

GAZETA LEKARSKA

I. KILKA UWAG

O PÓŻNYM SYFILISIE NOSA.

Napisał

Władysław Wróblewski,

lekarz ambulatoryum dla chorób gardła i nosa w szp. Ewangelickim w Warszawie.

— 1 — 3 —

Niema chyba cierpienia górnych dróg oddechowych, któreby przedstawiało niekiedy tak wielkie trudności rozpoznawcze, jak syfilis nosa. Zdanie to pozwalam sobie wypowiedzieć wobec niejednokrotnie stwierdzonego faktu mylnego rozpoznania w przypadkach, w których leczenie swoiste w czas zastosowane mogło by być wyrzec wyniki pomyślne. Nie mam zamiaru przytaczać tutaj obszernej literatury, dotyczącej tej kwestyi, która jest doskonale opracowaną, uwagi zaś podane poniżej na własnem tylko opieram doświadczeniu.

Co do częstości tego cierpienia, to niech cyfry mówią za siebie. Na 5340 zanotowanych u mnie historii chorób z praktyki prywatnej¹⁾, spostrzegałem syfilis górnych dróg oddechowych 120 razy, z tych syfilis nosa 42 razy, nosa i gardzieli jednocześnie 6 razy, nosa i jamy nosogardzielowej 8 razy. Syfilis gardzieli 22 razy, gardzieli i krtani jednocześnie 8 razy, jamy nosogardzielowej 6 razy, syfilis krtani 28 razy.

W ambulatoryum szpitalnem za czas od 14. IV. 1890 r. do 14. XI. 1895. r. na 5354 zanotowanych przypadków spotkałem: syfilis nosa 28 razy, syfilis gardzieli 54 razy, syfilis gardzieli i krtani jednocześnie 13 razy, syfilis krtani 20 razy. Razem 115 przypadków.

W pracy niniejszej posiłkować się będę wyłącznie spostrzeżeniami z praktyki prywatnej, gdyż większość tych chorych miałem możność leczyć i obserwować w ciągu dłuższego czasu i znam wyniki ostateczne.

Z powyższego widzimy, jak częstym jest w praktyce rynologicznej syfilis nosa: stanowi bowiem prawie połowę wszystkich przypadków syfilisu górnych dróg oddechowych. Liczbę tą należy uważać za dosyć względną, t. j. nie powinna ona znaczyć, że syfilis najczęściej bywa w nosie, gdyż jest on bezwarunkowo częstszym w gardzieli, lecz że chorzy tego rodzaju zgłaszają się przede wszystkim do nas, uważając cierpienie swoje za jakiś niezwykle uporczywy

¹⁾ Do połowy listopada 1895 roku.

katar. Postacie gardzielowe, a zwłaszcza w okresie lepieżowym, spotykane są przeważnie w praktyce syfilidologów. Gardziel zresztą, jako ogólnie badaniu dostępniejsza i więcej pod względem umiejscowienia syfilisu znana, bywa leczoną przez wszystkich lekarzy. Z owych 42 spostrzeżeń przytoczę najwięcej zasługujące na uwagę, podkreślając fakty najważniejsze.

1. Helena M., służąca, lat 33 mająca, zgłosiła się do mnie 4. I. 1888 r. powtórnie. Przed 2½ laty leczyłem ją już w szpitalu św. Rocha; dotkniętą była wówczas owrzodzeniem pierwotnym syfilitycznym na dnie nosa po stronie lewej, trwającym około 6 tygodni. Nos był wówczas cały nacieczony, czerwony, bardzo twardy. Zakażenie nastąpiło, według jej przypuszczenia, tym sposobem, że wynosiła często opatrunki pana, u którego służyła, chorującego prawdopodobnie na syfilis. Podczas objawów lepieżowych, które miały być bardzo wybitne, leczyła się u innych lekarzy; szczegółów więc tego okresu nie wiem.

Obecne cierpienie nosa uważa ona za niezwykle uporczywy katar, trwający od dwóch miesięcy. Badanie wykazuje: skóra nosa niezmieniona, przedziurawienie przegrody chrzęstnej, olbrzymie nacieczenie całego wnętrza nozdrza prawego, tak, że muszle zgrubiałe, czerwone, połączone są prawie w jedną masę, przylegającą do przegrody po stronie lewej, nacieczenie tylnej części przegrody nosa. Po podaniu jodku potasu nacieki zaczęły ustępować, lecz jednocześnie muszla średnia prawa i cały prawie lemiesz uległy znekrotyzowaniu. Kości te po części oddzieliły się same, po części pousuwałem kleszczykami. Po dwóch miesiącach nastąpiło zabliznienie, lecz wewnątrz nosa przedstawiało jedną niekształtną jamę.

2. Feliks M., lat 28 [15. V. 1888 r.]. Wrócił niedawno z wojska. Według słów chorego, nigdy szankra nie miał. Przed miesiącem zauważył na podniebieniu twardem, „krostę“, z której powstało owrzodzenie i przedziurawienie, komunikujące z nosem. Otwór ten jest wielkości ziarnka pieprzu. Na tylnej ścianie gardzieli widać owrzodzenie wielkości grosza miedzianego, o wyniosłych brzegach, dość głębokie, pokryte szaro-białym nalotem. Nos wielkich rozmiarów wskutek nacieczenia i czerwoności całej skóry. Przegroda nosa ogromnie zgrubiała, nacieczona na całej przestrzeni aż do tyłu. W nosie dużo strupów z poprzysychanej wydzieliny ropnej. W dnie nosa na znacznej przestrzeni obnażenie kości i przedziurawienie. Skierowałem go na leczenie do szpitala Św. Łazarza.

3. Z., lat 54, lekarz, skierowany do mnie przez kol. MIKULSKIEGO w dniu 4. VII. 1889 r., skarży się na zatkanie lewego nozdrza, trwające od 9 miesięcy. Cierpienie to coraz bardziej się wzmagało, od miesiąca przyłączyły się bóle przy łykaniu. Leczył się miejscowo pędzlowaniem 10% roztworem kokainy. W nozdrzu prawem widać nieznaczny przerost muszeli, w lewym zaś tak znaczne nacieczenie, że oddzielnych części rozróżnić niepodobna. Zatkanie zupełne. Skóra nosa niezmieniona, ucisk grzbietu nosa bolesny, na granicy części kostnej z chrzęstną. Języczek mocno nacieczony,

w trójnasób zgrubiały, ciemno-czerwony, prawie nieruchomy; przy przejściu języczka w podniebienie miękkie po stronie lewej owrzodzenie dosyć głębokie. Co do pierwotnych objawów zakażenia, chory nigdy ich nie zauważył, nigdy dotąd leczenia swoistego nie przeprowadzał.

Zalecano jodek potasu i wcierania szaruchy, płukanie oraz maść rezorcynową do nosa.

Chorego tego widziałem po raz wtóry 29. III. 1890 r.. Czuje się on dobrze. Wziął 30 wcierań trzygramowych i wyżył 90,0 jodku potasu. W gardzieli nieznaczna blizna na podniebieniu miękkim po stronie lewej. W nosie bardzo duże przedziurawienie kostnej jego przegrody. Kanały obszerne. Postać zewnętrzna nosa nie zmieniona.

4. Pan S., lat 34, skierowany do mnie przez kol. DOBRSKIEGO 2. III. 1890, zaznaczył, że pierwotne objawy zakażenia zauważył przed 7 laty. W kilka miesięcy potem, podczas leczenia wstrzykiwaniami podskórnymi przez prof. LEWIN'a w Berlinie, wystąpiło porażenie kończyn dolnych, które przez rok prawie zmusiło go do pozostawania w łóżku. Obecnie chodzi bardzo źle, opierając się mocno na lasce i chwytając się drugą ręką mebli i ścian. Od 5-ciu miesięcy chory dotknięty jest ciągłym katarą i zatkaniem nosa; w ostatnich dniach wydzielił mu się kawałek kości, w postaci cienkiej blaszki, długości 5 mm., szerokości 3 mm.. Błona śluzowa z obu stron nosa czerwona, nacieczona; kanałów nie widać, zgłębnik wskazuje obnażenie kości na znacznej przestrzeni na tylnej części przegrody nosowej. Zalecono wcierania i jod, przestrzykiwania nosa i t. d..

Przypadek ten należy do najuporczywszych, jakie widziałem, gdyż w ciągu lat kilku były ciągle nawroty tegoż cierpienia w nosie, tak, że uległy zgorzeli obie muszle średnie, dolna lewa i cały lemiesz, pomimo bardzo systematycznego leczenia w Warszawie, Busku, Berlinie i Akwizgranie. Od 1½ roku sprawa chorobowa przycichła. Pozostało lekkie zapadnięcie nasady nosa.

5. Pan Wal., lat 30, skierowany został do mnie 31. III. 1890 r. przez D-ra SZYMAŃSKIEGO. Pierwotne objawy nastąpiły przed 3-ma laty, zmiany miejscowe w nosie datują się od 5 tygodni. Nos cały znacznie powiększony, na dotyk bolesny; skóra czerwona, lśniąca. W nozdrzu lewym na dnie nosa owrzodzenie podłużne, długości około 6 mm., przechodzące na przegrodę i na brzeg skórny. Owrzodzenie to otoczone jest z obu stron wałami nacieczonych tkanek. W prawym nozdrzu przegroda nosa nacieczona, czerwona, na granicy chrzęstnej i kostnej przegrody małe owrzodzenie, w którym zgłębnik wyczuwa obnażoną i szorstką kość. Błona śluzowa muszli nosa dosyć blada, gardziel i krtań bez zmian. Zaleciłem jodek potasu, *ungt. hydrargyri praecipitati rubri* i przemywania nosa. Wzmiankowanego chorego widziałem po raz drugi 3. IV. 1890 r. w stanie znacznie lepszym. Był to jednak człowiek lekkomyślny i pomimo moich perswazyj zaniechał leczenia. Zgłosił się dopiero w rok później [17. III. 1891 r.] ze skargą na ból gardła i nosa. Badanie wykazało wtedy owrzodzenie rozle-

głę *ad introitum orificii nasalis sinistri*, przeważnie na części skórnej. Przedziurawienie przegrody nosa. *Tremor linguae*. Znaczne nacieczenie nagłośni.

Tym razem energiczne leczenie miejscowe i ogólne w ciągu 6 tygodni doprowadziło do zupełnego zabliznienia owrzodzeń. Zewnętrzna forma nosa nie uległa zmianie.

6. Mały Kr., 5 miesięcy mający, choruje od samego urodzenia na ustawiczną sapkę, nie ustępującą przy żadnym z dotąd stosowanych sposobów leczenia. Sapka ta powiększyła się w ostatnich dniach do tego stopnia, że przeszkadza ssaniu. Wezwany przez lekarza domowego d. 9. IX. 1880 r., znalazłem u dziecka głowę dużą, ciemiona prawie już zarosnięte, żyły na czaszce mocno krwią napełnione, dziecko śpi z ustami otwartymi. O ile można było zbadać nos, widać zupełne zatkanie kanałów dolnymi muszlami. Stopy dziecka lśniące, charakterystycznie miedziano-czerwone. Około kostek i na szyi niezbyt liczne pryszczki. Rozpoznanie sapki syfilitycznej nie ulegało dla mnie żadnej wątpliwości. Z wywiadów: matka chorego 2 razy poroniła w 7 miesiącu ciąży. Ojciec przeczy, aby przechodził kiedykolwiek syfilis, przed 6 laty miał tylko jakieś obrażenia na członku, które skłoniły go do zasiągnięcia porady u jednego z syfilidologów. Zaleciłem kąpiele sublimatowe [po Əj na każdą kąpiel]. W ciągu kilku tygodni sapka ustąpiła zupełnie i ogólny stan dziecka [dotąd wyniszczonego ciągłymi rozwolnieniami] uległ znakomitej poprawie.

7. Pani W., lat 32, zgłosiła się 16. X. 1890 r., skarżąc się na katar nosa z obfitą ropną wydzieliną. Od 2 miesięcy nos był obolały i spuchnięty. Jednocześnie wystąpił znaczny ból gardła, który jednak w ostatnich 2 tygodniach zmniejszył się nieco.

Przy badaniu znalazłem: grzbiet nosa czerwony, bardzo obrzmiały, zwłaszcza w okolicy kości nosowej lewej. Przegroda nosa również nacieczona, jakoteż i cała wewnętrzna część prawego skrzydła nosa, tak, że niezbyt daleko można zajrzeć wziernikiem nosowym; widać tylko głębokie, brózdowate owrzodzenie, z szarym nalotem, idące wzdłuż przegrody nosa po stronie prawej.

W gardzieli i krtani zmian niema. Po uniesieniu języczka ku górze widać na tylnej ścianie jamy noso-gardzielowej wyniosłe owrzodzenie wielkości złotówki srebrnej, pokryte szaro-żółtą wydzieliną.

Pani W. jest bezdzietną. Z pytań ostrożnie skierowanych przychodzi do wniosku, że nie ma ona najmniejszego pojęcia o swoim obecnym cierpieniu; nigdy dawniej żadnych objawów syfilitycznych nie miała.

Zaleciłem wcieranie szaruchy i jodek potasu oraz zastosowałem leczenie miejscowe nosa.

2. XI. Stan znacznie lepszy. Nos mniej obrzmiały i czerwony. Owrzodzenie w nosie płytsze i oczyszczone. Owrzodzenie na gumacie jamy noso-gardzielowej zagojone. *Stomatitis mercurialis*.

W ciągu dwóch miesięcy nastąpiło wyzdrowienie.

8. Pani B., lat 50, zgłosiła się 4. II. 1891 r. ze skargą na obrzmienie nosa. Znalazłem prawą kość nosową znacznie zgrubiałą, po nad otaczającą powierzchnię wypukłą, na ucisk bolesną (*periostitis luetica ossis nasalis dextri*). Skóra nosa jednak blada. W nozdrzu prawem u góry znaczne zgrubienie i czerwoność tkanek. Lewe nozdrze bez zmian.

Na ramieniu prawem, tuż nad stawem łokciowym, na zewnętrznej powierzchni, skóra zaczerwieniona, zgrubiała, szorstka na przestrzeni wielkości dłoni; na niej widać kilka wyniosłości owrzodzonych i pokrytych ciemno-szarymi, ściśle przylegającymi strupami (*syphilitis tuberculosa cutis*).

Po kilku pytaniach zadanych ostrożnie co do dawniej przebywanych chorób, zdołałem się tylko dowiedzieć, że przed rokiem zagoiło jej się bardzo rozległe owrzodzenie, głęboko drążące na lewym udzie tuż po nad stawem kolanowym. Owrzodzenie to trwało w ciągu wielu miesięcy. Po owrzodzeniu tem pozostała bardzo duża, gwiaździsta, zagłębiona blizna. Po 30 wcierniach i 6 tygodniach użycia jodu wszelkie objawy syfilityczne znikły. W ciągu kilku następnych lat widywałem panią B. z różnych powodów, nawrotu jednak dawnego cierpienia nie spostrzegałem.

Mąż jej zgłosił się do mnie 16. V. 1892 r. ze skargą na ból gardła, od dłuższego czasu trwający. Znalazłem migdałek lewy w stanie znacznego nacieczenia, a po za nim na tylnej ścianie gardzieli owrzodzenie podługowate, o nierównym dnie, pokrytem szarym nalotem.

Przed 12 laty miał on owrzodzenie na członku, uznane wówczas za *ulcus molle*.

Leczenie swoiste szybko usunęło objawy syfilityczne w gardzieli.

9. Pan K., lat 30, zgłosił się 31. III. 1891 r. i cierpi na bardzo silny katar nosa od pół roku, przy zupełnej niedrożności nozdrza prawego. Oprócz tego chory doznaje od 4 tygodni bólu w uchu lewym i w gardle. Przed 2 laty miał owrzodzenie na członku, które określono jako zwykłe starcie. Leczenia antysyfilitycznego nie przechodził.

Badanie wykazuje: w nozdrzu lewym zwykle obrzmienie błony śluzowej, w prawem ogromne nacieczenie muszeli i górnej części przegrody, mocną czerwoność i niezwykłą twardość tych części. Kanały z tej strony nie istnieją.

W gardzieli na tylnej ścianie głównie po stronie lewej rozlane, dość niegłębokie owrzodzenie, pokryte szaro-białawym nalotem, o ziarnistym dnie; owrzodzenie to przechodzi i na jamę noso-gardzielową, zajmując całą jej tylną ścianę; ku dołowi zaś schodzi aż po nad tylną ścianę krtani, gdzie jest znacznie głębszem, niż u góry.

Energiczne leczenie swoiste, połączone z miejscowem, sprowadziło dość szybko zabliznienie. W nozdrzu prawem część muszli średniej znekrotyzowanej usunęłem kleszczykami.

10. Pan Po., lat 35, zgłosił się 6. VI. 1891. Przed 9 miesiącami dostał bardzo silnego kataru, który trwał całą zimę. Przed 2 miesiącami wystąpił pryszczyk przy wejściu do nozdrza prawego, poczem powstało owrzodzenie

wielkości srebrnej złotówki, zajmujące w chwili badania skórę pomiędzy wąsem, którego górna część zniszczona, a nozdrzem prawem i przechodzące na wewnętrzną powierzchnię skrzydła nosa. Przegroda skórna nieco obrzmiała i zaczerwieniona. Wewnątrz nosa zmian nie widać. Łuk tylny lewy w gardzieli nieco nacieczony, na łuku prawym wyraźna, lśniąca blizna. Na plecach pomiędzy łopatkami na przestrzeni przekroju małego jabłka *rupia syphilitica*.

Na naradzie, odbytej 10. VI. 1891 r. z kol. WATRASZEWSKIM i ŻERĄ, zaleciliśmy choremu wcierania rtęciowe, jodek potasu, *empl. mercuriale* na plecy. Zabliźnienie nastąpiło szybko, pozostało jednak pewne oszpecenie z powodu białej blizny nad wąsem, a raczej zamiast górnej części zniszczonego wąsa.

11. Mały Kas., lat 2, cierpi na ciągły katar nosa od urodzenia. Od 3 tygodni katar ten powiększył się i wystąpił obfity wypływ śluzo-ropny z nozdrza prawego.

Dnia 30. X. 1891 r. znalazłem znaczne obrzmienie i zaczerwienienie otworu zewnętrznego nozdrza prawego na przegrodzie nosa. Z powodu obrzmienia i znacznej ilości ropnej wydzieliny wnętrza nosa wziernikiem obejrzeć nie można. Zgłębnik wykazuje chropowatość, *resp.* obnażenie muszli dolnej. Dziecko dobrze odżywiane, tłuste. Na skórze znajdują tylko charakterystyczny połysk i miedziano-czerwono zabarwienie pięt. Ojciec dziecka przechodził syfilis przed 10 laty, a w sierpniu 1894 roku, mając lat 39, uległ napadowi apoplektycznemu z lewostronnym porażeniem kończyn. Objawy te ustąpiły dosyć szybko po wcieraniach rtęciowych i użyciu jodku potasu. Dziecku zaleciłem kąpiele sublimatowe 1,0 sublimatu na wannę, szprycowanie nosa i maść rezorcynową. W tydzień później zauważyć mogłem już znaczną poprawę: ropienie ustąpiło, woda przy szprycowaniu przechodzi już łatwo przez drugie nozdrze.

Po dwóch miesiącach wydzieliła się mała listewka zmartwiałej kości. Dziecko do obecnej chwili zupełnie zdrowe.

12. Pan We., lat 23, zgłosił się 5. IX. 1892 r. Od roku dolega mu katar nosa tak silny, że oddechać zupełnie nie może, mowa nośowa. Błady, wynędzniały, na nogach utrzymać się nie może.

Nos cały w rozmiarach powiększony; oba nozdrza zupełnie zatłkane obrzmiałą, miękką błoną śluzową. Po znieczuleniu kokainą kanały nieco szersze. Po lewej stronie zagłębienie na przegrodzie z owrzodzeniem podłużnym. Błona śluzowa gardzieli, krtani, łącznie oka, jako też i skóra bardzo blada.

Przy rynoskopii tylnej widać tylne odcinki muszeli nacieczone. Dolna część podniebienia miękkiego i języczek czerwony, nacieczony, mało ruchomy. Barwa ta jaskrawo odbija od pozostałej reszty bardzo bladej błony śluzowej. *Ungt. cinereum. Kalium jodatum.*

27. IX. Stan lepszy.

12. X. Wyjąłem z głębi przegrody nosa po stronie prawej mały sekwestr kostny.

7. XI. Stan zupełnie dobry. Głos zwykły powrócił.

13. Pani E. Sch., lat 33 mająca, zgłosiła się 30. XI. 1892 r. Przy badaniu okazał się nos znacznie powiększony, obrzmiały, przegroda i błona śluzowa obu skrzydeł nosa nacieczona, szpary oddechowe zatkane. Po znieczuleniu kokainą zgłębnik wykrywa obnażenie i szorstkość muszli dolnej prawej.

Jama noso-gardzielowa, gardziel i krtań bez zmian. Gruczoły chłonne gdzieś powiększone. Blizny gwiaździste na stawie napiętkowym lewym; innych zmian nigdzie nie wykryłem. Z wywiadów otrzymać nie mogłem żadnych danych co do pierwotnego zakażenia.

Zalecono jodek potasu i wcierania szaruchy. Leczenie miejscowe polegało na oczyszczeniu nosa za pomocą przestrzykiwań codziennych i na zasy-pywaniu dermatolem.

12. XII. Chora wyjeżdża z zaleceniem dalszej kuracji w domu. Kanaly nosa drożne zupełnie; chrzęstna część przegrody zachowana, kostna z obu stron obnażona i na dotyk zgłębnikiem szorstka. Tylne części przegrody bez zmian. Muszla dolna prawa na małej przestrzeni obnażona. W kilka miesięcy później miałem wiadomość od kolegi, który prowadził rozpoczętą kurację, że chora ma się zupełnie dobrze i że wypadło z nosa kilka kawałeczków zmart-wiałych kości. Forma nosa nie uległa zmianie.

14. W dniu 5. IV. 1893 r. przyprowadzono mi dziewięcioletniego Edw. D., który dotknięty jest cierpieniem nosa i oka od kilku miesięcy. Choroba zaczęła się ropieniem w kącie wewnętrznym oka prawego i katarą nosa z ropną wydzieliną tylko ze strony prawej.

Badanie okazało owrzodzenie wielkości srebrnej dziesiątki w kącie wewnętrznym oka prawego, na około wylotu kanału łzowego; owrzodzenie to, o sadłowato-szarem dnie, pokryte jest żółtawą wydzieliną; na około owrzodzenia rozległe, twarde, czerwone nacieczenie zajmuje większą część prawej powierzchni skóry nosa i przechodzi na policzek.

Nozdrze lewe prawie bez zmian; prawe zupełnie zatkane nacieczoną muszlą dolną. Naciec ten po kokainie nie ustępuje. Po usunięciu obfitej ropnej wydzieliny widać, że muszla pokryta jest grubą, szarą, jakby przezroczystą, błoną, a zgłębnik wykazuje *caries* muszli dolnej i dna nosa na znacznej przestrzeni.

Migdałki podniebienne nieco powiększone. Gruczoły chłonne pomiędzy kością gnykową a kątem przednim szczęki dolnej twarde, powiększone, tworzą dość duży guz. Dużo twardych, oddzielnie wyczuwalnych gruczołów na szyi. Skóra bez zmian. Dokładnych danych anamnestycznych zebrać się nie udało, dowiedziałem się tylko, że chłopiec do obecnej choroby zawsze był zdrow. Odżywianie dziecka i stan ogólny nie pozostawiają nic do życzenia. Zaleci-łem kąpiele sublimatowe [1,0 na kąpiel] i jodek potasu do wewnątrz oraz miejscowe leczenie nosa.

17. IV. Drożność nosa znacznie większa. Owrzodzenie pod okiem mniej-sze, oczyszcza się; nacieczenie mniej twarde i rozległe, skóra na niem różowa.

21. IV. Drożność nosa zupełna. Obnażenie muszli dolnej prawej wido-czne na dużej przestrzeni. Owrzodzenie pod okiem zaciągnięte. Od dnia

20. IV. obrzęk dolnej prawej powieki. Wstrzymano leczenie ogólne na dni kilka.

24. IV. Obrzek powieki ustąpił leczenie ogólne wznowiono.

1. V. Wyzdrowienie. Pozostał tylko sekwestr muszli. *Cont. kali jod.*

17. IV. Przyniesiono mi duży sekwestr, stanowiący całą muszlę dolną prawą. Od tego czasu widziałem chorego kilka razy i znalazłem go w zupełnie pożądanym stanie zdrowia.

W rok później widziałem jego ojca, który mi powiedział, że na kilka lat przed ożenieniem się przebywał syfilis.

15. Pan Ku., lat 40, zgłosił się do mnie 9. VII. 1893 r..

W nosie po stronie lewej na kostnej przegrodzie u góry widać wyniosłość kulistą, wielkości pół małego orzecha, czerwoną, z zagłębionem owrzodzeniem.

W gardzieli po za łukiem tylnym lewym wałek czerwony, owrzodzony. Na tylnej ścianie gardzieli po stronie prawej u góry owrzodzenie wielkości dziesiątki srebrnej, zagłębione, pokryte szarym nalotem. Na około niego czerwonosć i nacieczenie tkanek. Owrzodzenie to wygląda tylko dolnym odcinkiem z pod *velum palatinum*. Chory w roku 1888 przechodził szankra, poczem nie było żadnych objawów wtórnych, leczenie swoiste nie było przeprowadzone.

Leczenie ogólne. Owrzodzenie w nosie przypaliłem kwasem chromnym. Szybka poprawa.

Widziałem chorego 12. III. 1894 i 6. X. 94 r. w stanie zupełnie dobrym.

16. Pan Kon., lat 30, zgłosił się 11. VII. 1893 r.. Chory zapada na różne cierpienia, głównie zaś na kaszel, skutkiem czego wyżył dużo kreozytu.

Od kilku miesięcy dokucza mu ból nosa, katar z bardzo obfitą wydzieliną ropną, mowa wybitnie nosowa.

Owrzodzenie o charakterze niezdecydowanym na członku przed 6-ciu laty; leczenia swoistego ogólnego nie stosowano. Badanie wykazuje: na przegrodzie po stronie lewej ku górze guzik, rozpadający się i przylegający do owrzodzenia na muszli dolnej, znacznie nacieczonej. Na przegrodzie po stronie prawej rozległe owrzodzenie brózdowate, idące w kierunku podłużnym, na dnie którego wyczuwa się szorstką, obnażoną kość lemieszową.

W jamie noso-gardzielowej na tylnej powierzchni przegrody powierzchowne owrzodzenie. W nosie i jamie noso-gardzielowej znaczna ilość ropnej wydzieliny. W płucach zgęszczenie szczytu lewego i wiele wilgotnych rzeżeń.

Skóra blada bez właściwych zmian. Gruczoły tu i owdzie nieznacznie powiększone. Odżywianie liche. Owrzodzenie w nosie przypalałem kwasem chromnym. Leczenie ogólne prowadził kol. KURELLA. Z powodu mego wyjazdu widziałem chorego dopiero 9. IV. 1893 wraz z kol. KURELLĄ. W nosie wszystkie owrzodzenia pogojone; pozostało niewielkie przedziurawienie lemiesza. Stan ogólny dobry.

[C. d. n.].

II. O SPOSOBACH ILOŚCIOWEGO OKREŚLANIA KWASU MOCZOWEGO

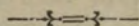
ORAZ

PRZYCZYNEK DO TEORII POWSTAWANIA KWASU MOCZOWEGO.

Podał

Teodor Drabezyk,

asystent oddziału.



Pomimo wielu prób, starań, ogromnego nakładu pracy i twórczych ze strony lekarzy i chemików pomysłów, kwestya ilościowego określenia kwasu moczowego jest do dziś otwarta, ponieważ nie tylko nie posiadamy ścisłego klinicznego sposobu, ale i sposoby, wymagające dłuższego czasu i pewnej wprawy w badanie chemiczne, nie dają ścisłych i pewnych wyników. Nie mówiąc już o ilościowym określeniu kwasu moczowego we krwi, mózgu, skórze, ścięgnach, mięśniach, organach miękkich i t. p., przy czem spotykamy bardzo poważne trudności, ale i dla ilościowego określenia kwasu moczowego w moczu nie mamy metody bez zarzutu. Tymczasem ilościowe określenie kwasu moczowego w moczu w pewnych przypadkach patologicznych odgrywa dosyć ważną rolę, a poniekąd nawet dyagnostyczną. W tym ostatnim razie, jak to wykazują najnowsze ścisłe badania, ilościowe określenie kwasu moczowego winno iść w parze z ilościowym określeniem zasad ksantynowych (*Xanthinbasen*) i dopiero stosunek pomiędzy azotem ciał alloksurowych (*Alloxurkörper*), t. j. N—zasad ksantynowych + N—kwasu moczowego i ogólną ilością azotu [Og.N] daje nam prawo do wyprowadzenia względnie pewnych dyagnostycznych wniosków. Wogóle zauważyć muszę, że ilościowe określanie li tylko kwasu moczowego nie ma tego znaczenia, jakie mu do dzisiaj nadawano, a nabiera takowego dopiero przy wyprowadzeniu stosunku azotu kwasu moczowego do ogólnej ilości azotu [N—kwasu moczowego : Og.N]. Już SCHEELLE, który wykrył kwas moczowy, podaje, że stosunek kwasu moczowego do mocznika ma się jak 1:45. Według HORBACZEWSKIEGO, stosunek kwasu moczowego do mocznika waha się w dosyć szerokich granicach: 1:40 do 1:60; STAN. BONDZYŃSKI¹⁾ zaś, podając stosunek N—kwasu moczowego do ogólnego N z moczu leukemika, jako 1:63—1:88, sądzi, że takie szerokie granice wahań nie mogą być żadną wskazówką normy, a że, wyprowadzony przez niego stosunek N kwasu moczowego + N zasad ksantynowych do N ogólnego jest znacznie stałszym, bo wynosi 1:40,8—1:48,3, więc jako taki posiada bezwarunkowo większe nie tylko naukowe, ale i kliniczne znaczenie.

¹⁾ Archiv. f. experim. Path. u. Pharmacol. Ueber Xanthinkörper im Harn des Leukämikers.

Na to samo zwraca uwagę KOLISCH ¹⁾, KRUEGER ²⁾, którzy w myśl BONDZYŃSKIEGO zastrzegają, że wyprowadzanie stosunku pomiędzy N zasad ksantynowych i N₂ kwasu moczowego ma również doniosłe znaczenie. Do tego samego wniosku przychodzi i BRANDENBURG ³⁾. Zanim jednak przystąpię do metod ilościowego określenia kwasu moczowego, uważam za stosowne podać Sz. czytelnikom najnowsze zapatrywania na powstawanie kwasu moczowego i zasad ksantynowych, ich wzajemny stosunek i znaczenie fizyologiczne. Z jakich produktów bezpośrednio powstaje kwas moczowy w ustroju, kategorycznie orzec trudno. W ciągu dziesiątków lat budowano różne teorie, ale nie poparto ich odpowiednimi dowodami. Ogólnie z prac tych wyciągnięto wniosek, że kwas moczowy, podobnie jak i mocznik, może powstawać w organizmie z różnych źródeł. Przez długi czas sądzono, że powstaje ze soli amoniakalnych, z amido-kwasów, z białka pokarmów, jako produkt jego utleniania, którego przedostatnim produktem jest kwas moczowy, a ostatecznym—mocznik. Dziś większość badaczy uważa już za rzecz dowiedzioną, że niedostateczny dowód tlenu do ustroju i znaczny upadek spraw utleniania bynajmniej nie przyczyniają się do zwiększania kwasu moczowego; również jest wiadomem, że pokarm odgrywa podrzędną rolę w wytwarzaniu i wydzielaniu się kwasu moczowego. Następnie na zasadzie doświadczeń MACH'Ń ⁴⁾ i MINKOWSKIEGO, którzy, karmiąc ptaki hypoksantyną, otrzymywali wzmożone wydzielanie kwasu moczowego, sądzono, że hypoksantyna jest związkami przejściowym w szeregu produktów rozpadu, dzięki któremu ciała białkowe przechodzą w kwas moczowy. Może i to ma miejsce u ptaków, nie może być jednak przeniesione na ssące, jak dowiedli tego jeszcze przed MACH'ŃEM prof. M. NENCKI i N. SIEBER ⁵⁾, podając psom ksantynę, a KERNER i STADTHAGEN ⁶⁾—guaninę. Dopiero MAREŠ ⁷⁾ rzucił nową myśl na istotę powstawania kwasu moczowego. Utrzymuje on, że kwas moczowy tworzy się z tkanek samego organizmu, doszedłszy do tej myśli drogą teoretycznego rozumowania. Przekonał się bowiem, co i ja sprawdziłem na sobie samym, że ilość kwasu moczowego wzrasta bezpośrednio po jedzeniu, a zaczynając od 13-ej godz. [u mnie 15-ej] pozostaje stałą; ilość zaś mocznika wzrasta później, osiąga swego *maximum* po 9-ciu godz. i wtedy dopiero spada. To zwiększone wytwarzanie się kwasu moczowego zaraz po jedzeniu zależy według MAREŠ'a nie od białka pokarmów, które dopiero co zaczęły ulegać trawieniu, lecz od wzmożonej działalności komórek ustroju dzięki procesowi trawienia. Ta nowa myśl wkrótce znalazła zwolenników; od tego czasu datują się i mnożą nowe prace doświadczalne i spostrzeżenia kliniczne, które istotę powstawania kwasu moczowego czynią prawdopodobną.

1) Ueber Wesen und Behandlung der uratischen Diathese.

2) Ztschr. f. phys. Chem. Bd. XX. Deutsche med. Wochenschr. 33. 1894.

3) Berl. klin. Wochenschr. 7. 1896.

4) Archiv. f. exper. Patol. u. Pharmakol. Bd. XXIV.

5) PFLÜGER'S Arch. Bd. XXXI. 1883

6) VIRCH. Archiv Bd. CIX.

7) Archiv slaves de biologie. 1888. III. 207.

W ścisłym związku z nowemi badaniami w sprawie powstawania kwasu moczowego stoją tak zwane zasady ksantynowe. Już dawniej na zasadzie li tylko ich chemicznego powinowactwa z kwasem moczowym cheiano widzieć w nich źródło dla tego ostatniego. Nie zdawano sobie jednak sprawy z tego, że ciała ksantynowe i kwas moczowy są jednego pochodzenia i posiadają jedno źródło w ustroju. Obecnie fakt ten nie ulega wątpliwości i na tej też zasadzie stworzono nowy termin „ciała alloksurowe“, pod którym należy rozumieć kwas moczowy + zasady ksantynowe. W roku 1879 SALOMON ¹⁾ uważał ciała ksantynowe jako pochodne od białka pokarmów. Wkrótce jednak KOSSEL ²⁾, wydzieliwszy hypoksantynę, ksantynę, guaninę i adeninę, zbił ten pogląd i dowiódł, że są one produktem rozpadu jąder komórek, mianowicie powstają z nukleiny jąder. Prace KOSSEL'a stwierdzili BONDZYŃSKI, STADTHAGEN, EBSTEIN, KOLISCH i wszyscy, uznając słuszność poglądów KOSSEL'a, zgadzają się na blizki związek, zachodzący pomiędzy zasadami ksantynowemi i kwasem moczowym.

Największą jednak zasługę w omawianej sprawie położył profesor HORBACZEWSKI ³⁾, który przeprowadził w tym kierunku najbardziej ścisłe badania. Dowiódł on mianowicie na drodze czysto doświadczałnej, że kwas moczowy, *resp.* ciała alloksurowe, można wydzielić z mięszu śledziony, mianowicie z nukleiny jąder leukocytów. Przy powstawaniu zasad ksantynowych, ich główną rolę odgrywa proces odszczepiania, a kwasu moczowego—proces utleniania. Zestawiając wyniki doświadczeń z materiałem klinicznym, HORBACZEWSKI doszedł do tych samych wniosków. BONDZYŃSKI, KOLISCH, STEJSKAŁ i inni również stwierdzają powstawanie ciał alloksurowych w ludzkim ustroju na tej samej drodze odszczepiania i utleniania.

Wiadomo, że nukleina wchodzi w skład różnych tkanek ustroju, stąd więc wniosek, że różne części naszego ustroju powinny dostarczać materiału dla ciał alloksurowych. Tak też w rzeczywistości się dzieje. SADOWENI i FORMANEK, badając szereg narządów, otrzymali kwas moczowy, *resp.* ciała alloksurowe ze wszystkich prawie tkanek ustroju. Zestawiając ostatecznie wyniki tych doświadczeń z materiałem klinicznym, doszli do następujących jednoznacznych wniosków: 1) ciała alloksurowe powstają w ustroju wskutek rozpadania się białka organicznego, przeważnie nukleiny jąder; 2) rozmaite czynniki [pokarmy, choroby, lekarstwa, wysiłki fizyczne i t. p.], które sprowadzają szybsze, *resp.* wolniejsze rozkładanie się elementów komórkowych, przeważnie leukocytów, powodują zwiększanie, *resp.* zmniejszanie ilości wydzielanych ciał alloksurowych.

Z inicjatywy D-ra SOKOŁOWSKIEGO zająłem się sprawdzeniem pracy prof. HORBACZEWSKIEGO: „Przyczynek do powstawania kwasu moczowego i zasad ksantynowych“. Zanim jednak przystąpiłem do tej pracy, uważałem za konieczne przeprowadzić badania porównawcze nad rozmaitymi sposobami ilościowego

¹⁾ Ztschr. f. phys. Chem. Bd. II.

²⁾ Ztschr. f. phys. Chem. Bd. III, V, VII, X.

³⁾ Příspěvky ku poznání původu kyseliny močové a zasad xanthinových, jakož i ku vzniku leukocytos u ssavců. Zvláštní otisk z „Časopisu lékařů českých“. Roč. 1891.

określenia kwasu moczowego, ponieważ od wybranej metody zależała wartość wyników. W tym celu przeprowadziłem badania z czystym kwasem moczowym, z moczem osobnika zdrowego i z moczem chorych. Najlepsze wyniki dawał mi sposób LUDWIG-SALKOWSKIEGO ¹⁾ [patrz tablicę]. W następnych więc rozbiorach moczu, które miały na celu jedynie kliniczne sprawdzenie teorii HORBACZEWSKIEGO, posługiwałem się wyłącznie sposobem LUDWIG-SALKOWSKIEGO. Chcąc tym sposobem ilościowo określić kwas moczowy, należy mieć następujące odczynniki.

I. Amoniakalny roztwór srebra: 26,0 grm. azotanu srebra $[Ag.NO_3]$ rozpuszcza się w przekroplonej wodzie i dodaje amoniaku $[NH_3]$ dopóty, dopóki nie zniknie tworzący się brunatny osad; dopełnia się wtedy wszystko do litra wodą przekroploną i trzyma się w ciemnej z przytartym korkiem butelce.

II. Mieszaninę magnezyową: 100,0 grm. krystalicznego chlorku magnezu rozpuszcza się w przekroplonej wodzie, do tego dodaje się znaczną ilość nasyconego na zimno roztworu chlorku amonu, a następnie NH_3 i dopełnia do litra; lub też: po rozpuszczeniu 100,0 grm. chlorku magnezu dodaje się w nadmiarze mocnego NH_3 , a następnie chlorku amonu tyle, żeby się rozpuścił powstający osad i dopełnia do litra. Mieszanina powinna być względnie przezroczysta.

III. Roztwór siarku potasu lub sodu: 15,0 grm. *kali caustici in bacil.* lub 10,0 grm. *natr. caust. in bacil.* dopełnia się do litra wodą; po zupełnym rozpuszczeniu się pół litra tego roztworu nasycaamy siarkowodorem i dolewamy do drugiego pół litra. Do rozbioru bierze się 100 lub 200 ctm. sześć. moczu, a odczynników po 10 lub 20 ctm. sześć, t. j. na każde 100 ctm. sześć. moczu, używa się 10 ctm. sześć. odczynnika. Odmierzamy w zlewkę 100 ctm. sześć. moczu, w cylindrze z podziałkami mieszam I i II odczynnik po 10 ctm. sześć. każde, do tego dodaje się NH_3 tyle, ile potrzeba do zupełnego rozpuszczenia powstającego osadu [mocno klócić]. Przygotowaną w ten sposób kombinację odczynników wlewa się do cylindra, w którym odmierzaliśmy mocz, a stąd do zlewki z moczem; skłóciwszy starannie i ostrożnie, po upływie $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godz. odsącza się osad [odsączanie odbywa się za pomocą pompy ssącej], który należy starannie zmyć ze ścianek zlewki, następnie przemywa się go przekroploną wodą. Otrzymany osad najlepiej razem z filtrem [lub starannie zmyty] włożyć do tej samej zlewki, w której był otrzymany; na ten osad z filtrem działamy trzecim odczynnikiem; w tym celu należy 10 ctm. sześć. III-go odczynnika rozcieńczyć taką ilością przekroplonej wody, zagrzać do wrzenia i wlać do osadu, do którego oprócz tego dodaje się jeszcze 30—40 ctm. sześć. wrzącej wody, którą uprzednio należy spłukać zlewkę z III odczynnikiem, wreszcie wszystko zagotowuje się do wrzenia. Po ostygnięciu przesączamy i osad na filtry przemywamy 2—3 razy gorącą wodą. Przesącz, słabo zakwaszony kwasem solnym, wyparowuje się do 10—15 ctm. sześć.; po upływie 3—4 godzin z pozostałego po wyparowaniu płynu wydziela się osad kwasu moczowego, którego ilość określa się wagowo na filtry LUDWIG'a. Ja wykonywałem ważenie na zwykłym bez-

¹⁾ Zeitschr. f. anal. Chem. 21. 637. Wiener med. Jahrbücher. 597. 1884.

popiołowym filtrze: przesącza się osad kwasu moczowego przez uprzednio wysuszony przy 110°C. do stałej wagi filtr i odważony, przemywa wodą do zniknięcia kwaśnego odczynu i suszy przy 100°C.; po wysuszeniu przemywa się siarkiem węgla [C₂S] trzy razy po 2—3 ctm. sześć., eterem dwa razy, suszy do stałej wagi przy 110° C. i waży. Różnica da ilość kwasu moczowego.

Sposób ten przewyższa wszystkie do tej pory znane swoją dokładnością; w świecie naukowym jest uważany za jedyny ścisły sposób; przy wszystkich badaniach, przedsięwziętych w celach naukowych, opierają się na wynikach, otrzymywanych sposobem LUDWIG-SALKOWSKIEGO; sposób ten, jako kliniczny, przy pewnej wprawie wcale nie jest tak mozolnym, jak się wydaje. Dodać muszę, że pod względem dokładności wyników może być stosowanym przy ilościowym określaniu kwasu moczowego tak w moczu, jak we krwi, śledzenie i t. p.. Zresztą tablica najlepiej tego dowodzi.

Sposób SALKOWSKIEGO¹⁾ opartym jest na tej samej zasadzie, co i powyższy. Przed rozpoczęciem ilościowego określenia kwasu moczowego trzeba mieć przygotowaną mieszaninę magnezyową:

1 część krystalicznego siarczanu lub chlorku magnezu,

2 części chlorku amonu,

4 „ amoniaku,

8 „ wody przekroplonej. Wtedy postępowanie jest następujące: do

200 ctm. sześć. moczu, nie wyższego ciężaru właściwego nad 1,020, dodaje się 50 ctm. sześć. mieszaniny magnezyowej, dopełnia się wodą do 300 ctm. sześć. i szybko odsącza [pompą ssącą] osad fosforanów. Z przesącza odmierza się 200 ctm. sześć., do których dolewa się 5—10 ctm. sześć. 3% roztworu AgNO₃. Tworzy się kłaczkowaty, galaretowaty osad. Otrzymamy mylny wynik, wzięwszy srebra zamało. Żeby się przekonać, czy użyto dostatecznej ilości srebra, postępujemy tak: po dodaniu srebra i skłóceniu pozwolić osadowi osiąść na dnie zlewki, wtedy z górnej części płynu, zupełnie przezroczystego, bierze się 1—2 ctm. sz. pipetką i przenosi do czystej i suchej próbówki, do tego dolewa się 1—2 krople kwasu azotowego; jeżeli płyn pozostaje przezroczystym, to srebra wzięto zbyt mało; wtedy zubożymy płyn w próbówce amoniakiem, wlewamy do ogólnej ilości i dodajemy srebra; znowu probujemy i to powtarzamy dotąd, aż od HNO₃ otrzymamy słabe zmętnienie. Jakkolwiek nadmiar srebra nie przeszkadza, jednak należy tego unikać, ponieważ cała robota znacznie się przedłuża i cyfry wtedy otrzymujemy mniejsze od 0,5%—1,5%. Otrzymany osad odsącza się [pompą ssącą] i przemywa wodą, aż do chwili, kiedy przesącz, zakwaszony jedną kroplą HNO₃, po dodaniu AgNO₃ zostaje prawie bez zmiany, t. j. może zmętnieć w bardzo nieznacznym stopniu. Wtedy zmywa się osad do kolbki ERLENMAYER'a, przedziurawiony filtr, słabo zakwasza HCl i poddaje działaniu siarkowodoru. Po dokładnem osadzeniu srebra płyn zagotowuje się i na gorąco przesącza. Przesącz powinien być zupełnie przezroczysty, w przeciwnym razie przesączenie powtarza się kilkakrotnie, a zawsze na gorąco. Otrzymawszy przezroczysty przesącz, przemywamy osad na filtrze jeszcze 2—3 razy go-

¹⁾ Practicum physiol. et pathol. Chem. 1893.

racą wodą, wreszcie odparowujemy go do 10—15 ctm. sześć.. Do otrzymanego tą drogą płynu dodaje się 6—8 kropeł stężonego HCl i pozostawia na 24 godziny. Po upływie tego czasu tworzy się krystaliczny osad kwasu moczowego, który odsączamy przez filtr wysuszony przy 110° C. do stałej wagi i odważony, przemywamy wodą tak długo, dopóki przesącz zakwaszony HNO₃ przestanie dawać zmętnienie od 2—3 kropeł AgNO₃. [Przesącz i woda, użyta do przemywania winny być odmierzone]. Skoro próba nie wykaże już zmętnienia, przemywa się osad na filtrze wyskokiem, eterem, wreszcie suszy się filtr i waży. Różnica w wadze wykaże ilość kwasu moczowego, do której należy jeszcze dodać ilość rozpuszczonego przez przemywanie kwasu moczowego; tę ostatnią otrzymuje się, biorąc na każde 10 ctm. sześć. wody, użytej do przemywania, po 0,5 mlg. kwasu moczowego; suma pomnożona przez 0,75 wykaże ilość kwasu moczowego w procentach.

Sposób ten należy do względnie ścisłych, ponieważ daje cyfry, zbliżone do cyfr, otrzymanych sposobem LUDWIG-SALKOWSKIEGO. Ustępuje z powodu nietrwałości mieszaniny magnezyowej i zapotrzebowania czasu, oprócz tego wymaga wielkiej staranności i ścisłości. Dawniej używano powszechnie bardzo prostej, ale też i bardzo niedokładnej metody HEINRZE'GO. Polega ona na tem, że dodaje się do moczu nadmiaru kwasu solnego o ciężarze właściwym 1,12; po upływie 36—48 godzin zbiera się powstały osad kwasu moczowego na filtr przedtem wysuszony przy 110° C. do stałej wagi i odważony: osad przemywa się wodą i wyskokiem i następnie razem z filtrem suszy przy 110° C. i waży. Niedokładność tego sposobu polega na tem, że zaledwie tylko pewna część kwasu moczowego zostaje straconą, a część zostaje w roztworze, a że obie są niewiadome, więc określanie tym sposobem nie ma żadnego znaczenia, szczególnie tam, gdzie w moczu znajduje się mała ilość kwasu moczowego. SALKOWSKI utrzymuje, że ten sposób wykazuje nie pewien stały, ale zmienny błąd, ponieważ z jednego moczu osiada większa ilość kwasu moczowego, gdy tymczasem z innego większa ilość zostanie w roztworze. SALKOWSKI, SCHWANERT, MALY, jednoznacznie stwierdzają niedokładność tego sposobu. Moje sprawdzenia wykazywały stratę, przeciętnie wynoszącą 6,5%.

Już lepszym jest sposób FORKER'a ¹⁾, który udoskonalił SALKOWSKI ²⁾. Sposób ten polega na trudnej rozpuszczalności moczanu amonu. Postępowanie jest następujące: do 100 ctm. sześć. moczu dodaje się 5 ctm. sześć. 10—20% roztworu dwuwęglanu sodu. Po upływie 5 godzin odsącza się osad fosforanów i przemywa gorącą wodą. Do przesączu dodaje się 10 ctm. sześć. amoniaku i zostawia na 15 godz.; powstaje moczan amonu z którego określamy ilość kwasu moczowego. Do otrzymanej ilości kwasu moczowego należy jeszcze dodać 14 mlg. w celu pokrycia strat, wskutek rozpuszczalności moczanu amonu i kwasu moczowego. Sposób ten bezwarunkowo nie może być stosowanym, jeżeli mamy moc, zawierający większe ilości amoniaku. [D. n.]

¹⁾ Zeitschr. f. anal. Chem. 14. 206 PFLÜGER's Arch. Bd. X.

²⁾ Zeitschr. f. anal. Chem. 16. 371. VIRCHOW's Arch. 68. 401.

III. O WYDZIELANIU KWASU MOCZOWEGO

W PRZEBIEGU KRUPOWEGO ZAPALENIA PŁUC.

Podali

D-r T. Dunin i D-r St. Nowaczek.

—{=}{—

[Dokończenie — Patrz Nr. 18].

Mając zamiar ze strony klinicznej stwierdzić słuszność teorii HORBACZEWSKIEGO powstawania kwasu moczowego, zwróciliśmy najpierw uwagę na należyty wybór przypadków. Przypadki z nieznacznym tylko stopniem hyperleukocytozy lub doświadczenia ze sztucznie wywołaną hyperleukocytozą nie wydały nam się odpowiednimi do rozstrzygnięcia danego pytania: najpierw bowiem ilość białych ciałek krwi, zawartych w naczyniach obwodowych, nie daje nam niewątpliwych wskazówek co do rzeczywistej ich ilości we krwi całkowitej; podrugie hyperleukocytozie nie koniecznie musi towarzyszyć zwiększony rozpad białych ciałek, a przecieź od stopnia tego rozpadu zależy i ilość wydzielanego kwasu moczowego. Odpowiednimi wydały nam się więc te tylko przypadki, w których zwiększony rozpad białych ciałek krwi nie ulega żadnej wątpliwości, np. ropne zapalenia, przy których nagromadzone komórki ropne niewątpliwie ulegają rozpadowi.

Najwłaściwszem jednak wydało nam się krupowe zapalenie płuc. Tutaj już na wysokości choroby, szczególnie w ostatnich dniach, stosownie do pelzającego charakteru zapalenia, odbywa się wessanie wysięku, a więc i zwiększony rozpad leukocytów. Dopiero jednak po przełomie, wessanie wysięku odbywa się z niesłychaną szybkością: w typowych przypadkach największe wysięki znikają bez śladu w 5 do 7 dni. Rozpad więc leukocytów musi się tu odbywać w ogromnych rozmiarach. Stosownie do tego należy oczekiwać, iż ilość kwasu moczowego zwiększona jest już w ostatnich dniach trwania gorączki; po przełomie zwiększenie winno osiągnąć najwyższego stopnia, po pięciu zaś do siedmiu dniach ilość kwasu moczowego winna wrócić do prawidłowego stanu.

Aczkolwiek we wszystkich podręcznikach Patologii i Terapii szczegółowej znajdujemy zdanie, że ilość wydzielanego kwasu moczowego w przebiegu krupowego zapalenia płuc wzrasta, to jednak nie znaleźliśmy nigdzie dokładnych danych co do tego, ani też cytowanych źródeł, na których się podobne zdanie opiera. Z dawniejszych prac u jednego tylko RANKE'go ¹⁾ znajdujemy opis jednego przypadku, w którym oznaczano kwas moczowy; RANKE znalazł u niego piątego i szóstego dnia choroby 0,468 i 0,480 grm. kwasu moczowego. Dziesiątego dnia choroby, gdy wysięk ulegał wessaniu, znaleziono kwasu moczowego 1,210 grm., wreszcie dwudziestego drugiego dnia od początku choroby, gdy chory zupełnie powrócił do zdrowia, ilość kwasu moczowego wynosiła już tylko 0,209 gr.

¹⁾ RANKE. Beobachtungen u. Versuche ueber die Ausscheidung der Harnsäure. 1858

W powszechnie cytowanej precy BARTELS'a, pomieszczonej w 1866 roku w pierwszym tomie *Deutsches Archiv für klinische Medizin*, nie ma wcale badań, odnoszących się do krupowego zapalenia płuc; w pracy tej BARTELS wspomina tylko mimochodem o zachowaniu się kwasu moczowego w krupowym zapaleniu płuc, powołując się na dawniejszy swój komunikat w Towarzystwie Lekarzy Greifswaldskich.

Z nowszych prac mamy poszukiwania GERDES'a ²⁾, który znalazł w jednym przypadku na wysokości gorączki w przebiegu czterech dni przecięciowo 1,5793 grm., po spadku ciepłoty przez 3 dni przecięciowo po 2,7539, a w 9-ciu następnych dniach 1,1233. Dalej istnieją badania BAFTALOWSKY'ego podobno niezupełnie systematyczne; dalej jedno badanie RICHTER'a ¹⁾ i wreszcie bardzo liczne i systematyczne badania KUEHNAU'a ²⁾. Te ostatnie, jak już mówiliśmy, ukazały się wtedy, kiedy nasze poszukiwania były niemal ukończone.

Badania nasze przeprowadziliśmy na pięciu chorych z typowymi objawami krupowego zapalenia płuc; oznaczanie kwasu moczowego uskuteczniano codziennie, aż do wypisania się chorego za pomocą metody HAYCRAFT'a, polegającej, jak wiadomo, na strącaniu kwasu moczowego za pomocą amoniakalnego roztworu srebra. Metodzie tej SALKOWSKI zrobił zarzut, iż kwas moczowy nie łączy się ze srebrem w stałym stosunku, że więc oznaczenie nie może być ścisłym. Jednak badania WALTER'a, HERMANN'a, a szczególnie BAFTALOWSKY'ego, który specjalnie porównywał z sobą rozmaite metody oznaczania kwasu moczowego, wykazały, iż sposób HAYCRAFT'a daje wyniki, mało różniące się od metody SALKOWSKIEGO. Nasze badania nad roztworami czystego kwasu moczowego także wykazały zupełną jej przydatność do celów klinicznych.

Rachowania białych ciałek zaniechaliśmy; mieliśmy bowiem na względzie, głównie, jak to już wyżej mówiliśmy, wpływ wessania wysięku, *resp.* rozpad leukocytów w wysięku na wahania w wydzielaniu kwasu moczowego.

Przypadki te są następujące :

I. K. M., 17-letni, przybył do szpitala 18. I. 1895. *Pneumonia crouposa sinistra.*

Data.	Ilość moczu.	Cieężar wła- ściwy	Ilość kwasu moczowego.	Ciepłota ciała.	U w a g i.
18. I. 1895.	—	—	—	39,6	—
19	2000	1010	1,1827	39,4	—
20	1200	1012	0,5725	38	Poty.
21	1250	1010	0,5628	37,3	—
22	2300	1005	0,8501	38,4	—
23	1650	1011	0,6033	37,4	—
24	1500	1011	0,6048	37,8	—
25	2000	1008	0,5779	37	Wysięk wessał się całkowicie.
26	2000	1010	0,6282	36,4	—
27	1800	1009	0,4234	37,2	—

¹⁾ Cytowany u NOORDEN'a: *Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels*. 1893.

²⁾ L. c.

³⁾ L. c.

II. K. J., 24-letni, przybył do szpitala 3. IV, na 3-ci dzień choroby 1895.
Pneumonia crouposa dextra.

Data	Ilość moczu.	Ciężar wła- ściwy.	Ilość kwasu moczu.	Ciepłota ciała.		U w a g i.
				R.	W.	
3. IV. 1895.	—	—	—	40	39	—
4	790	1015	0,4032	39,8	39,2	—
5	640	1015	0,3145	39,6	39,4	—
6	900	1012	0,4173	39	39,2	—
7	1500	1011	0,7056	38,8	39,1	—
8	1900	1006	1,4300	37,7	38	Poty.
9	1700	1009	1,7022	37,6	37,7	—
10	1620	1010	1,4414	37,2	37	—
11	1500	1012	1,5322	36,6	37,1	—
12	1200	1014	0,7903	36,8	36,6	—
13	1750	1011	0,8702	36,6	37	—
14	2170	1008	0,8185	36,2	36,4	—
15	1120	1016	0,5821	35,8	36,2	—
16	1400	1015	0,6209	Normalna.		Wysięk zupełnie uległ wesa- niu.
17	1200	1015	0,6693			

III. G. W., lat 45, przybył do szpitala dnia 10. V. 1895, na 5-ty dzień choroby. *Pneumonia crouposa sinistra.*

Data.	Ilość moczu.	Ciężar wła- ściwy.	Ilość kwasu moczowego	Ciepłota ciała.		U w a g i.
				R.	W.	
10. V. 1895,	—	—	—	39,4	40	—
11	990	1017	0,8938	39,4	39	—
12	860	1020	1,0282	36	37,5	—
13	840	1020	1,2395	37	37,8	Poty.
14	700	1018	0,6021	36,4	36,8	—
15	880	1018	0,9368	36	35,8	—
16	500	1022	0,5746	36,2	36	—
17	1080	1017	0,8741	36,3	36,7	—
18	1612	1012	0,6559	36,6	36,5	—
19	1009	1009	0,5930	36	36,5	—
20	1010	1010	0,6854	36,8	36	Z wysięku pozostały jeszcze małe ślady.
21	1011	1011	0,4093	36,1	—	

IV. A. A., lat 17, przybył do szpitala 16. VI. 1895, piątego dnia choroby.
Pneumonia crouposa sinistra.

Data.	Ilość moczu.	Ciężar wła- ściwy.	Ilość kwasu moczowego.	Ciepłota ciała.		u w a g i.
				R.	W.	
16. VI. 1895.	—	—	—	38,5	40,4	—
17	870	1016	1,5464	36,6	37,3	—
18	800	1015	1,1068	36,6	37,1	—
19	770	1011	0,4791	36,7	37	—
20	1000	1011	0,577e	37,3	37	—
21	920	1013	0,3481	36	—	—
22	980	1012	0,3472	Normalne.		Wysięk uległ wessaniu.

V. S. K., lat 20, przybył do szpitala 21. XII. 1895, 3-ciego dnia choroby. *Pneumonia crouposa dextra.*

Data.	Ilość moczu.	Ciężar wia. ściwy.	Ilość kwasu moczowego.	Ciepłota ciała.		U w a g i.
				R.	W.	
1895 r.						
21. XII.	—	—	—	39,8	40	—
22	910	1020	0,8081	40	40	Ślady białka.
23	640	1020	0,7076	40	38,8	—
24	670	1020	0,2722 ?)	38,6	38,2	—
25	500	1017	0,5880	39,5	39	—
26	150)	1009	1,6022	36	36,8	Obfite poty.
27	—	—	—	36,4	36,1	Białko znikło,
28	700	1021	1,4253	36,4	36,1	—
29	540	1024	1,3047	36,6	34,9	
30	440	1025	0,9072	36,4	—	Z wysięku nie ma śladu.

Z doświadczeń powyższych jasno wynika, jak wyraźny wywiera wpływ wessanie się wysięku ma ilość wydzielanego kwasu moczowego. We wszystkich przypadkach, już w dniu poprzedzającym przełom, ilość kwasu moczowego się wzmagała, po przełomie nagle wzrastała tak znacznie, że bywała trzy razy większą, aniżeli w okresie trwania gorączki. Ten, że go tak nazwiemy przełom (*crisis*) kwasu moczowego, trwa dwa [doświadczenie trzecie i czwarte] do czterech [doświadczenie drugie i piąte] dni. Przez następne trzy do czterech dni ilość kwasu moczowego się zmniejsza, choć jeszcze jest wysoką, dopiero od siódmego — ósmego dnia od przełomu zaczyna spadać do prawidłowych granic. Ten przełom kwasu moczowego nie ma nic wspólnego z t. zw. kryzysem moczowym (*polyuria*), ten ostatni przychodzi później i to czasem wtedy, kiedy kryza kwasu moczowego jest już ukończonym.

Doświadczenia nasze pozostają więc w zgodzie z danymi RANKE'go, GERDES'a i KUEHNAU'a: we wszystkich tych doświadczeniach ilość kwasu moczowego wzrastała zaraz po przełomie, a jeżeli w niektórych doświadczeniach KUEHNAU'a stosunek nie był tak jasny, jak w naszych doświadczeniach, to przypisać to należy tej okoliczności, że autor ten badał kilka przypadków, w których rekonwalescencya zamącona była przypadkowemi powikłaniami. Żałujemy, że nie mieliśmy możności badania przypadków, w których, jak to bywa u ludzi starych, rezolucya wysięku, pomimo spadku ciepłoty, albo nie postępuje wcale, albo postępuje nadzwyczaj powoli; w tych przypadkach prawdopodobnie kryza kwasu moczowego albo wcale by nie występował, albo wyrażonym by był tylko bardzo słabo. Wogóle jednak biorąc, zachowanie się kwasu moczowego w przebiegu krupowego zapalenia płuc jest ważną kliniczną podporą teoryi HORBACZEWSKIEGO. Doświadczenia te pozytywne znaczą więcej, aniżeli ujemne rezultaty, w tych ostatnich bowiem przypadkach kwas moczowy, jak to już wskazał HORBACZEWSKI, mógł uleść dalszym przemianom i w moczu już nie występować jako taki.

Badaniom naszym można by zrobić dwa zarzuty. Popierwsze, możnaby przypuścić, że zwiększone wydzielanie kwasu moczowego zależy od zwiększo-

nego przyjmowania pokarmów. Zarzut taki nie miałby słusznej podstawy; albowiem wszystko zdaje się przemawiać za tem, że wydzielanie kwasu moczowego jest zupełnie od przyjęcia pokarmów niezależne; co najwyżej, po obfitem przyjęciu pokarmu mięsnego następuje t. zw. leukocytoza trawienna, a z nią i nieznaczne tylko wzmoczenie kwasu moczowego.

Zarzut powyższy upada nadto wobec faktu, że ilość kwasu moczowego wzrasta już przed przełomem i osiąga najwyższego stopnia w pierwszych trzech dniach po przełomie, t. j. wtedy, kiedy chory zazwyczaj obfitego pożywienia jeszcze nie przyjmuje; przeciwnie w miarę postępu rekonwalescencji, kiedy chory coraz obficie zaczyna się odżywiać, ilość kwasu moczowego stopniowo ulega zmniejszeniu.

Drugi ważniejszy zarzut mógł by być ten, żeśmy w badaniach naszych nie uwzględnili zasad ksantynowych. Zarzut ten jest zupełnie słuszny i nie ulega wątpliwości, że w podobnych badaniach należałoby zawsze obok kwasu moczowego oznaczać i ilość zasad ksantynowych, jakkolwiek bowiem w normalnych warunkach zasady te wydzielane bywają w bardzo małej ilości, to jednak w stanach patologicznych, jak to najnowsze badania wykazały [BONDZYŃSKI, KOLISCH i GOTLIEB], ilość ich może znacznie wzrastać na koszt kwasu moczowego.

W chwili, kiedyśmy rozpoczynali nasze badania, okoliczności nie pozwalały nam na uwzględnienie zasad ksantynowych. Ten brak zresztą w naszych poszukiwaniach traci na znaczeniu dlatego, żeśmy doszli do wyników dodatnich, że więc wykazaliśmy to, o co chodziło, mianowicie, iż zwiększony rozpad nukleiny zwiększa ilość wydzielanego kwasu moczowego. Gdyby ilość kwasu moczowego nie okazała się zwiększoną, wtedy dopiero określenie zasad ksantynowych byłoby niezbędnem, aby mieć dokładne pojęcie o losach nukleiny w ustroju.

NOTATKI LEKARSKIE.

7. Rana cięta nadbrzusza, wypadnięcie śledziony. Wyzdrowienie.

Dnia 21 lutego r. b. wezwany zostałem do wsi Budowiecie, do włościanina Antoniego Tom., który dnia 19 tego miesiąca wieczorem w bójce z teściem swoim został przez niego kilkakrotnie pchnięty nożem. Jedną z ran zadaną była w brzuch, z którego, według opowiadania żony i miejscowego sołtysa, przez otwór rany wy dostał się „duży kawał mięsa“. Ponieważ krwawienie na razie było znaczne, a ów „kawał mięsa“ wzbudzał w otoczeniu nie małą obawę, nie długo tedy myśląc, sołtys, przy pomocy żony rannego, zabrali się do roboty i po nie małym wysiłku wtoczyli do jamy brzusznej część wypadniętego „mięsa“, część jednak pozostała i tej odprowadzić już nie mogli. Wezwany nazajutrz felczer interwencyę swoją ograniczył na tem, że na ową pozostałą część „mięsa“ nałożył opatrunek z kawałka waty hygroskopiijnej, którą za po-

mocą brudnego bandaża na brzuchu umocował. Tak brzmi [dosłownie] opowiadanie żony i sołtysa; ile w tem jest prawdy, nie przesądzam; sam znalazłem, co następuje.

Antoni Tom., w wieku lat 52, budowy niemal atletycznej, odżywiany dobrze, leży w łóżku bez koszuli, na brzuchu bandaż z brudnej starzyzny. Po zdjęciu bandaża z prawej strony klatki piersiowej widać ranę na pozór płytką, ciętą, o brzegach gładkich, z lewej strony nadbrzusza, mniej więcej o półtora palca od łuku żebrowego, na wysokości VIII i IX żebra oraz po części IX międzyżebrza. Rana ma 6 ctm. długości, idzie w górnej swojej części równoległe do łuku żebrowego, w dolnej zaś odchyła się do wewnątrz tak, że postać jej przypomina do pewnego stopnia literę s. Z rany sterczy kawałek śledziony, o wewnętrznym brzegu zaokrąglonym. Całość wystającego kawałka postacią swoją ludzaco przypomina na płask wysunięty język. Długość sterzącego kawałka wynosi $5\frac{1}{2}$ ctm., szerokość $4\frac{1}{2}$ ctm., grubość, o ile na oko sądzić było można, około 1 ctm., a może nieco więcej; brzegi śledziony są dosyć ostre, barwa różowa, odporność twarda. Przy ostrożnych usiłowaniach uniesienia ku górze, z dolnej powierzchni następuje nieznaczne krwawienie; nadto palec przy unoszeniu wypadniętego narządu otrzymuje wrażenie takie, jak gdyby tkanka łamała się. Cała przednia powierzchnia, zwłaszcza zaś brzeg górny pokryte są lekkim, szarym nalotem, który tak jest cienki, że nie maskuje wyraźnej różowej barwy samego narządu, tylko jego brzeg górny jest bardziej szary. Chory nie skarży się na zbyt dotkliwy ból przy obmywaniu i badaniu rany. Nie mając przy sobie, oprócz kawałka waty hygroskopijnej, żadnych środków opatrunkowych, poleciłem zagotować wodę i po ostudzeniu jej do ciepłoty $+26^{\circ}+38^{\circ}$ C. obmyłem okolice rany i samą śledzionę, oczyściłem, o ile się dało, powierzchnię jej z owego szarego nalotu, czemu towarzyszyło nieznaczne krwawienie, wreszcie przystąpiłem do odprowadzenia śledziony. Pierwsza jednak próba nie przyniosła pożądanego skutku i wywołała krwawienie.

Wtedy poradziłem sobie w ten sposób: przypuszczając, że wskutek 48-godzinnego ucisku, wywieranego przez brzegi rany na uwiecznioną część śledziony, nastąpił w niej obrzęk, palcami lewej ręki rozszerzyłem możliwie ranę, podczas gdy jednocześnie palcami prawej wykonywałem ostrożny masaż w kierunku odśrodkowym. Pod wpływem tego tkanka śledziony zmiękła tak, że następna próba odprowadzenia powiodła się w zupełności, przyczem udało mi się wykryć, że rana była najgłębszą w swej części górnej, tak, że miała kształt uciętego stożka i tylko w górnej części komunikowała z jamą brzuszną. Po odprowadzeniu śledziony zaleciłem choremu położyć się na lewym boku, wymyłem jak najdokładniej samą ranę, nałożyłem 1 szew, zatamponowałem ranę kawałkiem czystego płótna, które umocowałem bandażem. Winiennem dodać, że oprócz wyżej opisanych dwóch ran, chory miał jeszcze jedną sporą ranę na tylnej powierzchni lewego ramienia, przyczem przecięty był jeden brzusiec mięśnia trójgłowego. Ogólny stan chorego był niezły, ciepłota ciała prawidłowa, tętno 96; ani wymiotów, ani nudności przez cały czas nie było.

Dla dalszej obserwacji poleciłem usilnie, by przewieziono chorego w jak najkrótszym czasie do Pren, odległych o wiorst 14; przybył on jednak do mnie

dopiero dnia 23 lutego, poddawszy się poprzednio badaniu sądowemu i powierzchownym oględzinom, przez lekarza powiatowego dokonany.

Badając chorego o godzinie 8 wieczorem 23 lutego, znalazłem ogólny stan zupełnie dobry, ciepłość normalną, tętno 84, ranę brzucha czystą.

Teraz dopiero, a więc w 3 doby po wypadku, mogłem przystąpić do nałożenia opatrunku. Obawiając się, aby w ranie nie powstało ropienie, ze względu na wyżej opisane, a nieprojektowane przezemnie zabiegi, zdjąłem szew, przemyłem ranę jak najdokładniej roztworem dwujodku rtęci [1:1000], przysypałem obficie jodoformem i wytamponowałem gazą hygroskopijną.

24. II. Stan doskonały, tętno 84, ciepłota prawidłowa.

25. II. Opatrunek przemókł, wobec czego nałożyłem świeży. Rana czysta, ciepłota prawidłowa, tętno 84.

26, 27 i 28. Stan chorego nie pozostawia nic do życzenia.

29. Zmiana opatrunku. Rana ściany brzusznej wypełniona do połowy ładną, zdrową ziarniną. Chory, czując się wciąż doskonale, wyjechał w dniu 2 marca do domu.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z tego względu, że pomimo, iż śledziona pozostawała uwieczniona w ranie przez 48 godzin pod brudnym opatrunkiem, pomimo że na powierzchni jej utworzył się już delikatny, szary nalot, pomimo wreszcie, że przed odprowadzeniem narządu do jamy brzusznej cała dezynfekcyja polegała jedynie na możliwie dokładnem obmyciu wodą przegotowaną, że pomimo to wszystko, jak mówię, wbrew przewidywaniu mojemu, nie nastąpiło wcale podrażnienie otrzewnej. Ze względu na umiejscowienie rany i łatwość wypadnięcia narządu przypuszczam, że w danym razie miałem do czynienia ze śledzioną luźną (*lien migrans*).

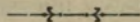
F. Grodecki [Preny].

W KWESTYI PROFILAKTYKI CHOROÓB WENERYCZNYCH.

Podał

D-r med. Antoni Elzenberg,

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 18].

Posiedzenie IV.

Dnia 27 grudnia 1895 r..

D-r TROICKI odczytał notatkę p. TIMOFIEJEWa w kwestyi kar, wymierzanych prostytutkom, nie stosującym się do przepisów szpitalnych, podczas pobytu ich w szpitalu na kuracyi. Przedstawiony w tej notatce projekt komisya postanowiła poruszyć na kongresie syfilidologów. Oto jego brzmienie dosłowne.

*

*

*

O karach, jakieby mogły być wymierzane prostytutkom, nie stosującym się do przepisów szpitalnych, podczas pobytu ich w szpitalu na kuracyi, ani w prawach ogólnopństwowych, ani w miejscowych, nie znajdujemy żadnych wskazówek. Tymczasem niektóre prostytutki, dla przyspieszenia wypisania się ze szpitala, a po części i z powodu właściwej każdej prostytutce dążności nie poddawania się żadnym przepisom, a niekiedy przez swoją krnąbrność i wysoce nieprzyzwoite, niespokojne zachowanie się, zmuszają zarząd szpitala do wypisania ich przed zupełnym wyleczeniem. Dopiąwszy w ten sposób bezkarnie swego celu, wychodzą ze szpitala niezupełnie wyleczonemi, nie leczą się w dalszym ciągu, i choroba ich swobodnie się rozwija. Dlatego też w celach sanitarnych jest bezwarunkowo rzeczą konieczną zmusić prostytutki do zupełnego poddawania się przepisom szpitalnym, a zmusić je można tylko przez wprowadzenie kar dla nieposłusznych.

W Ustawie szpitali cywilnych z r. 1842, w części II, rozdziale VIII § 185 znajduje się: chorych, zachowujących się nieprzyzwoicie, przestrzegają osoby dozoru albo lekarz, który prócz tego karać może nieposłusznych przepisami ścisłej diety. Jeżeli zaś to nie skutkuje lub też wykroczenia chorych są poważniejszej natury, to winnych wypisują ze szpitala na skutek przedstawienia starszego lekarza radzie zarządzającej. Prawo to dotyczy w ogóle wszystkich chorych-syfilityków, a w istocie swej dla prostitutek nie jest wcale groźnem.

Dalej w części III, rozdziale I § 258 tejże ustawy czytamy: „przed zupełnym wyleczeniem się mogą być wypisani tylko ci chorzy syfilitycy, którzy wstąpili do szpitala dobrowolnie, a nie te chore, dla których rozpusta jest przemyślem“. Należy przypuścić, iż, przewidując bezwarunkową konieczność trzymania prostitutek w szpitalach do czasu zupełnego ich wyzdrowienia, wzmiankowana ustawa nie oznacza dla nich żadnych kar dlatego tylko, że nie było to niezbędnem. Obecnie zaś zdarzające się przykłady nieposłuszeństwa dowodzą konieczności wprowadzenia kar, które również i pod względem sanitarnym mają bardzo ważne znaczenie.

Kary mogłyby być następujące:

1) zwrócenie uwagi, 2) ścisła dieta, 3) zamknięcie w areszcie, t. j. w oddzielnie urządzonym przy szpitalu pokoju, zgodnie z wymaganiami higieny i zdatnym dla prowadzenia kuracyi i 4) w razie szczególnego przewinienia [nieposłuszeństwa—niepowinowenija] z naruszeniem ogólnego porządku w szpitalu, nadać prawo gubernatorom, naczelnikom miast i oberpolicmajstrom wymierzania kar drogą administracyjną winnym po wyleczeniu ich i wypisaniu ze szpitala.

Urzędnik do szczególnych poruczeń
przy Warszawskim Oberpolicmajstrze,
Timofiejew.

*

*

*

Następnie przedstawione były Komisji dane statystyczne o liczbie chorych syfilitycznych i wenerycznych w Warszawie za lata 1889 do 1893 włącznie.

Przytaczamy tu tylko ogólne liczby:

	w r. 1889	1890	1891	1892	1893	Razem
Mężczyzn	6967	7694	4572	5901	10427	35561
Kobiet	417	1204	1081	712	2236	5650
Dzieci	95	164	111	126	233	729
Płeć nie notowana	5694	4073	4116	2303	3843	20029
Razem	13173	13135	9880	9042	16739	61969
W tej liczbie pierwotna postać choroby była u:						
Mężczyzn	1950	1404	1235	1603	1800	7992
Kobiet	101	218	266	294	419	1298
Dzieci	25	25	8	32	32	122
	2076	1647	1509	1929	2251	9412

Cyfry te obejmują ilość chorych z praktyki prywatnej lekarzy, z lecznic dla przychodzących chorych i z lecznic ze stałymi łózkami.

* * *

Odczytano następnie raport nadetatowego lekarza miejskiego TCHÓRZNIKIĘGO, zawierający krótki projekt o środkach, jakieby można było zastosować w celu lepszej registracji i leczenia syfilityków w sferze robotników fabrycznych. Inspektor Urzędu lekarskiego zapytał obecnych, czy zdaniem ich treść raportu zasługuje na szczegółowe opracowanie, czem by w takim razie D-r TCHÓRZNIKIĘ się zajął. Obecni uznali ten raport za godzien szczegółowego rozwinięcia.

D-r PUSZKIN odczytał ciąg dalszy [II i III części] swojej pracy o działalności Warszawskiego Komitetu lekarsko-policyjnego. O pracy tej członkowie komisji wyrazili chęć dania swej opinii każdy oddzielnie.

W końcu Inspektor Urzędu lekarskiego odczytał projekt instrukcyi dla oddzielnej stałej Rady przy Komitecie lekarsko-policyjnym, na ustanowienie której należy wyjednać zezwolenie Głównego Naczelnika Kraju. Projekt instrukcyi Komisya zaakceptowała.

Posiedzenie V.

Dnia 16 stycznia 1896 r..

Ponieważ nie wszyscy członkowie Komisji byli obecni na ostatniem posiedzeniu, Inspektor TROICKI jeszcze raz odczytał projekt p. TIMOFIEJEWŁA, o karach wymierzanych prostytutkom, niestosującym się do przepisów szpitalnych. Komisya wyraziła zdanie, iż kary takie są niezbędnymi i dawałyby głównemu lekarzowi możność utrzymania porządku, naruszanego przez chorych, leczących się przymusowo.

D-r ELZENBERG wyraził swoje zdanie w ten sposób: obowiązkiem lekarza jest leczyć chorych, a nie karać ich i dlatego wszelkie kary, jego zdaniem, są w szpitalu niewłaściwemi. W samej rzeczy, w rękach lekarza bynajmniej nie znajduje się władza sądzenia i wymierzania kar, a tem samem przyswajanie sobie czynności, należących wyłącznie do sądów państwowych. Wymie-

rzanie zaś kar chorym syfilitycznym wprost przeciwdziała leczeniu, jest nawet szkodliwym, gdyż unicestwia działanie tych środków, które przepisujemy chorym, i w ten sposób sprzyja dalszemu rozwojowi choroby.

Podług powyższego projektu lekarz mógłby wymierzać następujące kary:

1-o Pozbawić chorych na czas pewien odpowiedniej dla nich porcyi.

2-o Więzienie przy ograniczonej porcyi. Innemi słowy, lekarz wymierzając te kary,

1-o pozbawiałby chorych pokarmu,

2-o pozbawiałby ich ruchu, swobodnego i czystego powietrza, suchego lokalu i niezbędnej ilości światła i nakoniec,

3-o wpływałby depresyjnie na psychiczny stan chorych.

Jednem słowem, lekarz robiłby to wszystko, co wprost przeciwwskazuje nauka i praktyka przy leczeniu syfilityków, co nie tylko bardzo szkodliwie wpływa na przebieg kuracyi, ale nieraz jest nawet momentem, wywołującym pewne objawy syfilityczne.

Mylnie by sądzili ci, dla których rtęć i jod są jedynymi środkami leczniczymi dla syfilisu. Rzecz się ma inaczej. Powinniśmy pamiętać, iż żadne środki nie usuwają stanów chorobowych bez współdziałania samego ustroju, który nadto powinien się znajdować w takich warunkach dyetetycznych i higienicznych, przy których by wzrastała jego siła odporna, siła niszcząca zarazek — siła, której tylko rtęć i jod pomagają do pewnego stopnia. Dla dopięcia tego celu należy właśnie zupełnie inaczej postępować, aniżeli zaleca powyższy projekt.

Oddawna jest już rzeczą znaną, iż w najzłośliwszych postaciach syfilisu, przebiegających ostro, leczenie swoiste jest wprost przeciwwskazane; natomiast jedynym leczeniem w tych przypadkach są dobre warunki higieniczne i dyetetyczne, t. j. te warunki, które poprawiają skład krwi i wzmagają energię odżywiania ustroju.

Te ostatnie warunki odgrywają bardzo ważną rolę i w leczeniu zwykłych postaci syfilisu, co dziś zyskało sobie i trwałą podstawę naukową; leczenie zaś swoiste należy uważać jako bardzo energiczny środek pomocniczy, ale działający wtedy tylko, gdy istnieją wyż wspomniane główne warunki.

Opierając się na powyżej wyrzeczonym, odrzucamy wszelkie projektowane kary chorych, jako szkodliwe dla zdrowia, szkodzące kuracyi i najzupełniej niewłaściwe w szpitalu. Lekarz może tylko zwrócić uwagę choremu, czy chorej, na niewłaściwe ich zachowywanie się, a przez swój autorytet, rozumne objaśnienie chorym swych dążności i zadania szpitala można z łatwością dopiąć zamierzonego celu, i chorzy chętnie poddadzą się przepisom szpitalnym. W wyjątkowych tylko razach, jeżeli to nie pomaga, chore, po wyleczeniu się wypisane ze szpitala, mogą być oddane w ręce sądu.

Prof. TRAUTVETER proponuje, by dla upewnienia się o zdrowiu mamek, najmowanych w kantorach, posyłało je [w razie żądania osób, najmujących mamkę] do szpitala Ś-go Łazarza, gdzie za pewną opłatą badanoby owe mamki i wydawanoby na jej ręce odpowiednie świadectwo o stanie jej zdrowia. Projekt ten komisya przyjęła do wiadomości,

W końcu, ponieważ do obecnej chwili nie wielu z lekarzy-specyjalistów warszawskich przedstawiło komisji swoje poglądy na kwestyę profilaktyki chorób wenerycznych, komisya postanowiła, by Urząd Lekarski raz jeszcze zwrócił się w tej kwestyi do lekarzy za pośrednictwem pism lekarskich i codziennych.

Posiedzenie IV.

Dnia 13 lutego 1896 r..

D-r Troicki odczytał cyrkularz departamentu lekarskiego z 12 stycznia r. b. za № 302, opiewający o prawie, mocą którego każda instytucya publiczna i ziemska może delegować na zjazd dowolną liczbę lekarzy na koszt odpowiedniej instytucji. D-r Troicki skomunikował się już co do tego z Warszawską radą miejską dobroczynności publicznej.

Dla zaznajomienia się z kwestyą rekomendacyi służby w Warszawie, Komisya wyznaczyła podkomisyę, do której weszli: urzędnik do szczególnych poruceń przy oberpolicmajstrze p. Timofiejew i D-rzy Elzenaerg i Puszkina.

Przytaczamy tu luźny projekt D-ra Puszkina w tej kwestyi.

O środkach służących do wykrywania syfilisu pośród ludności. Dane, dotyczące się szerzenia syfilisu pośród ludności Warszawy, są bardzo ubogie i nie systematycznie prowadzone, tak, że nie można z nich dojść do jakichkolwiek wyników. Nie pomyślę się jednak, przypuszczając, iż w tak wielkiem mieście, gdzie tylu mieszka ludzi stale lub czasowo bez rodzin, absolutna ilość cierpiących na syfilis i choroby weneryczne musi być bardzo znaczna.

Dla Warszawy dotychczas sposoby, służące do wykrywania syfilityków, są następujące:

1) Jeżeli kto zawiadomi [komisarza cyrkułu], że podejrzewa swoją służącą, iż jest dotknięta syfilisem, to komisarz zebrane dane i oskarżoną służącą odsyła komisarzowi komitetu lekarsko-policyjnego [§ 13 instrukcyi 1874 r. dla komisarzy cyrkułowych policyi warszawskiej].

2) Jeżeli komisarz się dowie, iż ktokolwiek z mężczyzn prostej i ubogiej klasy cierpi na syfilis, a nie leczy się, odsyła go komisarzowi komitetu lekarsko-policyjnego dla zbadania i wysłania do szpitala [§ 14 tejże instrukcyi].

3) Komisarz cyrkułu śledzi pracujących w fabrykach i zakładach, w których mężczyźni pracują wraz z kobietami, czy nie wkrada się między nich zgorzenie, a nawet stara się dowiedzieć, czy w zakładach tych pośród pracujących nie ma syfilityków [§ 15].

4) Jeśli z jakiegokolwiek domu prywatnego zapisuje się do szpitala kilka zarażonych osób, zwłaszcza z jakiegokolwiek fabryki lub zakładu, starszy lekarz [szpit. Ś-go Łazarza i żydowskiego] obowiązany jest donieść o tem Inspektorowi urzędu lekarskiego, który stara się wykryć źródło zarażające.

5) Jeżeliby leczący się w szpitalu Ś-go Łazarza mężczyzna wskazał kobietę, od której się zaraził, główny lekarz szpitala powinien donieść o tem Urzędowi Lekarskiemu [§§ 4 i 5 — obowiązków głównego lekarza szpitala Ś-go Łazarza].

Jeżeli do tego dodamy jeszcze wykrywanie syfilityczek pośród prostytutek potajemnych i kontrolowanych, drogami przysługującymi komitetowi, dalej przez badanie osób aresztowanych lub przytrzymanych przez policję na ulicy, i w końcu dane z domu podrzutek — to będziemy mieli wszystkie sposoby zebrania odpowiednich danych.

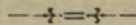
Z powodu niedostateczności powyższych sposobów już w r. 1883 Warszawski Oberpolicmajster, opierając się na postanowieniach komitetu lekarsko-policyjnego z [4] 16 lipca 1864 r. i [8] 21 maja 1865 r., wydał rozporządzenie w rozkazie do policji 27 stycznia [8 lutego] za № 27, § 7: zażądać od utrzymujących fabryki i zakłady przemysłowe i wszelkie w ogóle zakłady publiczne gwarancyi moralnego prowadzenia się służby żeńskiej i robotnic; te zaś kobiety, za które zakłady gwarancyi nie dadzą, mają być dostawiane 2 razy na miesiąc do komitetu dla skontrolowania ich stanu zdrowia.

Postanowienie to, jako niepraktyczne, wkrótce, było cofnięte, komitet zaś miał się kierować nie postanowieniami zniesionego w miesiącu maju 1866 r. czasowego komitetu lekarsko-policyjnego, ale specjalnym Najwyższym Ukazem, ogłoszonym w cyrkularzu ministryum spraw wewnętrznych z dnia 26 października 1851 r. za № 39 i w następnych cyrkularzach z 12 września 1860 r. za № 115 i z 24 listopada 1877 r. za № 1139. W razach zaś konieczności chwycenia się innych środków, nie objętych w powyższych cyrkularzach, przedstawić je do decyzji Warszawskiego Generał-gubernatora.

Przeglądając wspomniane rozporządzenia Rządu [prócz punktów, dotyczących wyłącznie prostytutki], znajdujemy następujące punkty: § 5 cyrkularza M. S. W. z 26 października 1851 r. za № 39 nakazuje, „żeby fabryki, zakłady i inne instytucje, w których wiele ludzi pracuje, o ile można, miały swoich lekarzy dla badania robotników, kobiety zaś badać tylko w razie poważnych wątpliwości co do ich zdrowia“.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



33. Fraenkel. Wiotkość mięśni (*Muskelschlaffheit*) przy wadzie rdzenia.

Autor opisuje ciekawy objaw, stale spostrzegany u tabetyków. Objaw ten polega na tem, że kiedy zdrowy człowiek, leżąc poziomo na grzbiecie, jest w stanie jedną nogę wyprostowaną podnieść tylko do pewnej wysokości, tabetyk jest w stanie ruch ten wykonać w znacznie większych rozmiarach, tak, że noga wyprostowana, zgięta w stawie biodrowym, tworzyć może z resztą tułowia kąt prosty, a nawet ostry. Objaw taki autor spostrzegał zawsze na obu kończynach, choć nieraz w stopniu różnym. Przechodząc następnie do przyczyn, które objaw taki powodują, autor zastanawia się przedewszystkiem, co właściwie człowiekowi zdrowemu nie pozwala podnieść nogi przy powyżej wskazanych warunkach ponad pewną granicę. Człowiek zdrowy, chcąc bądź dowolnie, bądź też biernie przekroczyć ową granicę, doznaje uczucia bolesnego naprężenia w tylnej muskulaturze uda, a mianowicie w mięśniach: dwugłowym uda (*m. biceps femoris*), półścięgnistym (*m. semitendinosus*) i półbłoniastym (*m.*

semimembranosus). Mięśnie te są to, jak wiadomo, zginacze kolana, biorą początek od guza kości kulszowej (*tuber ischii*) i przyczepiają się do kości piszczelowej i goleniowej. Jeżeli zatem wyprostowaną nogę staramy się unieść, t. j. zgiąć ją w stawie biodrowym, nie zginając w stawie kolanowym [co w pozycji siedzącej jest możliwem w bardzo nieznacznym stopniu], wtedy wspomniana grupa mięśni musi się koniecznie wyprężyć, gdyż punkty ich przyczepów oddalają się od siebie, a to właśnie sprawia owe bolesne uczucie. Uczucia takie go tabetycy albo wcale nie doznają, albo występuje ono u nich w znacznie mniejszym stopniu; mięśnie zaś, o których mowa, dadzą się wyciągnąć znacznie więcej, aniżeli u zdrowych ludzi to bywa. Wskazuje to, według autora, na zmniejszenie się napięcia mięśniowego (*hypotonia*) u tabetyków.

To samo daje się konstatować i w innych grupach mięśni, tak naprzykład tabetycy, u których występował powyżej opisany objaw, byli w stanie w pozycji leżącej kończyną dolną, zgiętą w stawie kolanowym i biodrowym, wykonać ruch odsiebny (*abductio*) w takich rozmiarach, jakie u zdrowego człowieka są niemożliwe; w tym razie wskazuje to na zmniejszenie się napięcia mięśniowego w mięśniach ksobnych (*adductores*), które właśnie ruchowi takiemu stawiają przeszkodę.

Powyżej opisanego objawu autor nadaremnie szukał w innych cierpieniach organicznych układu nerwowego, nie połączonych z zanikiem mięśni, uważa więc go za patognomiczny dla władu rdzenia. Występował objaw ten we wszystkich przypadkach władu z wyraźnymi objawami bezładu ruchowego. Autor obiecuje w pracy następnej wykazać, jakie znaczenie ma owe zmniejszenie się napięcia mięśniowego dla teorii o przyczynie bezładu.

(*Neurol. Centralb. № 8. 1896.*)

L. Dydyński.

Wiadomości drobne.

— A. STRASSER i D. KUTHY badali wpływ bodźców termicznych na odczyn moczku i krwi. Z badań tych okazuje się: 1) iż ilość kwaśnych fosforanów w moczu, *resp.* jego kwaśności po zabiegach gorących powiększa się, po zabiegach zimnych — zmniejsza się; 2) alkaliczność krwi zmniejsza się po zabiegach gorących, powiększa po zimnych.

(*Blätt. f. klin. Hydrother. 1896. Nr. 1.*)

A. Ch.

— Na posiedzeniu dnia 22. II. Paryskiego Towarzystwa Biologicznego demonstrowane były przez CHAWIN'a i GLEY'a króliki z bardzo wybitnymi oznakami krzywicy. Króliki te były dziećmi takich, którym wielokrotnie szczepiono różne zarazki (*bact. tuberc., bac. pyocyane., diphth. etc.*). W ten sposób uwydatnionym został doświadczalnie stosunek zależności krzywicy od zakażeń wogóle.

(*La Sem. méd. 1896. Nr. 11.*)

A. Ch.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозв. Цензуры, Варшава, 27 Апрѣля 1896 г. Друк K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Założony w 1824 roku.

3-1

PATENTOWANY INSTYTUT

SZTUCZNYCH WÓD MINERALNYCH APTEKARZY WARSZAWSKICH

przy ogrodzie Krasińskich,

z dniem 8-ym kwietnia przeniesiony został

na ul. Marszałkowską N. 23 dom własny. Telefonu N. 491.

*Pierwsza w kraju fabryka wszystkich wyrobów, przygotowanych wyją-
cznie na wodzie destylowanej.*

Składy w następujących aptekach:

1) H. Biertümpfel, 2) Boratyński i Strupeczowski, 3) W. Borzę-
cki, 4) J. Ekerkunst, 5) A. W. Filanowicz, 6) E. Gesner, 7) S. Gra-
bowski, 8) W. Gromadzki i A. Chmielewski, 9) Dr. T. Heinrich, 10)
E. Jarnuszkiewicz, 11) S. Karczewski i S-ka, 12) H. Klawe, 13) W.
Klicki, 14) S. Kosinski i S. Dzierzbicki, 15) H. Kucharzewski, 16) K.
Lilpop, 17) A. Łopaciński, 18) A. Manduk, 19) L. Modliński (Powązki),
20) Z. Olszański, 21) W. Olsztyński, 22) J. Rand, 23) J. Różycki,
24) W. Różycki, 25) J. Rutkowski, 26) Stypiński i Surzycki, 27) M.
Szczekocki, 28) E. Trentler, 29) S. Tugut, 30) K. Wonda, 31) W.
Wilbuszewicz, 32) T. Wróblewski.

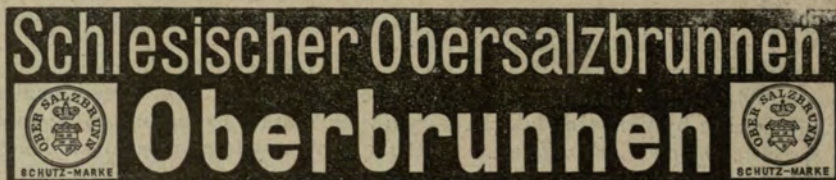
Sole do kąpieli mineralnych.

Kąpiele wydawane są w Łazienkach Akcyjnych na Zjeździe.

Dr. med. Fr. JANKOWSKI

1-5

ordynuje jak w latach poprzednich od 1-go maja w Bad Nauheim.



pierwszorządne alkaliczne źródło, stosowane z powodzeniem od r. 1604.

Analizy i szczegółowe wiadomości o źródle wysła bezpłatnie pocztą:

Kantor transportowy książących mineralnych wód w Obersalzbrunnen.

Furbach i Striboll, Salzbrunn na Szlązku. Składy we wszystkich
aptekach i magazynach aptekarskich. 10-2

D-r KAZIMIERZ CIAGLIŃSKI

(z Siedlec)

w nadchodzącym sezonie praktykować będzie w Ciechocinku. 6-2