

GAZETA LEKARSKA

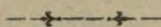
I. Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych.

Napisał

Dr. Jan Pruszyński,

ordynator szpitala św. Rocha w Warszawie.

[Odczyt, miany na XIII-ym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie].



Szanowni Panowie!

Chirurgia dróg żółciowych w ostatnich czasach zrobiła ogromne postępy, technika uległa znakomitemu ulepszeniu, wskazania do zabiegów krwawych znacznie zostały rozszerzone. Znaleźli się entuzyaści, bezwzględni zwolennicy leczenia chirurgicznego, z drugiej zaś strony pozostała znaczna większość, hołdująca dawniejszej metodzie wyczekującej. W przewidywaniu najcięższych następstw zakażenia dróg żółciowych, pierwsi, idąc za głosem RIEDEL'a, przy pierwszym już napadzie kolki wątrobowej widzą wskazanie do interwencji chirurgicznej, nie zwracając nawet uwagi na stosunek natężenia choroby do ciężkości zabiegu, ani na możliwe jego następstwa. Chirurgia w tej dziedzinie doszła do takiej doskonałości, że o ile się zdaje, z wyjątkiem pewnych szczegółów, nie ma już wiele do zrobienia.

A tymczasem zabiegi internisty przeważnie opierają się tu na empiryi, nie mając jeszcze dostatecznych podstaw naukowych do wyboru metod leczniczych; bo i fizjologia wątroby zaczęła się dopiero rozwijać w ostatnich czasach, a chemia nie dała nam dotąd nawet odpowiedzi na pytanie, jaka jest budowa składników żółci, pomimo, że składniki te otrzymać można z łatwością w stanie idealnej czystości.

Kiedy leczenie wewnętrzne okazuje się bezsilnem, a kiedy trzeba uciec się do pomocy chirurga przy sprawach zapalnych w drogach żółciowych, jest to zadanie nieraz nadzwyczaj trudne, wymagające wielkiej wprawy w badaniu i nadzwyczajnej oględności we wnioskowaniu.

Wiadomo, że sprawy chorobowe w drogach żółciowych przebiegają na tle zakażenia. Droga zstępująca pasożytów, z krwiobieg do żółci, nie jest jeszcze

dostatecznie udowodniona, aczkolwiek możliwa. Za tem przemawiają doświadczenia TRAMBUSTI'ego i MAFFUCI'ego nad lasecznikami tyfusu i węglika, które mogą przechodzić do żółci, nie wywołując żadnych zmian w przewodach żółciowych, o tem świadczą doświadczenia BARNABER'a nad pneumolasecznikiem FRIEDLAENDER'a, nad węglikiem i pneumokokiem, doświadczenia PERNICE'a i SCAGLIOSI'ego nad gronkowcem złocistym, węglikiem i lasecznikiem siennym. BIEDL i KRAUS okazali, że gronkowiec złocisty, wprowadzony do ogólnego krwioobiegu, zjawia się w żółci już po upływie 13—20 minut, lecz w $\frac{1}{2}$ —2 godzin po iniekcji wydzielac się przestaje; nawet zabójcze dawki tego pasożyta, według GILBERT'a i DOMINICI'ego, nie są w stanie na tej drodze wywołać zakażenia dróg żółciowych.

Fakt ten objaśnia się własnościami komórek wątrobowych zatrzymywania drobnoustrojów, zobojętnienia toksyn bakteryjnych, a nawet wytwarzania w żółci antytoksyn, jak to dowiedli VINCENZI i CALMETTE dla toksyny tężcowej, KOCH dla księgosuszu, FRANZIUS dla wścieklizny.

Najczęściej jednak zakażenie bywa wstępujące z dwunastnicy przez wspólny przewód żółciowy.

Badania GESSNER'a okazały, że w dwunastnicy w stanie normalnym znajduje się stale 7 gatunków pasorzytów (*bact. tolocideum*, chorobotwórczy dla myszy, *bact. coli commune*, dwa gatunki innych pasożytów, z których jeden rozrzedza żelatynę, *staphylococcus aureus et citreus*, rozpuszczujące żelatynę, wreszcie *streptoc. pyogenes*).

Przy badaniu zawartości kiszek cienkiej, wychodzącej przez przetokę w okolicy zastawki BAUHIN'a, NENCKI, MACFADYEN i SIEBEROWA wyosobnili 7 gatunków drobnoustrojów (*bact. Bischleri*, *streptoc. liquefaciens s. acidi lactici*, *bact. ilei Freyi*, *bacillus liquefaciens ilei*, *bact. ovale ilei*, *bac. gracilis ilei*, bakterię zbliżoną do *b. laetis aërogenes*). JAKOWSKI w tych samych warunkach również wyodrębnił 7 gatunków drobnoustrojów (*b. liquef. ilei*, *b. pyocyaneus*, *bact. aërogenes*, *strept. coli gracilis*, *diplococcus albus intest. i staphylococcus aureus*). Wszystkie te bakterie rozkładały przeważnie wodany węgla, dając lotne kwasy tłuszczowe, głównie kwas octowy, oraz różne postaci kwasu mlekowego. Zawartość bakterii zależała od rodzaju pokarmu, ale stale napotymano jedną postać czy to *bact. Bischleri*, czy to *b. laetis aërogenes*, t. j. pasożyty, jeżeli nie zupełnie identyczne, to przynajmniej bardzo zbliżone do *bact. coli commune*.

GILBERT i DOMINICI w różnych odcinkach przewodu pokarmowego u psów wykrywali jako stałego mieszkańca *b. coli commune*. Dalsze badania okazały, że liczba bakterii zmniejsza się przy przejściu z żołądka do dwunastnicy, zwiększa się następnie w jelicie czczem, jeszcze bardziej w jelicie biodrowem, następnie opada w kiszce ślepej, a w kale jest 4 razy mniejsza, aniżeli w zawartości dolnego odcinka jelita biodrowego, a nieco tylko mniejsza, aniżeli w dwunastnicy. Z liczby zatem drobnoustrojów w kale można sądzić o liczbie drobnoustrojów w dwunastnicy, która według GILBERT'a i DOMINICI'ego wynosi od 67 do 80 tysięcy w 1 mgr. Na zaznaczenie zasługuje fakt, że w zawartości kiszek grubej znikają laseczniki rozrzedzające żelatynę i że w kale normalnym, według badań KRETZ'a i NEUSSER'a, nie ma koków, któreby barwiły się metodą GRAM'a.

Z powyższego okazuje się, że przy warunkach sprzyjających, możliwe jest zakażenie dróg żółciowych przez drobnoustroje, zawarte w dwunastnicy, o ile te są w stanie wzmoczonej jadowitości.

W warunkach prawidłowych żółć, jak wiadomo, jest jałowa. Nawet w 24 godzin po śmierci GILBERT i GIRODE na 8 badań w 6-ju nie mogli wykryć w żółci żadnych drobnoustrojów ani na drodze badania mikroskopowego, ani zapomocą hodowli. Toż samo potwierdził NAUNYN, a w ostatnich czasach MIECZKOWSKI na klinice MIKULICZA.

Stąd też nawet wylanie się żółci do jamy otrzewnej w przypadkach urazu, jak tego dowodzą HAYEM, DUPRÉ, GRAWITZ i inni, jest zupełnie nieszkodliwe dla ustroju.

A jednak żółć, jak to pierwsi okazali CHARRIN i ROGER, nie posiada własności antyseptycznych. Większość pasożytów rozwija się w niej, jak w zwykłym bulionie, niektóre nawet, jak lasecznik nosacizny i wąglika, doskonale [BARMABE], aczkolwiek, według MALY'ego i EMICH'a, sole kwasów żółciowych, a według BOUCHARD'a i KOSSEL'a nawet barwniki żółciowe wywierają zgubny wpływ na rozwój drobnoustrojów.

Zakażenie pęcherzyka żółciowego, zarówno jak wprowadzenie drobnoustrojów do przewodu żółciowego wspólnego, według DOMINICI'ego może wywołać u zwierząt ciężkie objawy ropnicy i posocznicy. Inni autorzy: DMOCHOWSKI i JANOWSKI, MIGNOT, EHRET i STOLZ, doświadczenia DOMINICI'ego uważają za wadliwe i są zdania, że zakażenie dróg żółciowych następuje tylko przy ich obrażeniu, czy spowodowaniem urazem, czy też obecnością ciała obcego, lub też przy wytworzeniu przestrzeni zamkniętej, na której znaczenie w sprawie zakażenia szczególną zwrócił uwagę DIEULAFOY.

Pomimo to, że żółć *in vitro* stanowi doskonałą glebę dla rozwoju bakterii, musi ona jednak mieć ważny wpływ na ograniczenie sprawy gnicia w jelitach, skoro przy jej zatrzymaniu szare gliniaste wypróżnienia mają zapach nadzwyczaj złowonny, a toksyczność moczu i ilość siarkanów sprzężonych, z moczem wydzielanych, znacznie się zwiększają.

Czy tu odgrywa rolę własność antysoktyczna żółci, stwierdzona przez TEISSIER'a, czy własność wzmaganie ruchów robaczkowych jelit, czy własność bakteriologiczna, jak za tem przemawiają doświadczenia NEUFELD'a nad pneumokokami, nie ulega jednak wątpliwości, że ciągłość wydzielania żółci jest niezbędną dla prawidłowej czynności jelit, jak jest konieczną dla prawidłowej czynności wątroby, która jest tem dla przewodu pokarmowego, czem komora prawa dla narządu oddechowego. W sprawie oczyszczania ustroju z trujących produktów przemiany materii, posiada żółć nie mniej ważne znaczenie niż nerki, tembardziej że w warunkach prawidłowych, według BOUCHARD'a, toksyczność żółci jest 9 razy większa niż toksyczność moczu.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa żółć zawiera ochronne substancje przeciw stale napotykanym pasożytom kiszkiowym, skoro przy pewnych zakażeniach takie antytoksyny z żółcią wydzielają się mogą. Jest to jeszcze kwestya, wymagająca nowych poszukiwań, które mogą doprowadzić do wyjaśnienia wielu zagadnień w tej dziedzinie. Czy to te właśnie antytoksyny, wydzie-

lane z żółcią, czy wpływ soków trawiennych, czy enantobioza sprawia, że drob-noustroje dwunastnicy znajdują się zwykle w stanie utajonej zakaźności, obecnie nie da się nic pewnego powiedzieć.

Lecz jeden fakt, o ile się zdaje, stwierdza codzienna obserwacja, że przy wszelkiego rodzaju zakażeniach, zwłaszcza pochodzenia kiskowego, wątroba w większym lub mniejszym stopniu jest zmieniona.

Przechodząc z dziedziny doświadczenia do klinicznych postaci zapaleń dróg żółciowych, nie będziemy się zastanawiać nad lekkimi stanami kataralnymi, które noszą nazwę żółtaczk kataralnej, bo mamy ciągle na widoku te cierpienia, które albo bezwzględnie, albo w pewnych warunkach wymagają pomocy chirurga.

Tu na pierwszym miejscu należy postawić zapalenia dróg żółciowych nie-kamicowe, które powstają podczas lub po przebyciu chorób zakaźnych i ze względu na natężenie sprawy i złośliwość zarazka, najbardziej się nadają do leczenia chirurgicznego.

Winowajcami wzmiankowanych chorób są: lasecznik tyfusowy, pneumo-kok FRAENKEL'a-WEICHELBAUM'a, gronkowce, paciorkowce, rzadko lasecznik gruźliczy, a najczęściej lasecznik okrężnicy, nazwany przez GILBERT'a „wielkim pasożytem dróg żółciowych“.

Te sprawy chorobowe przebiegają, jak wiadomo, najróżnorodniej, wywołując mniej lub więcej wyrażone zmiany w pęcherzyku żółciowym. W jednych razach pęcherzyk dochodzi do wymiarów kolosalnych wskutek nadmiernej zawartości, w innych może się kurczyć. Sprawa może się ograniczać na samym pęcherzyku, przechodzić na ścianę jego, na otrzewną otaczającą, nawet na okolicę bardzo odległą, wywołując *cholecystitis, peri- i paracholecystitis*.

Przy przejrzaniu istniejącej kazuistyki, okazuje się, że rozmiary i cechy wysięku nie są bynajmniej w związku z ciężkością zakażenia. Nieraz bardzo ciężko przebiegają wysięki surowicze, prowadząc do owrzodzenia a nawet przedziurawienia pęcherzyka. Owrzodzenia te są niewątpliwie następstwem nekrotyzujących własności toksyn pasożytów, znajdujących się w stanie wysokiej jadowitości. Tutaj nie dochodzi sprawa do fagocytozy, reakcja ze strony tkanek jest nadzwyczaj słaba; nieraz niema nawet zgrubienia ściany pęcherzyka. Zakażenie przechodzi na otrzewną otaczającą, lub też następuje przedziurawienie pęcherzyka, prowadzące do groźnych objawów otrzewnowych.

Zapalenie pęcherzyka złośliwe następuje tak w przebiegu choroby zakaźnej, jak i po dłuższym czasie; nawet na szczycie choroby przyczyną jego może być nie tylko swoisty czynnik zakaźny, lecz również inne towarzyszące mu drob-noustroje.

Jeden, o ile się zdaje, jest moment niewątpliwy, sprzyjający rozmnażaniu się drob-noustrojów chorobotwórczych w przewodach żółciowych. Jest to zatrzymanie się żółci, a według wszelkiego prawdopodobieństwa i zmienione jej własności, nie tyle chemiczne, ile biologiczne w zależności od zmian narządu wydzielniczego.

Chociaż w przebiegu cholery drogi żółciowe mogą uleść zakażeniu, za czem przemawia obcość spirylów KOCHA w żółci (według GIRODE'a w 50% przy padków), to jednak zakażenie cięższe przytrafia się tak rzadko, że przypadek zapalenia ostrego ropnego pęcherzyka żółciowego, opisany przez LEWIN'a, należy do nadzwyczajnych osobliwości. W ropie, wydobytej przy cholecystomii, wykryto lasecznika okrężnicy, lecz nie przecinkowca cholerycznego, który, wbrew twierdzeniu GIRODE'a, ropienia nie wywołuje.

Najczęstszymi są ropne zapalenia dróg żółciowych w przebiegu tyfusu. Według HOELSCHER'a, otok ropny pęcherzyka żółciowego występuje w $\frac{1}{4}$ % według DOPFER'a — w $\frac{1}{3}$ %, a według LOUIS'a — w 6% tyfusu, co niewątpliwie zależy od charakteru epidemii. Sprawa wybucha najczęściej w okresie zablźnienia owrzodzeń, lecz może rozwinąć się po przejściu tyfusu w 3 (GILBERT i GIRODE) nawet w 8 miesięcy (DUPRÉ). Wykrywano również laseczniki tyfusowe w ropie pęcherzyka żółciowego (GUARNIERI) u chorych, którzy przedtem tyfusu nie przechodzili; z drugiej zaś strony w wielu przypadkach zapalenia pęcherzyka żółciowego w przebiegu tyfusu winowajcą cierpienia był inny pasożyt ropotwórczy, zwykle lasecznik okrężnicowy.

LONGUET dzieli sprawy zapalne pęcherzyka żółciowego niekamicowe na zapalenia około pęcherzykowe (*paracholecystitis*), przypęcherzykowe (*pericholecystitis*), pęcherzykowe (*cholecystitis*) z wysiękiem ropnym, surowicznym, krwawym, wreszcie zapalenia produkcyjne, włókniste. Jeżeli wykluczyć zapalenie włókniste, to w innych postaciach występuje prawie stale powiększenie pęcherzyka. Jest to objaw COUROSISIER'a - TERRIER'a, w przypadkach wątpliwych przemawiający z wielkim prawdopodobieństwem za brakiem kamieni w pęcherzyku żółciowym.

Zwykle zapaleniu błony wewnętrznej pęcherzyka towarzyszy zapalenie ściany jego z przejściem na otaczającą otrzewną, z wytworzeniem ropni ograniczonych lub zrostów; czasami sprawa rozszerza się, wywołując *plastron*, jak przy *paratyphlitis*. W tym ostatnim razie tworzą się przestrzenie ropne z większymi lub mniejszymi uchyłkami, które mogą być ograniczone jelitami, nerką, trzustką. Ropnie, w ten sposób powstałe, bywają najczęściej p r z e d n i o - d o l n e, zajmując ścianę brzuszną boczną i podżebrze prawe [przestrzeń MORISON'a-ROBSON'a].

Ropnie około-pęcherzykowe mogą następnie rozwinąć się między przeponą i żebrami rzekomymi z jednej a wątrobą z drugiej strony; od strony lewej oddziela je *lig. suspensorium*, od strony prawej *lig. triangulare hepatis*. Są to ropnie p r z e d n i o - g ó r n e. Jeżeli ropień przejdzie dalej po górnej części wątroby, będzie wtedy tylnogórny, jeżeli dosięgnie tylnej ściany brzucha, dochodzi do okolic nerkowej i lędźwiowej (ropień tylnodolny). Te dane należy mieć na widoku tak przy rozpoznawaniu siedliska ropnia, jako też przy wyborze metody operacyjnej, która powinna być o ile możności najkrótsza.

Zapalenie pęcherzyka żółciowego w przebiegu tyfusu niezawsze przybiera tak groźne cechy; lecz nawet zapalenia słabego natężenia, według CHIARI'ego, mogą dać powód do nawrotu tyfusu, lub stanowić w przyszłości podłoże, sprzyjające tworzeniu się kamieni żółciowych.

Rzadziej mamy do czynienia z zapaleniem pęcherzyka żółciowego w przebiegu innych chorób zakaźnych; i tu czynnikiem zakażenia niezawsze również bywa zarazek, wywołujący podstawowe cierpienie.

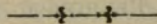
Zapalenie płuc krupowe rzadko prowadzi do zakażenia, ograniczającego się na pęcherzyku żółciowym, zwykle daje powód do zapalenia rozlanego, w którego produktach można wykryć dwoinki, częściej jednak gronkowce i paciorkowce, oraz lasecznika okrężnicowego.

Z powyższego okazuje się, że zakażenie, jeżeli nie wyłącznie, to przynajmniej pierwotnie rozwija się w pęcherzyku żółciowym, który jest nie tylko kłapą bezpieczeństwa dla wydzielniczej czynności wątroby, ale stanowi niejako częściową zaporę przeciw nadzwyczaj groźnemu dla organizmu rozwojowi drobnoustrojów w przewodach żółciowych; wtedy pomoc chirurgiczna, w porę zastosowana, jedynie może uratować życie chorego. [C. d. n.].

II. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI I ETYLOGII CYSTYNURYI.

Napisał

Dr Wasserthal [Karlsbad].



[Dokończenie — Patrz Nr. 35].

Wiadomem było z doświadczeń GOLDMANN'a, że wprowadzona do ustroju cystyna spala się na siarkę. UDRANSKY i BAUMANN chcieli przez podawanie psom diamionów: etylendiaminu i tetrametylendiaminu [putrescyny], jako ciał dla tych zwierząt względnie nieszkodliwych, drogą doświadczenia sprawdzić i poprzeć swoją teorię wydzielania się cystyny,—rezultat jednak był wprost ujemny.

Podobną drogę obrał MESTER u człowieka. Starał się wyjałowić kiszki przez podawanie znacznych [6 gr] dawek salolu lub też 30 gr siarki. Wydzielanie cystyny pozostało bez zmiany.

Wobec tego UDRANSKY i BAUMANN twierdzą, że o ile doświadczenia, robione na psach, mają wartość i dla człowieka, związek przyczynowy cystynuryi z diaminurją nie istnieje, lub też jest tylko przypadkowy, albo też, co jest może najbardziej uzasadnione, że zarówno cystynurya, jak i diaminurya mają wspólną przyczynę, dotychczas nieznaną.

Późniejsi autorowie, którzy również obserwowali diaminurję przy cystynuryi [STADTHAGEN i BRIEGER], bardziej stanowczo się wyrażają o cystynuryi, jako o drobnoustrojowej sprawie w kiszkach (*Darmmykose*). CAMIDGE, GARROD, SIMON, STADTHAGEN, COHN, PFEIFFER, BRIK i inni spotykali również koincydencję cystynuryi z diaminurją; zdania ich jednak w tej kwestyi są podzielone.

SIMON obserwował przemijającą diaminurę z cystynurą i stara się dowieść, że cystynurya jedynie tylko polegać może na upośledzonym utlenieniu powołuje się na dane MOREIGNE'a, SCHITZENBERGER'a i GAUTIER'a o tworzeniu się kwasów amidowych w organizmie, twierdzi, że diamininy, również jak cystyna w stanie normalnym jednakowo się utleniają i powiada, że diaminurya nie jest ani przyczyną, ani też skutkiem cystynuryi, że oba ciała powstają przez złe spalanie. W dalszych swych wywodach stara się dowieść możliwości powstawania diaminów bez współdziałania bakterii, tak np. że przez podawanie kwasu benzoosowego albo toluolu u kur występuje w kale kwas orniturowy, który znów przy ogrzaniu odszczepia CO₂ i tetrametylندیامینę czyli putrescynę.

Wiele spostrzeżeń przemawia przeciw twierdzeniu SIMON'a o tyle, że w okresie chorób zakaźnych występują diamininy, z drugiej znów strony sama cystyna powstawać może przez rozpad ciał organicznych przy współdziałaniu drobnoustrojów.

ROOS znalazł u 3-ga dzieci z biegunką choleryczną diamininy w moczu, ELLINGER zaś na zasadzie powstawania diaminów przy współdziałaniu bakterii przyjmuje, że te ciała powstają w ustroju, w normalnych warunkach zostają zniszczone, u cystynuryków zaś przez zmienione warunki mogą się zachować bez zmiany.

Jako przyczynek do teorii bakteryjnej powstawania cystyny, podaję spostrzeżenie, zrobione przez M. CAUSSE'a, któremu przy badaniu zakażonych studzien i wód Rodanu udało się wykazać w tych wodach mniej lub więcej znaczne ślady cystyny. Ilość cystyny była znacznie większa w miesiącach letnich, aniżeli w zimowych. CAUSSE przypuszcza, że cystyna, którą wykazał, powstaje z przymieszek organicznych pod działaniem bakterii w tem większej ilości, im wyższą jest temperatura.

STADTHAGEN radzi w każdym przypadku cystynuryi zakładać hodowle bakterii, by wykazać, jakie mianowicie gatunki drobnoustrojów mogą wywołać diaminurę. W tym kierunku prowadzili badania CAMMIDGE i GARROD, jednak bez wyników.

Bardzo, mojem zdaniem, przemawia za teorią infekcyjną cystynuryi koincydencya tej choroby z gościcem, obserwowana kilkakrotnie. Nim przystąpię do omówienia tego punktu, pozwolę sobie podać historię choroby przypadku cystynuryi, spostrzeganego przeze mnie w roku ubiegłym ¹⁾.

Pan K. z m. Łodzi, lat 39, kupiec, cierpi od lat kilku na kamienie pęcherza.

System cyrkulacyjny, nerwowy i trawienia normalne; subiektywnie i obiektywnie żadnych zaburzeń. Wątroba o normalnych granicach, niebolesna. Do roku 1897-go K. był zupełnie zdrow; chorób zakaźnych nie przechodził, oprócz zwykłych w dzieciństwie; *lies natur*. W r. 97-ym dostał napadu gwałtownych bólów lewego nerwu kulszowego, które zmusiły chorego do pozostawania w łóżku przez kilka tygodni; do bólów przyłączyły się po kilku tygodniach wysięki reumatyczne w stawie kolanowym i stawach stopy. Po 3-ch miesiącach bóle

¹⁾ Dzięki uprzejmości dra ROSENCEWJGA w Karlsbadzie, któremu za pozwolenie ogłoszenia składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

i obrzmienie stawów ustąpiły. W kilka tygodni potem nawrót choroby i wtedy po raz pierwszy wystąpiły bóle przy oddawaniu moczu, które zjawiały się stale pod koniec oddawania moczu. Pacjent nie zwracał na to zbytnej uwagi, aż dopiero po kilku tygodniach nagle wystąpiła absolutna niemożność oddawania moczu. Przywołany wtedy chirurg [dr KRUSZE] przepchnął do pęcherza kamień, który był utkwiał w cewce i spowodował wstrzymanie moczu.

Pacjent dokładnie sobie przypomina dźwięk, wywołany przez uderzenie metalowym zgłębnikiem o ciało twarde. Analiza moczu wtedy już wykazywała cystynę. Od tego czasu chory przechodził dwukrotnie kruszenie kamieni [cystynowych]; mocz stale prawie wykazuje znaczne ilości osadu cystynowego, jest słabo alkaliczny i nie zawiera innych patologicznych składników. Leucyny i tyrozyny brak. Wielka liczba białych ciałek krwi.

Jak widzimy, w tym przypadku cierpienie wystąpiło po ogólnej infekcji, bo że reumatyzm stawowy za taką uważać możemy, świadczą, już nie mówiąc o dawniejszych, najnowsze prace wielu autorów [SINGER, F. MAYER, MEURER i inni].

Zachodzi pytanie, czy w naszym przypadku cystynurya istniała już dawniej przed wystąpieniem objawów ostrego gośćca, czy też wystąpiła dopiero w następstwie: *czy post hoc ergo propter hoc?*

Niestety, mocz chorego przedtem badany nie był, nie możemy zatem pozytywnie twierdzić, że cystynurya była w naszym przypadku wtórną, musimy to jednak uważać za co najmniej prawdopodobne u pacjenta, który nigdy przedtem nie cierpiał na pęcherz i który nagle w przebiegu ostrego gośćca stawowego dostaje bólów przy oddawaniu moczu i wstrzymania moczu, jednym słowem objawów kamienia pęcherza,—że kamień ten musi być przyczynowo związany ze sprawą reumatyczną. Nie wiem, czy w rodzinie u przodków nie było cystynuryi, nie wiem też, czy dzieci pacjenta nie wykazują cystyny w moczu. Z powodów, ode mnie nie zależnych, nie mogłem zbadać kału na obecność diaminów, ani też zbadać moczu dzieci pana K.

Czy mamy prawo na zasadzie naszego przypadku robić jakiegokolwiek przypuszczenia co do związku cystynuryi z reumatyzmem, czy wogóle taki związek istnieje i jeżeli istnieje, dlaczego tak rzadko tę koincydencję spotykano?

W literaturze znalazłem zaledwie jeden przypadek, opisany przez WARBURG'a, o którym wyżej wspomniałem i jeden przypadek, opisany przez EBSTEIN'a, który [nie licząc SALISBURY'ego] pierwszy opisał cystynurę w przebiegu gośćca i pierwszy zadał sobie pytanie o przyczynowym związku dwóch tych chorób.

Przypadek EBSTEIN'a jest bardzo pouczający:

Dotyczy on 23-letniej dziewczyny, która przyjętą została do szpitala z powodu reumatyzmu wielostawowego. Badanie moczu wykazało znaczną ilość białka i cystyny. Ciekawe w przypadku jest jeszcze i to, że obok cystyny występowało białko, ale bez elementów nerkowych. Gdy znikła cystyna, znikło i białko, a wraz z ustąpieniem reumatyzmu i białko i cystyna. E. nie umie sobie wytłómaczyć związku cystynuryi z reumatyzmem i białkomoczem.

Prócz EBSTEIN'a inni jeszcze wspominają o koincydencji reumatyzmu z cystynurją, nie dopatrują się jednak w tem żadnego związku przyczynowego. NIEMANN jeszcze przed pojawieniem się pracy EBSTEIN'a cytuje SALISBURY'ego, który rozróżniał 4 postaci reumatyzmu: *rheumatismus liticus, oxalicus, cysticus, phosphaticus*, lecz tylko dla oryginalności (*nur der Curiosität wegen*).

Nie trzeba zapominać, że prace EBSTEIN'a, SALISBURY'ego i NIEMANN'a należą do epoki, kiedy nie znano ani związku cystynury z diaminurją, ani też etyologii gośca nikt nie szukał w paciorkowcach. Nawet w ostatnich pracach o cystynury autorzy, zdaje się, nie wiele przypisują znaczenia reumatyzmowi w sensie przyczynowym dla cystynury. REID np. wspomina tylko o cierpieniach reumatycznych a SIMON, którego jeden z chorych zapadł przy objawach jakiejś gorączkowo-infekcyjnej sprawy, zupełnie tych objawów nie uwzględnia.

Jak widzimy zatem, etyologia cystynury jest jeszcze zupełnie ciemna, mamy wprawdzie wiele wskazówek, gdzie szukać rozwiązania, jednak wobec nadzwyczajnej rzadkości choroby, badanie i obserwacja kliniczna są bardzo utrudnione lub, jak w naszym przypadku, zupełnie niezależne od lekarza.

Należałoby jednak każdy przypadek cystynury dokładnie i przez długi czas obserwować, zbadać dokładnie florę drobnoustrojową kiszek takich osobników, jako też w każdym przypadku i wielokrotnie sprawdzać sprawność funkcji wątroby i kiszek, nie ograniczając się jednak do badania chemicznego wydzielin, lecz też w sensie sprawności czynnościowej ROSENBACH'a, jaką dla wątroby podał SACHS, STRAUSS a dla kiszek A. SCHMIDT i STRASSBURGER.

Przebieg cystynury jest zawsze przewlekły. Przypadków wyleczenia długotrwałego nie spostrzegano; jeden taki przypadek podaje REID, lecz i tu trzeba by przeczekać lat parę i dowiedzieć się o dalszych losach pacyenta.

Rokowanie *quoad vitam* jest dobre: cystynurya, jak wyżej zaznaczyłem, jest tylko pośrednią chorobą [drogą tworzenia się kamieni moczowych] i o tyle tylko chorobą przykrą i niebezpieczną, że kamienie te z natury rzeczy często się powtarzają.

Wobec nieustalonej etyologii, nie może być mowy o racjonalnej przyczynowej terapii. Leczenie środkami farmaceutycznymi, mające na celu odkażanie przewodu pokarmowego [MESTER], zawiodło zupełnie. Leczenie dyetetyczne [CANTANI, EBSTEIN] także nie daje wyników zadowolających.

CANTANI zalecał swoim chorym dyetę mięsną, unikanie pokarmów mlecznych, mącznych i słodczy, oprócz tego wodę alkaliczną. Pod wpływem tego rodzaju leczenia widział poprawę po upływie 10-iu dni.

Nie przechylając się na stronę żadnej i teorii powstawania cystyny, mimo dodatnich wyników CANTANI'ego [mogło to być zwykle wahanie w wydzielaniu cystyny, niezależne od dyety], wąpić musimy, czy tam, gdzie bądź co bądź mamy do czynienia ze sprawą upośledzonego utlenienia białka, zachowanie czysto mięsnej dyety *à la longue* może być nieszkodliwe dla ustroju. Nie analizując kwestyi, czy mięsna dyeta wywołuje bardziej niż roślinna sprawy gnilne w kiszkiach, czy też nie [ALBU], za większością autorów i na zasadzie analogii z innymi zaburzeniami w przemianie materii radzimy dyetę mieszaną, dość ubogą w białko zwierzęce i dużo bardzo pracy mięśniowej i ruchu na świeżem

powietrzu, których wartość przy zaburzeniach w przemianie materji MINKOWSKI w ostatniej swej pracy słusznie wysoko bardzo ceni.

Ewentualnie zalecamy gimnastykę bierną, wody alkaliczne i hydroterapię.

L I T E R A T U R A.

- 1) W. WOLLASTON. Philosophical Transaction of the royal Society. 1810. On cystic oxide a new species of urinary calculus. — 2) LE ROY d'ETIOLLES fils. Traité de la gravelle. Paris 1866. — GUETERBOCK. Die chirurgisch. Krankh. d. Harn. u. männl. Geschlechtsapp. Wien. 1894. T. I. cz. III. — 4) DAGAVARIAN N. Thèse de Paris. 1893. Etude sur l'etiologie et la pathogenie des calculs urinaires. — 5) STADTHAGEN. VIRCHOWS Arch. 85 T. 100. Zur Kenntniss der Cystinurie. — 6) STADTHAGEN u. BRUEGER. Berl. klin. Wochenschr. 89. — 7) UDRANSKY u. BAUMANN. Ber. d. d. Ch. Gesellschaft XXI. Ueber das Vorkom. v. Diaminen sog. Ptomainen bei Cystinurie. — 8) UDRANSKY i BAUMANN. Zeitschr. physiol. Chemie. 1890. — 9) MAROWSKY. D. Arch. für klin. Med. 1868. — 10) UDRANSKY u. BAUMANN. Z. phys. Ch. 91. Weitere Beiträge zur Kenntniss der Cystinurie. — 11) GOLDMANN. Zeitschr. ph. Chemie. T. 9. Ueber das Schicksal des Cysteins und die Entstehung der Schwefelsäure im Thierkörper. — 12) GOLDMANN u. BAUMANN. Zur Kenntniss der Schwefelhaltigen Verbindung des Harns. Z. phys. Chemie XII. — 13) NIEMANN. Deutsch. Arch. für klin. Med. 78. Beiträge zur Lehre v. der Cystinurie. — 14) EBSTEIN. D. Arch. f. klin. Med. 76. — 15) EBSTEIN. D. Arch. f. klin. Med. 79. — 16) EBSTEIN. D. Arch. f. klin. Med. 82. — 17) ROOS. Ueber das Vorkomen v. Diaminen bei Krankheiten. Z. phys. Chemie. 1892. — 18) BRUNO MESTER. Z. phys. Chemie. 1890. Beiträge zur Cystinurie. — 19) PFEIFFER. Centralblatt für die Krankh. d. Harn u. Sex. Organe. 97. Eine neue Cystinfamilie. — 20) WARBURG. Ueber Cystinurie. Verh. d. allg. aertz. Ver. Köln. Muench. m. Woch. 98. — 21) J. COHN. Ueber einen Fall von familiärer Cystinurie. Berl. Med. Ges. Berl. klin. Woch. 99. № 23. — 22) SPIEGEL. Ueber die Zusammensetzung von Nierensteinen. MALYS Jahrbücher 91. — 23) LEO. Zeitschrift für klin. Med. 89. LEO. Berl. klin. Wochenschr. 89, str. 682. — M. H. Causse Lyon medical. 1900 Mars. De la cyst. dans les eaux contaminées des puits etc. — 25) MORBIGNIE. Etude sur la cystinurie. Annales GYON. 99 [8-9]. — 26) SIMON E. Amer. Journal of med. sciences 1900. Cystinuria and its relation to diaminuria. Amer. Journal of med. sc. 902. — 28) G. EMBDEN. Zeitschr. f. phys. Chemie. 1901. 32. Ueber den Nachweis v. Cystin u. Cystein unter den Spaltungsprodukten der Eiweisskörper. — 29) K. H. MOERNER. Z. phys. Chemie. 99 T. 28 [5-6]. — 30) BRIK u. STRASSER. Verein für innere Mediz. Wien. 902 ref. in Münch. med. Woch. u. Centralblatt f. innere Mediz. — 31) CHABRIÉ. Sur la cystine. Annales GYON. 1895. — 32) ELLINGER. Z. phys. Chemie. 1900. T. 29. Die Constit. des Ornithins und Lysins, zugleich ein Beitrag z. Chemie d. Eiweissfäulniss. — 33) J. REID. N.-York med. Journal. 1901. A case of cyst. ending in recovery. — 34) P. CAMMIDGE. Lancet. August. 1901. Cystin. and Cadaverin. — 35) GAMGEE. Children hosp. Birmingham. Lancet. 1901. Febr. — 36) WINTERSTEIN. MALY'S Jahrbücher. 1901. Verhalten des Cysteins gegen Phosphorwolframsäure. — 37) MAUTHNER. Zeitschr für Biologie. 901. Beitr. zur Kenntniss des Cysteins. — 38) PERCIVAL. La clinica med. Italiana. 1902. Und caso di cystinuria. — 39) FRIEDMANN. Beitr. z. chem. Phys. u. Path. 1902. T. III. Beiträge zur Kenntniss der physiol. Beziehungen der schwefelhalt. Eiweisskörper. — 40) F. MAYER. Zur Bacteriologie des acut. Gelenkrheumatismus. Ref. Arch. Gener. de Phys. et Pathol. 1902. — 41) MENZER. Die Aetiol. d. Gel.-Rheumat. Berlin Hirschwald. 902. — 42) SINGER. Weitere Erfahrungen ueber die Aetiol. des acut. Gelenkrheumatismus. Verh. des Congr. f. inn. Med. in Wiesbaden [19]. — 43) A. SCHMIDT u. STRASSBURGER. Die Untersuch. d. Faeces I u. II cz. Berlin 1901 u. 1902. — 44) H. STRAUSS. D. mod. Woch. 01. № 44 u. 45. Zur Functionsprüfung der Leber. — 45) ALBU. Ueber den Umfang d. Darmfäulniss Berl. klin. Woch. 1903. — 46) HUNTER [Cyt. u. EHRlich's a i LAZARUS'a]. Die Anaemie 1900. Wien. — 47) MINKOWSKI. Die Gicht 1903. Wien. — 48) C. NEUBERG. Autoreferat w. Biochem. Centralblatt. 1902. Ueber Cystein I. — 49) EMERSON. Beitr. z. chem. Phys. u. Pathol. 1902. [10-12].

III. SYFILIS NEREK.

Opracował

Wacław Sterling.

— † — † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 35].

X. Zwyródnienie skrobiowate nerek.

Już z tego, że przy początku każdego nowego rozdziału powołujemy się na łączność jego z rozdziałem poprzedzającym, widzimy, że wyodrębnianie tu postaci chorobowe nie przedstawiają jednostek niezawisłych, lecz że w stopniowym rozwoju sprawy chorobowej tworzą one jeden nieprzerwany łańcuch. Podobnie ma się rzecz i ze zwyródnieniem skrobiowatym nerek. Czy jednak możemy mówić o skrobiowatym zwyródnieniu nerek, syfilitycznego pochodzenia, jako o czemś samodzielny, różniącym się pewnymi stałymi cechami od zwyródnienia skrobiowatego, występującego np. w przebiegu gruźlicy? Przy dzisiejszym stanie nefrologii trudno na to odrzec, aczkolwiek w etiologii zwyródnienia skrobiowatego syfilis gra tak wybitną rolę. Zdania poszczególnych autorów zupełnie są na tym punkcie sprzeczne. WAGNER np. i NEGEL uważają sprawę tę za bezpośredni skutek syfilisu — podczas gdy MAURIAE powiada: „zwyródnienie skrobiowate jest zmianą następczą, dodatkową, nie wpływa ono bezpośrednio z działania syfilisu“. Wobec tego jednak, że zwyródnienie to występuje w nerkach czasami niezależnie od zwykle towarzyszących mu objawów — jak charłactwo, długotrwałe owrzodzenia i t. p. — zdaje mi się, że jednak możemy mówić w rzadkich przypadkach i o syfilitycznym zwyródnieniu skrobiowatym nerek z tem samym prawem, z jakim mówimy o jakimśkolwiek syfilitycznym zapaleniu nerek.

Zmiany skrobiowate nerek są zjawiskiem nader częstym; w przeważnej większości przypadków dają się one widzieć współrzędnie ze sprawami zapalnymi nerek. Czy jednak zwyródnienie to jest zawsze zjawiskiem wtórnym, zawisłym od zmian zapalnych, — czy też może występować samodzielnie, pierwotnie?

LECORCHÉ utrzymuje, że zwyródnienie skrobiowate najczęściej występuje po zapaleniu nerek śródmiaższowem i mięższowem; zajmuje wtedy tylko pewne okolice nerek i nigdy nie dochodzi do tych rozmiarów, jakie miewa wtedy, kiedy jest obcem jakimkolwiek cierpieniu nerkowemu. „*La différence de généralisation que la dégénérescence amyloïde présente dans les deux cas permet toujours de reconnaître la néphrite parenchymateuse ou interstitielle de celle qui est consécutive à cette dégénérescence*“. Ze słów tych wynika, że L. przypuszcza: 1) istnienie zwyródnienia skrobiowatego, następczego po sprawach zapalnych i 2) istnienie tegoż zwyródnienia pierwotnego, pociągającego za sobą sprawy zapalne.

NEUMANN powiada, że zwyrodnienie skrobiowate nerki występuje albo w połączeniu ze sprawami zapalnymi, albo samo, aczkolwiek przyznaje, że „czysto skrobiowata nerka jest rzadkością przy syfilisie“.

Według MAURIAC'a, w cierpieniach syfilitycznych nerek bardzo często występuje zwyrodnienie skrobiowate, w każdym jednak razie prawie nigdy nie bywa ono czyste, występując prawie zawsze jednocześnie ze zmianami w nabłonku i śródmiąszcu. Odmiennie nieco stanowisko zajmuje DUNIN. W wielu przypadkach znalazł on, że zwyrodnienie skrobiowate zwykle chodzi w parze z mniej lub więcej znacznymi zmianami w nerce. Nie można jednak tego rozciągać na wszystkie przypadki, kiedy jest więcej, niż prawdopodobne, że zwyrodnienie to może stanowić proces patologiczny samodzielny. Czy jest ono jednak przyczyną, czy też skutkiem sprawy zapalnej? Na to odpowiada D. stanowczo, że zapalenie nerek jest sprawą pierwotną, do której w następstwie przyłącza się zwyrodnienie, przytaczając na korzyść swego zdania przypadki, w których rozpoznanie pierwotnego zapalenia nerek stwierdzone zostało przez czynniki etyologiczne, a w których znaleziono i zwyrodnienie skrobiowate. Niezależnie od tego, powiada wreszcie D., są przypadki, w których należałoby uważać zwyrodnienie skrobiowate za sprawę pierwotną.

E t y o l o g i a. Wśród czynników etyologicznych jedno z najważniejszych miejsc, jak wiadomo, zajmuje przy zwyrodnieniu skrobiowatym syfilis. Jakkolwiek zwyrodnienie to występuje najczęściej u osobników charłacznych, wyniszczonych, już w r. 1870 zwrócił ROSENSTEIN uwagę, że „właśnie przy syfilisie ustrojowym i bez następczego charłactwa, przy obfitym *panniculus adiposus* i silnej muskulaturze daje się to cierpienie spozstrzegać.“ BARTELS upatruje przyczynę usposobienia syfilityków do zwyrodnienia skrobiowatego w związku syfilisu z przewlekłymi sprawami ropnymi i wrzodziejącymi. LECORCHÉ główny nacisk kładzie na sprawy ropne; na dowód swego zdania powiada on: „*syphilis congenitale, qui ne donne jamais lieu à la dégénérescence amyloïde, ne suppure pas*“; ropienie, zdaniem L. powiększa stratę substancji azotowych — i to jest bezpośrednią przyczynę występowania zwyrodnienia skrobiowatego. Wyżej wspominaliśmy o spostrzeżeniach WAGNER'a i NEGEL'a, stojących w sprzeczności ze zdaniem LECORCHÉ'go.

Występuje cierpienie to zwykle w późniejszych okresach syfilisu, dotykając częściej mężczyzn. Według GRAINGER - STEWART'a, syfilis równie często je powoduje, jak gruźlica. THOMPSON na 50 przypadków zwyrodnienia skrobiowatego widział 12 przyp. syfilisu i 13 przyp. gruźlicy; ROSENSTEIN na 120 przyp. — 34 przyp. syfilisu, FEHR na zasadzie 136 przyp. potwierdza zdanie R. WAGNER na 265 przyp. skrobiowatego lub woskowatego zwyrodnienia nerek przyczynę cierpienia upatruje w syfilisie w 28 przyp., CORNIL, na 128 przyp. — w 22 przypadkach. Widzimy więc, że wśród czynników etyologicznych syfilis zajmuje miejsce bardzo poważne.

O b r a z k l i n i c z n y. W ciągu tej pracy niejednokrotnie zaznaczaliśmy, jak słabo piętnuje syfilis powodowane przez siebie cierpienia nerkowe. To samo musimy i tu powtórzyć. „Zwyrodnienie“ skrobiowate — powiada WEIGERT — jest w swych danych anatomicznych i objawach klinicznych to sa-

mo, czy będzie warunkowane przez gruźlicę, przez syfлис, czy też przez długotrwałe cierpienie kostne“. Jak wiemy, zwyrodnienie to najczęściej występuje jednocześnie ze sprawami zapalnymi nerek. Jeżeli mamy do czynienia z późnym zapaleniem mięszzowym, zwyrodnienie skrobiowate znajdziemy prawie zawsze. Współrzędność dwóch tych spraw tak jest częstą, że LECORCHÉ mówi: „*la syphilis, comme la scrofule, ne provoque la néphrite perenchymateuse, qu'en déterminant la dégénérescence amyloide du rein*“... W rzeczywistości jednak o wiele częściej spotykamy tu zwyrodnienie przy zapaleniu śródmięszzowym, jako przy zwykłej postaci późnych syfilitycznych spraw nerkowych.

Wystąpienie zwyrodnienia skrobiowatego w przeważającej liczbie przypadków daje się przewidzieć, o ile występują obszerne owrzodzenia lub długotrwałe cierpienie kostne. Jak przy cierpieniach nerkowych wogóle, tak i tu zasadniczym objawem klinicznym powinien być białkomocz. Lecz już w r. 1860 PLEISCH i KLOB ogłosili przypadek, dotyczący 29-letniej kobiety, u której rozpoznano syfлис trzew i znaleziono zwyrodnienie skrobiowate wątroby, śledziony i nerek; w przypadku tym białkomocz nie wystąpił ani razu. Natomiast BARTELS uważa obecność białka w moczu „für eine ganz unerlässliche Grundlage für die diagnose der amyln. Nierenentartung“. Podobnie NEUMANN utrzymuje, że mocz przy tej sprawie zawsze zawiera białko, od śladów, do 3%. Na wręcz przeciwnym stanowisku stoi LECORCHÉ. Zdaniem jego, białkomocz, który często występuje, zupełnie nie stanowi objawu, właściwego temu cierpieniu; jest on jedynie następstwem zapalenia nerek mięszzowego, które to cierpienie wikła; o ile mamy do czynienia ze zwyrodnieniem skrobiowatem „à l'état de pureté“, białkomocz zdaniem jego nie istnieje. Według EBSTEIN'a, jakiegokolwiek istnieją przypadki, w których przebiegu białkomocz nie występuje, przy syfilitycznym zwyrodnieniu skrobiowatem nerki może być on uważany za objaw stały. MAURIAC nie uważa obecności białka w moczu za objaw obowiązkowy. STRAUS w pracy swej (*Note sur la degener. amyln. du rein sans albuminurie*) przechodzi do następujących wniosków: 1) w niektórych przypadkach zwyrodnienia skrobiowatego nerek białkomoczu może nie być zupełnie, aż do śmierci; 2) brak białkomoczu zależy z jednej strony od braku zmian głębokich [mięszzowych, lub śródmięszzowych] w nerce, z drugiej zaś — od osobliwego umiejscowienia się zwyrodnienia; zajmuje ono w takich razach przeważnie *vasa recta* piramid, mniej dotykając naczyń kłębkowych; 3) z punktu widzenia klinicznego, jeżeli u osobnika gruźliczego, syfilityka, u osobnika, dotkniętego przewlekłymi ropieniami kostnymi i t. d. stwierdzimy powiększenie śledziony, wątroby, lecz bez białkomoczu, nie mamy prawa z tego powodu wykluczać możliwości zwyrodnienia skrobiowatego trzew albo też stanowczo zaprzeczać istnienia tej sprawy w nerkach; 4) autorowie, którzy rachują początek zwyrodnienia skrobiowatego od chwili wystąpienia białkomoczu, popełniają podwójną omyłkę: a) ponieważ sprawa ta niezawsze zaczyna się od zajęcia nerek; przeciwnie, zwykle śledziona i wątroba wcześniej nią bywają dotknięte; b) ponieważ sama nerka sprawie tej może uleść, a białkomocz może nie wystąpić.

Zmiany, tyżące się moczu, również nie jednakowo przez rozmaitych autorów są przedstawione. Według BARTELS'a — „powinno być uważane za pra-

widło, że w zwyrodnieniu skrobiowatym dotknięte nerki wydzielają obficie⁴. Również i LECORCHÉ uważa wzmożone moczenie się za jeden z pierwszych objawów. Poliuryi tej towarzyszy zwykle polidipsia, a nawet i pollakiuria. Poliuria ta, która może trwać bardzo długo, w przeciągu miesięcy, a nawet i lat, ustępuje w bardziej posuniętych okresach cierpienia. NEUMANN wyraża się o tej sprawie o wiele ostrożniej, mówiąc — „poliurya jest tu nie tak rzadką⁴. Jeszcze mniej wartości ma objaw ten u MAURIAĆ'a. Zdaniem jego w patologii nerek niema cierpienia, którego objawy byłyby tak rozmaite, jak objawy zwyrodnienia skrobiowatego. W jednych przypadkach występuje poliuria, moc jest jasny, o słabym ciężarze właściwym, ubogi w mocznik i sole, bez osadu, bez wałeczków i resztek nablonka, — w innych zaś moc jest gęsty, nasycony, obfituje w osad, wałeczki. Tak samo obrzęk raz prawie zupełnie nie występuje, lub też jest niewyraźny i ograniczony; w innych znów przypadkach uogólnia się i występuje w znacznym stopniu.

W liczbie wałeczków widzimy duże wahania; przy syfilitycznej nerce skrobiowatej są one w początkowych okresach cierpienia jakoby liczniejsze, niż przy niesyfilitycznej. [NEUMANN]. BARTELS raz w przypadku sprawy syfilitycznej znalazł krew w dużej ilości.

O przebiegu tego cierpienia na tle syfilitycznym trudno powiedzieć coś, coby je odróżniło od zwykłego stanu rzeczy.

R o z p o z n a n i e. Skreślenie danych rozpoznawczych zajmującego nas tu cierpienia trudną jest rzeczą wobec tego, że nieliczne objawy kliniczne, jak białkomocz, obrzęki, zwiększona ilość dobową moczu — poddane zostały tak surowej krytyce autorów nowych. Wobec tego musimy poprzestać na wskazówkach czysto praktycznych, jakie daje nam MAURIAĆ. „Zwyrodnienie skrobiowate — powiada on — stanowi nieoddzieloną część prawie wszystkich trzeciorzędnych cierpień nerek, możnaby więc *a priori* stwierdzić jego istnienie, nie szukając na to dowodów. Nie omylimy się więc, jeżeli w rozpoznaniu, trzeciorzędnego cierpienia nerek przyjmiemy i element skrobiowaty. W jakim stopniu, w jakim stosunku? A więc wyznaczmy mu miejsce poważne, nawet pierwszorzędne, jeżeli jednocześnie stwierdzimy niezbitcie syfils wątroby i sledziony. W takim przypadku zwyrodnienie skrobiowate nerki jest prawidłem; czasami nawet bywa jedyną sprawą chorobową. Mniejsza o to, czy jest białkomocz, czy też go niema, nerka mimo to jest dotknięta⁴.

R o k o w a n i e przy omawianem tu cierpieniu jest niepomysłne, sprawa prawie zawsze kończy się śmiercią. Łatwo to zrozumiemy wobec warunków, przy jakich po większej części zwyrodnienie skrobiowate występuje, i wobec powikłań, jakie mu zwykle towarzyszą. Niektórzy autorowie przypuszczają, że syfilityczne tło czyni możliwość szczęśliwego zejścia prawdopodobniejszą dzięki leczeniu swoistemu, inni jednak odmawiają wszelkiej wartości stosowaniu tych środków. Zdanie to jednocześnie wyraża pogląd na sprawę leczenia.

D a n e a n a t o m o - p a t o l o g i c z n e. W przypadku LITEN'a spotykamy się ze zwyrodnieniem skrobiowatym nerki pierwotnym i bez powikłań przez sprawę zapalną: Kobieta 42-letnia skarżąca się na zaburzenia w odzy-

wianiu, miała wątrobę i śledzionę powiększoną, twardą, niebolesną przy palpacji. Lekki *ascites*. Mocz 900—1000 gr. dziennie, c. wł. 1011—1013; mocz jasny, żółty, bez osadu, bez białka i wałeczków. Autopsya: wątroba syfilityczna, powiększona, poprzecinana głębokimi wciągnięciami bliznowatemi. Gumaty wątroby i zwyrodnienie skrobiowate gałązek *art. hepat. i v. portae*. Śledziona sagowa. Nerki wielkości normalnej, twarde, anemiczne; przy reakcyi jodowej występuje zabarwienie naczyń istoty korowej. Badanie drobnowidzowe wykazuje, że najwyraźniej zwyrodniałe są naczynia proste. Kłębki albo są nietknięte, albo też zwyrodniałe, lecz jedynie częściowo. *Vasa afferentia* kłębków dotknięte są również tylko miejscami. Innych zmian niema, prócz lekkiego stłuszczenia nabłonka kanalików prostych.

Widzimy więc, że cała sprawa ogranicza się do zajęcia jedynie *vasa recta*. Przypadek ten jednocześnie tłómaczy nam brak białkomoczu przy skrobiowatym zwyrodnieniu nerek wobec nienaruszalności kłębków.

W każdym jednak razie tego rodzaju spostrzeżenia są niezmiernie rzadkie. Najczęściej jednocześnie ze sprawą skrobiowatą spotykamy przewlekłą sprawę zapalną w mięszu, widzimy dużą nerkę białą lub nerkę zmarszczoną. Sprawa dotyka zwykle obu nerek, rzadko tylko jednej. Nerka jest zwykle znacznie powiększona, ciężka, twarda, otoczka jej bywa napięta, łatwo zdejmująca się, powierzchnia równa i gładka, o matowym, woskowym połysku. Na przekroju istota korowa jest szorstka, blada, kłębki występują, jako szare, przezroczyste ziarenka. Również i *tunicae propriae* [zwłaszcza w *ductus papillares*] bywają dotknięte. Na sprawę zwyrodnienia skrobiowatego nabłonka kanalików moczowych rozmaici autorowie różnie się zapatrują, natomiast dotyka ono otoczek BOWMANN'a i tkanki łącznej śródmiąższowej — ogniskami.

L I T E R A T U R A.



- 1) RAYER. *Traité des maladies des reins*. Paris. 1839.—2) FRERICH'S. *Die Bright'sche Nierenkr. u. d. Behandlung*. Braunschweig. 1851.—3) ROSENSTEIN. *Die Pathol. u. Ther. der Nieren-Krankheiten*. Berlin. 1870.—4) LANCERAUX. *Traité hist. et prat. de la Syphilis*. Paris. 1866.—5) LECORCHÉ. *Traité des maladies des reins*. Paris. 1875.—6) BAMBERGER. *Ueber Mor. Br. u. seine Beziehungen zu and. Krankheiten*. Volkmann's. Samml. Klin. Vort. 1879.—7) WAGNER. *Die const. Syphilis und die davon abhäng. Nierenkr.* D. Arch. f. klin. Med. 1880—81.—8) WELÄNDER. *Klin. Studien über Nierenaffectionen bei Syphilis*. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1896.—9) SENATOR. *NOTHNAGEL'S Specielle Pathol. u. Ther.* 1896. T. XIX.—10) MAURIAC. *Syph. tertiaire et s. héréditaire*. Paris. 1890.—11) ELZENBERG. *Zmiany nerek przy otruciu rtęcią*. Odb. z księgi Pamiątkowej prof. HOYERA. 1884.—12) SCHWIMMER. *Ueber das Vorkommen d. Albuminurie beiluet.* Aff. Wien. med. Woch. 1892.—13) WELÄNDER. *Kann die Behandlung mit Quesksilber Cyl. u. Album. hervorrufen?* Ar. f. Derm. u. S. 1894.—14) KARVONEN. *Die Nierensyphilis*. Berlin. 1901.—15) BURŻALOW. *Nieskolko słuczajew syfilisa, leczonnych balszymi kaliezesstwami rtuti*. Rus. Žurn. kož i wien. Bol. 1901.—16) NEUMANN. *Syphilis*. Wien. 1896.—17) EISENMANN. *Ueber Uraemie und ur. Krankheitscharakter*. Verh. d. phys. med. Ges. Würzburg. 1852 [Ref. według Schmidts Jahr. 1853].—18) TRAUBE. *Zur Lehre von der speckigen, amyloiden Entartung der Nieren*. Deut. Kl. 1859 [Ref. wedł. S. J. 1859].—19) BEER. *Ueber Erkrankung der Niere bei Syphilis und Typhus*. Bericht über 40 Vers. d. Naturf. u. Aerzte [Ref. wedł. S. J. 1865].—20) BRADLEY. *Fall von syph. Hydrops der Nieren*. Brit. med. Journ.

1871 [Ref. wedł. S. J. 1871]. — 21) KEY. Fälle von Syphilom der Nieren. [Ref. wedł. S. J. 1877]. — 22) HUBER. Pathol. anat. Mittheilungen über Syphilis. Arch. der Heilkunde. 1878 [Ref. wedł. S. J. 1879]. — 23) STEPLER. Ein Beitrag zur Frage der Entstehung einer acuten Nephritis bei Secundärsyphilis. Wien. kl. Woch. 1900. — 24) HOFFMANN. Ueber Neph. syph. acuta praeceox mit enormer Albuminurie. Berl. klin. Woch. 1902. — 25) THEILLE. La néphrite syph. secondaire. Thèse de Paris. 1898. — 26) CHOUFFARD et GOURAND. Nephrite syph. secondaire suraigu, terminée par la mort. La Presse Méd. 1902. № 51.

ODCINEK.

Uwagi nad piśmiennictwem lekarskiem polskiem.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 35].

Choć przy założeniu nowych zakładów naukowych, jak Akademia i Szkoła Główna, zgromadzenie odpowiednich sił nauczycielskich przedstawiało nie-małe trudności, większość katedr obsadzona została osobami zupełnie uzdolnionemi do wywiązania się z trudnych swych zadań, a rezultat ostatecznie wykazał, że we wspomnianych zakładach wykształcił się wielki zastęp najdzielniejszych obywateli kraju. Na wydziale lekarskim, tylko kilka przedmiotów o znaczeniu podrzędniejszym dostało się do rąk osób, nie posiadających odpowiedniego uzdolnienia. Do podźwignięcia samej nauki wspomniane zakłady wprawdzie stosunkowo mało się przyczyniły, ale za największą i najdonioślejszą zasługę grona nauczycielskiego poczytać należy, wedłud mego przekonania, fakt, że stanęło ono prawie solidarnie na gruncie realnym: wyznawało ono stanowczo, że nie na czystych ideach i spekulacyach, wysnutych z samego umysłu należy opierać poglądy na byt duchowy i materyalny i na ustrój społeczny, ale na obserwacji i doświadczeniu. Poglądy takie, wpojone w słuchaczy, przyczyniły się przeważnie do obudzenia skutecznej i produkcyjnej pracy na niwie przemysłowej, społecznej i naukowej.

Poglądy profesorów w Akademii i na Wydziale lekarskim Szkoły Głównej były przeważnie postępowe, choć tylko najmłodsza generacja hołdowała w zupełności najnowszemu prądowi nauki. Panował w ogóle rozumowany eklektycyzm; uznawano umiejscowione pochodzenie większości procesów patologicznych, a w związku z tem także znaczenie sekcji trupów i makroskopowych badań anatomo - patologicznych; objawy symptomatologiczne, zbroczenia w obiegu krwi przy chorobach sercowych, jak również i zmiany w czynności nerwowej usiłowano tłómaczyć na zasadzie wiadomości, dostarczanych przez fizyologię. Anskultacya i perkusya były stale i z wielką umiejętnością stosowane, tak samo też badania chemiczne w celach dyagnostycznych. Histologia patologiczna uprawiana była z początku jednak tylko przez BRODOWSKIEGO; później dopiero zaczęto stosować mikroskop także w klinikach dla dyagnostyki. Teorya zapalenia, stworzona przez VIRCHOW'a, dość rychło została przyswojoną przez młodszych kolegów, ale zato teorya COHNHEIM'a o przenikaniu ciałek krwi przez ściany drobnych naczyń napotkała na wielkie niedowiarstwo, co mię skłoniło do napisania w r. 1867 artykułu, w którym zestawilem wszystkie spostrzeżenia, poczynione do owego czasu nad ruchami samodzielnymi różnego rodzaju komórek żyjących, w szczególności zaś limfocytów.

Przedmioty specjalne i kliniki w Szkole Głównej stały na wysokości ówczesnej nauki; najdonioślejszy wpływ na poglądy lekarskie w kraju wywarła jednak klinika CHAŁUBIŃSKIEGO. Tradycje z jego zasad i metod terapeutycznych przechowały się w znacznej części aż do najnowszych czasów przez kilka pokoleń jego asystentów i uczniów i dostarczają jeszcze i dotąd trwałych zasad do rozumnej, praktycznej działalności całego zastępu lekarzy praktykujących. Był to nader przenikliwy i ścisły obserwator, który wyrobił sobie samodzielne poglądy na różne sprawy i objawy patologiczne, a w wynajdywaniu najpewniejszych dróg do skutecznego zwalczania tych procesów był wielce szczęśliwy. Jako bystry myśliciel wytworzył sobie jednolity pogląd na sprawy życiowe, odpowiadający naukowemu poglądom z połowy 19-go wieku, i starał się te poglądy użytkować także przy tłumaczeniu zjawisk chorobowych i leczniczych, a przez swój przykład przyczynił się istotnie do ustalenia się w uczniach prawdziwie naukowych zasad medycyny.

Przeczytałem niedawno [podczas ostatniej choroby] powtórnie i ze szczerem zadowoleniem dziełko CHAŁUBIŃSKIEGO „o wynajdywaniu wskazań lekarskich” i podziwiałem konsekwentnie przeprowadzony jednolity pogląd fizjologiczny na cały proces życiowy u człowieka. Niema tam ani śladu jakiegos zapatrywania mistycznego lub witalistycznego. Ostateczne źródło spraw życiowych upatruje autor w działaniach chemicznych i fizycznych organów i komórek. Ale poprzestaje on na takim ogólnikowym tłumaczeniu i nie usiłuje głębiej wniknąć w tajemnice specyficznej działalności różnych tkanek. Miałem dość często sposobność naradzania się z CHAŁUBIŃSKIM nad zagadkowemi zjawiskami chorobowemi u różnych pacjentów, podziwiania jego przenikliwości przy stawianiu dyagnozy i wynajdywaniu najskuteczniejszego postępowania terapeutycznego, ale nie zdołałem nigdy wyrobić sobie jasnego pojęcia o jego zasadniczych poglądach patologicznych. Na rozwijającą się w ostatnim dziesięciu lat jego życia bakteryologię, zapatrywał się nader sceptycznie i, ile mi wiadomo, nie zdecydował się na oparcie na niej jakichkolwiek przypuszczeń. W leczeniu spraw zapalnych stosował stale umiarkowane odciąganie krwi, bańki suche, wezykatorye, wcierania sublimatowe i t. d. Gdy w r. 1861 zachorowałem pierwszy raz na zapalenie płucnej z obfitym wysiękiem, CHAŁUBIŃSKI kazał przystawić mi bańki cięte i wezykatoryę, poczem wysięk natychmiast ustąpił. Gdy na początku roku bieżącego zapadłem powtórnie na ten sam proces w przeciwnej stronie klatki piersiowej, wołałem jednak poddać się nowszej, łagodniejszej metodzie leczenia, która wprawdzie dopiero po dłuższym czasie usunęła w zupełności wysięk, ale jestem przekonany, że w posuniętym moim wieku i przy innej przyczynie choroby metoda rewalsyjna nie miałaby już tego samego skutku, jak przed 42-ma latami.

Odnosnie drugiej części sławionego dzieła „o wynajdywaniu wskazań”, przyznać się czuję zniewolonym, że uznaję w zupełności stawianą tam zasadę skierowania działań terapeutycznych na najważniejszy moment choroby, wierzę też, że ta zasada przy szerokiem doświadczeniu i przenikliwej obserwacji samego autora wydawała najpomyślniejsze wyniki, ale nie znajduję w dziele żadnego wskazania, jaką drogą młody lekarz dojść powinien do poznania owego „najważniejszego momentu”. Teoretyczne określenie takiej drogi stanowiłoby twarde sęk, albowiem wymagałoby oddzielnego obszernego dzieła, obejmującego całą patologię ogólną i specjalną. Sądzę, że tylko przez rozległe doświadczenie lekarz uzdolnionym zostaje do oceny ważności „momentów” chorobowych.

Gdy pod wpływem Szkoły Głównej poglądy lekarskie ulegały coraz głębiej sięgającemu przewrotowi, gdy otwierały się coraz szersze horyzonty, a ze świata naukowego napływały wzmagające się szybko potoki nowych badań i spostrzeżeń, wyłoniła się u nas potrzeba uwydatnienia tego ruchu ożywionego

także i w piśmiennictwie lekarskim, a mianowicie: powzięto plany założenia nowego czasopisma. Jestem przekonany, że L. NATANSON odstąpiłby chętnie swój Tygodnik nowemu gronu wydawców, zapewniających pismu powodzenie i ożywioną działalność, gdyby z nim rozpoczęto odpowiednie układy. Ale nowy garnitur sprawia zawsze większy interes od starego, choć zrećnie przeniecowanego, nowe pismo wzbudza ogólniejszą ciekawość, więcej miewa szans powodzenia od starego, choćby dobrze zasłużonego. Takie pismo nowe założył Girsztowt pod tytułem: „Gazeta Lekarska“. Wydawnictwo to mogłoby w samej rzeczy wyrzucić poważny i bardzo pożyteczny wpływ na naukowy rozwój Medycyny w naszym kraju, gdyby istotny jego twórca postąpił z większą oględnością i wyrozumiałością, gdyby się wystarał o współudział całego Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej. Arbitralne postępowanie spowodowało jednak rozdwojenie w Wydziale i odstręczyło połowę jego członków, a przeto i licznych lekarzy, od udziału w wydawnictwie. Ponieważ dzieje założenia *Gazety Lek.* mogą kiedyś być przedstawione w nie zupełnie odpowiednim świetle, uważam za stosowne, jako czynny przy tej sprawie świadek, podać tu w kilku słowach wiadomość o ówczesnych zajściach na Wydziale lekarskim. W r. 1866 członkowie Wydziału otrzymali na blankiecie urzędowym cyrkularz, rozesłany przez ówczesnego dziekana, LEBRUNA, w którym podana była wiadomość, że Wydział „będzie wydawał“ nowe czasopismo lekarskie, a członkowie zostali wezwani do poświadczania podpisami na owym cyrkularzu, czy życzą sobie zostać rzeczywistymi współpracownikami pisma albo tylko bezczynnymi współwydawcami. Niespodziana ta wiadomość wywołała osłupienie pośród członków Wydziału i energiczny protest przeciwko tak samowolnemu postępowaniu. Dowiedzieliśmy się wtenczas, że wyjednanie zostało urzędowe zezwolenie Władzy i zgoda ówczesnego kuratora na przyjęcie wydawnictwa przez Wydział, lecz zarazem oświadczone nam, że twórcy projektu nie mieli bynajmniej zamiaru przynaglenia członków Wydziału do udziału w wydawnictwie(!). Bardziej taktowne i pojednawcze wystąpienie pierwszych mogłoby doprowadzić do zgody z ostatnimi i przyjęcia projektu przez wszystkich członków, ale arbitralna postawa projektodawców wywołała rozdwojenie Wydziału.

O działalności *Gazety* w czasie pierwszego dziesięć lat jej istnienia nie pewnego powiedzieć nie mogę, gdyż arkusze jej rzadko tylko dostawały się do moich rąk. Przyznaję jednak wielką pożyteczność podjętego również przez Girsztowta, wydawnictwa podręczników lekarskich. Zaznaczyć tylko należy, że niektóre tłumaczenia dokonane zostały nader fatalnie przez osoby, nie znające należycie ani przedmiotu, ani też języka oryginału, jak np. tłumaczenie histologii KÖLLIKER'a. Po śmierci Girsztowa *Gazeta Lekarska* przeszła na własność obecnego grona współwłaścicieli, którzy ją „przeniecowali“, t. j. nadali jej zupełnie nowy zakrój i wielce ożywiony kierunek.

Już przed zjawieniem się *Gazety* założony został w Krakowie w r. 1862 *Przegląd Lekarski*, przeważnie staraniem DIETLA, a jednocześnie prawie z *Gazetą* powstała *Klinika DOBIESZEWSKIEGO*, która w r. 1869 zlała się niby z *Tygodnikiem Lekarskim*. Nie mając powodzenia w redaktorstwie, ponieważ praktycy nie dowierzali „fizyologowi“ i nie przypuszczali, aby on zdołał należycie pokierować pismem praktyczno-lekarskim, powierzyłem za zgodą NATANSONA redaktorstwo DOBIESZEWSKIEMU, który „złączył“ *Tygodnik* z niedawno założoną *Kliniką*, dodając do napisu „*Klinika*“ wyrazy „*Tygodnik lekarski*“. Po zamknięciu *Kliniki* ROGOWICZ założył w r. 1873 *Medycynę*. W r. 1880 powstała *Kronika Lekarska*, przeważnie jako organ referujący; w r. 1889 w Poznaniu *Nowiny Lekarskie*; w r. 1897 *Krytyka Lekarska*; w r. 1901 w Łodzi *Czasopismo Lekarskie*. Od r. 1878—1880 wychodziło *Zdrowie*, jako pierwsze pismo popularne hygie-

niczne, wydawane przez DOBRSKIEGO i ZNATOWICZA; w r. 1885 powstał zaś nowy miesięcznik *Zdrowie*, również poświęcony higienie, stanowiący od kilku lat organ Towarzystwa Hygienicznego. Oprócz tego wychodzą już przez szereg lat jeszcze następujące pisma specjalne: w Krakowie *Postęp Okulistyczny*; w Warszawie *Przegląd Chirurgiczny*, a prócz tego świeżo założona *Ginekologia*; we Lwowie zaś od r. 1901 *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich*. Tamże istniały od r. 1886 do 1890 *Wiadomości Lekarskie*. GIRSZTOWT wydawał przy *Gazecie Lek.* przez kilka lat *Przegląd postępów nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach i we wszystkich krajach* [1872 — 1877], *Rogowicz—Rocznik Medycyny polskiej* [1879 — 1888], który następnie objęty został przez *Warszawskie Towarzystwo Lek.* i od r. 1891 wychodzi przy *Pamiętniku* jako *Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego*. Wyliczenie różnych innych „Roczników”, pism higienicznych, farmaceutycznych i weterynaryjnych uważam tu za zbyt liczne. Chciałem tylko wykazać, że piśmiennictwo lekarskie polskie nie jest bynajmniej zbyt ubogie.

Literatura podręcznikowa również nie jest tak bardzo upośledzona, jak to niektórzy autorowie utrzymują. Po Bibliotece umiejętności lekarskich, stworzonej przez GIRSZTOWTA, liczne tłómaczone i oryginalne dzieła wydane zostały przez stowarzyszenie *Krakowskie Wydawnictwa dzieł polskich*, *Kasę Mianowskiego*, współwłaścicieli *Gazety Lek.*, a obecnie utworzyła się nowa spółka wydawnicza dla potrzebnych podręczników. Liczba dzieł oryginalnych, tą drogą opublikowanych, wcale nie jest zbyt szczupłą, a po większej części odznaczają się one bardzo sumiennem opracowaniem i świadczą wcale pochlebnie o stanie nauki krajowej. Z nowszych takich wydawnictw wymienię tu tylko dzieła BIEGAŃSKIEGO, SOKOŁOWSKIEGO, DMOCHOWSKIEGO, J. NUSBAUMA, [Anatomia porównawcza].

Jeżeli od tych produkcji dołączymy jeszcze prace, pomieszczone w różnych wydawnictwach „jubileuszowych”, zbiory badań, dokonanych w szeregu oddziałów szpitalnych, oryginalne *Odczyty Kliniczne*, dysertacje doktorskie i liczne rozprawy, pomieszczone w wydawnictwach *Krakowskiej Akademii Nauk* i w pismach zagranicznych(!), to otrzymamy dopiero pełniejszy pogląd na naukową wytwórczość lekarzy i przyrodników polskich. O rozmiarach i wartości tej produkcji świadczy także treść i objętość wymienionego wyżej rocznego *Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego*.

Sporządzając przez szereg lat referaty do rocznego sprawozdania (*Jahresbericht*) o postępach z całego zakresu anatomii, wydawanego przez SCHWALBE'go, miałem sposobność stwierdzenia, że przybytek polski do tak specjalnego nawet działu nauki nie był rażąco szczupły. To samo zauważył także NAWROCKI, dostarczający referatów z dziedziny fizjologii. Przekonany jestem, że liczne prace polaków, odnoszące się do bardziej teoretycznych gałęzi nauki [anatomii, histologii, fizjologii, anatomii porównawczej i t. d.], ogłaszanych w pismach niemieckich, francuskich, angielskich lub włoskich, a nawet i w wydawnictwach *Akademii krakowskiej* nie dochodzą wcale do wiadomości lekarzy w Królestwie, jak odwrotnie u naukowych pracowników w Galicyi spotkałem zupełną nieznajomość badań, dokonanych w pracowniach *Szkoły Głównej i Uniwersytetu warszawskiego*, choć odpowiednie rozprawy były opublikowane także w pismach zagranicznych. Wspomniałem już w innym miejscu, że badania laboratoryjne nawet w kraju tak nisko były cenione i tak mało zwrócono na nie uwagi, że autorowie byli poniekąd zniewoleni do ogłoszenia, zdobytych rezultatów w innych językach, aby je uchronić od zupełnego zapomnienia.

Jako oznakę prawdziwie naukowej produktywności w naszym świecie lekarskim, należy tu przytoczyć także wydaną niedawno *Histologię z bio-
ro w a*. Uwydatnia ona rażącą różnicę pomiędzy czasami, w których odzywano się u nas szyderczo o badaniach mikroskopowych, a poglądami obecnymi. Przyjąłem na siebie z pewną obawą redakcję dzieła, gdyż nie mogłem z góry przewidzieć, czy wszyscy współpracownicy zdołają wywiązać się należycie z przyjętego na siebie obowiązku, ale uradowałem się wielce przy czytaniu nadsyłanych rękopisów, świadczących o zupełnej kompetencji autorów. Miałem wprawdzie przy redakcyi i układaniu dzieła więcej pracy, aniżeli pewne koła lekarskie przypuszczają; zdawałem sobie dokładną sprawę z jego wad i niedostatków, ale dla łatwo zrozumiałych przyczyn nie wspominałem o tem w przedmowie. Za najważniejsze zadanie moje uważałem doprowadzenie dzieła do skutku, dostarczenie studentom pożytecznego i taniego podręcznika, przedstawiającego wiernie i w formie przystępnej najistotniejsze i najpewniejsze dane histologii, ale nie przyznawałem sobie prawa do głębiej sięgającego przerabiania artykułów i arbitralnego rozstrzygania kwestyi jeszcze wątpliwych. Przy sposobności wspomnienia o histologii nie mogę zamilczeć, że wynurzenia pewnych krytyków dzieła poczyniły na mnie wrażenie przygnębiające, albo wiem dowodzą, że zdolność do oceny poważniejszego dzieła od lat 40-u u naszych „uczonych“ nie rozwinęła się w miarę postępu nauki. Liczni bowiem krytycy nie wnikają w istotę wyłożonego przedmiotu, nie oceniają merytorycznie dodatnich i ujemnych stron podawanych w dziele wywodów i opisów ze stanowiska prawdziwego znawcy, ale czepiają się podrzędnych drobiazgów, rozwodzą się nad wadliwością języka i niestosownością pewnych wyrażen, w istocie zaś usiłują przez poczynione zarzuty uwydatnić własną „erudycyę“. Uwagę uczynioną przez pewnego krytyka, że histologia wydrukowana została na zbyt drogim papierze, że czyniąc oszczędność w tym względzie, możnaby było podać rysunki kolorowe, należy scharakteryzować po prostu jako komiczną, świadczącą o tem, że czyniący podobny zarzut nie ma pojęcia ani o potrzebie wyglądzonego papieru dla należytego odbicia subtelných fototypii, ani też o cenach rysunków kolorowych. [D. n.]

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

22. Wstrzykiwania podskórne arszeniku sposobem Ziemssen'a-Speth'a.

Dla otrzymania roztworu arszeniku do podskórnych wstrzykiwań, ZIEMSEN podaje następujący przepis: 1 g kwasu arsenawego gotuje się z 5 ctm sześciennymi normalnego roztworu ługu aż do rozpuszczenia; po rozcieńczeniu do 100 g filtruje się i przelewa w próbkę, objętości 2 ctm sześciennych; zakorkowawszy szczelnie próbkę watą, poddaje się je wyjałowieniu. Przy rozpuszczeniu kwasu arsenawego w normalnym roztworze ługu otrzymamy na 1,0 kwasu arsenawego 0,4 ługu $[NaOH]$, co odpowiada 10 ctm. sześciennym normalnego roztworu ługu. Celem zmniejszenia zasadowości płynu, użył aptekarz SPETH zamiast 10, tylko 5 ctm sześciennych ługu i otrzymał kwaśną sól kwasu metaarsenawego $[NaAsO_2 + HA_2O_2 + H_2O]$. Wyższość roztworu ZIEMSEN-SPETH'a nad innymi polega: 1) na większej zawartości w nim kwasu arsenawego, 2) na tem, że nie wywołuje w miejscu wstrzyknięcia nacieczeń zapalnych, ani bólów dzięki zmniejszonej swej zasadowości. Dzięki nowemu sposobowi przelewania

roztworu arszeniku do próbek objętości 2 ctm sz., t. j. w takiej ilości, jaka jest potrzebna do jednorazowego wstrzyknięcia, unika się rozkładu arszeniku pod wpływem powietrza i zanieczyszczenia drobnoustrojami. JESIONEK wstrzykiwał z dobrym skutkiem roztwór ZIEMSEN'a w mięśnie pośladkowe $\frac{1}{2}$ —1 szprycy [=0,01 *Natri arsenicosi*] co drugi dzień; ilość wstrzykniętego roztworu przy *lichen ruber, dermatitis herpetiformis* sięgała 25—30 ctm sz. Działania toksycznego lub szkodliwego na kanał pokarmowy, system nerwowy, jak również idyosynkrazy arszenikowej J. nie spostrzegał.

(*Münchener medic. Wochenschr.* Nr. 30.).

Maksymilian Goldflam.

Przegląd bibliograficzny.

Dr med. WŁODZIMIERZ POPIEL. **Miednica polek i jej stosunek do typu za normalny uważanego.** Praca, nagrodzona na konkursie Tow. Lek. Odbitka z Pamiętnika Tow. Lek. Warszawa 1903, str. 52.

Od dawien dawna, będąc pod wpływem szkoły niemieckiej, posiłkujemy się do porównania przy określaniu rozmiarów miednicy wymiarami, podawanymi w podręcznikach niemieckich i z tego powodu utarło się przekonanie, że miednica niemka jest typem miednicy prawidłowej. Przekonanie to doprowadziło nawet Niemców do uprzedzenia względem miednic polskich. Miednice polek mają być jakoby słabiej rozwinięte, niż niemka a nawet wąskie i płaskie, a wszystko to dlatego, że sprzężna miednic polskich jest średnio mniejsza, niż sprzężna miednic niemieckich. Autor zwalcza to przekonanie, dowodząc, że dla każdego typu stworzeń i ludzi jego własna miednica będzie prawidłową, jeśli prawidłowo spełniać będzie przeznaczone jej podczas porodu funkcje i nie stanie się powodem tych lub innych zaburzeń w przebiegu aktu porodu. Jeżeli więc miednica pozwoli podczas porodu przejść przez swą jamę zupełnie rozwiniętemu, dojrzałemu płodowi, to takiej miednicy nie można uważać za nieprawidłową; przeciwnie: uważać ją powinniśmy za zupełnie normalną. Tak więc, sprawdzianem prawidłowości miednicy będzie główka płodu, której rozmiary dają jedynie możność określenia normy miednicy pewnego narodu lub rasy. Rozmiary zaś główki noworodka są wielkością zmienną, właściwą danej rasie lub szczepowi.

W myśl więc tego autor zważył i wymierzył szczegółowo 100 donoszonych, normalnych polskich noworodków i z liczb w ten sposób otrzymanych „na mocy rachunku i teorii prawdopodobieństwa“ wyprowadził przeciętną z takimi wahaniami, których granice należy uważać jeszcze za normalne. Przeciętna ta, dająca typ zdrowego polskiego donoszonego płodu, obejmuje: wagę=3480—3555 grm, długość ciała=50—51 ctm, obwód główki=33—35 ctm i t. d. W porównaniu do dzieci rosyjskich i niemieckich, noworodek polski odznacza się największą wagą, jest nieco dłuższy niż rosyjski a mniejszy, niż niemiecki. Noworodek niemiecki ma większe wymiary główki, niż polski, wymaga więc większej miednicy, aniżeli ten ostatni. I tak jest w samej rzeczy. Wymierzywszy 600 miednic kobiet polskich [500 żywych i 100 trupów], które urodziły dzieci donoszone siłami natury, autor, znowu na mocy rachunku prawdopodobieństwa wyprowadził przeciętną z liczb otrzymanych i w ten sposób uzyskał normalny typ miednicy polskiej i jej wahań w najczęstszych granicach. Za normalną miednicę polki uważać należy taką, której wymiar *conjugatae diagonalis* wynosić będzie

11—12 ctm. [średnio 11,5] a *conjugatae verae*—9 do 10 [średnio 9,6]. W porównaniu z niemiecką miednica polska jest mniejsza we wszystkich wymiarach, zwłaszcza co się tyczy *conjugatae verae*. Różnica wynosi 1,5 ctm. A więc miednica, uważana w Niemczech za spłaszczoną lub wąską, jest dla polki prawidłową.

Stosunek między wymiarami poprzecznymi zewnętrznymi (*dist. spinar. et crist.*) a wymiarem poprzecznym wewnętrznym (*diameter transversa*) w miednicy niemieckiej jest inny, niż w miednicy polskiej. Podczas gdy wymiar poprzeczny wewnętrzny miednicy tak u polek, jak i u niemek jest prawie jednakowy, to wymiary poprzeczne zewnętrzne są u polek mniejsze, niż u niemek [o 2, ewent. 3 ctm.], stosunek więc tych wymiarów przedstawi się tak:

	<i>Diam. transv.</i>	<i>Dist. spin.</i>	<i>Dist. crist.</i>
u polek:	13,3	25	27
u niemek:	13,5	26	29

a więc miednica niemek jest bardziej wywinięta i bardziej rozłożysta niż polek, co jednak niema znaczenia dla wymiaru poprzecznego jamy miednicy, który jest w obu miednicach prawie jednakowy.

Tak się przedstawia dowodzenie autora. W tem ma najzupełniejszą rację, że niemieckie wymiary miednicy są najniewłaściwiej pożytywane za jedyne prawidłowe. Jest to szablon, którego trzymają się, jak ślepy płotu, lekarze polscy i wskutek tego bardzo często błędzą, mając za zwięzłą taką miednicę, przez którą, ku niemałemu ich zdziwieniu, rodzi się następnie płód zupełnie dojrzały. Słusznie też twierdzi autor, że przejście przez miednicę siłami natury dziecka donoszonego dowodzi najzupełniej prawidłowości miednicy, czyli, że „przeciętne rozmiary nowonarodzonych dzieci są jedyne w możności określić nam normę miednicy danego narodu, czy rasy”. Zważywszy i wymierzwszy 100 noworodków polskich, autor wyprowadził przeciętny typ donoszonego płodu polskiego i wtedy dopiero mógł zająć się określeniem typu prawidłowej miednicy polskiej, zdejmując pomiary z 600 takich miednic matek polek, które urodziły siłami natury dzieci, odpowiadające typowi donoszonego płodu polskiego.

Zasługą więc autora jest to głównie, że sobie tyle trudu zadał i w ten sposób zapoczątkował dążność polskich akuszerów do wyzwolenia się ze szablonu niemieckiego, dla miednicy polskiej nieodpowiedniego, że wskazał drogę, po której krocząc dalej, można będzie dojść nareszcie do pozyskania rzeczywistego typu polskiej miednicy kobiecej. Do tego trzeba będzie jednak pracy zbiorowej, obejmującej o wiele większą liczbę pomiarów, niż to było w możności dla jednego tylko badacza, trzeba też będzie, nie ograniczając się na Królestwie Polskiem, jak to musiał uczynić autor, objąć badaniem kobiety z innych dzielnic kraju. Trzeba też pamiętać, aby do badań brać miednice kobiet szerepu czysto polskiego.

Głównym jednak warunkiem dokładności tych badań jest ujednostajnienie sposobu zdejmowania wymiarów tak z główek płodów, jak i miednic matek, jako też — i co ważniejsze — sposobu dokonywania obliczeń cyfry przeciętnej. Autor wymiary zdejmował sposobem, zwykle dotychczas praktykowanym, a więc za pomocą miednicomierza, taśmy z podziałką i palca i sposób ten jest zupełnie wystarczający; zresztą lepszego nie posiadamy. Do obliczenia zaś cyfry przeciętnej posługiwał się, jak wiemy, rachunkiem i teorią prawdopodobieństwa. W pracy przedstawione są wyniki wyliczeń, lecz jaką drogą autor do nich doszedł, dokładnie nie podał. A podaćby należało, już chociażby ze względu na tych, którzy podejmą się dalszej pracy w kierunku przez autora wskazanym.

Praca POPIELA stanowi cenny przyczynek do nauki położnictwa naszego.

Zweiggbarum.

Wiadomości bieżące.

— Wiadomo, iż próby szczepienia syfilisu zwierzętom wypadły dotychczas ujemnie. Nie małego hałasu narobiło zawiadomienie Akademii lekarskiej w Paryżu na posiedzeniu w dniu 28-ym lipca r. b., iż udało się MIECZNIKOW'owi i Roux zaszcześcić syfilis szympansowi. Badacze ci, nabywszy szympansa za pieniądze, przyznane im za poprzednie prace, zrobili samicy trzy zaszczepienia: jedno, wydzieliną szankra twardego [którym chory był dotknięty od miesiąca] w fałdę napletka lechtaczki, drugie w brzeg brwiowy takąż wydzieliną innego chorego, wreszcie w 5 dni później *reinoculatio* w fałdę napletka lechtaczki po drugiej stronie, wydzieliną szankra twardego z chorego, dotkniętego nim od 3-ch dni. 26-go dnia w miejscu pierwszego zaszczepienia utworzył się mały pęcherzyk, który następnie owrzodził; brzegi owrzodzenia stwardły. W kilka dni po utworzeniu się owrzodzenia powiększyły się cztery gruczoły limfatyczne w pachwinie, lecz były niebolesne. W dniu odczytania odpowiedniej pracy w Akademii lekarskiej, a 46-go po zaszczepieniu, objawów wtórnych jeszcze nie było. Prof. FOURNIER, zaproszony przez Roux i MIECZNIKOW'a dla skontrolowania wyniku szczepień, znalazł „une lésion qui s'est présentée sous l'aspect d'un type obsolu, parfait, irrécusable de chancre syphilitique“ (*Bulletin de l'Academie de Médecine* № 30 str. 103), za czem przemawia wygląd owrzodzenia, powstanie jego po inkubacji, trwającej 3--4 tygodni i charakterystyczne obrzmienie gruczołów [obrzemie nie twarde, niebolesne i wielu gruczołów]. FOURNIER sądzi, iż jeśli się nie myli, to po 4-ch tygodniach powinny wystąpić objawy zarażenia ogólnego i że może jesteśmy „à l'aurore d'une de ces découvertes, qui, comme il en est sorti déjà plusieurs de la maison de Pasteur, sont non pas seulement un honneur insigne pour la science, mais un grand bienfait pour l'humanité“. Udanie się tym razem szczepienia syfilisu, FOURNIER, jak i sami badacze, przypisują wybraniu do doświadczeń małpy z wielu względów podobnej do człowieka. FOURNIER przypomina, iż w r. 1881 wspólnie z KRISHABER'em i BARTHÉLEMY'm szczepił jad syfilityczny małpom niższych gatunków (*macacus cynocephalus* i t. p.) bezskutecznie.

— Opierając się na odkryciu Ross'a, prof. w Liwerpool'u, iż zarazek malaryi bywa przenoszony przez moskity, towarzystwo kanału Suezkiego przystąpiło do uwolnienia stacyi Ismailia od malaryi, a to przez odpowiednie zdrenowanie i oblanie cystern, rowów i wszelkich zbiorników z wodą stojącą naftą. Wynik dotychczas jest taki, iż gdy w przeciągu czasu od 1-go stycznia do 30-go maja r. b. obserwowano w Ismailii 72 przypadki malaryi, to w tymże przeciągu czasu 1902 r. było ich 569. Towarzystwo stopniowo zamierza uzdrowotnić Chartum, Kassalę i El Obeid.

— Dla I-go Kongresu międzynarodoweo higieny szkolnej, który zbierze się w Norymberdze 1904 r. wyznaczono termin 4—9 kwietnia.

— III międzynarodowy Kongres przeciwgruźliczy odbędzie się w Paryżu od 24-go września do 1-go października r. b.

— Katedrę psychiatrii i neuropatologii po HITZIG'u w Hali obejmuje ZIEHEN z Utrechtu.

— KOCHER, prof. kliniki chirurgicznej od 1872 r. w Bernie, odmówił przyjęcia zaproszenia na katedrę po GUSSENBAUER'ze w Wiedniu.

Sprostowanie. W № 35 Gazety Lek. na str. 837 w „Przypisku Sprawozdawcy“ w wierszu 4-ym od góry zamiast: zawiera, winno być: zaciera.

Bromokol.

Maść
bromokolowa.
Bromokol
rozpuszczalny.
Rozczyn
bromokolu.
Puder.
Mydło.
Czopki.
Plaster.

Tanokol

Wypróbowany środek ściągający przy ostrym i chronicznym katarze kiszek bez smaku, nieszkodliwy.
Tabletki tanokolowe z czekoladą.
Specjalnie dla praktyki dziecinnej.

Peruol

Środek niezrący stosowany przy świerzbie, bez zapachu i bezbarwny.
Nie brudzi.

MYDŁO PERUOLOWE 40%
stosowane w celach profilaktycznych i do leczenia następczego.

Rezorbina

Krem
rezorbinowy.
Rtęcio-rezorbina,
Peruskabina,
Chloroform
Anschütz,
Kroplomierze.

Nabywać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Oddział farmaceutyczny, *Akcyjne Tow. wyrobu farb anilinowych*, Berlin S. O. 3b.

**QUINIUM LABARRAQUE**

Wino toniczne Środek przeciw febrze i ułatwiający trawienie.

Ścisłe dawkowane. Zawiera wszystkie własności lecznicze chininy 3 gr. pierwiastków tonicznych i 1,5 gr. alkaloidów w litrze.

DAWKA: kieliszek od likieru przed lub po jedzeniu.

We wszystkich aptekach Dom handlowy L. Frère (A. Champigny et C-ie) 19 rue Jacob w Paryżu.

Na składzie posiadają: Warszawskie Towarzystwo handlu towarami aptecznymi (Ludwik Spiess i Syn) Plac Teatralny. L. Mrozowski skład materiałów aptecznych, ul. Miodowa Nr. 8. Towarzystwo przetworów chemicznych i aptecznych (Henryk Welt) Przejazd Nr. 5. Apteka K. Wendy, ul. Krak. Przedm. Nr. 45. Wacław Różycki, skład materiałów aptecznych, ul. Krak. Przedm. Nr. 17. Emil Skomorowski, skład materiałów aptecznych, ul. Długa Nr. 27.

Uwadze Sz. P. P. Doktorów polecam bandażę muślinową pakowaną w pudełkach przez co unika się zanieczyszczanie muślinu, które ma zawsze miejsce przy opakowaniu dotąd praktykowanym. Ceny nie podwyższone.