznych w śródpiersiu. W literaturze znajdujemy tylko parę przypadków nowotworów śródpiersia pochodzenia syfilitycznego, a i te nie są zupełnie pewne. Przypadek LAZARUS'a⁶⁾: syfilityczne zwięźnienie tcha-

⁶⁾ LAZARUS. Deutsche med. Wochenschrift. 1893. str. 128.

wicy wikłało się ogromnem powiększeniem gruczołów śródpiersiowych. Chory miał przed 25 laty trypra, a potem powiększenie gruczołów pachwiniowych. Przy badaniu znaleziono powiększone gruczoły limfatyczne, podejrzanne blizny na skórze. *Kali jodatum* z początku wydawało się skutecznem, ale po kilku tygodniach nastąpiło ponowne pogorszenie i *exitus*. Klinicznie rozpoznano nowotwór złośliwy śródpiersia. Przypadek WERNER'a ¹⁾ przebiegał klinicznie, jak nowotwór śródpiersia, *kali jodatum* pozostało bez skutku; badanie drobnowidzowe mas nowotworowych wykazało tkankę granulacyjną, komórki olbrzymie, brak laseczników gruczołowych. Na podstawie tego badania autor rozpoznaje przymiot. Podobnie w przypadku A. FRAENKEL'a ²⁾ badanie drobnowidzowe przemawiało za przymiotem (tkanka granulacyjna, koagulacyjno-nekrotyczne ogniska z komórkami olbrzymiemi). Chory miał 4 razy szankra; czy był między nimi twardy, niewiadomo; objawów wtórnych nie było. Niekiedy, ale też bardzo rzadko, nowotwory syfilityczne — gummata — wewnętrznej powierzchni mostka wrastają do śródpiersia lub prowadzą do powiększenia gruczołów limfatycznych śródpiersia. O powikłaniu zaś przymiotu rdzenia i opon powiększeniem gruczołów śródpiersiowych lub gumatami w śródpiersiu nigdzie wzmianki nie znalazłem. 2) Leczenie specyficzne (30 frykcyi à 4,0 oraz *kali jodatum* w dużych dawkach do 3,0 *pro die*) nie tylko pozostało bez skutku, ale nie powstrzymało dalszego rozwoju sprawy, która w ciągu paru tygodni dosięgła tak ogromnych rozmiarów. Oba te momenty nie wystarczały wprawdzie do wyłączenia sprawy syfilitycznej, ale, bądź cobądź, budziły poważne wątpliwości.

O tętniaku aorty wobec całego przebiegu i gruczołu nadobojczykowego nie mogło być mowy ³⁾.

(C. d. n.).

WSTRZYKIWANIA MODYFIKACYJNE w leczeniu gruźlicy jądra i przyjądrza.

Napisał

D-r BOHDANOWICZ z Biarritz.

(Dokończenie.—Zob. N. 25).

Spostrzeżenie II. Chory, wysoki urzędnik, lat 41, żonaty, ma jedno zdrowe dziecko. Ojciec chorego zmarł na długotrwałą chorobę płuc. Pacjent jednak, z wyjątkiem odry, którą przeżył w dzieciństwie, i krótkotrwałego trypra, wyleczonego bez śladu, nie przechodził chorób żadnych, choć w dzieciństwie, jak mu mówiono, miał pewne objawy żoźów.

¹⁾ WERNER. Beitrag zur Lehre von den Mediastinalgeschwülsten. 1892.

²⁾ A. FRAENKEL. Zur Diagnostik der Brusthöhlengeschwülste. Deutsche med. Wochenschrift. 1891 Nr. 50 i 51.

³⁾ O rozpoznaniu różniczkowem między tętniakiem aorty i nowotworem śródpiersia, por. W. MĘCZKOWSKI „Gazeta Lekarska“ 1897. Nr. 3. str. 157.

Dwa lata temu, jadąc konno, uderzył się międzykroczem o siodło i doznał na razie silnego lecz krótkotrwałego bólu. Od pewnego czasu przeciążony jest pracą biurową. Zgrubienie prawego przyjądrza zauważył przed rokiem, w ostatnich jednak zaledwie czasach zwrócił się do lekarza, który ze względu raczej na stan ogólny, niż miejscowy chorego, zalecił mu wypoczynek i podróż za granicę. W przejeździe przez Moskwę radził się dwu lekarzy, którzy rozpoznali gruźlicę prawego przyjądrza i znaleźli laseczniki w moczu. Biorąc w rachubę życzenie chorego i ze względu na zupełny brak objawów ze strony pęcherza, wskazali mu Biarritz, jako miejsce kuracji.

Pierwsze moje badanie wykazuje stan następujący: Odżywianie mierne, łaknienie nieszczególnie — chory schudł w ciągu ostatnich miesięcy znacznie. Płuca zdrowe. Wskutek niewygód podróży, a może i powtarzanych ostatnimi czasy badań i nacisków chory odczuwa pewną bolesność przy lekkim nawet ucisku prawego przyjądrza, które, zgrubiałe znacznie na całej długości, w przedniej swej połowie przedstawia guz wielkości dobrego jaja gołębiego. Zgrubiała także i dolna połowa sznurka nasiennego, która prócz tego przedstawia w jednym punkcie groszkowaty guzik. Jądro wydaje się zdrowe. Lewe jądro i przyjądrze jakoteż lewy sznurek nasienny normalne. Gruczoł krokowy pozwala wyczuć kilka gruzełków gruźliczych z prawej strony u dołu. Chory oddaje mocz mniej więcej co 4 godziny w dzień, nie budzi się w nocy. Mocz mętny, nie oczyszcza się całkowicie w wierzchnich warstwach nawet pod odstaniu i daje osad.

Ze względu na bóle, które chory odczuwa od dni kilku zaledwie, zalecam spokój, okłady zimne i wstrzymanie się czasowe od kąpieli. Pomimo to w ciągu kilku dni przyjądrze powiększa się ciągle, ból nie ustępuje, wreszcie skóra unieruchomia się, czerwienieje — ropień niewątpliwy.

Proponuję wstrzykiwania, na które chory zgadza się z trudem i decyduje się tylko pod grozą przetoki i długoletniego ropienia.

Nauczony pierwszym przykładem, nie czekam bardzo silnego napięcia i zapalenia skóry. Prócz tego do przekłucia obieram punkt nieco odległy (1 centymetr) od miejsca, gdzie ucisk najmniejszy spotyka opór. W dodatku aby skrócić manipulację i czas pozostawiania igły w ranie, posługuję się tym razem większą (5 gramową) szprycą, uzbrojoną w tę samą igłę PRAVAZ'a. Pierwsze nakłucie daje kilka gramów ropy. Ośmielony poprzednim korzystnym wynikiem, zostawiam odrazu pół grama naftolu kamforowego. Tegoż wieczora wobec bardzo znacznego i grożącego pęknięciem napięcia guza zmuszony byłem wydobyć za pomocą ponownego nakłucia dosyć znaczną ilość ropy, wstrzymując się od wstrzyknięcia naftolu.

Ten sam manewr powtórzyłem dnia następnego, gdyż napięcie, mimo zimnych okładów, wydawało się jeszcze groźne. Za trzecim dopiero przekłuciem odważyłem się wobec przyciszonego znacznie procesu i zmniejszonego napięcia, po wydobyciu ropy, wrócić do zastrzyknięcia naftolu.

Odtąd codziennie bez przerwy tę samą powtarzałem manipulację: przekłucie, wydobycie, ile się dało, ropy i zastrzyknięcie jednego grama naftolu kamforowego.

Szóste nakłucie dało zamiast ropy płyn ciągły, przezroczysty, barwy mahoni i zawierający kłaki zgęszczonej białawej ropy, jak w pierwszym spostrzeżeniu. To też, jak w poprzednim razie, uciekłem się i teraz do przemycia roztworem wodnym naftolu β i zastrzyknięcia ponownego naftolu kamforowego.

Następnego dnia po nakłuciu ropnia płyn barwy mahoni u okazał się zupełnie przezroczystym i bez domieszki ropy. Znowu też, jak w pierwszym spostrzeżeniu, po zastrzyknięciu kilku kropel naftolu kamforowego zostawiam chorego w spokoju. Następnym dni napięcie zmniejsza się stopniowo. Pownowne wstrzykiwania nie miałyby celu — chory rozpoczyna kąpiele solankowe.

Po miesiącu przyjądrze zmałało znacznie, choć pozostało jeszcze zgrubienie na całej długości. Wydaje się ono natomiast twardsze, niż poprzednio. Przedni koniec góruje dotąd rozmiarami nad resztą, lecz bardzo nieznacznie, łączności ze skórą nie udaje mi się wyczuć żadnej. Prawy sznurek nasienny wydaje się normalny na całej długości — zgrubienie dolnej jego połowy znikło. Prawe jądro zdrowe. Lewe jądro, przyjądrze i sznurek nasienny, jak były, tak pozostały zdrowe. Gruczoł krokowy i pęcherz nie uległy żadnej zmianie.

Chory odzyskał łaknienie i siły. Przy wyjeździe z Biarritz po dwumiesięcznym w nim pobycie zyskał na wadze 3 kilogramy.

Nie widziałem odtąd chorego. Pisał mi tylko, oznajmiając, że wrócił do zwykłych zajęć i że czuje się dobrze, a przyjądrze zdaje mu się zmniejszać stopniowo, choć powoli. Celem listu było zapytanie, czy nie mógłby uwolnić się od *suspensorium*, które uważa za zbyt ciężki kłopot.

Te to dwa spostrzeżenia zamierzyłem zakomunikować tutaj. Nie liczne wprawdzie, dosyć wydają mi się jednak zachęcające — stanowcze nawet.

Ból i ryzyko zabiegu mego są żadne. Niebezpiecznym naftol kamforowy okazać się w istocie może, lecz wprowadzony bezpośrednio do układu krwionośnego, a dla uniknięcia tego wystarczy badać zewnętrzny wolny koniec igły i, gdyby się w nim krew ukazała, w inne, odpowiedniejsze miejsce igłę wprowadzić, lub przynajmniej tym razem wstrzyknięcia zaniechać.

Korzyści natomiast zabiegu tego wydają mi się niezaprzeczone. Dobrze wykonany, pozwala on: 1) uniknąć utworzenia się w pewnych razach nieuniknionej inaczej przetoki, nieskończonego ropienia i zakażenia wtórnego ze wszystkimi jego następstwami; 2) lata długie leczenia zredukować do pewnej bardzo niedługiej liczby dni.

Wyniki to pokażne już same przez się. Pokażniejsze mogą być jednak wnioski, do jakich upoważniać zdają się one.

W obecnym stanie naszych wiadomości dwie tylko alternatywy ma przed sobą lekarz w przypadku gruźlicy jąder lub przyjądrza: 1) usunąć całkowicie narząd dotknięty za pomocą noża, 2) wywołać przerost łączno-tkankowy, unikając, o ile się da, zropienia i związanej z niem nieodzownie przetoki, z rezygnacją znosząc zropienie i przetokę, gdzie uniknąć ich niepodobna.

Pierwsza z nich, uboga w pożądané wyniki, nazbyt natomiast często nieobliczalnie sprowadzająca szkody, liczy dziś mało i coraz mniej zwolenników, a sztuczne, nie już celluloidynowe, lecz z kości bodaj słoniowej jądra, jeżeli chirurga zadowolnić czasami są zdolne, to marną jednak interesowanym zapewniają satysfakcję.

Druga daje wprawdzie wyniki pewniejsze, ryzyko jednak i tu jeszcze jest znaczne. Uda się uniknąć zropienia—leczenie trwa lat 4, 6, zanim lekarz będzie w możności zapewnić rozwój przerostu. W razie zropienia przerost ten szybszy wprawdzie następnie, po roku lub dwu stwierdzić go uda się może, lecz tymczasem ile przykrości, niepokoju ile, siły chorego znikają z dniem

każdym, przetoka codzien grozi mieszanem zakażeniem, uogólnienie sprawy czycha na chorego na każdym kroku.

Naftol obiecuje uniknąć wszystkich tych trudności. Prócz tego, teoretycznie przynajmniej, daje on nadzieję osiągnięcia lasecznika w głównej jego twierdzy. Dwie on tylko ma wady: 1) Nie budzi zaufania w początkach leczenia, i w tem leży wyjaśnienie faktu, że wogóle wstrzykiwania modyfikacyjne wolno tylko zdobywają teren w leczeniu gruźlicy chirurgicznej, wolniej może, niż zasługują na to. W istocie: jedno, drugie, trzecie zastrzyknięcie nie daje żadnych pozornie rezultatów. Nie tylko nie zdaje się dawać dodatkich, przeciwnie, jeżeli nie mieć się na baczności, szkodę prędzej wyrządzić zdają się gotowe. Uwagi trzeba i cierpliwości: siódme, ósme wstrzyknięcie uspokoi obawy, nagrodzi szkody, lecz komu zbraknie uwagi lub cierpliwości, chybi na pewno celu.

2) Naftol nie we wszystkich przypadkach nadawać się może. Nie wydaje mi się bowiem roztropnem zastrzykiwanie w tkankę zapalną, napiętą i pozbawioną wszelkich śladów elastyczności, gdy powłoki narządu są jeszcze ruchome, z obawy wywołania zaburzeń w *tunica vaginalis*. Nakłucie przestaje być niebezpieczne z chwilą, gdy ropień zlał się ze skórą.

Logika tedy upoważniać zdaje się do wniosku, że w leczeniu cierpień tej natury zmienić należy taktykę: zamiast unikać zropienia, do wywołania tegoż zropienia zmierzać należy wszelkimi możliwymi sposobami (okłady rozgrzewające), a gdy cel ten osiągnąć się udało, stosować wstrzykiwania modyfikacyjne.

WYKŁADY KLINICZNE.

C. VON NOORDEN.

LECZENIE OSTREGO I PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA NEREK.

(Dokończenie). — Zob. Nr. 25).

Wielkość dawki białka. Jak znaczna powinna być ilość podanego białka, ewentualnie mięsa, wykazuje autor na drodze empirycznej. W ciągu dwóch następujących po sobie dni określał ilość azotu w moczu, wydzielanego przez 24 godziny — u chorych na *nephritis interstitialis*, którzy czuli się względnie dobrze, a z pokarmów dozwolonych wybierali pokarmy dowolnie w stosunku ilościowym i jakościowym odpowiednio do swoich przyzwyczajzeń. Wyłączono chorych, którzy pozostawali na diecie ograniczonej lub jednostronnej, również zbyt chudych lub otyłych. Osoby badane należały do warstw zamożniejszych. Ilość azotu obliczana była w stosunku 70 kilogr. wagi. Otrzymano cyfry następujące:

U mężczyzn w 13 przypadkach średnia cyfra wydzielonego przez dwie doby azotu wynosiła: dwa razy 12 do 13, cztery 13 — 15, cztery 15 — 16, raz 16 — 17, dwa razy 17 — 18, u kobiet w 10 przypadkach dwa razy 10 — 11, cztery 11 — 13, trzy 13 — 14, raz 16 — 17. U mężczyzn przeto ilość wydzielanego azotu wahała się najczęściej w granicach od 13 — 16, u kobiet od 11 — 14 grm. na 70 kilogr.

wagi. Wyliczenie na białko wykazuje, że u mężczyzn wynosiła ilość jego 81 do 100 grm., u kobiet 69 do 87 grm. Ponieważ azot, wydzielany z kałem, nie był uwzględniany, należy przyjąć cyfry nieco większe, mianowicie dla mężczyzn: 92 — 112 grm. białka, dla kobiet 80 do 100 na 70 kilogr. wagi. Według von NOORDEN'a ostatnie cyfry należy uznać jako normę w przyjęciu ilości białka dla takich chorych, których samopoczucie jest dobre. W czasie zaostreń choroby lub w okresach jej terminalnych cyfry te trzeba odpowiednio obniżyć — przyjmawszy następnie, że nefrytyk w warunkach podanych przyjmuje do wewnątrz 750 cgrm. mleka = 26 grm. białka, dwa jaja = 13 grm. białka; chleb i jarzyny = 20 grm. białka — razem 59 grm. białka — pozostaje na mięso dla mężczyzn 46 — 63 grm. białka, co odpowiada 215 do 315 grm. wagi mięsa surowego; dla kobiet zaś 31 do 51, co odpowiada 155 do 255 grm. mięsa surowego.

W przygotowaniu kuchennem podana waga zmniejsza się o 30 — 40%. Taką ilość białka, ewentualnie mięsa, wystarcza, i dążyć należy, aby dowóz białka zachowany był w podanych granicach.

Do w ó z p ł y n ó w. Stanowi on w *nephritis interstitialis* kwestyę znaczenia pierwszorzędnego. Wydaje się rzekomo racjonalnem pobudzać obfitą diurezę. Wzmóżona ilość moczu uważana bywa nawet za oznakę rozpoznawczą. Podawane są zwykle obfite ilości mleka i wód mineralnych. Nic dziwnego przeto, że ilość dzienna moczu wzrasta przytem do 3 lub 4 litrów. Wydawało się to tem więcej pożądanem, iż jednocześnie znajdowano procent białka obniżonym. Ztąd pochodzi sława niektórych źródeł. Zwykle jednak przy wzmóżeniu diurezy zachodzi rozcieńczenie białka. Ilość dzienna białka pozostaje ta sama, a nawet wzrasta, aczkolwiek zachodzą przypadki pojedyncze, w których białko się zmniejsza. Nasuwa się jednak pytanie, czy owe nieznaczne i niepewne wahania w ilości białka nie powinny stać na drugim planie wobec innych szkodliwych wpływów — mianowicie przeciążenia układu naczyniowego wodą, której prąd kieruje się z kiszek do nerek, a woda wydziela się przez ostatnie przy współudziale wzmóżonego ciśnienia. Wskutek tego serce obciążane bywa. Istnieją na to dowody wprawdzie pośrednie, polegające na objawach osłabienia serca po użytych przez czas dłuższy większych ilościach wody. W tych przypadkach zmniejszenie ilości płynów powoduje szybką poprawę. Poprawa, według spostrzeżeń autora, następuje nawet wtedy, kiedy zjawiają się rozszerzenie serca i groźne objawy duszniczy. Na zasadzie przytoczonych historii chorób przekonywamy się, że w wielu przypadkach *nephritis interstitialis* rozsądne zmniejszanie ilości płynów posiada znaczenie znamienne lecznicze. Nie należy z postępowaniem tem czekać, aż serce słabnąć zacznie, lecz stosować je profilaktycznie. Autor ogranicza dzienną ilość płynów wogóle do $\frac{5}{4}$ litra, nie wliczając w to wody, zawartej w pokarmach stałych (300 — 700 ctm.). Ilość moczu dochodzi zwykle wtedy od 1300 do 1500 ctm. Bez wątpienia zmniejszenie ilości płynów natrafia w praktyce na trudności techniczne. Ciężej daje się zastosować, niż w chorobach serca lub w otłuszczeniu ogólnem. Należy zwalczać uczucie pragnienia i starać się przy zmniejszonej ilości płynów dostarczyć dostateczną ilość innego pokarmu. Trudności praktyczne w kuracyi domowej bywają czasami tak znaczne, że lepiej będzie przez pierwsze 1 do 3 tygodni trzymać chorych w zakładzie. Po przewyciężeniu pierwszych trudności po 2 — 4 tygodniach sprawa się ułatwia — pacyenci na pragnienie przestają się uskarżać. Jeżeli choroba posunęła się znacznie w rozwoju, i jeżeli pomimo ograniczenia płynów — nastąpiło znaczne osłabienie serca, albo jeżeli pojawia się stadyum terminalne — pragnienie znowu

zaczyna się potęgować. Jestto okres ostateczny, i wtedy ograniczanie płynów bywa bez celu.

Do tych spostrzeżeń czysto klinicznych dodaje autor i kliniczno-eksperymentalne. Przedewszystkiem narzuca się pytanie, o ile ograniczenie płynów wywiera wpływ na wydzielanie się wytworów przeróbki. Jeżeli np. znajdujemy, że mocznik, kwas moczowy, sole i zasady mniej dokładnie wydzielają się przy skąpem podawaniu płynów, niż przy przepłukiwaniu obfitszem, powinno to służyć za ostrzeżenie, gdyż nie pożądanem by było nagromadzenie się tych produktów w ustroju. Z pojęciem dokładniejszego wydzielania produktów przeróbki przy użyciu płynów łączy się zwyczaj podawania znacznej ilości mleka, wody i wysyłania do źródeł mineralnych. Z badań autora i jego uczniów (DAPPER, MOHR, RZĘTKOWSKI) wynika, że ograniczenie płynów zwykle hamująco na wydzielanie produktów przeróbki nie wpływa. Jeżeli zatrzymanie także czasowo występuje — wystarcza przez dzień jeden podawać płyny obficie, aby wyrównać wydzielanie produktów przeróbki. Należy więc i w praktyce pozwolić chorym w ciągu jednego dnia w tygodniu pić tyle wody, wiele zechcą. Jeżeli w kuracji stosowano duże ilości płynów — nie należy ich zmniejszać nagle do $\frac{5}{4}$ litra, lecz stopniowo o 150 do 200 ctm., póki nie dojdziemy do żądanej ilości. Na wzór jednego dnia, obfitszego w dowóz płynów — można czynić użytek ze źródeł mineralnych, wysyłając chorych do nich na czas krótki. Lecz autor regulę tę rozszerza i poleca u wielu chorych co 2 lub 3 miesiące przez 14 dni powtarzać wypłukiwanie ustroju przez użycie 2 do 3 litrów płynów dziennie. Wzmiankowane postępowanie szkody nie przynosi, szczególnie w wczesnych okresach choroby, a wyróżnia się zasadniczo od stałego ciągłego przepłukiwania. Lecz zachodzi konieczność wyboru przypadków. Jeżeli lewa komora sercowa uległa znacznemu rozszerzeniu — obfitsze użycie płynów przynosi szkodę. Z drugiej strony u chorych przyzwyczajonych już do mniejszej ilości płynów — większe ilości wody wywołać mogą lekkie zaburzenie (ból głowy, zmęczenie).

Nasuwa się również kwestya, czy ograniczenie płynów należy stosować i w tych przypadkach, w których zapalenie nerek łącznotkankowe połączone bywa ze skazą moczanową, z podagrą lub występowaniem piasku moczowego. Stany te przecież wymagają obfitszego dowozu płynów w celu należytego przepłukania ustroju i rozcieńczenia moczu. Przy komplikacji z *arthritis urica* autor nie odstępował jednak od swej zasady i szkody przytem dla ustroju nie spostrzegł. Wśród takich chorych znajduje się wielu z osłabieniem czynności serca. Czują się oni daleko lepiej przy ograniczaniu ilości płynów.

Nieco inaczej należy postępować z chorymi nefrytykami, usposobionymi do złogów moczowych. Stosuje u nich autor stale dowóz obfitszy w ciągu jednego dnia w tygodniu, a co dwa miesiące w ciągu całego tygodnia. Następnie poleca im użycie co rano wody gorącej w ilości 200 grm. z dodatkiem, co miesiąc zmienianym, dwuwęglanu sodu (3 — 4 grm.), albo uricedyny (3 — 5 grm.) lub urotropiny (1 grm.), lub mieszaniny, składającej się z *natrum bicarbonicum*, *calcaria carbonica* i *lithium carbonicum* (3 do 4 grm.). Czasami powtarza się ta dawka i wieczorem.

Przy wspomnianych warunkach i u chorych ze skazą moczanową, połączoną z zapaleniem nerek, nie widzimy żadnych wpływów ujemnych od ograniczenia ilości dostarczanych płynów. Sądzić nawet należy, że ograniczanie płynów odziaływa tutaj z pożytkiem na narządy krążenia — wobec faktu, że podobni chorzy skłonniejsi bywają do zaburzeń ze strony naczyń i serca.

ODŻYWIANIE OGÓLNE.

Oprócz wykazania, co z pokarmów jest dozwolone lub niedozwolone, jaka ilość białka powinna być wprowadzona i jaka ilość płynów — należy się w dyetyce *nephritis interstitialis* zająć jeszcze miarą ogólnego odżywiania. Od tego ostatniego w pierwszym rzędzie zależy nagromadzenie się tłuszczu w ustroju. Otluszczenie zaś ogólne bywa w chorobie BRIGHT'a komplikacją niepożądaną. Obydwa te stany, oddzielnie wzięte, grożą sercu. Ich połączenie potęguje niebezpieczeństwo. W *nephritis interstitialis* pohopniej dążyć należy do zmniejszenia otyłości, niż w stanach zdrowia. W praktyce przeciwko temu często grzeszymy. Widujemy chorych z przewlekłym przebiegiem zapalenia nerek, którzy przy dyecie, stosowanej nieodpowiednio (dużo mleka, masła, chleba, mącznych i roślinnych pokarmów), tuczą się, przyczem występują na jaw komplikacje ze strony serca, zaburzenia stenokardyczne, które znikają przy zmniejszaniu się otluszczenia, jeżeli choroba nie wstępuje w okresy dalsze. Wynika ztąd przestroga, aby chorych nefrytyków przewlekłych nie przekarmiać. Gdzie zaś nasuwać się powody, aby istniejącą otyłość zmniejszyć, trzeba do tego przystępować ostrożnie. Nie powinno tu chodzić o szybkie, lecz dobre wyniki. Ilość przyjmowanych pokarmów ograniczać należy do $\frac{1}{5}$ wogóle przyjmowanej ilości, ewentualnie $\frac{3}{5}$ — nigdy niżej. Tego rodzaju usuwanie otyłości lepiej wykonywać w zakładach. Nie należy również zapominać o przepisach w przyjmowaniu pokarmów, aby podawać je mało na raz a często. Zwykle podaje się pomiędzy śniadaniem a obiadem posiłek znaczniejszy. W stanach niedomogi sercowej — pokarm najlepiej podawać co 2 godziny.

Leczenie fizyczne. Procedury leczenia fizycznego również posiadają ważne zastosowanie w przebiegu *nephritis interstitialis*. W praktyce słyszymy często jeszcze zdania, według których w *nephritis interstitialis* tak samo wskazane są zabiegi napotne, jak i w *nephritis acuta*. Przynajmniej w zwykłym szablonie leczniczym grają rolę wydatną kąpiele ciepłe z następczemi obwijaniami, kąpiele rzymskie lub łaźnie parowe, a także elektryczne kąpiele żarowe. Zwłaszcza autor tutaj uwagę na sprzeczność w założeniach. Z jednej strony podają duże ilości wody dla przepłukania ustroju i nerek, z drugiej większą część wody przyjętej odsuwają od wpływu na nerki przez wywołanie potów. Niekonskwencje te odczuwa przeważnie serce. Można zresztą uważać za wskazanie do wywołania potów okresy późniejsze z rozwijającymi się obrzękami, po za tem jednak o zastosowaniu procedur napotnych rozstrzygać powinno doświadczenie, które w przekonaniu autora każe uważać procedury napotne, stosowane w *nephritis interstitialis*, przynajmniej jako bezpożyteczne.

Umiarkowane i ostrożne zastosowanie kąpieli parowych lub żarowych zaszkodzić nie może, nadmierne zaś i długotrwałe wywiera wpływ ujemny, torując drogę do wytworzenia stanów niedomogi ze strony serca. Kto stosuje w przewlekłym zapaleniu nerek użycie małych ilości płynów — nie potrzebuje się uciekać do procedur napotnych.

Zastosowanie hidroterapii wogóle w cierpieniu nerek przewlekłym podlega tym samym zasadom, co i zastosowanie w chorobach serca. W domu zimne wcierania, letnie półkąpiele z następczem rozcieraniem skóry, kąpiele solankowe o 30 — 32° C. z dodatkiem ekstraktu sosnowego — w miejscowościach kuracyjnych kąpiele kwaso-węglane (Nauheim, Homburg, Kissingen, Soden, Schwalbach). Nie należy tylko kąpieli we wzmiankowanych miejscowościach polecać w okresach choroby daleko posuniętych.

Niesłuszny wydaje się pogląd, według którego chorzy z *nephritis interstitialis* unikać powinni wszelkiego wysiłku mięśniowego. Przeciwnie należy i tutaj stosować te same zasady, co w chorobach serca, lecz o wiele ostrożniej. Miarą dozowania służyć powinny odczyn ze strony serca i badanie moczu. Ruchy ciała wogóle wzmagają ilość białka w moczu, spokój zmniejsza ją wydatnie. Nie należy jednak z tego wyciągać wniosku, aby takich chorych trzymać w łóżku. Wypadałoby to czynić przez miesiące i lata bez prawdziwego pożytku, i przy stopniowaniu wysiłku mięśniowego (gimnastyka, wchodzenie na góry) albuminuria często wraca do swej normy. Nie należy wogóle wahań w poziomie białkomoczu zbytnio z ujemnej strony przeceniać i pozbawiać chorych kuracyjnego ruchu, który tak dodatnio oddziałuje na mięśnie i krążenie krwi wogóle, a więc i w nerkach.

Tylko stadium terminalne wyłącza wszelkie procedury. W tym okresie choroby zadaniem naszym będzie postępowanie czysto objawowe, aby jakkolwiek cierpienie chorego złagodzić.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

39. J. BOAS. Przyczynę do symptomatologii kamicy żółciowej. W roku 1894 autor zamieścił w swoim podręczniku chorób żołądka następującą notatkę: „W kamicy żółciowej znajdujemy bolesność w okolicy 12-go kręgu grzbietowego w odległości 2 — 3 poprzecznych palców od ciał kręgów. Często bolesność ta rozciąga się jeszcze dalej w prawą stronę aż do *linea axillaris posterior*. Z lewej strony nie znajdujemy wcale lub tylko bardzo nieznaczną bolesność. Oprócz tej zlokalizowanej bolesności w ostrych napadach kolek zdarza się jeszcze rozlana, rozprzestrzeniająca się na całą tylną powierzchnię wątroby“. Z biegiem czasu autor rozszerzył i uzupełnił swoje spostrzeżenia. Obecnie przy badaniu uciskowej bolesności (*Druckempfindlichkeit*) wątroby, należy podług niego rozróżniać trzy następujące okolice:

A. Brzeg wątroby i okolica pęcherza żółciowego, ewentualnie sam pęcherz żółciowy. Brzeg wątroby może być bolesny albo *in toto*, albo szczególnie w okolicy pęcherza żółciowego; bolesność może się także ograniczać samym tylko pęcherzem. W ciężkich napadach kolki autor w przeważnej liczbie przypadków znajdował bolesność uciskową całego brzegu wątroby, podczas gdy w przerwach lub po dłuższym przeciągu czasu po napadzie tylko *regio pro cysti fellea* można było uważać za główne siedlisko bólu. Jeżeli pęcherz żółciowy daje się dokładnie wymacać, to przekonywamy się, że bolesność jego jest zawsze znacznie większa, niż bolesność całej okolicy.

B. Podżebrza (*subcostale*) część wątroby. Uciskową bolesność jej autor obserwował znacznie rzadziej, przeważnie w ostrych napadach kolek, przyczem bywała ona rozmaitego nasilenia. Bolesność podżebrzowej części wątroby bywa albo rozlana i daje się nieraz konstatować z mniejszą lub większą dokładnością na całym obszarze stłumienia wątroby, lub też jest ona więcej ograniczona, mianowicie w dolnym odcinku części podżebrzowej.

C. Tylna powierzchnia wątroby. Bolesność tej części wątroby, nazwana przez autora uciskową bolesnością grzbietową (*dorsale Druckempfindlichkeit*), w wybitnych przypadkach rozprzestrzenia się na całą tylną powierzchnię wą-

troby na wysokości dwóch najniższych kręgów grzbietowych aż do pierwszego kręgu lędźwiowego, na szerokość zaś licząc na 2 ctm. od stosu kręgowego aż do *linea axillaris posterior*. Dla wykrycia bolesności grzbietowej należy odnaleźć dziesiąty krąg grzbietowy i wykonywać w odległości dwóch poprzecznych palców od stosu kręgowego po obu stronach w jednej i tej samej linii krótkie, szybkie i energiczne, lecz równomierne uderzenia palców. Przytem przekonowaliśmy się, czy czułość większa jest z jednej, czy z drugiej strony. Dla upewnienia się badamy w ten sam sposób okolice powyżej dziesiątego kręgu grzbietowego równocześnie na obu stronach. Jeżeli przekonamy się, że wyłącznie prawa tylna część wątroby w okolicy 10 — 12 kręgu grzbietowego jest bolesna, zresztą żadna inna, to fakt ten równocześnie jest dowodem zapalnego obrzmienia wątroby. Wszystkie niejasne przypadki autor uważa za niemające znaczenia dyagnostycznego. Przy badaniu należy unikać wszelkiego działania suggestyjnego na pacjentów.

Z obserwacji autora wynika, że uciskowa bolesność grzbietowa bywa w ostrym napadzie kolek i trwa znacznie dłużej, niż sam napad. Dalej zdarza się ona w skrytych postaciach kamicy żółciowej, jako świadectwo przebytych nieraz przed laty napadów. Bolesność ta nigdy nie idzie równolegle z bolesnością brzegu wątroby lub pęcherza żółciowego; ostatnia może już zupełnie zniknąć, gdy pierwsza wciąż jeszcze jest wyraźna. Bywają także przypadki, w których ani w ostrych napadach, ani w przerwach żadnej bolesności grzbietowej nie bywa.

Co powoduje bolesność wątroby, odpowiedzieć trudno. W ostrych i przewlekłych uwięźnięciach kamieni w *ductus choledochus* z żółtaczką przyczynę jej należy upatrywać w zapalnym obrzmieniu mięszu wątroby, które następuje wskutek sprawy miejscowej. Trudniej objaśnić bolesność, gdy kamienie tkwią w pęcherzu lub w *duct. cysticus*. Autor sądzi, że gra tutaj rolę *perihepatitis*, której za punkt wyjścia służy *cholecystitis resp. pericholecystitis*.

Autor poleca stosowanie przy badaniu bolesności wątroby także i prądu faradycznego. Wówczas bolesność oddzielnych punktów można wyrazić za pomocą liczb, wyrażających siłę prądu. Autor przykładał elektrydy o zupełnie jednakowym poprzeczniku z przodu lub z tyłu na symetrycznych miejscach po stronie prawej i lewej. Rozpoczyna się od zupełnie słabych prądów i stopniowo przechodzi do coraz silniejszych. W przypadkach wybitnej grzbietowej lub podżebrowej bolesności uciskowej okazują się wtedy wyraźne różnice między stroną prawą i lewą. Podobnież i prąd galwaniczny (anoda na grzbietową powierzchnię wątroby, katoda, na symetryczne miejsce z lewej strony) pokazuje wydatną różnicę bolesności między obiema stronami. Podług autora wystarczają prądy siły 4—6 miliamperów; rozpoczynać trzeba od zupełnie słabych prądów.

Wartość rozpoznawczą uciskowej bolesności grzbietowej autor upatruje w tem, że w wielu przypadkach (nie we wszystkich jednak), w których badanie bolesności brzegu wątroby i okolicy pęcherza żółciowego daje niepewny lub przeczący wynik, objaw ten może nam ułatwić rozpoznanie *cholecystitis*.

(*Munch. med. Woch.* 1902 Nr. 15).

Stanisław Janczowicz.

40. F. EHRLICH. **Przemywania żołądka roztworem lapisu jako cholagogum i ich wartość lecznicza i rozpoznawcza.** Autor poleca przemywania żołądka roztworem lapisu we wszystkich cięższych przypadkach przewlekłego zapalenia przewodów żółciowych (*cholangitis*) i we wszystkich przypadkach kamicy żółciowej, szczególnie gdy jest ona połączona z zapaleniem przewodów żółciowych lub pęcherzyka żółciowego (*cholecystitis*).

Przeciwwskazania są te same, co i przy każdym przemywaniu żołądka. Ponieważ przemywanie trwa około 10—15 minut, a pozostawienie w żołądku większej ilości roztworu lapisu wywołałoby poważne zatrucie, przeto przed przystąpieniem do wspomnianych przemywań należy tak długo przyzwyczajać chorego za pomocą przemywań czystą wodą, dopóki się nie jest pewnym, że przemywanie roztworem lapisu będzie można doprowadzić do końca.

Przemywanie roztworem lapisu odbywa się w następujący sposób:

Naprzód żołądek będących naczcho chorych przemywa się ogrzaną do 40°—50° wodą, dopóki ściekająca woda nie stanie się klarowną. Wówczas wlewa się pół litra 0,1% roztworu lapisu, ogrzanego do 40°—50°, pozostawia w żołądku ½—2 minuty i znowu wylewa. Tę samą procedurę powtarza się jeszcze raz i przepłukuje wreszcie żołądek ogrzaną do 40°—50° wodą, tak długo, dopóki nie przestanie ona zabarwiać się na kolor mleczny.

Podczas kuracji przepisuje się taką dyetę, jak w przewlekłym samoistnym niezycie jelit cienkich, a więc przeważnie siekane chude mięso, żółtko jaja, świeże masło w większej ilości i gorące napoje, jak zupy, herbata, kakao, po kolkach zaś lekkie środki przeczyszczające.

Po przemywaniu chorzy bez obawy mogą jeść zaraz. Samo przemywanie roztworem lapisu jest niebolesne, jednakże jak i każde inne przemywanie żołądka w zależności od stanu układu nerwowego może się dać mniej lub więcej we znaki choremu. Należy na to zwrócić uwagę i jakkolwiek codzienne przemywania najszybciej prowadzą do celu, jednak niekiedy należy robić jedno- dwudniowe przerwy między oddzielnymi przemywaniami.

Sprawa uzdrawiająca przebiega po większej części w sposób następujący.

Po kilku przemywaniach przy mniej lub więcej przykrych przypadłościach występuje silne obrzmienie wątroby, trwające przez pewien czas. Czasami obrzmienie jest tak silne, że powoduje czasowe zwężenie zwieracza wskutek ciśnienia a wtedy w czczym żołądku znajdujemy resztki pokarmów.

Po kilku następnych przemywaniach w ciągu kilku dni, podczas których przemywania trwają w dalszym ciągu, pojawiają się obfite, zielone, zwykle niebolesne płynne wypróżnienia, które przy kamicy zawierają w sobie niekiedy kamienie. Wskutek tych żółciowych wypróżnień znika obrzmienie wątroby, i z niem i przypadłości.

Jeżeli po tem pierwszym odejściu żółci obrzmienie wątroby nie zmniejsza się, należy prowadzić dalej przepłukiwania aż do pomyślnego rezultatu. W *cholelithiasis*, jak wiadomo, tem prędzej można rachować na odejście kamieni, im silniejsze jest ciśnienie, pod którym żółć odchodzi. Ciśnienie zaś jest największe, jeżeli wątroba i pęcherzyk żółciowy są silnie napełnione żółcią, a więc gdy *cholelithiasis* jest połączone z *cholangitis* lub *cholecystitis*.

Autor objaśnia działanie przemywań czynnikami mechanicznymi, termicznymi i chemicznymi.

Wskutek kolejnego napełniania i wypróżniania żołądka przemywania działają mechanicznie na podobieństwo masażu na wątrobę i pęcherz żółciowy.

Wysoka temperatura płynu gra dużą rolę, jak nam to wiadomo z leczenia karlsbadzkiego.

Podczas przebywania roztworu lapisu w żołądku mała część jego przechodzi przez zwieracz do dwunastnicy (dowodzi tego biegunka, która po przemywaniach lapisowych wcześniej lub później zawsze występuje) i ścieka aż do *papilla duodenalis*. Tam lapis wywołuje podrażnienie błony śluzowej otworu wyjściowego *ductus choledochi*: błona śluzowa obrzmiewa, przez co z jednej strony otwór

zweża się, z drugiej strony jednak odruchowo zostaje wywołana silna sekrecja żółci (dowodem silne i szybkie obrzmienie wątroby). Powtarzanie się drażnienia jeszcze bardziej powiększa obrzmienie błony śluzowej przy *papilla duodenalis*, zweża otwór wyjściowy *ductus choledochi* i odruchowo powiększa sekrecję żółci. Wkrótce jednak błona śluzowa przyzwyczaja się do działania lapisu i obrzmienie jej znika. Wówczas znajdująca się pod silnem ciśnieniem żółć przedostaje się przez otwór, który wrócił do normalnej wielkości, otrzymujemy wypróżnienia żółciowe. Tok żółci może porwać z sobą i kamienie.

Autor stosował w podobnych przypadkach także lapis do wewnętrznego użycia, przyczem i w tej formie okazał się on jako wybitne *cholagogum*. Stosowanie jednak *per os* bywa niechętnie znoszone przez chorych wskutek metalicznego smaku la pisu, który chorzy czują w ciągu całego dnia i z tego powodu tracą łaknienie. Dlatego autor przekłada przemywania; łaknienie wówczas nieraz nawet się powiększa. Przytem leczenie *per os* nie jest tak pewne, jak leczenie przemywaniami.

Autor otrzymał następujący stosunek procentowy w przypadkach *cholelithiasis* i *cholangitis*:

per os (wszystkiego 8 przyp.) 25% bez recydywy, 37,5% z recydywą, 37,5% niewyleczonych. Leczenie przemywaniami (22 przypadki): 63% bez recydywy, 31,8% z recydywą, 4,5% niewyleczonych.

Żadnych działań ubocznych autor nie zauważył. Tylko u paru nerwowych osób można było spostrzegać przejściowe powiększenie nerwowości.

Jak wiadomo *argentum nitricum* stosuje się także nieraz z pomyślnym skutkiem w okrągłym wrzodzie żołądka. Autor w niewątpliwych przypadkach *ulcus rotundum* nigdy nie widział polepszenia od lapisu. Dla tego przypadki *ulcus rotundum* z wyleczeniem zapomocą lapisu uważa on za nierozpoznaną kamicę żółciową i sądzi, że w przypadkach wątpliwych przemywania lapisowe mogą mieć znaczenie dyagnostyczne.

(*Münch. Medic. Wochenschrift*. 1902. N. 14).

Stanisław Janczurowicz.

41. MENZER. **O zapaleniu gardła, gościcu stawowym, rumieniu guzowatym i zapaleniu płuc z uwagami o etiologii chorób zakaźnych.** Wiadomo, że ostry gościec stawowy uważają za zakażenie paciorkowcowe, i że w ostatnich czasach w etiologii jego przypisują wielką rolę zapaleniu gardła, w którym bakterye przez migdałki mają przenikać do ustroju. Szczególniej stanowczo wypowiedział się w tej kwestyi F. MEYER, który nawet przypisuje znalezionym w śluzie migdałów u reumatyków paciorkowcom działanie swoiste, polegające na wywoływaniu wysięków w stawach, jamach surowicznych i t. p.

Autor wycinał kawałki migdałków u chorych, cierpiących na ostry gościec stawowy z towarzyszącym mu zapaleniem gardła. Barwiąc skrawki, mógł on wykryć obecność paciorkowców (przeważnie w formie diplokoków) jedynie tylko w pokrywającym tkankę limfatyczną nabłonku. Nieobecność bakteryi w samej tkance limfatycznej gruczołu możnaby tłumaczyć w części niszczeniem działaniem samej tkanki, w części zaś szybkim unoszeniem bakteryi przez tok limfy. Autor nie przypuszcza jednak możliwości powstania na tej drodze gościca stawowego, ponieważ nie ulega wątpliwości, że liczne gruczoły limfatyczne na szyi zatrzymałyby bakterye i przeszkodziły im przedostać się do układu krwionośnego. Zresztą tylko nader rzadko spostrzegał on w podobnych razach obrzmienie szyjowych gruczołów limfatycznych.

Badając silnie spuchniętą śluzówkę w sąsiedztwie migdałka, autor znajdował w tkance limfatycznej śluzówki ogniska infiltrowane krwotocznie, zawiera-

jące diplokokki. Sposób barwienia się infiltrowanej tkanki dowodził obecności zgorzeli. Autor znajdował bakterye i w kapilarach; ztąd łatwo wyprowadzić wniosek o możliwości powstania tą drogą zakażenia charakteru ogólnego.

W jednym przypadku typowej *erythema nodosum* z guzikami na obu udach, zaczerwienieniem i spuchnięciem obu migdałków, bólami w stawach i szmerem w sercu autor wyosobnił z guziczka bakterye najzupełniej podobną do zwykłego *staphylococcus albus*, przyczem takiego samego gronkowca udało mu się izolować i z migdałków. Autor i tu przyjmuje zakażenie przez gardziel.

W paru przypadkach podostrego gościca stawowego, w których spostrzegł on także przewlekłe obrzmienie średniej i dolnej muszli nosa, zaostrenie się bólów stawowych poprzedzały zjawiska podrażnienia ze strony nosa. Na zasadzie tych i innych spostrzeżeń autor kładzie nacisk na to, że przenikanie bakteryi z gardzieli do krwi zdarza się o wiele częściej, niż to dotychczas bywa przyjmowane, i że niektóre spostrzegane w zapaleniu gardła myalgie mają swe źródło nie w toksynach, lecz w samych bakteryach. Również ważne znaczenie ma gardziel i przestrzeń nosogardzielowa jako droga wejścia bakteryi do ustroju i w etiologii zapalenia płuc. Autor powołuje się między innymi na zdanie SENATOR'a o nadzwyczajnej analogii w czasie pojawiania się między zapaleniem płuc a gościcem, i TRAUBE'go o częstem występowaniu prodromalnych objawów zapalenia płuc (ból głowy, łamanie w kościach, zaburzenia żołądkowe i kiszkowe), mających charakter ogólny, które mogą trwać dłuższy czas bez żadnych objawów ze strony płuc. Autor stanowczo występuje przeciw utrzymującemu się jeszcze przeważnie pogładowi AUFRECHT'a, jakoby zarażenie powstawało przez wdychanie, a uważa za daleko prawdopodobniejsze pochodzenie hematogenne. Powstanie zakażenia objaśnia on w ten sposób, że w jakimkolwiek miejscu ustroju, prawdopodobnie w przestrzeni noso-gardzielowej, rozwijają się w okresie zwiastunym bakterye, pneumokoki lub inne, które wywoławszy na miejscu lekką sprawę zapalną, prawdopodobnie to zwolna, to nagle w większej liczbie przechodzą do krwi i wywołują zapalenie płuc.

(Berl. klin. Wochenschrift r. 1902 Nr. 1).

Janczurowicz.

42. G. DENIGÈS i J. SABRAZÈS. **Papier odczynnikowy do wykrywania jodu.** Badania kliniczne zmuszają częstokroć lekarzy do wykrywania obecności jodu w wydalinach i wydzielinach. Aczkolwiek dotychczasowe metody odpowiadają do pewnego stopnia wymaganiom analizy klinicznej, lecz nie wszystkie są dostatecznie proste i czułe. Autorzy zmodyfikowali metodę BOURGET'a, który do wykrycia jodu zaleca papier, pociągnięty klajstrem i 5% roztworem nadsiarczanu ammonu. Odczynnik ten ma tę złą stronę, że pod wpływem światła rozkłada się, przez co staje się niezdatnym do użycia. Odczynnik własny autorzy przygotowują w sposób następujący: 1 grm. krochmalu rozrabia się z 10 ctm. sz. wody zimnej destylowanej i, mieszając tę papkę, dodaje się do niej 40 ctm. sz. wody gorącej, poczem otrzymany klajster gotuje się jedną lub dwie minuty, mieszając go bez przerwy. Po wystudzeniu dodaje się do płynu 0,5 grm. azotanu sodu i w ten sposób otrzymanym odczynnikiem smaruje się mocny papier, który następnie zostaje dokładnie wysuszony. Użycie tego papieru, który nie traci swych własności pod wpływem światła, jest bardzo proste. Mianowicie — zwilża się go płynem, w którym chcemy wykryć jod, i dodaje się za pomocą precjalka szklanego kroplę 10% (na objętość) kwasu siarczanego. Otrzymuje się błękitne zabarwienie. Czułość odczynnika jest tak znaczna, że pozwala on wykryć 0,0001 mg. jodu.

K. Z.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 6 i 20 czerwiec. b.

TREŚĆ: W. Męczkowski: „W sprawie świadectw lekarskich w przypadkach cierpień urazowych“.

Kol. Męczkowski odczytał rzecz p. t. „W sprawie świadectw lekarskich w przypadkach cierpień urazowych”. (Jest to wstęp i zakończenie większej pracy p. t. „O symulacji objawów nerwowych“).

Od czasu, jak za wypadki nieszczęśliwe zaczęto płacić, wystąpiły liczne nadużycia. Lekarze przez swe świadectwa nieraz ułatwiają i sankcjonują podobne dążności. Nie zawsze obiektywizm, a często postronne wpływy decydują o charakterze świadectwa, jak: współczucie dla badanego, stanowisko lekarza (lekarze kolejowi, fabryczni), obawa stawania w charakterze świadka i t. p. Należy możliwie dokładnie zbadać chorego, i nie poprzestając na określeniu „nerwica urazowa“, wykazać stopień jej ciężkości, związek cierpienia z urazem, zrobić rokowanie i wskazać stopień zdolności do pracy. Zdolność tę należy oznaczać nie w odsetkach, lecz omówić ją szczegółowo. Nieraz zachodzi podejrzenie o symulację, którą dawniej próbowano wykryć za pomocą tortur. Używać w tym celu środków gwałtownych, oczywiście, nie wolno. Lekarz nie powinien wahać się w powiedzeniu „nie wiem“, tam, gdzie istotnie nie jest w stanie zdania swego ustalić. Zbyt często rozpoznawanie symulacji może być wynikiem niedostatecznej znajomości cierpień nerwowych, a zwłaszcza nerwic. Dawniej liczba symulantów wynosiła 25 — 30% badanych, dziś 3 — 4 — 10%. Nieraz bywało rozpoznawane udawanie tam, gdzie się rozwijała poważna choroba organiczna (*sclerosis multiplex, syringomyelia, tumor cerebri etc.*). Udawanie przez chorego pojedynczych objawów nie jest jeszcze dowodem, że choroba nie istnieje. Częstsze, niż udawanie, jest powiększanie, przesada, agrawacja objawów chorobowych przez chorych urazowych. Zależy to między innymi od takich czynników, jak brak zaufania chorych do lekarzy, szereg powtarzanych badań lekarskich, przy których badany jest niby oskarżony na śledztwie. W końcu mówca porusza sprawę obchodzenia się z symulantami i rozbiera parę pytań praktycznych z dziedziny nerwic urazowych (możliwie prędkie kończenie sprawy o odszkodowanie oraz praca dla dotkniętych nerwicą urazową — jako środki lecznicze).

W dyskusji bardzo ożywionej, ciągnącej się i na następnym posiedzeniu, brali udział koledzy: RYCHLIŃSKI, CIAGLIŃSKI, KĘPIŃSKI, DUNIN, SOKOŁOWSKI, KAMOCKI, GEPNER (syn), ORŁOWSKI i DOBRSKI. Wszyscy mówcy podnosili nieodpowiedniość warunków, w jakich odbywa się dzisiaj ekspertyza lekarska w sądzie, gdzie chodzi o szybkie określenie stanu nerwowego, stanu wzroku i t. p. Kol. SOKOŁOWSKI żąda, ażeby badanie odbywało się jedynie w szpitalu. Wiceprezes kol. KAMOCKI ubolewa, że lekarze nie wiele mogą zdziałać, a odmawiać ekspertyzy nie mogą, gdyż straciliby na tem poszkodowani. Kol. RYCHLIŃSKI i SOKOŁOWSKI radzą nadawać większą wagę świadectwom lekarzy kolejowych, fabrycznych i tych wogóle, którzy widzieli chorego wkrótce po wypadku. Na kilku przykładach mówcy wykazują ważność wywiadów. Wogóle wszyscy mówcy podnosili, że w wypowiedaniu swego zdania w poszczególnych przypadkach trzeba być bardzo ostrożnym, nie wstydić się powiedzieć w przypadkach wątpliwych „nie wiem“, niż orzec nieściśle lub mylnie.

W sprawie określania zdolności do pracy, mówcy zgadzają się, że określenie jej w odsetkach nie powinno mieć miejsca. Szczegółowiej rozpatrywano określenie zdolności do pracy przy uszkodzeniu wzroku. Kol. KĘPIŃSKI sądzi, że tu należy brać pod uwagę rodzaj zajęcia chorego; kol. KAMOCKI radzi stać na gruncie fizyologicznym i uwzględniać zaburzenia czynności narządu.

Szeroko rozpatrywano sprawę symulacji. Kol. DOBRSKI radzi być bardzo ostrożnym w wydawaniu świadectw. Przytoczył kilka przypadków oszustw. Koledzy RYCHLIŃSKI i CIĄGLIŃSKI w swych obszernych przemówieniach z naciskiem zaznaczali, że symulacja upatrywana bywa zbyt często. Odnosnie jednak do wzroku, to koledzy KĘPIŃSKI, KAMOCKI i GEPNER (syn) podnosili, że w bardzo znacznej odsetce u osób, skarżących się na osłabienie wzroku po urazie, z wszelką niemal pewnością symulację rozpoznawać można.

Co się zaś tyczy istoty nerwic pourazowych, to w tej sprawie przemawiał kol. RYCHLIŃSKI, podnosząc ich naturę czynnościową. R. przedstawia rozwój historyczny pojęcia co do tych cierpień i zaznacza, że pomimo wielu prac wybitnych uczonych w tej dziedzinie, dotąd zgody w zapatrywaniach nie osiągnięto.

Kol. CIĄGLIŃSKI przypuszcza, iż w większej części t. zw. ciężkich postaci nerwic urazowych mamy do czynienia z pewnymi drobnymi zmianami anatomicznymi samej tkanki mózgodzeniowej w rodzaju tych, jakie przy swych doświadczeniach ze sztucznie wywoływanem wstrząśnieniem rdzenia otrzymywali SCHMAUS, CHIPAULT, LUXENBERGER, i jakie zostały wykazane drogą badań pośmiertnych u ludzi zmarłych wskutek wstrząśnienia nerwowego przez GULL'a, BASTIAN'a i WHITE'a. Z faktów klinicznych, przemawiających za podobnem przypuszczeniem, zdaniem C., przemawia odruchowa nieruchomość źrenic i zanik nerwów wzrokowych — objawy, spotykane przez C. i przez kol. GEPNERA (ojca) u osób, przedstawiających skądinąd obraz nerwicy urazowej.

Kol. GEPNER (syn) twierdzi, że spotykał wprawdzie niekiedy zwrotną nieruchomość źrenic i zanik nerwów wzrokowych w związku z urazem, lecz daleko częściej spotykał te objawy u osób, dotkniętych nie urazem, lecz przymiotem. Prezes wspomina, że, zdaniem jego, odruchowa nieruchomość źrenic najczęściej wskazuje na przymiot, w nerwicach urazowych zdarza się bardzo rzadko.

Kol. CIĄGLIŃSKI zaznacza, iż na objaw ten zwracał szczególniejszą uwagę, i obecność jego w związku z urazem, zdaniem C., nie ulega najmniejszej wątpliwości. Dalej C. przypomina, że nie wszystkie postaci nerwic urazowych mają tło anatomiczne, lecz w przypadkach ciężkich tło takie niewątpliwie istnieć musi.

W sprawie leczenia chorych, dotkniętych nerwicami urazowymi, wszyscy mówcy zgadzają się na to, iż niezbędne są tutaj specjalne szpitale, jakie dziś zakładają specjalne związki zawodowe. Zdaniem C., odpowiadają one najzupełniej swemu przeznaczeniu. W sprawie odszkodowania C. jest zdania, że należy choremu jednorazowo wypłacić całą sumę, co nieraz wpływa na wybitną poprawę zdrowia. Inni mówcy przemawiali za dożywotniem wypłacaniem renty.

W końcu prelegent Męczkowski mówił o wahaniach w zapatrywaniu się na istotę nerwic urazowych i sam jest zdania, że nerwice urazowe czy to przez domieszkę t. zw. wyobraźni o odszkodowaniu, czy też wskutek zmian anatomicznych noszą swoiste piętno i powinny być wyodrębniane z szeregu innych nerwic czynnościowych.

St. Kopezyński.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Prof. HOFFMANN kreśli obraz kliniczny nerwicy spłotu trzewiowego (*neurosis plexus coeliaci*). Spłot ten zawiera w sobie włókna nerwowe czuciowe, ruchowe i naczyniowe, idące do kiszek i do nerek. Objawy nerwicy tego spłotu mają być następujące: 1) bóle podprzeponowe, promieniujące z górnej części brzucha do jego części dolnej, do okolicy kości kątowej i w kierunku pośladków (ale nie rozchodzące się ani do góry, ani w kierunku kończyn dolnych lub narządów płciowych); 2) zaparcie stolca z wypróżnieniami, podobnymi do „kozich bobków“; 3) *polyuria nervosa*. (Münch. m. W. Nr. 7 r. 1902).

= ROLLESTON stwierdza, że u chorych z powiększoną śledzioną zjawia się nie-

kiedy białko w moczu podczas leżenia w łóżku. Białkomocz występuje tu zapewne wskutek ucisku, jaki wywiera powiększona śledziona na lewą żyłę nerkową, i wskutek związanego z tym uciskiem przekrwienia w lewej nerce; analogiczne zjawisko mamy w wadach zastawki dwudzielnej. Autor zauważył, że do wywołania białkomoczu wystarcza nieraz nieznaczny przerost śledziony i odwrotnie — przy znacznym powiększeniu śledziony może nie być białka w moczu. Zależy to zapewne od większej lub mniejszej długości *ligamenta suspensoria lienis*, która warunkuje większą lub mniejszą przesuwalność śledziony. (Lancet 1. III. 1902).

Ż.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku Zeszyt 2 tomu I Archiwum polskiego nauk biologicznych i lekarskich pod redakcją prof. d-ra Henryka KADYIEGO i zawiera: 1) d-r Juliusz MARISCHLER. O wpływie produktów drobnoustrojów kałowych (toksyn) i wyciągów kałowych na narząd krążenia. Studium doświadczalne. 2) Józef NUSBAUM. Studya porównawcze nad regeneracją. I. O przejawach morfologicznych przy odradzaniu się sztucznie usuwanego tylnego oddziału ciała u *Euchytracidów* (Tab. V, VI, VII. 3) d-r P. KUCERA. Studium nad morfologią prątka nosaciznowego (z 7 figurami w tekście). 4) d-r Włodzimierz KULCZYCKI. Przypadek „*Ectopia cordis*” u cielęcia (tab. VIII i IX).

— Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcję „Gazety Lekarskiej” wyszedł z druku Nr. 160 i 161 i zawiera w tłumaczeniu pracę d-ra Leona BERNARDA p. t. „Kryoskopja i jej zastosowanie w klinice”.

— W Ciechocinku zaczęto w roku bieżącym stosować kąpiele gazowe z kwasem węglanym.

— Zmarli. W dniu 8 czerwca roku 1902 w Mińsku gub. zmarł d-r Tomasz WITKOWSKI w 67 roku życia. Po ukończeniu studyów medycznych w Moskwie w r. 1860 osiadł na Litwie, przez lata od 1863 do 1870 roku przemieszkiwał w Wiatce, w roku zaś 1875 powrócił do rodzinnego Mińska i tu praktykował bez wytchnienia aż do dnia śmierci, która zaskoczyła go nagle na stanowisku podczas przyjmowania chorych. Był lekarzem w szpitalu Tow. Dobroczyńności, który to obowiązek pełnił przez 26 lat bezinteresownie. Prawy charakter, zacne zasady, litość dla upośledzonych przez los i wielkie doświadczenie lekarskie należycie cenifa w zmarłym publiczność, to też pogrzeb był wspaniałą manifestacją na cześć życia zasłużonego.

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0;
chemicznie czysta glicerina 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0;
(alkohol 2⁰/₀).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny, odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakteryi, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetworzone!) Sztuczne trawienie, bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach, znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony, albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zołzów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań! Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z **przymieszką eteru**. Wszystkie są to po prostu najzwyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu Hommela.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnym doświadczeniem stwierdzić własności naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysłać do naszego składu ekspedycji: **APTEKA NA BOLSZOJ OCHTIE W S. PETERBURG**. Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju), Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków); Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8¹/₂ uncyi) 1 r. 60 k.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).



Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie Józef Warszawski, Warszawa, Orla 5.

Aspirin

Antirheumaticum i. Analgeticum. Najlepiej zastępuje salicylaty. Smak przyjemny kwaskowaty; prawie zupełnie pozbawiony działania ubocznego. Daw. 1 gr. 3-5 dziennie

Salochinin

(Ester salicylowy chininy). Antipyreticum i Analgeticum zupełnie bez smaku. Wskaz.: Stany gorączkowo szczeg. gorączki tyfuso-we, malaria, nerwice. (Neuralgie, Ischias).

Hedonal

Nowy Hyproticum, zupełnie nieszkodliwe, wolne od działania ubocznego. Spec. wskaz: bezsenność nerwowa szczeg. w stanach depresyjnych i t. d. Daw. 1,5-2 gr. po proszku w opłatkach lub w lewatywie.

Heroin hydrochl.

Wyśmienite sedativum przy wszelkich cierpieniach dróg oddechowych, zastępuje morfinę i kokainę, łatwo rozpuszczalne w wodzie, nie drażni. Daw. dla dorosł. 0,003-0,005 gr. 3-4 razy dziennie, dla dzieci 0,0005-0,0025 gr. 3-4 razy dziennie.

Agurin

Octan Theobromin-natrium. Nowe Diureticum, bardzo skuteczne i bardzo dobrze znoszone, daw. 0,5-1 gr. pro die 3 gr.

Salophen

Specyfik przy bólu głowy, influenzy, ostrym reumatyzmie stawów. Dawka 1 gr. co 2-3 godziny.

Protargol

Organiczny preparat srebra do leczenia trypra i ran, jak również w chorobach oczu. Wybitne bakterycydyczne własności przy najmniejszym podrażnieniu.

Somatoza

Wybitny środek wzmacniający dla chorych gorączkujących, osłabionych, rekonwalescentów. W wysokim stopniu pobudza apetyt. Dorosłym 6-12 gr. dziennie, dzieciom 3-6 gr. dziennie.

Europfen

Specj. wskaz: mała chirurgia Ulcus molle, Papul mad. Zastępuje jodoform, posiada zapach przyjemny. Stosow.: czysty lub z aco-bor. pulv aa p. mieszany lub jak maść 5-10%

Tannigen

Nieszkodliwy derywat taniny. Działa skutecznie przy rozwojeniu i katarach żołądkowo-kiszkowych, specjalnie u dzieci. Dawka 0,25-0,5 gr. 6 razy dziennie.

Żelazo-Somatoza

Skuteczny środek wzmacniający przy Chlorozie i Anemii. Zawiera żelazo w połączeniu organicznem i w postaci łatwo wssajającej się. Bez smaku, łatwo rozpuszczalne. Pobudza apetyt, nie działa zamykająco.

Aristol

Wybitny środek zablizniający a szczeg. przy ranach po oparzeniu z Acid Boric. pulv. aa ppt mieszany lub jako 5% maść.

Trional

Pewny środek nasenny, zawsze należy używać z większą ilością ciepłego płynu (herbata, mleko). Początkowa dawka 1,5 potem wystarcza 1 gr.

Mleko-Somatoza

Zawiera 5% taniny w organicznem połączeniu. Wskaz.: Dyspepsya, Neurastenja, Anemia, Gruźlica, Tyfus i Krzywica. Dla dorosłych 5-15 gr. dziennie, Dla dzieci 3-10 dziennie.

Creosotal-Duotal

Preparaty kreozotu wolne od żrącego i trującego działania przeciw gruźlicy. Bronchitis, Tyfus.

Phenacetyna, Piperazyna, Lycetol, Jodothyryna, Salol.

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

NAŁĘCZÓW

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

Zródło szczawy 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 umebłowanych 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.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., lekarstwa leczenie, 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 mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopięciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).



Fosfatyna Faliera

przyjemny pokarm najodpowiedniejszy do dzieci w wieku od 6 miesięcy do 10 lat zwłaszcza w czasie odłączenia od piersi i w okresie rośnięcia.

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach.

Dr. Zygmunt Wąsowicz

ordynuje jak w latach poprzednich

w Krynicy

dom „pod Orłem“.

Dr. W. Sadowski

ordynuje jak dawniej u wód

w Reichenhall. (Bawaryja)

Villa Schönheim.

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 Wierzbęty.

w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

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

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

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

Dla Pań!



Dla Panów!

Płyn do utrzymania skóry (twarzy) w ciągłej odporności przeciw wszelkim atmosferycznym i innym zewnętrznym wpływom.

BOROXYL

Chłodzi, odświeża twarz, nadając cerze delikatną, matową białosć.

Cena flakonu 60 kop.

Główna sprzedaż w aptece F. Zamenhofs, Warszawa, Plac Żelaznej Bramy 8. Żądać wszędzie.

Park-Hotel BAD NAUHEIM

Hotel familijny dom I rzędu

w najpiękniejszej i najczystszej części parku, przy źródłach i domach kąpielowych. Winda, światło elektr. Pension. Żądać prospekty. Dependance: Hotel — Restaurant Kursaal.

Dr. Kazimierz Kruszyński

ordynuje jak lat poprzednich w locie
w Szczawnicy.

Dr. W. Bujakowski

stale ordynuje
w Druskienikach.

Doc. Dr. L. Korczyński

ordynuje w porze zdrojowej jak dawniej
w Szczawnicy Willa „Warta“.

BUSKO Dr. Czesław Otto, praktykuje jak dawniej willa „Wesoła“.

MARIENBAD WIELKA MIEJSCOWOŚĆ (Czechy) KURACYJNA

Towarzystwo ekspedycji wód mineralnych
poleca dla używających w domu kuracyi:

Kreuzbrunn

Ferdinandsbrunn

Waldquelle

Ambrosiusbrunn

Rudolfsquelle

**najmoocniejsze źródła glauber-
skiej soli w Europie.**

Indikacje: Ogólna tęgość, otłuszczenie
serca, wątroby; nieprawidłowy oddech i
obieg krwi, z powodu powiększającego się
tłuszcza; katar żołądkowy wszelkiego ro-
dzaju, zastój krwi w brzuchu, hemoroidy,
słabość kiszek i wszelkie wypływające z
takowej skutki, choroby kobiece przy za-
kończeniu menstruacji, dżatesa.

Indikacje: Katar paszczy, krtani i organów oddech-
owych; katar narządów trawiących.

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

**Najwybitniejsze ziemno-alkaliczne
źródło.**

Indikacje: Chroniczny katar kanałów urynowych;
kamienie w pęcherzu i nerkach; podagra, uratyczna
dżatesa.

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

Marienbadzka naturalna sól źródłana

wytępiująca kwasy, łatwo rozтворяjąca, szybko i łagodnie przeczyszczająca.
Znakomity środek podniecający przy używaniu Marienbadzkich wód.

Marienbadzkie pastylki źródlane.

Indikacje: Zgaga, kurez żołądkowy, chrybka, zaścignienie.

Marienbadzki „Mineralmoor“

Bagno najbogatsze w skuteczne pierwiastki i kwasy, 7-8%.

Dostać można w składach wód mineralnych, aptekach i składach aptecznych, lub
wprost przez Towarzystwo ekspedycji wód mineralnych w Marienbadzle (Czechy).

**Marienbadzkie mineralne wody, oraz wyroby źródłane stoja bez-
płatnie do dyspozycji p.p. lekarzów dla zbadania.**

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.

Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Gilliard, P. Mnet & Martier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon 8 Quai de Retz.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY

Produkty farmaceutyczne

Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy
Salol. Salicylaty: sodu, metylu. Pyrazolina
Metylen-Blau med. Rezorcylna med. Hydro-
chinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc



do USYPIANIA i znieczulania miejscowego.

Sprzedaw w rurkach szklan. i metal. i w rurkach
z podziałką. (Liter. na żądanie gratis i franco.)