

90585

# MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

PRESC. Prace oryginalne. Rys balneotechniki. Skreślił Dr. M. Zieleniewski. (Ciąg dalszy).—  
Streszczenia i wyciągi. 85. O ławatywach glicerynowych. 86. Przyczynek do patologii i terapii raka  
otłzwornika. 87. Niezwykły sposób infekcji przymionowej. 88. Zatrucie kwasem siarkowym i sy-  
stematyczne stosowanie jego celem wywołania poronienia.—Krytyka i Bibliografia Prof dr. J. Schrei-  
ber O dyetetycznym leczeniu chorób zapałania nerek. Spawozdawca dr. Wł. Chodecki. — Od-  
czyty kluczowe. Prof. F. Guyon Choroby chirurgiczne nerek. Streszczył dr. A. Grünbaum. — Odcinek.  
O istocie i historycznym rozwoju dyagnostyki przez prof. O. Kabrera. Przełożył dr. A. Fruchtman.  
(Dokończenie).—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

## RYS BALNEOTECHNIKI

Skreślił Dr. Michał Zieleniewski.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. : 6 .

Pociągnięcie łańcuszkiem przytwierdzonym do wolnego brzegu drzwiczek i przez rolkę przeprowadzonym, może dowolnie uchylić lub całkowicie je otworzyć, albo zupełnie je zamknąć. Ujścia rurek z otworów ściennych pojedynczych gabinetów, powietrze przeprowadzających, muszą się znajdować co do ich umieszczenia w głównej przewietrzalnej rurze nie na jednej wysokości, ale w różnej i odmiennej, wynoszącej np. 40 do 60 centim., albowiem gdyby rzeczono ujścia znajdowały się na równej wysokości, wówczas nieczyste powietrze przechodziłoby i dostawałoby się z jednego do drugiego gabinetu łazienkowego Rurki odprowadzające powietrze z pojedynczych gabinetów mają być o średnicy 2—3 centm.; zaś przekrój głównej rury przewietrzalnej musi się równać sumie wszystkich pojedynczych rurek z nią połączonych. Najsilniejszy prąd powietrza i jego odprowadzenie z poszczególnego gabinetu można osiągnąć, jeżeli otwór ścienny znajduje się tuż przy samym suficie, mianowicie para wodna z łazienki tylko wtedy zupełnie będzie odprowadzoną; albowiem para zbiera się obłoczkami pod sufitem, a wraz z nią i gaz kwasu węglowego odchodzi, ponieważ krążenie prądu powietrznego bardzo silnie powstaje. Dodać wreszcie należy, iż im wyżej umieszczony jest nadmieniony przyrząd przewietrzalny, tem mniej kąpiący się doznaje przeciągu powietrza.

Nadmieniony system wentylacyjny w połączeniu z opisaną poprzednio szybą przewietrzalną sprawia najzupełniejsze przewietrzenie, nie wyrządzając bezpośrednio uczuwanego przeciągu, przypusciwszy, iż szyba przewietrzalna nie będzie za zbyt otwartą. Jeżeli się jednak ją zupełnie wraz z drzwiczkami rurki otworzy (co powinno być zrobione natychmiast po wyjściu gościa kąpielowego z łazienki), wówczas w 2—3 minutach następuje zupełna wymiana powietrza w gabinecie kąpielowym.

Odmianę równie skuteczną a może mniej kosztowną wspomnianego sy-

Arz 208/53/13

stemu wentylacyjnego, stanowi następujące urządzenie: zakłada się co do rozmiarów według poprzednio opisanego systemu tak samo obszerną rurę, poprzecznie położoną we wszystkich pokojach kąpielowych, której drugi koniec wprowadza się w komin stale ogrzewany. Przeciwległy koniec tej rury t. j. w pokoju łazienkowym będący, zaopatrzony jest hermetycznym zamknięciem. Do wspomnianej zbiorowej rury doprowadzone są rurki od pojedynczych gabinetów. Tem lepiej a zarazem najodpowiedniej będzie, aby nadmieniony komin w swej długości przedzielony był ścianą środkową na dwie połowy, iżby w jednej z tychże połów umieszczony był koniec rury zbiorowej; zaś aby druga połowa owego komina służyła do odprowadzenia dymu, ocieplającego drugą przepołowioną przestrzeń komina; albowiem bez tego podczas burzy i wichrów dym z niepodzielonego komina, a rurę przewietrzną zawierającego, mógłby się dostawać do pojedynczych pokojów kąpielowych. Nadmienione urządzenie wraz z szybką przewietrzną skutecznie najsilniejsze krążenie powietrza, jego odnowę i przewietrzenie łazienki.

Godziłoby się zawsze uwzględnić ów system wentylacyjny przy stawianiu nowego gmachu łazienkowego, jako najodpowiedniejszy swemu zadaniu i celowi, przyczem możnaby główną rurę poprowadzić pod podłogę łazienki.

c) Najnowszy system przewietrzania zastosować się dający przy budowie nowych łazienek, zasada się na urządzeniu pod podłogą łazienkowego pokoju obszernego przepustu (kanału) powietrznego, kończącego się w miejscu, w którym jest statecznie czyste i pyłem niezanieczyszczone powietrze. Nadmieniony wylot owego przepustu zamyka gęsta kratka druciana, ochraniająca rzeczony przepust od wszelkiego zanieczyszczenia. Z niego występują rury wprawione w mięszc ściany pojedynczej łazienki, mające wylot na wysokości dorosłego mężczyzny, klapą do zamykania i kratką zaopatrzony. Wylot ów ze swem przyrządem zamykającym umieszcza się w rogu pokoju kąpielowego, gdzie osoby najmniej przebywają. Oprócz rzeczony rury jest jeszcze druga rura w pobliżu powały umieszczona, również zaopatrzona drzwiczkami do zamykania, służąca ku odprowadzeniu nieczystego powietrza z łazienki; zaś wylot rzeczony rury umieszczony jest tuż obok rury dymnej, potrzebnej do opalania łazienki podczas chłodu, w skutku tego umiejscowienia owej rury jest ona utrzymana w stanie ocieplonym; gdy przeciwnie wśród lata rury te powietrze nieczyste z łazienki odprowadzające są tak ciepłe, iż bez ich ocieplenia utrzymują w ruchu silny prąd powietrzny.

Nadmieniony system przewietrzania nie wywołuje przeciągów, zarówno służy do kąpieli waniennych jakoteż i do natrysków, a działa nieprzerwanie wśród trwania kąpieli. Połączony ze szybą przewietrzną czyni zadosyć najwyższymi wymaganiami przewietrzania, dając zarazem korzyść stałego doprowadzania świeżego i czystego powietrza, co niezawsze udaje się osiągnąć samą szybą przewietrzną; albowiem okna gmachu łazienkowego częstokroć wychodzą na przestrzeń, niezawsze czystem i zdrowem powietrzem zaopatrzoną.

Rozumie się samo przez się, iż rury nieczyste powietrze odprowadzające muszą być ponad dach gmachu łazienkowego przeprowadzone; co w jednopiętrowym budynku nienasuwają wielkich trudności i kosztów. W łazienkach kil-

kąpiętrowych można urządzonym tego rodzaju systemem wentylacyjnym połączyć cały budynek. Rury powietrze odprowadzające o 5 centim. średnicy, sprawiają tak silny prąd powietrza, iż wtedy urządzenie szyby przewietrzalnej jest zupełnie zbytecznem.

Najmożliwsze zachowanie niepomniejszonej ilości składników gazowych, mianowicie kwasu węglowego lub siarkowodu, jako najważniejszych pod względem balneoterapeutycznym w wodzie przeznaczonych na kąpiel, powinno być istotnem i rdzennem zadaniem systemu balneotechnicznego ogrzewania wody kąpielnej. Do osiągnięcia tego celu należy: przechowanie wody w zbiornikach łazienek, przeprowadzenie jej do poszczególnych wanien, tudzież jej ogrzewanie; albowiem wszystkie tu wymienione przejściowe zmiany wody są bardzo ważne ze względu na utratę gazowych jej składników (względnie na balneoterapeutyczne skutki kąpeli); z tego przeto powodu wszystkie powyżej nadmienione zmiany miejsca i temperatury wody kąpielowej, winny być oparte i wykonane na zasadach umiejętności.

Przy urządzeniu przeprowadzenia wody do zbiorników łazienkowego gmachu, należy głównie postarać się, aby woda dopływała do zbiorników własnym i naturalnym spadkiem; przeto zbiorniki mają być odpowiednio do umiejscowienia źródła poniżej jego odpływu urządzone, iżby bezwarunkowo uchylić potrzebę pompowania wody do zbiorników. Nadmieniona okoliczność jest nader ważną i niemal koniecznym warunkiem balneotechnicznego urządzenia gmachu łazienkowego. Należy przytem o ile tylko można zapobiedz przystępu powietrza atmosferycznego tak w rurach, wodę do zbiornika doprowadzających (co otrzymamy: przez odpowiednią objętość rury w całej jej objętości strumieniem wody wypełnionej, tudzież zachowaniem należytego spadku dla jej przepływu), jakoteż w samym zbiorniku, mającym być szczelnie nakrytym; sam zaś zbiornik winien być: murowany, cementem wypawiony, przy wodach gazowych ma obejmować jednodzienną potrzebę wody kąpielowej, ma być zaopatrzony w otwór do czyszczenia zbiornika służący; jego zaś umieszczenie ma być przynajmniej  $\frac{2}{3}$ —1 metr. poniżej poziomu terenu.

Również nieodzownem jest staranie o możliwe wykluczenie powietrza atmosferycznego z rur wodę ze zbiornika do poszczególnych wanien doprowadzających.

Wody gazowe na kąpiele ogrzewać się mające, koniecznie wymagają właściwych urządzeń, zapewniających im jak najmniejszą przy ich ogrzewaniu utratę gazowych składników. Dwie okoliczności powodują nadmienioną utratę, mianowicie: siła rozprężliwości wywołana skutkiem samego rozgrzania wody, tudzież przez jej rozgrzanie maleje powinowactwo gazów do wody. Wraz z ulotnieniem gazów następuje rozkład i opadanie na sposób stałych składników wody. Nadmionej utracie gazów (wszakże tylko do pewnego stopnia) daje się zapobiedz jedynie tylko tym sposobem, iż wodę gazową nie ogrzewa się w większej ilości naprzód przed kąpielą, tudzież iż nie miesza się wody zimnej z gorącą (jak to zwykle dawniej robiono); ale jeżeli rozgrzanie poszczególnych kąpeli uskuteczni się parą wodną.

Różne są sposoby czyli metody ogrzewania parą wód gazowych na kąpiele mianowicie: metoda SCHWARTZA, PFRIEMA, CZERNICKIEGO i t. d.

Metoda SCHWARTZA polega na wprowadzeniu pary wodnej do przestrzeni, będącej pomiędzy dwoma dnami metalowej wanny. Rzeczona metoda wymaga obszernych kotłów parowych, potrójnej sieci rur żelaznych: jednej dla przeprowadzenia wody mineralnej do każdej poszczególnej wanny;

drugiej dla doprowadzenia pary wodnej do przestrzeni wanny, będącej pomiędzy dwoma jej dnami;

trzeciej dla odprowadzenia wody, wytwarzającej się ze skroplonej pary.

Nadto potrzeba urządzenia wentyli do rur parowych i holendrów przy rurach wodę mineralną do poszczególnych wanien doprowadzających, obojga najstaranniej zrobionych i w należytem stanie utrzymanych. Tego rodzaju urządzenie znakomicie odpowiada swemu celowi, wszakże jest bardzo kosztowne.

Opisawszy szczegółowo nadmienioną metodę w artykule: „*O sposobach ogrzewania wód mineralnych na kąpiele*” zamieszczonym w „*Przeglądzie lekarskim*” r. 1866. Nr. 9—16, tudzież w publikacji „*Nowe łazienki w Krynicy pod względem architektonicznym, technicznym i balneoterapeutycznym. Kraków 1866*”, uwolnieni jesteśmy od obszerniejszego na tem miejscu opisu rzeczonyj metody SCHWARTZA.

b) Metoda PFRIEMA zasadza się na bezpośredniem wpuszczaniu pary wodnej (będącej pod silnem jej ciśnieniem) do poszczególnej wanny, wodą mineralną zimną napełnionej. Niekorzyści i niedogodności nadmienionej metody wyłożyliśmy w powołanych powyżej naszych publikacjach, przeto pomijamy ich wyliczanie na tem miejscu.

Nadmienione metody ogrzewania bywają przedewszystkiem zastosowywane do kąpiele przyrządzanych ze szczaw gazowo-żelazistych.

System ogrzewania kąpiele według SCHWARTZA zaprowadzony został dotychczas w naszym kraju najpierwej w Krynicy (r. 1866), a następnie w Żegiestowie (r. 1887). Cały mechanizm balneotechnicznego urządzenia gmachu kąpielowego w zakładzie zdrojowym w Krynicy, świetnie i wzorowo wykonała krajowa fabryka machin i narzędzi Ludw. ZIELENIIEWSKIEGO, od lat 50 istniejąca w Krakowie.

c) Odmienny i nowszy sposób ogrzewania wody kąpielowej parą zasadza się na tem, iż dla każdorazowego przyrządzenia kąpiele, szrubuje się do otworu rury w wannie będącej, wężownicę miedzianą, parą ogrzewaną. Po ogrzaniu się wody kąpielowej (co w 4 do 5 minut następuje), i po zamknięciu wężownicy odpowiednim wentylem, wyjmuje się ją z wanny. Nadmieniony sposób można zastosować do wanien zrobionych z jakiegobądź materiału; przeciwnie zaś metoda SCHWARTZA użytą być może jedynie tylko do wanien metalowych.

Sposób powyżej opisany uchyla nietylko bardzo niemily łoskot i syczenie, nieuniknione powstające przy ogrzewaniu wody metodą PFRIEMA; ale zapobiega rozpryskiwaniu się wody z wanny na ściany tudzież na podłogę pokoju kąpielowego, o którychto jego niedogodnościach naocznie przekonaliśmy się, przy grzaniu kąpiele waniennych sposobem PFRIEMA w łazienkach francusko-badzkich, własnością D-ra CARTELLIEREGO będących.

(d. c. n.)

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

85. Dr. LÜDEVITZ. **O ławatywach glicerynowych.** Od pewnego czasu zachwala ją bardzo glicerynę jako środek czyszczący w małych dawkach, a szczególnie przy nagromadzeniu kału w kiszkiach grubych. Gliceryna już w małej ilości wywołuje obfite wypróżnienia zformowanego kału bez żadnych boleści zdaje się więc że pobudza ona do silniejszego ruchu robaczkowego głównie dolne oddziały kiszki grubych. Anacker, który pierwszy ławatywy z gliceryny jako środek czyszczący zalecił, sądzi że działa ona przede wszystkim jako środek silnie odciągający wodę, wskutek tego występuje obfita ilość wody z błony śluzowej kiszki grubych, przekrwienie, silne wzmoczenie ruchu robaczkowego i napieranie na stolec.

Autor dla rozstrzygnięcia pytania: w jaki sposób działa gliceryna, przedsięwziął doświadczenia na królikach. Otóż pokazało się, że gliceryna i tutaj użyta w bardzo małych dawkach wywołuje wypróżnienia zformowanego i zbitego kału. Przytem czyszczące jej działanie nie następuje wcale wskutek odruchowego podrażnienia większych odcinków kiszki, w tem tylko miejscu, w którym gliceryna bezpośrednio działa na kiszkę grubą sprowadza w niej przekrwienie (hyperemię) przesączenie się wody ze krwi obok wzmoczonego ruchu. Przez ten ostatni, płyn posuwa się dalej ku górze i wyżej położone oddziały kiszki ulegają opisanym już zmianom, z drugiej zaś strony zawartość kiszkiwa bywa posuwana na dół, a następnie wydalona. Podobne działanie widzimy i po iniekcjach do kiszki innych drażniących płynów jak roztworów soli kuchennej zwłaszcza mocno stężonych.

(Berl klin Wochen. Nr. 13).

86. Dr. PATSCHKOWSKI. **Przyczynę do patologii i terapii raka odźwiernika.** W przypadku opisywanym przez autora chodziło o 38-letniego mężczyznę cierpiącego na przymiot, tabes i raka odźwiernika; zasłużył w tym przypadku na uwagę, że guz umiejscowiony w okolicy odźwiernika rozszedł się i nastąpiło przedziurawienie ścian żołądka, nie w miejscu jednak raka, lecz obok niego. W przypadku tym chory od miesięcy kilku przedstawiał wybitne symptomy żołądkowe: brak apetytu, nudności i po spożyciu pokarmów nieustające wymioty. Przy badaniu autor znalazł w okolicy odźwiernika twardy wielkości orzecha włoskiego nowotwór, którego można było nie tylko wyczuć, ale z powodu nadzwyczajnej chudości pacjenta i widzieć.

Autor zalecił do użytku wewnętrznego roztwór kwasu solnego i rozcieńczone białko; nadto zalecił brzuch smarować kilka razy dziennie roztworem terpentyny w glicerynie. Wymioty po tej medykacji ustąpiły w zupełności; autor zaordynował następnie w myśl Bencke'go dyetę przeważnie roślinną i *ol. therebinthin.* po 10 kropli 3 razy dziennie w kleiku owsianym. Przy tym sposobie leczenia pacjent czuł się znacznie lepiej a guz widocznie zmniejszać się zaczął, tak że w tem miejscu można było spotkać zaledwie nieznaczny opór. Po kilku tygodniach takiego leczenia, chory tak dalece odzyskał siły, że przedsięwziął podróż do Nauheim. Autor stracił chorego z oczów, ten bowiem poddał się kuracji homeopatycznej. Kiedy powtórnie do niego wezwany został, objawy raka żołądka wystąpiły z dawną siłą, a i guz można było znowu łatwo wyczuć w okolicy odźwiernika. Autor ulegając prośbom pacjenta zrobił mu przepłókiwanie żołądka, co miało widoczny wpływ na polepszenie jego stanu. Razu jednak jednego pacjent dostał silnych boleści i przy objawach przedziurawienia żołądka życie wyzionął.

Zasługuje na uwagę w opisanym przypadku zmniejszenie się wyraźne guza w czasie leczenia, perforacya żołądka nie w miejscu usadowienia się raka, ale obok niego. Czy znikanie guza wywołanem było przez leczenie, autor nie podejmuje się rozstrzygnąć, dodaje jednak, że tę samą terapię t. j. dyetę roślinną i olejek terpentynowy stosuje w przypadkach raka macicy i zawsze do-

znawał przy tem wrażenia, że choroba nie czyniła tak szybkich postępów. Wprawdzie wyznać trzeba, że w przebiegu raka żołądka zdarzają się chwilowe polepszenia bez żadnej interwencji terapeutycznej. Nigdzie jednak nie znajdujemy wzmianki o zmniejszeniu się nowotworu. Na zakończenie dodamy, że przeciwko bólom występującym tak gwałtownie u chorych rakowatych, fenacetyna w dawce 0,5 okazała się skuteczniejszą aniżeli środki narkotyczne, nie posiadając o ile się zdaje ich stron ujemnych.

(Berl. klin. Wochensft. Nr. 19).

87. FEIBES. Niezwykły sposób infekcyi przymiotowej. Autor miał sposobność widzieć chorego z wyraźną wysypką przymiotową. Pacjent jednak, człowiek inteligentny do słów którego można było przywiązywać wagę, twierdził iż nigdy nie miał żadnego cierpienia części płciowych oprócz trypra, nadto od dwóch lat, ponieważ był zaręczony, unikał każdego stosunku płciowego. Autor zaczął jednak szukać pierwsiastkowego ogniska zakażenia. Części płciowe okazały się najzupełniej zdrowe. gruczoły limfatyczne w pachwinach również nie były obrzmiałe. Tylko w prawej jamie pachowej można było wykryć obrzmiały gruczoł limfatyczny. Gruczoły podszczękowe również były obrzmiałe, szczególnie z prawej strony. W każdym razie te obrzmienia gruczołów z prawej strony musiały naprowadzać na myśl, że pierwotne ognisko leży w prawej stronie jamy ustnej lub po tej samej stronie głowy. Jama ustna przy najdokładniejszym badaniu okazała się zupełnie zdrową; tylko na prawym policzku można było wykryć twardy węzełek. Otóż okazało się że pacjent przed kilku tygodniami został skałeczonym w to miejsce przez cyrulika, nie zwrócił jednak na to uwagi. Od tego też czasu chory zauważył obrzmienie gruczołów na szyi. Autor twierdzi ten węzełek uznał za szankra pierwotnego; niewątpliwie w tym przypadku brzytwa była przenośnikiem zakażenia. Również rezultat leczenia dowiódł, że mieliśmy do czynienia z wysypką natury przymiotowej. Przy używaniu bowiem pigulek z *protojoduret. hydrarg.* i pokryciu miejsc cierpiących *Empl. de Vigo*, objawy znikły w zupełności. Przypadek ten pokazuje jak w rozpoznaniu wysypek przymiotowych małe znaczenie posiada anamneza; tylko miejsce obrzmienia gruczołów limfatycznych naprowadzić może na pierwotne ognisko zakażenia.

(Berl. klin. Wochensft. 23—1889). W. Chodecki.

88. BELLIN. Zatrucie kwasem saletrzanym i systematyczne stosowanie jego celem wywołania poronienia. Medycyna ludowa zaleca oddawna kwas saletrzany w cierpieniach żołądka i kiszki; nieznanemi natomiast były dotychczas jego własności poronne. Bellin podaje 8 odpowiednich spostrzeżeń u prostytutek, które tem więcej zasługują na uwagę, iż przedstawiają pierwsze przypadki przewlekłego zatrucia kwasem saletrzanym. W ciągu 1—4 miesięcy przyjmowały chore, codziennie zwiększając dawkę, po 10 kropli do 1/2 uncji *Acid. nitr. crud.* Objawy otrucia: Gwałtowny upadek odżywiania, nadzwyczajna niedokrwistość, brak snu, drżączka, objawy ostrego nieżytu żołądka i kiszki (silne wymioty i bóle), zmniejszone wydzielenie moczu. Łatwo pojąć, iż w takim stanie może nastąpić poronienie (w połowie przypadków); nie zależy ono jednak bezpośrednio od działania kwasu saletrzanego na macicę, lecz od zaburzeń spowodowanych zatruciem (niedokrwistość, zwyrodnienie szlachetnych narządów, zastoje w żyłach wrotnej, zwężenie naczyń tętniczych). Zaburzenia znikają najczęściej po zaprzestaniu przyjmowania kwasu; w 2 przypadkach jednak bóle żołądkowe doprowadziły do zaburzeń umysłowych i do samobójstwa. Objawy pośmiertne: Zwyrodnienie serca, wątroba muszkatolowa, powiększenie śledziony, zapalenie nerek i obrzęk mózgu. W końcu ostrzega autor, aby rozpoznając gwałtowne wymioty ciężarnych, gdy istnienie ciąży jest rzeczą pewną, mieć na uwadze powyższe objawy chorobowe i w obec podejrzenia na zatrucie nie przystępować do sztucznego poronienia.

(St. Petersb. med. Wochenschr. 1889—11). W. Sz.

## KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

**Prof. dr. Juliusz SCHREIBER. O dyetetycznym leczeniu chronicznego zapalenia nerek.** Wykład wygłoszony w Towarzystwie I-karskiem w Królewcu.

Sprawozdawca dr. Wl. Chodecki.

Przy zupełnej prawie bezsilności środków farmaceutycznych przeciwko rozmaitym formom zapalenia nerek, dyetetyczne ich leczenie jest kwestyą pierwszorzędного znaczenia. Należy tutaj w pierwszej linii rozstrzygnąć doniosłe pytanie, czy cierpiącym na chroniczne zapalenie nerek należy dawać przeważnie pokarmy bogate w azot, czy węglowodany? Nadto trzeba się zająć rozwiązaniem kwestyi, czy substancje proteinowe nie zwiększają głównego objawu cierpienia nerkowych t. j. albuminuryi i t. d.

Oto co mówi prof. Senator w tej kwestyi: „W każdym razie postąpimy właściwie, wzbraniając użycia jaj przy już istniejącej albuminuryi“. Podobne zdanie wygłasza znany badacz choroby Bright'a prof. Semmola z Neapolu. Wprawdzie przeglądając uważnie odnośną literaturę spotkać można dosyć zdań przeciwnych, te jednak nie wywarły wpływu stanowczego na postępowanie terapeutyczne lekarzy przy łóżku chorego.

Kwestya ta wymaga więc jeszcze stanowczego rozstrzygnięcia, a to na podstawie badania doświadczalnego i obserwacji klinicznej.

Znane doświadczenia Stokwis'a i Lehmann'a robione na zwierzętach wykazują, że białko kurze po dostaniu się do krwi, nie tylko bywa wydzielane z uryną, ale że także stwarza warunki do wydzielania w urynie produktów patologicznych z szeregu ciał białkowych.

Musimy jednak zauważyć, iż doświadczenia te dla obchodzącej nas kwestyi podrzędne tylko mają znaczenie; chodzi tutaj bowiem o białko zastrzyknięte bezpośrednio do krwi, lub tkanki podskórnej. Z nowszych badaczy podają wprawdzie Becquerel i Hammond, że po zjedzeniu 10 jajek wydzielali przez 24 godzin mocz zawierający białko.

Oto są podstawy, na których prof. Senator oparł swoje twierdzenia. Ale także radzi on i z innymi ciałami azotowymi być ostrożnym, jeżeli chodzi o usunięcie albuminuryi. Prof. Senator wielokrotnie obserwował, że po obfitem użyciu mięsa u zdrowych ludzi występowała albuminurya, a już istniejąca zwiększała się znacznie.

Te same wymagania odnośnie leczenia białkomoczu stawia i prof. Semmola, jakkolwiek w wielu kwestyach zajmuje on odrębne stanowisko.

Według niego prowadzi iniekcye białka do prawdziwego „skażenia krwi białkowego“ (*albuminöse Dyscrasie*) i do wydzielania białka z uryną, którego ilość z dniem każdym przewyższa ilość zastrzykniętego białka. Równolegle do tego i wydzielanie dobowe mocznika znacznie się zmniejsza i mogą nawet powstać obrzęki, puchlina wodna w jamach ciała i t. d. Otrzymane w ten sposób rezultaty do złudzenia reprodukuja obraz chronicznej choroby Bright'a.

Musimy jednak raz jeszcze zaakcentować, że tego rodzaju doświadczenia, cytowane jako stanowczy dowód przeciwko użyciu diety azotowej w chronicznych zapaleniach nerek, nie mają w rzeczywistości tego rozstrzygającego znaczenia, jakie im przypisują. Dowodzą one mianowicie jednej tylko okoliczności, że różnorodne płyny wstrzyknięte do krwi lub tkanki łącznej, jak np. białko kurze bywają wydzielane różnymi drogami z ustroju, najczęściej zaś przez nerki, a to może wywierać wpływ drażniący na ten filtr naszego organizmu.

Przeciwko wyłącznej diecie azotowej w chorobie Bright'a badania te wcale nie przemawiają, a przecież mleko zalecane w tej chorobie przez Senatora, Sem-

mołę i wielu innych autorów, według doświadczeń Pavy'ego, Vulpian'a i innych wstrzyknięte do krwiobiegu bywa wydzielane natychmiastowo z uryną.

Według zdania prof. Semmoli lekarz chcący wynagrodzić utratę białka wydzielanego z uryną, przez podawanie substancyj proteinowych choremu, to tylko osiąga, że ilość wydzielanego na dobę białka podwaja, a nawet potraja się.

Gdyby twierdzenia te żadnej nie ulegały wątpliwości, wtedy używanie pokarmów azotowych przez cierpiących na chroniczne zapalenie nerek sprowadzałoby dla nich podwójne niebezpieczeństwo, a mianowicie zwiększenie białkomoczu i podrażnienie nerek jako organu wydzielniczego.

Autor, aby sprawdzić ostatecznie wpływ zwiększonego żywienia się pokarmami azotowymi na wydzielanie białka w urynie, wykonał następujące doświadczenia: Młodzi, zdrowi ludzie obok przeważnej diety azotowej otrzymywali przez trzy dni po 13, 14 i 15 surowych jaj; poszukiwnie białka w urynie urkuteczniane przez dni 6 wykazało rezultat absolutnie negatywny.

Aby sprowadzić warunki pomyślniejsze dla wydzielania białka, autor używał do doświadczeń dzieci w wieku od 7—11 lat; w tym czasie bowiem zdarza się białkomocz i bez choroby Bright'a. Istnieją więc widocznie w tym wieku warunki pomyślniejsze dla wydzielania białka.

Otóż dzieci te otrzymywały przez trzy dni co dzień po sześć surowych jaj. W tym czasie i po upływie trzech dni poszukiwano starannie białka w moczu, ale bez żadnego rezultatu.

Możemy więc z tego wyciągnąć usprawiedliwiony wniosek, że zwiększony dowóz substancji białkowych obok zwykłej diety mieszanej nie prowadzi do białkomoczu i to nawet u indywidualów z większą skłonnością do wydzielania białka. Fakta te znajdują zresztą świetne potwierdzenie w dokładnej obserwacji prof. Oertel'a uczynionej na chorym z zaburzeniami w krwiobiegu w wysokim stopniu, z obrzękami kończyn dolnych, ale bez białkomoczu; chory ten obok swego zwykłego pożywienia otrzymywał przez dni 12 co dzień po 6 jaj surowych bez śladu białkomoczu.

Wprawdzie dr. Noorden badając trzy podobnie żywione indywidua znalazł w nich ślady białka w urynie. Zjawisko to jednak wystąpiło w pierwszym badanym przypadku niespełna w godzinę po zjedzeniu 5 surowych jaj, a dalej objawiało się tak niestale, że przyczynę jego niepodobna jest szukać w zwiększonej ilości spożytego białka. Wprawdzie dr. Stokwis w świeżo wydanej pracy utrzymuje, że jedynie w y ł ą c z n e spożywanie wielkich ilości surowego białka sprowadza u zwierząt białkomocz, lub zwiększa już istniejący; surowe bowiem białko nie jest w stanie zwiększyć na tyle wydzielinę soków trawiennych, by uleść potrzebnej do rezorbcyi przemianie. Przez to zwierzęta wpadają w stan głodzenia, a wchłanianie staje się żywszem; tak więc cząstki płynnego białka, dostając się do krwiobiegu, bywają wydzielane z moczem.

Autor sprawdzał również na człowieku doświadczenie Stokwis'a o ile wyłącznie zjawienie się wielkimi ilościami surowego kurzego białka wywołać może białkomocz. W tym celu karmił pewnego 50-letniego mężczyznę przez całą dobę wyłącznie surowymi jajami, których spożył 12 sztuk między 8 godziną rano a 8 wieczór. Co godzina zbierana i oddzielnie badana uryna okazała się być absolutnie wolną od białka kurzego. Czy zaś pod wpływem tak niesmacznego pożywienia zmniejsza się i ilość soku żołądkowego, zawierającego kwas solny, jak to przypuszcza Stokwis? Otóż okazało się wbrew jego twierdzeniu, że wypompowana treść żołądkowa zawierała kwasu solnego 0,27 proc.

Żeby jednak doświadczenie to czyniło zadość wszelkim wymaganiom, autor wybrał do niego pacjenta cierpiącego na upośledzone wydzielanie soku żołądkowego, obok normalnej siły ruchowej i wyspania żołądka. Przez dwa dni chory ten spożył 25 surowych jaj, badana znowu uryna nie okazywała nawet śladów białka.



Z doświadczeń tych stanowczo wynika, że ów mniemany przez niektórych autorów drażniący wpływ pożywienia azotowego na funkcję nerek u zdrowych przynajmniej, wcale nie istnieje.

Pozostaje do rozstrzygnięcia, jak się zachowuje uryna pod wpływem diety azotowej u cierpiących na chorobę Bright'a.

Dla otrzymania dokładnej odpowiedzi na to pytanie, pacjenci dotknięci chronicznem zapaleniem nerek, obok zwykłego mieszanego pożywienia otrzymywali 6—10 surowych lub gotowanych jaj. U żadnego z tych chorych otrzymujących zwiększoną ilość substancji azotowych, nie można było wykryć powiększenia się ilości białka w moczu. Ten sam stosunek istniał po spożyciu gotowanych lub surowych jaj.

Karmienie chorych większą ilością substancji proteinowych wykryło nawet ciekawe zjawisko, że dieta przeważnie azotowa jest nawet w stanie chwilowo lub stale wstrzymać wydzielenie białka.

Doświadczenia te są w najzupełniejszej zgodzie z ciekawą obserwacją prof. Oertl'a uczynioną na chorym na cierpienie nerek, który przez 10 dni trzymał obok zwykłego mieszanego pożywienia, 6—10 surowych jaj. Obserwacja ta jest wymowną ilustracją twierdzenia, że spożywanie większych ilości materji azotowych może nawet korzystnie wpłynąć na białkomocz.

W żadnym więc razie nie możemy uważać białka jako bodźca drażniącego nerki; pożywienie zaś azotowe przy chronicznych formach zapalenia nerek bynajmniej nie jest przeciwwskazaniem. Rezultat ten badania eksperymentalnego jest tem ważniejszym, że w chorobie podkopującej siłę i odżywianie organizmu powodu utrat białka jak w chorobach nerek, białko kurze jako rzecz pożywna a łatwo strawna wybitną rolę grać musi.

Prof. Senator radzi być również ostrożnym z używaniem mięsa, jeżeli chodzi o usunięcie białkomoczu i radzi wyłączną dietę mleczną. Te same przekonania w tej mierze wygłasza i prof. Semmola. „Skoro tylko białko pokazuje się w urynie, mówi on, należy uważać jako zasadę, że podstawę wszelkiego leczenia stanowi wyłączna dieta mleczna, która już po upływie dni paru sprawia, że białko z uryny znika zupełnie lub przynajmniej wydzielenie jego nakomicie się zmniejsza“.

Zbadajmy więc teraz, jaki wpływ wywiera dieta mięsna na wydzielenie się białka, a jaki wyłączne pożywienie mięsne?

Odpowiedź na te ważne pytania dają nam dokładne badania uskuteczzone w berlińskiej klinice prof. Leyden'a, a które posłużyły za temat dwóch dySSERTACJI doktorskich.

Otóż pokazuje się znowu, że u cierpiących na chorobę Bright'a, nawet luźsze i obfite spożywanie mięsa nie powiększa wcale białkomoczu, sprawdza częściej nawet jego zmniejszenie; wpływ zaś wyłącznej diety mlecznej na znikanie białka z moczu nie jest bynajmniej stałym i znaczniejszym, aniżeli diety mięsnej.

Na podstawie więc doświadczeń twierdzić możemy, że w ogóle żadna forma żywienia się ani więc dieta mieszana, ani mięsna, ani wyłączna mleczna nie wywierają stałego wpływu na zmniejszenie lub zwiększenie się wydzielenia białka w urynie; otrzymany ten eksperymentalnie jakkolwiek ujemny rezultat ma jednak i pomysłne znaczenie, jeżeli rozważymy, jak jeden rodzaj żywienia w ogóle chorzy źle znoszą.

Jakkolwiek wpływ diety zbadanym został odnośnie do najważniejszego symptomu chronicznego zapalenia nerek t. j. białkomoczu, to pozostaje jeszcze do wysledzenia wpływ pożywienia na czynność aparatu trawienia, na przemianę materji i stan ogólny chorego.

Wskutek wyłącznego azotowego pożywienia nagromadzają się we krwi końcowe produkty przemiany materji, a mianowicie mocznik, który wydziela

przez nerki drażni je, a zatrzymany w organizmie, prowadzi do mocznicy. Badacze włoscy Mya i Wandoni widzieli po podskórnych iniekcjach mocznika u królików białkomocz, zapalenie nerek i mocznicę, a i Voit karmiąc psy mocznikiem, po sztucznym przerwaniu jego wydzielenia, widział występującą mocznicę. Z drugiej jednak strony Stokwis przez wyłączne karmienie azotowe mógł zwiększyć ilość mocznika w urynie aż do 80 gr. na dobę i więcej, bez śladu jednak białka.

Niebezpieczeństwo więc wyłącznej diety azotowej jedynie na tem polega, że końcowe produkta przemiany materii ciała azotowych nagromadzają się we krwi, a ztąd i wydzielanie ich jest utrudnionem.

Co się zaś tycze wpływu rozmaitego odżywiania na wagę ciała i ogólny stan chorego, to zasadniczej różnicy i pod tym względem dostrzedz nie możemy; zdaje się tylko z dotychczasowych obserwacji, że dieta przeważnie azotowa i mleczna prędzej wpływają na powiększenie wagi ciała, aniżeli pożywienie mięsne.

Musimy nakoniec rozstrzygnąć kwestyę, jak powinniśmy żywić chorych na chroniczne zapalenie nerek? Na podstawie wyżej przytoczonych doświadczeń i obserwacji śmiało twierdzić możemy, że jednostronne pożywienie, zwłaszcza na czas dłuższy przez chorych weale nie dobrze ływa znoszonym i że nie ma żadnej podstawy dawać jednemu rodzajowi pożywienia przewagi nad drugim. Zawsze powinniśmy mieć tę okoliczność na uwadze, że choroba Bright'a silnie podkopuje siły i odżywianie organizmu; obfite używanie p karmów azotowych i roślinnych, zabranianie korzeni i napojów alkoholicznych i czynienie zadość indykacyom symptomatycznym stanowią podstawę leczenia.

## ODCZYTY KLINICZNE

Prof. F. GUYON. Odczyty kliniczne wygłoszone w wydziale medycznym w Paryżu.

**Choroby chirurgiczne nerek.** (*Séméiologie des affections rénales*).

Streścił Dr A. Grübaum.

### L e k c y a I.

O rozpoznawaniu w ogóle chorób nerkowych.

Ponieważ określenie rozmaitych przewłocnych spraw chorobowych, jakie się w nerkach, już to samodzielnie, już też w skutek istnienia w cewce lub pęcherzu mechanicznych przeszkód do swobodnego oddawania moczu, jest rzeczą nader trudną, przeto też stara się Guyon zapoznać swoich słuchaczy z najbardziej pod tym względem przydatnemi sposobami klinicznego i fizykalnego badania. Ze względu na to, iż wszystkim tym zmianom chorobowym, w tym przynajmniej okresie, w którym chorzy już rozmaitych doznawają zakłóceń ze strony narządu mocowego, towarzyszy zawsze sródmiaższowe zapalenie nerek przewłocznego charakteru, wyklada G. najsamprzéd w jaknajdokładniejszy sposób objawy, jakie przy tem ostatniem najczęściej spostrzegamy, Objawami temi są 1) zakłócenia w czynności pęcherza, 2) zakłócenia w ogólnym ustroju, szczególnie zaś w narządzie trawienia i 3) zmiany w położeniu anatomicznem samych nerek i ich stosunku do sąsiednich narządów. O istnieniu pewnej zależności między fizyologiczną czynnością pęcherza i prawidłowym stanem tkanek w nerkach, jak również między czynnością nerek i powiększoną wrażliwością tkanek pęcherza, przekonał się G. stanowczo przy przeprowadzeniu swoich klinicznych spostrzeżeń, które następnie sprawdzone zostały na stole sekeyjnym—i fizyologicznych doświadczeń, jakie w tym względzie pod jego kierunkiem przeprowadził Tuffier na zwierzętach. Otóż spostrzeżenia te i doświadczenia wykazały: 1) że bolesność w pęcherzu, parcie

i częste oddawanie moczu mogą czasami być tylko wynikiem zmian chorobowych, jakie się rozwijają w nerkach i 2) że chirurgiczna poliurya może dosyć często być skutkiem zmian chorobowych, które w tkankach pęcherza silnie wywołują drażnienie. Chirurg więc, mając przed sobą chorego, u którego na pierwszy rzut oka tylko co wspomniane spostrzega objawy, powinien pamiętać o możliwości pojawienia się tych ostatnich wskutek odruchowego oddziaływania na siebie tych dwóch głównych części składowych narządu moczowego, Zeby więc móżdżek w każdym oddzielnym przypadku, przy istnieniu tylko co wspomnianych zakłóceń, określić, czy u danego chorego nerki są właściwie dotknięte tą zmianą chorobową i czy zmiany te są natury zapalnej i to charakteru przewłocznego, należy jeszcze, jak samo przez się rozumie się, w nader dokładny sposób i to niejednokrotnie jakościowo i ilościowo badać mocz. Przy wielokrotnem bowiem przeprowadzeniu u tego rodzaju chorych badania moczu może się udać chirurgowi wykryć 1) że ten ostatni wydziela się w ciągu doby w zwiększonej ilości i 2) że uryna ta zawiera w sobie stosunkowo bardzo niewielką ilość mocznika, Poliurya ta, występując najczęściej najsamprzód t. j. przy braku jeszcze wszelkich innych ze strony nerek objawów, staje się zwykle tem widoczniejszą i trwalszą, im przewłoczne te zmiany charakteru zapalnego w tych ostatnich bardziej się rozwijają. Poliurya ta różni się tem od poliuryi, jaką spostrzegamy przy rozmaitych innych sprawach chorobowych, że ogólna ilość wydzielanego w ciągu doby moczu nigdy nie przewyższa 3—4 litrów i że prawie zawsze ustępuje razem z usunięciem przyczyny ją wywołującej. Jeżeli zaś ta ostatnia i pomimo usunięcia przyczyny, nie ustępuje, to należy to uważać za stanowczy dowód, że anatomiczne zmiany w nerkach, już o tyle postąpiły naprzód, że restitutio ad integrum już nigdy w nich nie nastąpi. Co się tyczy drugiej wspomnianej zmiany, jaką w takiej mianowicie urynie spostrzegamy, t. j. zmniejszenie się ilości wydzielanego mocznika, to należy tylko zauważyć, że ten ostatni, mimo istnienia poliuryi, nie wydziela się w większej ilości niż 10,0—12,0—15,0 w ciągu doby. Do ogólnych zaś objawów należą funkcjonalne zakłócenia w innych narządach, jakie u tego rodzaju chorych występują wskutek nieprawidłowego działania nerek. Niewydzielane bowiem części składowe moczu, nagromadzając się coraz więcej i więcej, wywołują ogólne otrucie ustroju z nader poważnemi zakłóceniami w rozmaitych narządach; w pierwszym zaś rzędzie w narządzie trawienia. Ostatnie te zakłócenia bywają, stosownie do stopnia otrucia, już to mniej znacznemi, albo też bardzo ciężkiemi. Do mniej znacznych zakłóceń należą: brak apetytu, zaparcie stolca, opieszale trawienie, obłożony biały język i ból głowy. Wyliczone tylko co objawy, jak również i pewne ich odmiany, same przez się, jak łatwo zrozumieć, nie przedstawiają nic takiego, coby mogło być godnem uwagi, jeżeli jednocześnie nie spostrzegamy współtowarzyszących im objawów ze strony narządu moczowego, szczególnież ze strony cewki lub pęcherza. Zakłócenia te wtedy pokazują tylko, że w nerkach rozwija się śródmiąższowe przewłoczne zapalenie, jeżeli je spostrzegamy u chorych, cierpiących na jakąkolwiek bądź mechaniczną przeszkodę do swobodnego oddawania moczu. Ciężkie zaś objawy ze strony ustroju, szczególnież przewodu pokarmowego, spostrzegamy u tego rodzaju chorych tylko wtedy, gdy śródmiąższowe zapalenie nerek istnieje już od dosyć dawna i jeżeli to ostatnie jest już dosyć silnie rozwiniętem. Objawy te są zawsze wynikiem występującego już charakteru moczowego. Ze wszystkich tych ostatnich najbardziej zasługuje na uwagę wygląd języka. Ostatni, przedstawiając się na samym początku rozwoju charakteru gładkim, suchym i pokrytym w środku czarnym sadzowatym osadem, staje się w następstwie na całej swojej powierzchni silnie czerwonym, błyszczącym i mało ruchomym, w ostatnim zaś okresie, wskutek pojawienia się na jego górnej powierzchni głębokich bruzd, podzielonym na odcinki rozmaitych wielkości. Taki wygląd

języka można podług Guyon'a obserwować wyłącznie i li tylko przy powolnym i stopniowym rozwinięciu się otrucia moczowego t. j. właściwie powiedziawszy, przy istnieniu śródmiaższowego przewłocznego zapalenia nerek i radzi go nazwać językiem moczowym (*langue urinaire*)<sup>1)</sup>.

Co się tyczy zakłóceń, jakie wskutek powolnego otrucia moczowego w innych spostrzegamy narządach, jak np. w sercu, płucach i t. d., to należy pamiętać, że te ostatnie występują zazwyczaj dosyć późno t. j. w ostatnim już okresie choroby, przez co też i dyagnostyczna ich wartość jest prawie żadną. Jak więc widzimy, to wyłożone dotychczas miejscowe i ogólne zakłócenia pozwalają nam, do pewnego przynajmniej okresu choroby, zaledwie podejrzewać, że w śródmiaższu nerek rozwija się przewłoczna sprawa zapalna. Żeby jednak pod tym względem jakiegokolwiek bądź większej nabrać pewności, należy podług G. jeszcze kilkakrotnie przeprowadzić miejscowe badanie nerek. Przy czestem bowiem powtarzaniu tego rodzaju ładania, może się zdarzyć, że chirurg chociaż raz będzie w stanie dokładnie określić wrażliwość chorobowo-zmienionej nerki i zmianę w jej objętości i anatomicznem położeniu. Miejscowe to badanie przeprowadza się w następujący sposób: naciskając kilkoma palcami lewej ręki na okolice lędźwiową t. j. między ostatnim zębem i grzebieniem kości biodrowej, szczególnie zaś w kacie między tem zębem i ciałem pierwszego kręgu lędźwiowego, a prawą ręką na przednią ścianę brzuszłą, z prawa poniżej łuku zebrowego, na lewo zaś, wnikając pod ten łuk, można w większej części przypadków, przy ostrych szczególnie zmianach w mięszszu nerek wywołać dosyć dotkliwy ból i jasne wyrobić sobie pojęcie o jej objętości i prawidłowem położeniu. Patologicznie bowiem zmieniona nerka, zwiększając swoją objętość, rośnie zawsze w kierunku najmniejszego ciśnienia, t. j. ku przedniej ścianie brzucha. Jeżeli więc chirurg za pomocą ucisku, wywieranego na ścianę lędźwiową, przybliży ją jeszcze bardziej ku przodowi, to tem łatwiej może ją wyczuć i dokładnie określić objętość, ruchliwość, postać i bolesność. Również badanie moczu często powtarzane może nam czasem t. j. przy obostrzeniu się sprawy zapalnej w nerkach z charakterem ropnym dać niezbite dowody, że właściwie te ostatnie dotknięte są tą sprawą chorobową. Ropny bowiem mocz, wydzielany przez takie nerki, bywa pod dwoma szczególnie względami nader charakterystycznym 1) że nigdy, mimo tworzenia się na dnie naczynia znacznego osadu, nie traci swojej białawej, lub biało-zielonawej barwy i 2) że bar-

<sup>1)</sup> Dokładna znajomość tylko co opisanych objawów jest dla terapeutów szczególnie rzeczą wielkiej wagi. Błędy bowiem popełniane tak często przez tych ostatnich pod tym względem, są, jak łatwo zrozumieć, prawie zawsze przyczyną stosowania przez nader długi czas nie właściwego leczenia i, co koniec końcem za tem idzie, śmiertelnego zejścia. Że tego rodzaju pomyłki u terapeutów nie rzadko się zdarzają dosyć dowodnie nam pokazuje przypadek ogłoszony przez kol. Chełmońskiego p. t. „Przypadek odmy piersiowej w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek” (Gazeta lekarska. Nr. 35, 1888 r.) w którym jakby na usprawiedliwienie, że w klinice dyagnostycznej nie rozpoznano za życia pacjenta istoty choroby, wyraża się w następujący sposób. „W przytoczonym przypadku badanie moczu, które mogło być doprowadzić do właściwego rozpoznania, w obec wyraźnych objawów ze strony przewodu pokarmowego i braku obrzęków, przeoczone zostało”. Otóż, jeżeli nierozpoznanie istoty choroby u tego rodzaju pacjentów, jak to miałem możność niejednokrotnie przekonać się, jest u terapeutów rzeczą dosyć często zdarzającą się, to, tylko co przytoczone usprawiedliwienie pokazuje najzupełniejszą nieznaną obrazu klinicznego, jaki najczęściej spostrzegamy przy interesującej nas sprawie chorobowej. Przy istnieniu bowiem przewłocznego śródmiaższowego zapalenia nerek widzimy właśnie, 1) że badanie moczu samo przez się w większej części przypadków do żadnych stanowczych nie doprowadza wyników, 2) że obrzęki prawie nigdy nie bywają i 3) że do najgłośniejszych właśnie objawów należą owe zakłócenia w narządzie trawienia, jakie kol. Chełmoński u swojego spostrzegł chorego. (*Spraw.*).

dzo trudno, albo prawie nigdy nie podlega amoniakalnemu przeobrażeniu. Obie tylko co wspomniane charakterystyczne własności moczu są wynikiem a) że w tym ostatnim nigdy wszystkie ropne ciała nie osiadają w zupełności na dno, wskutek czego też uryna nie traci charakteru zawiesiny i białawej swojej barwy i b) że mocz, zawierając w sobie stosunkowo niewielkie ilości mocznika, jest niezdolnym do amoniakalnego przeobrażenia.

## Lekcja II.

### Krwawomocz pochodzenia nerkowego.

Nerki, zawierając w sobie ogromną ilość naczyń krwionośnych, krwawią nader obficie przy łada jakimś poranieniu, lub też uszkodzeniu, wywołującym pęknięcie naczyń. Krwawienie nerkowe nie urazowego pochodzenia spostrzegamy tylko u takich chorych, u których śluziaki naczyń stały się, wskutek rozwinięcia się w nerkach pewnych zmian chorobowych, tak kruchemi, że nie mogą wytrzymać najmniejszego naporu krwi. Taka kruchość tkanek naczyń nerkowych rozwija się najczęściej przy tworzeniu się w miedniczkach lub kielichach kamieni, albo też przy rozrastaniu się w tkance nerkowej nowotworu złośliwego charakteru. Krwawienie nerkowe bywa zwykle a) jeżeli jest wynikiem chwilowego nadmiernego przyływu krwi do ich chorobowo zmienionych naczyń, krótkotrwałem i nieznanym, i b) jeżeli zaś jest wynikiem istniejących w pęcherzu zastojów moczowych, jak to nieraz zdarza się u starców, dotkniętych znacznym przerostem gruczołu przyprątnego, nader długotrwałem i bardzo obfitem. Żeby zaś módz w każdym oddzielnym przypadku krwawomoczu stanowczo określić źródło krwawienia, musimy szczególną zwracać uwagę na następujące objawy, mianowicie: 1) na objawy, które krwawienie to poprzedziły, 2) na postać, w jakiej ono występuje i 3) na zmiany miejscowe, jakie można u tego rodzaju chorych konstatować przy bezpośredniem badaniu nerek. Najczęściej jednak zdarza się, że tego rodzaju krwawienia występują zarówno przy istnieniu tak w nerkach, jak i pęcherzu jednych i tych samych anatomo patologicznych zmian, jak np. nowotworów, gruzlicy i t. d. w jednakowo nagły sposób t. j. bez żadnych poprzedzających ani współtowarzyszących objawów. Na rozpoznawczą więc wartość tych antecedensów, jak widzimy, stanowczo liczyć nie można. Co się tyczy sposobu i postaci krwawienia, to należy pamiętać, że przy pewnych zmianach chorobowych krwawienie to może, bez względu na źródło swojego pochodzenia, t. j. czy pochodzi z nerek, czy z pęcherza, pojawić się w zupełnie jednakowy sposób, mianowicie w postaci napadów, powtarzających się w rozmaicie oddalonych od siebie odstępach czasu i trwających od 5—6 dni. I ten więc objaw, jak widzimy, nie daje nam we wszystkich przypadkach tych charakterystycznych cech, na zasadzie których możnaby było z wszelką pewnością określić źródło krwawienia.

Jedną tylko postać krwawienia może nam pod tym względem niezawodnie oddać usługi. Postać ta wyraża się w następujący sposób, że chory w ciągu jednego dnia oddaje naprzemian już to mocz, zawierający w sobie bardzo znaczną domieszkę krwi, już to urynę zupełnie czystą i przezroczystą. Nagłe te zmiany w zabarwieniu moczu mogą nastąpić tylko w skutek tego, że moczowód chorej nerki zostaje nagle przez jakiś skrzep zatkanym i chory zaczyna oddawać zupełnie prawidłową urynę, pochodzącą wyłącznie ze zdrowej nerki. Co się tyczy obecności między skrzepami krwi odlewów moczowodów, do których niektórzy autorowie wielką przywiązują wagę, to należy podług Guyon'a pamiętać, 1) że odnalezienie ich w tej całej masie krwi jest rzeczą zazwyczaj nader trudną i 2) że i przy krwawieniu z gruczołu przyprątnego istnieją między skrzepami odlewy tylnej części cewki, które mniej więcej podobne są do odlewów, pochodzących z moczowodów. Do najpewniejszych jednak wyników można czasami dojść przy badaniu moczu za pomocą drobnowidza. Jeżeli bo-

wiem na polu mikroskopowem znajdują się włóknikowe cylindry, przypominające w zupełności kanaliki moczowe, to już niezbity mamy dowód, że krew ta odbyła już swoją drogę przez kanaliki nerkowe i że krwawienie to jest właściwie nerkowego pochodzenia. Samo przez się rozumie się jednak, że dla stanowczego określenia źródła krwawienia, nie należy ograniczyć się wyłącznie na danych, jakie otrzymujemy przy badaniu moczu, lecz w każdym oddzielnym przypadku należy jeszcze jaknajdokładniej badać sam narząd moczowy. Ostatnie to badanie przeprowadza się w następujący sposób: wprowadzając do pęcherza cewnik i wypuszczając całkowitą ilość znajdującego się w nim moczu, uważamy 1) czy ostatnia jego część nie staje się bardziej zabarwioną i 2) czy w pozostawionym w pęcherzu na 4—5 minut cewniku po dokładnem jego przemyciu, nie nabrała się znowu pewna ilość świeżej krwi. Przy istnieniu bowiem tylko co podanych objawów możemy z pewnością twierdzić, że krwawienie to pochodzi ze ścian zbiornika; przy ich zaś braku, że źródło jego znajduje się w części narządu moczowego głębiej położonej t. j. w nerkach. Ostatnie to rozpoznanie staje się jeszcze tembardziej prawdopodobnem, jeżeli, przy przeprowadzeniu wyżej wspomnianego sposobu badania nerek, znajdujemy, że obie, albo jedna tylko z nich jest bardzo wrażliwą na dotykane lub też znacznie powiększoną w swojej objętości. (d. c. n.)

## ODCINEK.

O istocie i historycznym rozwoju dyagnostyki przez prof. O. Kahler'a.  
Lekcyja wstępna, czytana 13 Maja 1889 r.

Przełożył Dr. A. Fruchtmann.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 26.)

Z rozwijającej się tak stopniowo anatomii patologicznej, złożonej początkowo w rękach klinicyistów, utworzyła się wkrótce oddzielna gałąź wiedzy lekarskiej, t. z. patologia doświadczalna, o stosunku której do medycyny praktycznej pomówimy obecnie. Będzie to stanowiło 3-ci punkt dyagnostycznego sposobu myślenia, dotyczący określenia przyczyny, istoty i wewnętrznego związku istniejących zmian chorobowych.

Na wstępie zapytajmy się siebie czy samo rozpoznanie anatomiczne może w zupełności zadowolić lekarza? W niektórych przypadkach, przy cierpieniach np. powstałych drogą czysto mechaniczną, być może, że rozpoznanie anatomiczne wystarcza, dotyczy to jednakże mniejszości spostrzeżeń, w większej zaś ich ilości dyagnoza bywa niezupełną.

Raz dla tego, iż u każdego chorego część tylko przypadłości zależy od zmian anatomicznych, druga zaś, tworząca niemal cały obraz chorobowy, nosi na sobie cechy zaburzeń czynnościowych. Weźmy za przykład ciężki przypadek wady zastawkowej serca w okresie t. z. dychawicy sercowej. Badanie fizykalne wykazuje nam obecność przerostu i rozszerzenia serca, oraz wady zastawkowej, napad zaś dychawicy występuje tylko jako zaburzenie czynności oddechowej, niezwiązane bezpośrednio ze zmianami w sercu.

Powtórze zestawienie obrazu chorobowego ze zmianami anatomicznymi prowadzi nas niekiedy do tego, że przekonywamy się o obecności dwóch tych zjawisk, niemających ze sobą żadnego związku przyczynowego, co najwyżej powstałych pod wpływem jednej i tej samej przyczyny. Jako przykład, może posłużyć t. z. wtórne przykurczenie przy połowicznem porażeniu mózgowem, przy którym sekcyja wykazuje zazwyczaj obecność w rdzeniu skrzyżowanego wtórnego zwyrodnienia dróg piramidalnych. Mojem zdaniem jednakże, przykurczenia owe zależą nie od wtórnego zwyrodnienia, lecz obydwa te zjawiska są następstwem przerwanego przewodnictwa w drogach ruchowych.

Po trzecie pomiędzy spostrzeżeniami, czynionemi u łoża chorego, a zmianami anatomopatologicznemi istnieje ogromna przepaść, którą nie zawsze przebyć można, dla nas bowiem lekarzy choroba przedstawia się, jako sprawa trwająca, dla anatomów zaś jako zjawisko skończone. Nie zawsze udaje się z oddzielnych spostrzeżeń wnioskować o całej sprawie, nie udaje się zaś przezwyciężyć w każdym oddzielnym przypadku wykryć przyczynę tego, co już jest dokonaniem, co uważamy za przebyte.

Starania ostatnich lat, skierowane do zapoznania się z istotą choroby oraz wyjaśnienia związku istniejących objawów chorobowych, zrodziły oddzielną gałąź wiedzy lekarskiej, noszącą nazwę „patologii ogólnej” i związaną ściśle z kliniką; wyjaśnia bowiem ona te sprawy ciemne, które ani przez spostrzeżenia kliniczne, ani też badania anatomiczne wytłumaczyć się nie dadzą.

Najwybitniej występuje owo znaczenie doświadczeń na zwierzętach, będących podstawą patologii ogólnej, w postępkach jakie uczyniła medycyna ostatnimi czasy w dziedzinie etyologii chorób. Przebieg kliniczny i obraz anatomopatologiczny narzucają nam to przekonanie, że pewna określona sprawa chorobowa jest cierpieniem zakaźnem, pozwalają nawet podjrzcwać chorobotwórczy wpływ pewnych określonych drobnoustrojów, których obecność można wykazać w produktach chorobowych oraz w tkankach. Atoli, dowodem niezbitym tego, cośmy powiedzieli, jest doświadczenie dokonane na zwierzętach, udatna synteza choroby.

Nadto chyba nie dodać nie potrzeba, chcąc wykazać całą doniosłość znajomości patologii ogólnej ze względów dyagnostycznych. Kto więc uczy się badać chorych, kto uczy się tworzyć obraz choroby ze zbioru zawiklanych niekiedy przypadłości, kto posiada dokładnie opartą na własnych poglądach anatomią patologiczną i kto śledził rozwój patologii ogólnej i śledzić będzie nadal za nią, dla tego rozpoznawanie chorób nie będzie przedstawiało żadnych prawie trudności.

### Wiadomości bieżące.

**Krajowe.** Kol. GRÜNBAUM i CENTNERSZWER otwierają w mieście naszym z dniem 1-m Sierpnia r. b. Zakład leczniczy dla chorych chirurgicznych, w którym nietylko przychodnim chorym udzielać się będzie porada lekarska, oraz wykonywać się będą odpowiednie operacje ale i pacjenci przyjmowani będą na stałe pomieszczenie. Na początek przygotowanych jest 6 łóżek. Zakład mieścić się będzie na Nowolipkach Nr. 25 i przeznaczony jest przeważnie dla przyjezdnych Izraelitów.

**Zagraniczne.** Dyrektorem miejskiego Urzędu lekarskiego w Wrocławiu po zmarłym Gscheidlenie został Dr. Bernard Fischer z Berlina.

— Professor Rudolf Voltolini, znany ze swoich pięknych prac na polu otologii i laryngologii obchodził d. 17 z. m. swoje 70-letnie urodziny.

— Gałęzowski wspomina 2 wczesne objawy władu mleczka paciierzowego, na które dotąd mało zwracano uwagę. 1) Porażenie mięśnia akomodacyjnego oka. 2) Znieczulenie okolicy około-oczdolowej.

— Przeciwno cuchnącym potem nóg Dr. SPRINZ zaleca kwas borny. Wieczorem macza się podeszew skarpetki w 3 procentowym roztworze kwasu bornego i przez noc się suszą. Manipulację tę należy powtarzać co 2-gi dzień.

**Sprostowanie.** W Nr-ze 26 Medycyny na str. 428 w wierszu 5-m od góry oraz 17-m od dołu zam. *Koer* czytaj *Lekarz z Kos*.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. GUSTAW FRITSCH. ADRES REDAKCYI: Aleja Jerozolimska N 80

Дозволено Цензурою. Варшава 22 Іюня 1889 р.—Друк Марыі Зіемкішвіч  
Кр.-к.-Прзедм. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.

## OGŁOSZENIA.

v. KRAFFT-EBING.

## ZBOCZENIA UMYSŁOWE

na tle zaburzeń płciowych (*Psychopathia sexualis*).

## OPACZNE CZUCIE PŁCIOWE.

Przełożył z niemieckiego

Dr. A. Fabian.

Numery Medycyny zawierające powyższą pracę są do sprzedania w Redakcyi Medycyny za cenę 1 rs., z przesyłką pocztową 1 rs. 30 kop.

DWOMA MEDALAMI ODZNACZONE:

## Krynicki wyciąg z igliwia świerkowego na kąpiele

*(Extr. Turionum Pini pro balneis)*

używany bywa z dobrym skutk'em od lat kilkunastu: w zółzach, reumatyzmie, artrytyzmie i w wielu cierpieniach nerwowych, które powstały z osłabienia.

Wyrabia go według zasad podanych przez *Komisję balneologiczną b. Tow. nauk Krak. H. Nitribitt aptekarz w Krynicy.*

Znakomite działanie tego leku stwierdzają liczne świadectwa, które przejrzyć można w aptece *H. Nitribitta* w Krynicy.

## KOŁACZKI KRYNICKIE

wyrabiam z wody Krynickiej według wskazówek udzielonych mi przez *Komisję balneologiczną b. Tow. nauk Krak.*

Są one środkiem lekarskim: 1) w blednicy i niedokrwistości, po febrach, krwotokach i t. d. 2) w długotrwałym niezycie żołądka i jelit jak też w różnych zbozczeniach w procesie trawienia: w niestrawności, w zgadze, w kurczach i t. d., 3) w długotrwałym niezycie pęcherza lub nerek, 4) w zółzach u dzieci osłabionych, 5) a szczególnie w chorobie angielskiej.

## Kołaczki Krynickie i wyciąg z igliwia świerkowego

znajdują się na składzie i w aptekach: w Warszawie D-ra T. Heinricha, H. Kucharzewskiego i K. Lilpopa, w Kijowie G. Seidla, w Odesie M. Kestnera, w Krakowie W. Redyka, we Lwowie P. Mikolascha. (212)—6—1

W zakładzie leczniczym hydropatyczno-pneumatycznym d-rów Dobrzyckiego i Fritschego (Oboźna Nr. 5), wykonywa się leczenie cierpienia rdzenia paciierzowego (Tabes) sposobem **Mocznikowskiego-Charcota** (extensja bierna czyli zawieszanie), codziennie do godziny 12-cj.