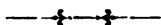


GAZETA LEKARSKA

I. PRZYZYNEK DO KAZUISTYKI I ETYOLOGII CYSTYNURYI.

Napisal

Dr Wasserthal [Karlsbad].



Cystynurya, to znaczy wydzielanie z moczem cystyny, należy bezsprzecznie do jednej z bardziej rzadkich, mało zbadanych, ciemnych i niemniej ciekawych zmian w przemianie materji.

Wydzielanie cystyny, jako takie, jest właściwie tylko objawem swoistego zaburzenia i o tyle tylko stanowi chorobę, o ile ten składnik patologiczny moczu przy zgęszczaniu się i osadzaniu w przewodzie moczowym daje impuls i częściowo, lub też całkowicie materiały do tworzenia się czyto swoistych—cystynowych, czy też mieszanych kamieni, te zaś, o ile wywołują objawy szkodliwe dla osobnika, dopiero stanowią właściwą chorobę.

Cystynurya należy do zmian rzadko spotykanych i choć znana już jest prawie całych sto lat, bo od roku 1805, to jednak znane w literaturze przypadki cystynuryi nie o wiele przekraczają liczby stu.

Pierwszym, który opisał dwa przypadki cystynuryi, był WOLLASTON w roku 1810. Dotyczą one 5-letniego dziecka i dorosłego mężczyzny. W krótkich odstępach czasu zaczęły się mnożyć obserwacje nad cystynurją, między innemi PROUT'a, CIVIALE'a, MAGENDIE w początkach zeszłego wieku. W roku, 1876 cytuje NIEMANN 52 przypadki cystynuryi a w roku, 1879 EBSTEIN dopełnia tę cyfrę do liczby 64. W roku 1900 SIMON w doskonałej pracy o cystynuryi podaje liczbę opisanych przypadków na 103, a we dwa lata później na 110. Jeżeli dodamy przypadki, obserwowane przez PERCIVAL'a, BRIK'a oraz niżej opisany, otrzymamy 114 przypadków.

Cystynurya w przeszło 70% przypadków spostrzegana była u mężczyzn, nie możemy jednak z tego faktu wnosić o osobliwej skłonności płci męskiej do tej choroby. NIEMANN, SIMON słusznie objaśniają tę częstość pozorną prostym rozumowaniem, że cystynurya tylko wtedy pociąga za sobą zaburzenia, o ile prowadzi do tworzenia się kamieni, a te u kobiet często odchodzą niepostrzeżenie, u mężczyzn zaś z powodu różnic w budowie anatomicznej łatwiej wywołują zaburzenia i dostają się pod obserwację lekarską.

SPIEGEL znalazł na 44 kamienie—dwa cystynowe, POUSSOU na 250 kamieni z Muzeum DUPUYTREN'a również dwa cystynowe. LE ROY D'ETIOLLES na 1100 zbadanych kamieni znalazł 6 cystynowych, w tej liczbie 5 u kobiet na 44 kobiet operowanych.

Statystyki, oparte na wielkich cyfrach, określają stosunek częstości spotykanych kamieni u kobiet i mężczyzn na 1 : 20—1 : 24 [GIRALDIS]. Ponieważ zaś stosunek kobiet i mężczyzn z cystyną w moczu wynosi 3 : 7, nie mamy żadnych danych do twierdzenia, jakoby cystynurya była *par excellence* chorobą, właściwą płci męskiej. Na zasadzie danych LE ROY D'ETIOLLES'a możnaby dojść do wręcz przeciwnych wniosków.

Kamienie same rzadko składają się li tylko z cystyny, zwykle mają liczne domieszki soli moczowych, lub też kamień moczowy stanowi tylko jądro, około którego wytwarza się skorupa z innych składników.

Czysty kamień cystynowy bywa różnej wielkości, widziano, mające po 4 centymetry średnicy [Le Roy]; jest barwy żółtawej, miękki, dający się rysować paznokciem, gładki lub też szagrynowany, albo o powierzchni „mamellonné”, w przekroju krystaliczny, błyszczący, często konsystencji wosku, lub też z igieł przyrmatycznych się składający. Kruszenie kamienia cystynowego odbywa się bez trudności [Le Roy].

Cystynurya nie należy do zmian chorobowych, spostrzeganych przeważnie w tej a nie innej warstwie społecznej. Najwięcej przypadków opisano w krajach zamieszkałych przez rasę Anglo-Saską.

Co się tyczy wieku osobników, u których spostrzegano cystynurę, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że choroba ta zdarza się częściej u ludzi względnie młodych, poniżej lat 40. Nigdy, według DAGAVARIAN'a, nie spotykano cystynuryi u starców. Autor nie podaje jednak żadnych danych o tem, czy choroba ta u starców wygasa.

Liczne spostrzeżenia stwierdzają, że cystynurya należy do chorób, którym podlegają często członkowie jednej rodziny. Już MARCOT obserwował 3-ch braci, PFEIFFER 4 osoby jednej rodziny, TOËL, GOLDINY, BIRD, COHN u 7-iu członków jednej rodziny, BRIK u 2-ch pokoleń a STRASSER przez 3 pokolenia.

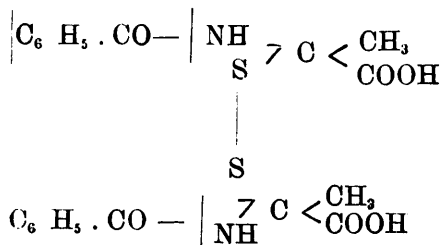
ULTZMANN twierdzi, że cystynurya może być chorobą wrodzoną, widział bowiem przypadek cystynuryi u 2-letniego dziecka.

Istota i etyologia cystynuryi jest jeszcze bardzo ciemna, równie jak niepewne są jeszcze dane o konstytucyi samej cystyny. Wbrew twierdzeniu STADTHAGEN'a, że normalny moczu ludzi zdrowych nigdy nie zawiera cystyny, twierdzą GOLDMANN i BAUMANN, że i w moczu ludzi zdrowych można wykazać cystynę, jak przyznają sami, w bardzo małych ilościach, niedających się określić wobec nieściśłości metod badania. Wykazali również cystynę w moczu psów i przekonali się, że pod wpływem zatrucia fosforem ilość wydzielonej cystyny znacznie się wzmacnia [w stosunku 0,002 : 0,11 Pb S. na dobę].

Cystyna jest ciałem pochodzenia białkowego; w pojęciu chemicznym stanowi dwusiarek kwasu α -amido-thio-mlecznego.



Jeżeli rozczyń, zawierający cystynę, zaprawimy ługiem i kłócić będziemy z chlorkiem benzoylu, otrzymujemy w miarę znikania chlorku benzoylu gęsty osad z jedwabisto błyszczących płatków sodowej soli benzoylcystyny.



Cystyna zawiera:

	według obliczenia
30,31% — C	— 30,00%
5,18% — H	— 5,00%
11,61% — N	— 11,66%
26,49% — S	— 26,66%

co odpowiada wyrazowi $\text{C}_6 \text{ H}_{12} \text{ N}_2 \text{ S}_2 \text{ O}_4$.

Przez podziałanie na cystynę cyną i kwasem solnym otrzymał BAUMANN—cysteinę.

Z moczu, o ile się znajduje w większych ilościach, lub też za dodaniem kwasu nieorganicznego, cystyna wypada w postaci charakterystycznych, regularnych, 6-kątnych, silnie łamiących światło płytek, które są oddzielne lub też ugrupowane jedna na drugiej. Skręcają płaszczyznę polaryzacji na lewo. Oprócz zwykłej postaci płytek sześciokątnych o rozwartości 128° cystyna krystalizuje w postaciach pryzmatycznych. Płytki nie rozpuszczają się w wodzie, ani też w eterze i wyskoku; w amoniaku, kw. szczawiowym i kw. mineralnych łatwo się rozpuszczają.

Z rozczyńców alkalicznych strąca się cystyna kwasem octowym, z kwaśnych — za dodaniem węglanu amonu.

Jeżeli cystynę gotować z ługiem potasowym lub sodowym następuje rozpad, tworzy się przytem siarczek alkaliczny; rozszczepienie powstaje natychmiast, tak że bezpośrednio siarczek alkaliczny daje się wykazać, trwa ono jednak jeszcze dość długo. Po 33-ch godzinach otrzymali BAUMANN i GOLDMANN 83% [Z. f. ph. Ch. 12. 13] obliczonej siarki w postaci siarczku ołowiu, przez działanie tlenkiem ołowiu.

Łatwo wykazać cystynę zapomocą metody LIEBIG'a przez gotowanie rozczynu cystyny z tlenkiem ołowiu i ługiem—strąca się, jak wyżej, siarczek ołowiu.

NIEMANN strącał cystynę kwasem solnym i chlorkiem barytu i oznaczył największą ilość dobową na 1 gr., ToëL na 1 gr. 33 ct.

Jako bardzo czułą mikrochemiczną reakcyę na cystynę podaje MAUTHNER reakcyę, polegającą na własności kryształów cystyny przechodzenia bezpośrednio w odpowiednią sól miedzi. Jeżeli do kilku pyłków cystyny dodamy kroplę octanu miedzi, biały proszek prędko i intensywnie się barwi na niebiesko, przy czem cała prawie cystyna [98,8%] przechodzi w sól miedzi. Pod mikroskopem zauważymy powstawanie na brzegach kryształów nieregularnych, jakby figur trawionych.

Soli platynowych podwójnych, jak przy innych kwasach amidowych, nie udało się MAUTHNER'owi otrzymać. Reakcyja MAUTHNER'a ma znaczenie dla odróżniania cystyny od kwasu moczowego, który czasami krystalizuje w podobne 6-kątne tabliczki.

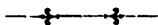
WINTERSTEIN działał kwasem fosforowolframowym, strącał cystynę w postaci kryształów; ten sposób wykazywania cystyny podaje jako bardzo praktyczny. [C. d. n.].

II. Z III-ej KLINIKI WEWNĘTRZNEJ W BERLINIE [DYREKTOR PROF. DR H. SENATOR].

O ALBUMOZURYI DOŚWIADCZALNEJ.

Napisał

Mieczysław Halpern.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 33].

Pomijając te mniej lub więcej przypadkowe odkrycia, do których zaliczyć również można obserwowaną przez JACKSCH'a i innych albumozurę po otruciu fosforem, znajdowano interesujące nas tu zjawisko po wprowadzeniu do ustroju większych ilości gwajakolu i antypiryny u ludzi [PICCININI (12)], po wstrzykiwaniach starej tuberkuliny KOCH'a [KAHLER (13) i inni], po wstrzyknięciach azotanu srebra u królików i nalewki jodowej u ludzi [HAAOK (14)]; wreszcie ZUELZER (15) stwierdził albumozurę typu BENGE-JONES'a po wprowadzeniu pyrodiny do ustroju psa. Niektóre z wymienionych tu prac wypadnie mi jeszcze dokładniej omówić.

Wracam obecnie do wyników własnych moich doświadczeń i zatrzymam się przede wszystkim na doświadczeniach z tuberkuliną. Jak dowiodły badania HAHN'a, a szczególnie KUEHN'E'go stara tuberkulina KOCH'a składa się przeważnie z albumoz; to też odpowiedniem wydawało mi się zbadanie jej wpływu w kierunku albumozury, jak to już przede mną inni badacze czynili. Dwa odpowiednie doświadczenia dały wyniki następujące:

Doświadczenie 3. Królik wagi 1720 grm.

Data	Ciepłota przed wstrzykn.	Białko	Albumoz	Ciepłota po wstrzykn.	Podskórne wstrzykiwanie
19. I. 1903.	39,1	—	—	39,1	2,5 ctm. sz 0,01—10,0
20. I.	39,0	—	—	39,4	5 " " " "
21. I.	39,3	ślady	—	39,1	" " " "
22. I.	39,1	—	—	39,1	1 " " " 0,1—10,0
23. I.	39,0	+	—	39,2	2 " " " "
24. I.	39,5	+	—	39,0	3 " " " "
25. I.	39,0	+	ślady	39,3	4 " " " "
26. I.	39,3	+	+		

Doświadczenie 4. Królik wagi 1915 grm.

Data	Ciepłota przed wstrzykn.	Białko	Albumoz	Ciepłota po wstrzykn.	Podskórne wstrzykiwanie	Uwagi
16. II. 1903.	39,1	—	—	39,4	2 ctm. sz. 0,1—10,0	
17. II.	39,5	—	—	39,4	3 " " " "	
18. II.	39,3	ślady	—	39,7	4 " " " "	
19. II.	39,4	ślady	—	39,4	" " " "	
20. II.	39,2	ślady	—	39,7	5 " " " "	
21. II.	—	—	—	39,8	5 " " " "	
22. II.	39,4	—	—			
23. II.	—	—	—			
24. II.	39,3	—	—	39,7	10 " " " "	
25. II.	39,3	—	—	39,5	5 " " " 0,2—10,0	
26. II.	39,4	—	—	39,3	5 " " " "	
27. II.	39,2	—	—	38,6		śmierć

Widzimy zatem, iż wyniki w obydwu przypadkach były rozmaite; godnem jest nadto uwagi, iż w doświadczeniu Nr. 4, nie bacząc na wprowadzenie znaczniej większej ilości tuberkuliny, moczu nie zawierał albumoz, podczas gdy stosunkowo niewielkie ilości tego środka w doświadczeniu Nr. 3 wywołały wyraźną albumozurę. Wspomniane wyniki odpowiadają w zupełności obserwacyom poczynionym przez KAHLER'a (l. c.) na ludziach. Wielokrotne wstrzykiwania tuberkuliny u osobników, cierpiących na gruźlicę, doprowadziły go mianowicie do wniosku, iż nie można stwierdzić jakiegokolwiek związku pomiędzy ilością stosowanego środka a występującą potem albumozurą. Nie udało mu się również znaleźć zależności albumozury od gorączki lub innych objawów chorobowych. Często albumozura występowała już po dawce 0,001 grm tuberkuliny, podczas gdy dawki 0,06 grm nie wywoływały tego objawu. Oprócz tego stwierdził KAHLER, iż wspomniana reakcja ustroju występuje u jednego i tego samego chorego nie stale, natomiast widywał ją u osobników, nie dotkniętych gruźlicą.

Co się tyczy powstawania tego rodzaju albumozury, to ma ona powstać według MATTHES'a (l. c.) w sposób następujący: opierając się na stwierdzonej przezeń obecności albumoz w ogniskach gruźliczych, a mianowicie w zserowaciałych gruczołach limfatycznych, jako też mając na względzie ilość wydalaną w tych razach z moczem albumozy, która, zdaniem jego, wielokrotnie przewyższa ilość wprowadzoną do ustroju w postaci tuberkuliny, sądzi on, iż omawiany objaw uwarunkowany jest przez wylugowanie albumoz z ognisk gruźliczych do krwiobiegu; wylugowanie to ma się odbywać pod wpływem przekrwienia, jakie tuberkulina wywołuje w ogniskach, zawierających albumozy. Dlatego też u tuberkulików stosunkowo niewielkie ilości tuberkuliny są w stanie spowodować wyraźną albumozurę, podczas gdy u ludzi zdrowych może ona nastąpić dopiero po większych dawkach, gdyż, jakieśmy widzieli, z kiszek, gdzie również przecie znajdują się albumozy i gdzie, jak tego dowiódł MATTHES, również powstaje przekrwienie miejscowe pod wpływem tuberkuliny, albumozy przedostać się do krwi, jako takie, nie mogą.

KAHLER objaśnia wspomniane działanie tuberkuliny inaczej, zaliczając je do wpływów toksycznych i porównywa wpływ tuberkuliny do wpływu jądów komórkowych. Takie zdanie opiera on między innymi i na tem, że tuberkulina, stosowana podskórnie, może wywołać białkomocz i hematurę, co wprost przemawia za toksycznym wpływem na miąższ nerek.

Również i w moich doświadczeniach wystąpił po wstrzykiwaniu tuberkuliny białkomocz; w dodatku był on w doświadczeniu Nr. 3, t. j. tam, gdzie wystąpiła albumozura, bardzo wyraźny i stały, natomiast w doświadczeniu Nr. 4, gdzie albumozury nie było, zaledwie przejściowy.

W myśl wyników, otrzymanych przez HААСК'a (l. c.), poczyniłem w dalszym ciągu doświadczenia w celu wywołania albumozury pod wpływem azotanu srebra i nalewki jodowej. Odpowiednie doświadczenia przedstawiają się, jak następuje.

Doświadczenie 5. Królik wagi 1425 grm.

Data	Ciepłota przed wstrzykn.	Albumin.	Albumoz	Ciepłota po wstrzykn.	Podskórne wstrzykn. 10/0-go AgNO ₃	Uwagi
23. X. 1902.	39,2	—	—	39,3	1 ctm. sz.	
24. X.	39,6	—	—	39,5	1 " "	
25. X.	39,3	—	—	39,3	2 " "	
26. X.	39,5	—	—		2 " "	
27. X.	39,3	—	—	38,5	3 " "	
28. X.						śmierć

Doświadczenie 6 Królik wagi 2925 grm.

Data	Ciepłota przed wstrzykn.	Albumin.	Albumoz	Ciepłota po wstrzykn.	Podskórne wstrzykn. 20/0-go AgNO ₃	Uwagi
20. XI. 1902	39,1	ślady	—	39,4	1 ctm. sz.	
21. XI.	39,2	ślady	—	39,3	2 " "	
22. XI.	39,0	ślady	—	39,3	3 " "	
23. XI.	39,4	ślady	—		4 " "	
24. XI.	39,4	—	—	39,9	5 " "	
25. XI.	39,2	ślady	ślady	39,5	5 " "	15 ctm. sz. moczu
26. XI.	39,3	ślady	+	39,7	10 " "	30 ctm. sz. moczu
27. XI.	39,4	—	+		10 " "	śmierć

Doświadczenie 7. Królik wagi 2355 grm.

Data	Ciepłota przed wstrzykn.	Albumin.	Albumoz	Ciepłota po wstrzykn.	Podskórne wstrzykn. t-rae jodi	Uwagi
6. XII. 1902.	39,2	—	—	39,4	2 ctm. sz.	
7. XII.	38,8	—	—	39,0	3 " "	
8. XII.	39,0	—	—	39,1	4 " "	
9. XII.	38,9	—	ślady	39,0	5 " "	
10. XII.	39,1	—	ślady	39,4	5 " "	
11. XII.	39,0	—	ślady	39,3	10 " "	20 ctm. sz. moczu
12. XII.	38,6			37,6		10 ctm. sz. moczu
13. XII.						diarrhoea, śmierć

Doświadczenie 8. Królik wagi 1995 grm.

Data	Ciepłota przed wstrzykn.	Albumin.	Albumoz	Ciepłota po wstrzykn.	Podskórne wstrzykn. t-rae jodi	Uwagi
16. XII. 1902.	39,2	—	—	39,4	5 ctm. sz.	
17. XII.	39,3	+	ślady	37,4	5 " "	
18. XII.		+	ślady			śmierć

W porównaniu do wyników HAACK'a mam do zanotowania pewne różnice. HAACK przeprowadzał swe doświadczenia na zwierzętach głodzonych, ponieważ przekonał się, iż króliki niegłodzone wydalały w tych przypadkach moczu tak stężony, iż dokonanie próby na albumozy okazało się niemożliwem. Uważając głodzenie zwierząt za czynnik w doświadczeniu niepożądany, a mianowicie dlatego, iż nie wiemy, czy nie wywiera ono samo przez się jakiegokolwiek wpływu na pojawienie się albumozuryi, spróbowałem uniknąć wspomnianej komplikacyi i przedsięwziąłem doświadczenia na królikach niegłodzonych. Jak widać z przytoczonych powyżej doświadczeń, ilość moczu w tych przypadkach zmniejsza się często dość znacznie i moczu staje się wtedy bardzo stężonym, tem

niemniej byłem w stanie i tu zastosować używaną przeze mnie w innych doświadczeniach próbę SALKOWSKIEGO-ALDOR'a, zmuszony byłem je jednak znacznie dłużej wyciągać osad po dodaniu kwasu fosforowolframowego alkoholem absolutnym, aby go w dostatecznej mierze odbarwić i umożliwić dokonanie reakcji biuretowej. W ten sposób metoda SALKOWSKIEGO-ALDOR'a pozwoliła mi uniknąć przytoczonej powyżej komplikacji, podczas gdy HAACK, stosując inną metodę, uczynić tego nie był w stanie.

HAACK dochodzi na podstawie swych doświadczeń do następujących wniosków: wstrzykiwania AgNO_3 i *t-rae Jodi* u królików niegłodzonych wywołują podniesienie ciepłoty o $0,7^\circ$ — 2°C ; wahania te u królików głodzonych są w tych warunkach znacznie mniejsze, pozostają jednak wyraźne po stosowaniu azotanu srebra, znikają zaś prawie po wstrzykiwaniu jodiny; wreszcie otrzymał on po wstrzykiwaniach AgNO_3 wyraźną albumozurę u królików, pod wpływem zaś jodiny—u ludzi [wstrzykiwania do worka *hydrocele*], potwierdziwszy w ten sposób spostrzeżenie MATTHES'a.

Zgodnie z tymi wnioskami udało mi się wywołać w jednym doświadczeniu albumozurę u królika po wstrzyknięciu azotanu srebra, jakkolwiek nastąpiło to po znacznie większej dawce, aniżeli w doświadczeniach HAACK'a: podczas gdy u niego albumozura występowała już po wstrzyknięciu 2 ctm. sz. 2%-go roztworu AgNO_3 , u mnie objaw ten zjawiał się dopiero po wprowadzeniu pod skórę zwierzęcia 5 cm sz. wyraźnie nawet po 10 ctm. sz. takiego roztworu. Brak albumozury w doświadczeniu Nr. 5 możnaby wytłumaczyć, według HAACK'a w ten sposób, iż zwierzę, użyte do doświadczenia było względnie małe, gdyż jak przypuszcza on, króliki wagi poniżej dwu kilo na wstrzykiwania wspomnianych związków nie reagują ¹⁾. Jednakże pozostawiam jeszcze kwestję, czy nie odgrywała tu przypadkiem roli mała ilość stosowanego środka, jako nierozstrzygniętą.

Co się tyczy jodiny, to udało mi się w obydwu doświadczeniach w przeciwnieństwie do wyników HAACK'a stwierdzić ślady albumoz w moczu. Ponieważ jednak wybitnej reakcji nie otrzymałem, sądzę, iż wyniki te wymagają jeszcze potwierdzenia. Natomiast nie mogę potwierdzić obserwacji HAACK'a o znacznych wahaniami ciepłoty w tych przypadkach; wynosiły one w moich doświadczeniach zaledwie kilka dziesiętnych stopnia, a brakowało ich często zupełnie.

Wreszcie przytoczę tu jeszcze cztery doświadczenia ze wstrzykiwaniem pyrodiny [monoacetyl-fenylhydrazyny] u królików. Jak wspomniałem powyżej, ZUELZER spostrzegał u psa po wprowadzeniu tego środka *per os* albumozurę typu BENCE-JONES'a. Chciałem się przeto przekonać, czy ma to miejsce również u królików, nie udało mi się jednak znaleźć tego objawu w żadnym z czterech, poczynionych w tym kierunku doświadczeń. Odpowiednio do ilości wprowadzonej pod skórę pyrodiny, zwierzęta ginęły po 3—7 dniach, a dwukrotnie

¹⁾ W ostatecznych wnioskach mówi HAACK o zwierzętach poniżej 1 kilo; ponieważ jednak wyżej wspomina o królikach, ważących 2 kilo, sądzę więc, że można to przyjąć za omyłkę druku.

stwierdzić mogłem przytem na dzień przed śmiercią hemoglobinurę, *resp.* M-Hb-urię. I w tych również doświadczeniach wahania ciepłoty były nieznaczne; raz tylko jeden po wstrzyknięciu 5 ctm. sz. 2%-go roztworu pyrodiny ciepłota podniosła się do 40° C.

Doświadczenie 9. Królik wagi 1660 gram.

Data	Ciepłota przed wstrzykn.	Albumin.	Albumoz	Ciepłota po wstrzykn.	Wstrzyknięto podskórnie 2%-go roztw. pyrodiny	Uwagi
1. XI. 1902.	39,3	—	—	39,3	1 ctm. sz.	
2. XI.	39,2	—	—	39,3	1 " "	
3. XI.	39,3	—	—	39,4	2 " "	
4. XI.	39,2	—	—	39,2	3 " "	
5. XI.	39,3	—	—	39,1	4 " "	
6. XI.	39,3	—	—	39,3	5 " "	
7. XI.	37,2	—	—			śmierć

Doświadczenie 10. Królik wagi 1810 gram.

Data	Ciepłota przed wstrzykn.	Albumin.	Albumoz	Ciepłota po wstrzykn.	Wstrzyknięto podskórnie 2%-go roztw. pyrodiny	Uwagi
8. XI. 1902.	39,0	—	—	39,4	5 ctm. sz.	
9. XI.	39,2	—	—		5 " "	20 ctm. sz. moczu
10. XI.	39,4	—	—	40,0	5 " "	"
11. XI.	38,3	+	—			
12. XI.		+	—			śmierć

Doświadczenie 11. Królik wagi 2575 grm.

Data	Ciepłota przed wstrzykn.	Albumin.	Albumoz	Ciepłota po wstrzykn.	Wstrzyknięto podskórnice 20/-go roztw. pyrodiny	Uwagi
14. XI. 1902.	39,1	—	—	39,2	5 ctm. sz.	
15. XI.	39,4	—	—	39,3	5 " "	
16. XI.	39,3	—	—		5 " "	
17. XI.	39,5	+	—			M-Hb-uria; śmierć

Doświadczenie 12. Królik wagi 2660 grm.

Data	Ciepłota przed wstrzykn.	Albumin.	Albumoz	Ciepłota po wstrzykn.	Wstrzyknięto podskórnice 20/-go roztw. pyrodiny	Uwagi
1. XII. 1902.	39,4	—	—	39,4	5 ctm. sz.	
2. XII.	39,3	ślady	—	39,6	10 " "	
3. XII.	39,4	+	—		10 " "	Hb-uria; śmierć

W końcu wypada mi poruszyć w krótkości kwestyę stosunku albumozuryi do gorączki. Sprawa ta wielokrotnie była omawiana, sądzono bowiem, że istnieje jakiś bliższy związek pomiędzy tymi dwoma objawami. Na podstawie obecności albumozuryi w wielu przypadkach cierpień gorączkowych, jako też na podstawie niektórych danych doświadczalnych o jednoczesnem zjawianiu się gorączki i albumozuryi po wstrzykiwaniach tuberkuliny, albumoz i t. p., doszukiwano się zależności etyologicznej pomiędzy temi zjawiskami. O'CONNELL FINIGAN (16) w niedawno ogłoszonej pracy z kliniki SENATOR'a wykazał, iż nie-zawsze przy gorączce udaje się stwierdzić albumozurę, jak to zresztą i inni autorowie niejednokrotnie zaznaczali. Ponieważ w doświadczeniach swoich nie mogłem zauważyć stałej równoległości pomiędzy wahaniami ciepłoty a albumozurą [występowała ona, mianowicie, nawet przy minimalnych waniach, nie zjawiała się zaś pomimo znaczniejszych podniesień ciepłoty], to sędzę i ja również, że bezpośredni związek pomiędzy tymi objawami nie istnieje. Natomiast chciałbym tu podnieść pewną okoliczność, na którą dotychczas mało zwracano uwagi, a która, zdaniem mojem, przemawia za tem, iż wspomniane objawy, jak-

kolwiek niezależnie jeden od drugiego, mogą mieć jednakowe dla ustroju znaczenie. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż przeładowanie krwi albumozami może wywołać albumozurę i jest to zjawisko obronne ustroju, starającego się uwolnić krew od normalnie obcej dla niej substancji przy pomocy funkcji wydzielniczej nerek. Ustrój rozporządza jednak nie tylko tą jedną drogą. Niektóre fakty zdają się przemawiać za tem, iż niecałkowita ilość albumoz, wprowadzonych do obiegu krwi, wydalona zostaje przez nerki. HOFMEISTER mógł znaleźć w moczu tylko $\frac{2}{3}$ — $\frac{1}{5}$ ilości albumoz, wprowadzonych do krwi. W jednym z moich doświadczeń, w którym wstrzyknąłem królikowi, wagi 1660 grm. 20—25 cm³ 1% roztworu albumoz [doświadczenie Nr. 1], nie widziałem po tem albumozurę. Inni autorowie zaznaczają, że po stosunkowo dużych ilościach albumoz, wprowadzonych pod skórę lub do worka otrzewnej (CEVIDELLI i ZENNONI l. c.) zjawiają się w moczu zaledwie ich ślady. Fakty te zdają się przemawiać za tem, iż pewna część wprowadzonych do ustroju albumoz zuika ze krwi w jakiś inny sposób poza wpływem wydzielniczym nerek. Nasuwa się przypuszczenie, iż albumowy, jako ciało białkowe, mogą podlegać w ustroju przemianom na drodze chemicznej. Fakt, iż działają one na ustrój szkodliwie nie przeczy takiemu przypuszczeniu, jak bowiem wykazały doświadczenia MUNK'a i LEWANDOWSKIEGO (17), histony, posiadające niektóre wspólnie z albumozami własności i również szkodliwie działające na ustrój, mogą być zatrzymane w ustroju i zasymilowane czasem nawet w ilości do 97%.

Jeżeli więc rzeczywiście albumozy mogą być zniszczone w ustroju na drodze przeróbki materji, to możnaby przyjąć, że i gorączka po wstrzykiwaniu albumoz lub takich związków, które są w stanie ewentualnie wywołać przeładowanie krwi albumozami, również jak i albumozurya stanowi objaw obronny ze strony ustroju w tem, mianowicie, rozumieniu, iż przy gorączce, wywołującej, jak wiadomo, wzmożony rozpad białka w ustroju i albumozy szybciej i w większej ilości mogą być usunięte ze krwi na drodze przemiany chemicznej.

L I T E R A T U R A.

- 1) ITO. Ueber das Vorkommen von echtem Pepton im Harn. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1901. T. 71.
- 2) MAGNUS-LEVY. Ueber den BENGE JONES'schen Eiweisskorper. Zeit. f. phys. Ch. 1900.
- 3) SENATOR. Ueber Albumosurie. D. medicinische Woch. 1902. Str. 15 i inne.
- 4) NEUMEISTER. Ueber die Einführung der Albumosen und Peptone in den Organismus. Z. f. Biologie. 1888. T. 24.
- 5) COHNHEIM. Die Umwandlung des Eiweisses durch die Darmwand. Zeit. f. phys. Ch. 1901. T. 33.
- 6) EMBDEN i KNOOP. Verhalten der Albumosen in der Darmwand. Vorkommen von Albumosen im Blut. HOFMEISTER's Beiträge. III. 1—3. ref. Deutsche Medicinal-Zeitung. 1903. № 2.
- 7) KREHL i MATTHES. Ueber febrile Albumosurie. Deut. Arch. f. kl. Med. 1895. T. 54.
MATTHES. Ueber die Wirkung einiger subcutan einverleibter Albumosen auf den thierischen, insbesondere auf den tuberculös inficirten Organismus. Deut. Arch. f. klin. Med. 1894. Tom 54.
MATTHES. Ueber das Zustandekommen der fieberhaften Allgemeinreaction nach Injectionen von Tuberculin beim tuberculösen Organismus, Centralbl. f. innere Medicin. 1895. Nr. 16.

- 8) CEVIDELLI i ZENNONI. Untersuchungen über die physiologische Wirkung des Peptons. Cyt. według MALY'ego. 1901, str. 823.
- 9) STOCKVIS. Cyt. według MALY'ego. 1891, str. 412.
- 10) LASSAR. Ueber den Zusammenhang von Hautresorption und Albuminurie. Virch. Archiv. 1879. T. 77.
- 11) MYA i VANDONI. Ref. Centralbl. f. klin. Med. 1884. T. 5, str. 318.
- 12) PICCININI. Peptonurie nach medicamentösen Substanzen. Cyt. wedł. MALY'ego Jahresbericht. 1893.
- 13) KAHLER. Peptonurie nach Injection des KOCH'schen Mittels. Wiener klin. Woch. 1891. Nr. 2.
- 14) HAACK. Ein Beitrag zur experimentellen Albumosurie. Arch. f. exp. Pathologie. 1897. T. 38. V. 3 i 4
- 15) ZUELZER. Ueber experimentelle BENCE-JONES'sche Albumosurie. Berl. klin. Woch. 1900. Nr. 40.
- 16) FINIGAU. Ueber Albumosurie im Fieber. Ing. Dissert. Berlin. 1902.
- 17) MUNK i LEWANDOWSKI. Ueber die Schicksale des Eiweisstoffes nach Einführung in die Blutbahn. Arch. f. Anat. u. Phys. 1899.

10 maja 1903.

III. SYFILIS NEREK.

Opracował

Wacław Sterling.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 33].

E t y o l o g i a. Jak wiemy, zajmujące tu nas cierpienie występuje w późniejszych okresach syfilisu; daje się ono spostrzegać z jednakową mniej więcej częstością w I, II i III dziesiątku lat przebiegu syfilisu. Odpowiednio do tego i wiek chorych jest późniejszym — przeważnie od 40 — 49 r. Płeć męska przewyższa płeć żeńską prawie w dwójnasób, co łatwo się objaśnić daje przede wszystkim większą liczbą syfilityków — mężczyzn, powtórę zaś większem ich usposobieniem do przewlekłych zapaleń nerek. Natężenie sprawy syfilitycznej i uprzednie leczenie nie okazują żadnego wybitniejszego wpływu na powikłanie tego cierpienia, aczkolwiek jednoczesna obecność zmian trzeciorzędnych każe uważać nam cytowane przypadki za leczone niedość energicznie.

O b r a z k l i n i c z n y. Aczkolwiek występowanie późnych spraw zapalnych nerek nie ma nic charakterystycznego, swoistość ich daje się poznać dzięki pewnym objawom towarzyszącym. Na pierwszym planie należy tu postawić jednocześnie występujące cierpienia syfilityczne wątroby [na 47 przypadków, cytowanych przez KARVONEN'a, znajdujemy zajęcie wątroby w 21]. Dalej należy tu zaliczyć zajęcie śledziony, aczkolwiek spostrzegamy je mniej często i nie w tak znacznem natężeniu, jak się to dzieje z wątrobą. Jeżeli stwierdzimy zajęcie nerek, wątroby i śledziony, trylogia ta da nam prawo mówić o sprawie syfilitycznej, zajęcie zaś wątroby i śledziony możemy uważać za

objaw zwiastunowy, wskazujący na niebezpieczeństwo, grożące ze strony nerek. Na to samo wskazuje nam i charłactwo syfilityczne, któremu zawsze prawie towarzyszą objawy nerkowe. Dzięki tym danym sprawy późne występują mniej niespodziewane, niż sprawy wczesne.

Prócz danych powyższych, MAURIAC zwraca jeszcze uwagę na zaburzenia żołądkowe, napady duszności, napady sercowe, a zwłaszcza na objawy mózgowe, występujące ze zmniejszeniem się lub utratą wzroku, słuchu, z bolesnymi kurczami, mrowieniem w palcach i t. p. Objawy mózgowe i nerwowe syfilityków powinny być przedmiotem bacznej rozważy, gdyż mogą wskazywać równie na syfilis mózgu, jak i na syfilis nerek.

O ile jednak późne sprawy syfilityczne obfitują w dane zwiastunowe i objawy towarzyszące, im tylko właściwie, o tyle przebieg kliniczny nie cechuje się niczem charakterystycznym. Jak wspomnieliśmy wyżej, dla pełności obrazu musimy tu uwzględnić obie postaci zapalenia nerek, jakkolwiek klinicznie nie różnią się one od siebie. Zapalenie nerek przewlekłe miąższowe — czyli duża nerka biała, jak zjawiskiem niezmiernie rzadkiem. Chodzi ono zwykle w parze, jak utrzymuje LECORCHE, ze zwyrodnieniem skrobiowatym lub z zapaleniem śródmiaższowym. Ilość dobową moczu jest zwykle mniejsza, mocz jest zielonawy, łatwo się pieni, białkomocz bywa dość znaczny, osad obfity, zawierający resztki nabłonka, wałeczki szkliste, ziarniste i woskowe. W tej postaci obrzęk jest objawem wcześniejszym, więcej uporczywym, znaczniejszym, niż w postaci śródmiaższowej. Tu też, według niektórych autorów, częściej występuje mocznica (*uraemia convulsiva*).

Zapalenie nerek śródmiaższowe cechuje się przez wzmogoną ilość dobową moczu, niski ciężar gatunkowy, blade kolor, mały białkomocz i osad; mocz nie daje piany. W wielu przypadkach w moczu nie możemy znaleźć ani białka, ani osadu, lub dane te występują w bardzo nieznacznych rozmiarach — jako mały wałeczkomocz i białkomocz z leukocytami. Często bywa białkomocz przejściowy lub recydujący. Krwotoki zdarzają się przy tej postaci częściej — najczęściej mamy tu krwawienia nosowe i oskrzelowe, *resp.* płucne. Duszność, niezależna od zmian narządów oddechowych, typu CHEYNE STOKES'a, też jest właściwszą tej postaci. Mocznica wolno postępująca, z ciągłymi bólami głowy, niedowidzeniem (*amblyopia*), nudnościami, wymiotami, z zmieniającymi się kolejno okresami pobudzenia i depresji mózgowej, ślepotą, nagle występującą i nagle znikającą — charakteryzuje zapalenie śródmiaższowe. (MAURIAC).

Przerost serca daje się tu spostrzegać rzadko, gdyż wobec zajęcia sprawą chorobową nieznacznej jedynie części nerki wyrównawcza praca serca rzadko tu bywa potrzebną. Również rzadkim zjawiskiem jest *retinitis albuminurica*.

Oczywiście, że podział ten późnych syfilitycznych spraw nerkowych jest rzeczą teorii, gdyż zwykle mamy do czynienia albo ze sprawą mieszaną, albo z czysto śródmiaższową.

Przebieg cierpienia jest bardzo wolny; często, zwłaszcza w początkach, są okresy, wolne od cierpienia.

Rozpoznanie stawiamy na zasadzie danych, przytoczonych powyżej. Tu możemy dodać jeszcze, że *stomatitis mercurialis*, występując nieprzewidzianie, bywa dla nas tu wskazówką bardzo cenną, wskazując na zajęcie nerek.

W dziale o rozpoznaniu MAURIAC poświęca dużo miejsca sprawie mocznicy. Objawy mózgowe, występujące przy mocznicy ostrej, lub przewlekłej [zwłaszcza przy tej ostatniej], podobne są do objawów, występujących przy syfilisie mózgu. Należy więc w takich przypadkach rozstrzygnąć, z czym mamy do czynienia.

W mocznicy ostrej, postać konwulsyjna, najczęstsza, charakteryzuje się przez napady padaczki o wiele pełniejsze i ogólniejsze, niż przy padaczce syfilitycznej, przytem postaci tej nie towarzyszą porażenia [paraliże] częściowe [jak to ma miejsce przy padaczce syfilitycznej].—Rzadka postać mocznicy, połączona z bredzeniem (*delirante*), przebiegająca przy objawach otępienia umysłowego, apatii, zwolnienia percepcyi, łagodnego *delirium*, podobna jest do syfilisu mózgu, tembardziej, że i ona poprzedzona bywa przez bóle głowy i zaburzenia wzrokowe. W tych razach wątpliwość może rozstrzygnąć jedynie badanie moczu. To samo da się powiedzieć o postaci śpiączkowej, choć ta jest zjawiskiem niezmiernie rzadkiem przy syfilisie mózgu; natomiast, przy mocznicy, jest częsta i stanowi jakby ostatnie ogniwo wszystkich innych postaci. Zwykle występuje bez drgawek i bez ograniczonych porażeń, [które stanowią cechę syfilitycznych spraw mózgu, przebiegających z towarzyszeniem śpiączki].

Cierpienie mózgu mocznicowe, przebiegające wolno, ma okres początkowy, który może trwać tygodnie i charakteryzować się jedynie silnymi bólami głowy. Jak wiadomo, w ten sam sposób rozpoznają się przeważnie i syfilityczne cierpienia mózgu. Z biegiem czasu jednak zarysowują się wyraźnie różnice pomiędzy temi sprawami. Przy występowaniu objawów mózgowych przy mocznicy widzimy: wymioty, śpiączkę, drgawki, bredzenie; natomiast przy syfilisie mózgu występują objawy bardzo rozmaite, nie zachowujące żadnej systematyczności, lecz mające zawsze jedną cechę wspólną: ograniczone bezwłady lub niedowłady. Sprawa mocznicowa postępuje o wiele szybciej, niż syfilis mózgu.

Należy tu uczynić jeszcze jedną ważną uwagę: w obu postaciach mocznicy, szybkiej i wolnej, występują często nagłe zaburzenia oddechowe, bez żadnych zmian w sercu i płucach. Zaburzenia te są bardzo rzadkie w przebiegu syfilisu mózgu. Wreszcie, przy mocznicowem zajęciu mózgu zawsze występują zaburzenia ze strony narządów moczowych.

R o k o w a n i e w przypadkach późnego syfilisu nerek opieramy na tych samych danych, na jakich je stawiamy przy odpowiednich sprawach pochodzenia „banalnego“, z tem jednak zastrzeżeniem, że przy tle syfilitycznem jest ono lepsze, dzięki leczniczym własnościom środków swoistych. Ilość śmiertelnych przypadków dlatego jest tak znaczna, że w wielu z nich rozpoznanie postawione było po śmierci chorego, przypadki zaś lżejsze albo rzadko bywają rozpoznawane, albo przebiegają bez żadnych objawów.

Dane sekcyjne pouczają nas, że sprawa może się zakończyć zupełnem wyzdrowieniem pod względem czynnościowym.

L e c z e n i e. Jeżeli pominiemy zwykłe przy sprawach nerkowych zabiegi higieniczno-dyetetyczne, musimy zająć się pytaniem, jakie leczenie odpo-

wiednie jest dla tej postaci. Niestety, na tym punkcie nie znajdujemy zgodności w poglądach autorów.

Według MAURIAC'a „*l'iodure est le spécifique par excellence dans les néphropathies tertiaires*“. Odradza on stanowczo stosowanie rtęci. Na ogół ze stosowaniem środków lekarskich radzi M. być bardzo ostrożnym, gdyż wobec zajęcia nerek łatwo może wystąpić zatrucie.

Podobny pogląd wyraża SENATOR, zalecając jodek potasu [lub sodu] nie tylko przy sprawach syfilitycznych, ale przy wszystkich takich sprawach nerkowych, zwłaszcza zaś o ile mamy do czynienia z miażdżycą naczyń. Iuui jednak, jak np. FÜRBRINGER i ROSENSTEIN wyrażają się dość umiarkowanie o leczniczym działaniu jodu. Rtęć ma swych obrońców w osobach SEE'go i DIEULAFOR, zdaniem którego działa tu ona energiczniej, niż przy innych postaciach syfilisu nerek, gdyż wydzielenie jej w tej postaci cierpienia może być szybsze i zupełniejsze.

Naszem zdaniem, pogląd MAURIAC'a niezupełnie może się ostać krytyce. Sądziłibyśmy raczej, że właśnie rtęć jest najodpowiedniejszym środkiem przy syfilisie nerek, zwłaszcza, gdy wydziela się mała ilość moczu. Wszak i przy niesyfilitycznych sprawach zapalnych nerek w podobnych razach właśnie rtęć stosujemy. Co się tyczy stosowania jodu, to dajemy go wtedy jedynie, kiedy ilość moczu nie jest zbyt skąpa, przeciwnym bowiem razie łatwo wystąpić mogą objawy zatrucia jodowego. Możemy go stosować wraz z rtęcią, gdy pod wpływem tej ostatniej ilość moczu stanie się obfitszą.

Zmiany anatomo-patologiczne ogólne przy syfilitycznej marskości nerek, jako nie przedstawiające nic charakterystycznego, pominiemy tu milczeniem, zajmiemy się tylko szczegółami. Wiadomo już nam, że syfilis w nerkach, podobnie jak i w innych narządach, przeważnie dotyka tkanki łącznej okołonaczyniowej, czy śródmiaższowej. Wskutek tego sprawy miąższowe mniej wyraźnie w cierpieniu tem występują, zapalenie zaś śródmiaższowe jest ostatnim etapem, ku któremu sprawy syfilityczne w rozwoju swym dążą. Zdawałoby się, że świadomość ta będzie dla nas kluczem do rozwiązania wszystkich pytań zagadkowych. Nieco światła na dziedzinę tę rzucają nam uwagi, które przytaczaliśmy, mówiąc o patogenecie późnego syfilisu nerek. Mimo to jednak bardzo często nie możemy np. określić, czy zanik miąższu zależnym jest od pierwotnego cierpienia miąższu, czy też jest on zjawiskiem wtórnym, zależnie od spraw zapalnych śródmiaższowych i wokołonaczyniowych. Trudność rozpoznawcza będzie tem większa, jeżeli przypomnimy sobie, że [aczkolwiek rzadko] możemy mieć do czynienia z przewlekłym zapaleniem miąższowym. Nowsze jednak badania pomagają nam zawile te sprawy choć częściowo zrozumieć. Wykazują one, że „zanik ziarnisty“ występuje tu pod zwykłymi sobie postaciami: czerwoną i białą; dalej, że geneza powstania ziarnistej nerki zmarszczonej na tle syfilitycznym w wielu razach jest ta sama, jaką miewają cierpienia analogiczne nieswoiste. Dalej, jak to niejednokrotnie zaznaczonem było, w niektórych przypadkach marskość nerek jest zjawiskiem wtórnym; bywa to w tych przypadkach, w których jest ona ostatnią fazą w rozwoju postaci podostrych i przewlekłych zapaleń rozlanych. Badania te wykazują nam, że w wielu przypadkach

sprawa śródmiażdżowa może być z pewnem prawdopodobieństwem uważa za pierwotną, że rozrost tkanki śródmiażdżowej jest tu zjawiskiem samodzielnem [KARVONEN]; czasami nacieczenie komórkowe przybiera tak znaczne rozmiary, że nasuwa nam na myśl pierwotne zapalenie proliferacyjne [podobne w niektórych przypadkach spostrzeganych wprost do rozlanego syfilomatu]; czasami widzimy bardzo znaczny rozrost śródmiażdżowy, a mimo to niema zaniku kłębków i kanalików moczowych; w niektórych przypadkach, w których widzimy początkowe fazy cierpienia nerkowego, badanie każe nam przypuszczać pierwotne śródmiażdżowe zapalenie nerek.

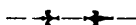
[C. d. n.].

ODCINEK.

Jędrzeja Śniadeckiego traktat „O gorączce“ w świetle pojęć dzisiejszych.

Napisał

Stanisław Łagowski.



[Dokończenie — Patrz Nr. 33].

Że w jednych przypadkach gorączki cierpi raczej ten, w innych zaś inny narząd, że mamy tak różnorodne objawy gorączki, to, zdaniem ŚNIADECKIEGO, zależy od natury jadu sprawującego gorączkę albo od stanu indywidualnego chorych, albo też od wielu innych przyczyn pobocznych. „I tak, powiada, w krajach gorących lub podczas gorącego lata, najczęściej cierpi wątroba. Lecz te same gorączki, jeżeli trwają do zimy lub wiosny, cierpią raczej płuca i oddechowe kanały, lub mózg i systemat nerwowy. W pijakach lub żarłokach więcej cierpi od gorączek pokarmowy kanał i wątroba. W nerwowych wszelkiego rodzaju zagorzałcach, gwałtownym uległych namiętnościom, więcej głowa i nerwy. Często i pijacy do tego oddziału należą. Są epidemie, w których najczęściej cierpi żołądek lub dalszy kanał pokarmowy; są, w których więcej błony lub mięśnie. W febrach cierpi statecznie śledziona; które — konkluduje — objawienia ponieważ być lub nie być mogą, istoty gorączki nie stanowią, ale są raczej przypadkowe, uboczne. Dlaczego i stanowienia z nich osobnych i niby oddzielnych gorączek mam za mniej właściwe i niepotrzebne.“

Wyjątek jednak robi dla chorób gorączkowych wysypkowych, takich, jak: odra, ospa, szkarlatyna, żółta gorączka i t. d., gdyż te choroby, jako wywołane szczególnym gatunkiem jadu zwierzęcego, odradzającego się w nas i mogącego dawać początek tym samym a nie innym chorobom, należy uważać za odrębne.

Wobec powyższych twierdzeń i objawy gorączki, które zazwyczaj zależą od przyspieszonego lub gwałtownego obrotu krwi raz w jednym, drugi raz

w innym narządzie, mogą być nader różnorodne; ale nigdy objawy te nie są przyczyną, lecz skutkiem gorączki. „Uważałem często—mówi—że niektórzy praktycy gwałtowny ból głowy, jaki się pospolicie na początku mocnych zwłaszcza epidemicznych gorączek postrzegać dają, lub obłąkanie umysłu w gorączkach, biorą za dowód zapalenia mózgu lub błon mózgowych, i za to uważają całą gorączkę. Zdarza się wprawdzie w gorączkach istotnych zapalenie, ale każdy praktyk uważać może, iż prawdziwa, istotna gorączka [tyfus] zawsze się od takiego bólu głowy zaczyna, który zazwyczaj szóstego lub siódmego dnia sam przez się ustaje, kiedy gorączka idzie dalej. Jeżeli pijanego od trunku, opium lub innej trucizny, napada gwałtowny ból głowy i obłąkanie umysłu, czy one są przyczyną pijaństwa?”.

Dzisiaj fakt, iż w jednych przypadkach gorączki cierpi raczej ten, w innych zaś inny narząd, jest wyjaśniony, wiemy bowiem, iż zależy to w zupełności od natury jadu, sprawującego gorączkę, *resp.* od tego lub innego rodzaju bakterii; objawy zaś w jednych i tych samych postaciach chorób gorączkowych mogą być różne i w zależności od stanu indywidualnego danego osobnika, jako też i od wielu innych czynników; ale objawy te nie są ani przyczyną, ani skutkiem gorączki, a skutkiem tej samej przyczyny, która i gorączkę wywołała.

W końcu swego traktatu omawia ŚNIADECKI pytanie; jak gorączkę leczyć należy? i czy ją leczyć potrzeba, czyli raczej własnemu zostawić biegowi? Pytanie to poprzedza kilku godnymi zaznaczenia uwagami.

Ponieważ gorączka, spowodowana wniknięciem do ustroju pewnego jadu zwierzęcego, trwa zwykle pewien przeciąg czasu, przechodzi właściwe sobie okresy, dopóki się wyzdrowieniem lub śmiercią nie skończy, więc porównyując działanie jadu zwierzęcego z działaniem innych trucizn, wniesćby można, że i czynność tego jadu trwa dopóty, dopóki albo z ciała wydalonym albo przeistoczonym, strawionym czyli przyswojonym nie zostanie, albo dopóki wzniecona przezeń czynność sama się nie wyczerpie i nie ustanie. Działanie jadu nieskończonem być nie może, a różny czas trwania gorączek zależy od jego natury, od stanu chorego i warunków otoczenia. Mamy przykłady, że działanie jadu na ciało „może być przywiedzione do bezwładności przez inną jaką istotę wprowadzoną w ciało”, jak np. w malaryach przez korę peruwiańską lub wydobyte z niej kombinacje. Fakt ten pozwala mieć nadzieję, że kiedyś da się w ten sposób [t.j. trafem] wynaleźć lekarstwo i na gorączki. „Uważając wszelako, iż dotąd ledwo na który jad zwierzęcy pewne lekarstwo odnaleźć się dało, choć mamy wiele zachwalanych niesłusznie; że najmniejszy atom jadu zwierzęcego już swoje szkodliwe wywiera skutki i rozradzać się w ciele naszym zdaje; mała jest nadzieja, ażeby się podobny wynalazek mógł kiedy udać. Rozpaczając wszakże nie należy. Oprócz tego, jady zwierzęce, będąc tworami organicznymi, później czy prędzej przerobić się i przyswoić dają. I na tej to podobno własności opiera się szcześnie zakończenie tak wielu gorączek”. Ze malaria od kory peruwiańskiej ustępuje, a na inne gorączki też kora nie działa, dowodzi tylko, iż malaria co do natury swej jest zupełnie odrębną, różną od gorączek, chorobą.

Nie mając przeto żadnego pewnego na gorączki lekarstwa, nie mogąc wprost zatamować lub zniszczyć samej choroby, należy, zdaniem jego, ochraniać silniej zajęte narządy, łagodzić gwałtowniejsze objawy, słowem — czynić chorobę znośniejszą i leczyć symptomatycznie: „Doświadczenie zaś pokazało, mówi dalej, iż gorączkowi chorzy, zostawieni sobie samym, bez żadnej pomocy lekarskiej przychodzą często i zupełnie do zdrowia. Na pospólstwie, nie mogącem zasięgać rady lekarskiej, prawda ta najlepiej widzieć się daje. Ja sam niekiedy na wsiach, podczas panujących między włościanami gorączek, nie mając nic pod ręką, czego pospolicie w takich razach używać zwykliśmy, kazałem tylko, w łagodniejszej porze roku, wynosić chorych z zakopconej i odymionej chaty

do stodoł czyli gumien, lub do spichrzów, dla chłodu i wolnego powietrza, używać za napój zwyczajnych włościanom kwasów, lub czystej wody, i widziałem, iż przebywali gorączkę bardzo szczęśliwie i do zupełnego przychodzili zdrowia. Myślałem więc nieraz, iż szpitale, osobliwie mocno zapchane i nieporządne, są raczej gniazdem gorączek, są bardziej sposobem ich spółdzenia i rozmnażania, aniżeli leczenia. Owszem, widziałem i to, iż ile razy zajmie się w mieście lub szpitalach gorączkowa epidemia, chorzy przyjęci z innymi chorobami, skoro z nich wyjdą lub wychodzić zaczynają, dostają panującej gorączki: co nie wiem, czy przypisać udzielaniu się gorączek przez zarazę od blisko leżących chorych, czyli raczej płodzonemu w tych gabinetach ludzkich cierpień zwierzęcemu jadowi, dającemu początek gorączce. Że zaś samo powietrze napojone jest w takich szpitalach jadem zwierzęcym nieznośnym, przekonywa: 1) zapach szpitalny, 2) wpadanie w gorączki wszystkich osób w nich przebywających, 3) poprawa i oczyszczenie tego powietrza przez chlorynę i solniki“

Następnie, zaznaczając, że odmieniająca się ciągle teoria sztuki lekarskiej dawała początek różnorodnym sposobom leczenia gorączek, częstokroć wręcz sobie przeciwnym, że przy tych wszystkich sposobach wyniki leczenia były niemal z każdej strony jednakowe, pyta: „Cóż z tego wniesć należy? Oto, że żaden z tych sposobów gorączki nie leczy, ale ta, podług mocy, z jaką się zapala, podług sił i konstytucyi chorego, albo zabija, albo właściwe sobie przebiegłszy okresy, sama przez się ustaje. Owszem, że jej bieg tak jest mocny i pewny, tak częstokroć ze zwyczajnego toru niezbity, że niekiedy nawet skądinąd szkodliwy sposób leczenia przymusić jej do zboczenia z toru właściwego nie może“. Fakt ten stał się powodem niemal powszechnie przyjętego poglądu, że natura sama leczy choroby; i prawdą jest, zdaniem jego, że w gorączkach lepiej jest zostawić je własnemu ich biegowi, aniżeli powierzyć czynnemu, a mniej rozsądnemu lekarzowi, w innych jednak chorobach pogląd taki na ogół jest błędny i nietyle umiejętności naszej, ile samym chorym szkodliwy.

Pamiętając więc o tem, że jeżeli gorączka nie jest gwałtowna, a stan indywidualny chorego na to pozwala, najlepiej będzie zostawić ją zawsze jej własnemu biegowi, radzi przystępować do leczenia tylko wtedy, gdy się pokażą jakie objawy groźniejsze. I tak, w okresie wstępnym gorączki należy zwracać uwagę, azali który z narządów nie ulega zapaleniu i jeżeli tak jest, bezzwłocznie go ratować, inaczej śmierć nie z samej gorączki, ale z zepsucia istotnego do życia organu nastąpić może“. W tym celu najodpowiedniejsze są środki przeciwapalne: krwi upust ogólny, lub też miejscowy zapomocą pijawek lub baniek i środki czyszczące. Ale że środki te są nader gwałtowne, zaleca je stosować jak najogłędniej, gdyż i postaci zapaleń narządów wewnętrznych mogą bez żadnego leczenia tak samo pomyślnie się kończyć, jak i sama gorączka. Prócz tych środków za najskuteczniejsze w tym okresie poczytuje jeszcze: wstrzymanie się od pokarmów, spokój, „nawet ciemność“, napoje kwaskowate lub lekko klejowate i chłodne i wolne powietrze. Obmywanie całego ciała czystą wodą lub wodą z octem wielką niekiedy chorym przynosi ulgę; uważać również należy, by wypróżnienia odbywały się swym trybem, do czego z pożytkiem użyte być mogą lekkie środki rozwalniające roślinne, sole, lub ławatywy. Przeciwny jest stosowaniu emetyku, uśmierza on bowiem gorączki symptomatyczne, tarzyszące zapaleniu dróg oddechowych, lecz na istotne mało ma mocy“.

I w okresie zapaści (*collapsus*), gdy upadek siły serca nie jest zbyt wielki i wyraźnym niebezpieczeństwem nie grozi, najlepiej będzie, zdaniem jego, gorączkę jej własnemu zostawić biegowi. W przeciwnym razie całą nadzieję pokłada w posilnych, lecz nie nad siły żołądka i w małej ilości, a często podawanych pokarmach, do których zalicza: esencyonalne rosóły, kleiki, tak jedne, jak i drugie żółtkiem świeżego jaja zaprawione, lub też rosóły z dodatkiem

czystego kwasu buraczanego lub soku cytrynowego. Wreszcie, środki podniecające: na pierwszym miejscu stawia tu piwo, naprzód lekkie, potem coraz mocniejsze i wino „u osób do niego przyzwyczajonych uważnie i roztropnie użyte“. Co do innych środków podniecających i środków nerwowych lotnych [nie wymienia jakich], powiada, iż „ma całą naukę o nich za bardzo wątpliwą i rzadko się do nich i chyba w ostatniej konieczności w gorączkach ucieka“. Natomiast zaleca drażnienie skóry zapomocą gorczycy, much hiszpańskich i innych tym podobnych lekarstw, by się przez to obrót krwi cokolwiek ożywił.

Rozpatrując ten sposób leczenia gorączek, zalecany przez ŚNIADECKIEGO, nie można w nim nie dostrzedz odbicia panującej wówczas prawie niepodzielnie w całej Europie metody leczniczej BROUSSAIS'ego. Ponieważ BROUSSAIS źródło choroby upatrywał w zapaleniu, więc w terapii był twórcą metody przeciwzapalnej. Z jego to zapoczątkowania popłynęły potoki krwi ludzkiej najniepotrzebniej, chociaż położył on i pewne zasługi dla nauki, ograniczając leczenie drażniące i wykazując pożytek leczenia dyetetycznego. ŚNIADECKI, jak to zaznaczyliśmy, był przeciwnikiem nanki BROUSSAIS'ego, to też i na jego metodzie leczniczej kładł swe piętno indywidualne. Ścisłe przestrzega maksymy: „*primum non nocere*“ środki przeciwzapalne radzi stosować jak najostrożniej i liczy wiele na własną pomoc ustroju. Co do tego punktu, to dotychczasowe dane wykazały, że, istotnie, dość znaczna liczba przypadków chorób gorączkowych może się obejść bez żadnego leczenia, że przystępować doń należy tylko wówczas, gdy gorączka sama przez się grozi niebezpieczeństwem, a głównymi zasadami naszego postępowania są wtedy: płynne, wzmacniające pożywienie, chłodne kąpiele i środki podniecające. Z dzisiejszego tedy punktu widzenia metodzie ŚNIADECKIEGO możnaby zrobić ten tylko zarzut, że za mało uwzględniała środki podniecające, [z których podawanie piwa, osobiście w gorączkach tyfusowych, poczytywalibyśmy obecnie za wręcz nieodpowiednie, a nawet szkodliwe].

Jeżeli zważymy, że traktat o gorączce, o którego rozbiór staraliśmy się, by był, o ile można, dokładny, pisany był przez ŚNIADECKIEGO przed laty kilkadziesiąt, gdy i fizyczne metody badania chorób były zaledwie w zarodku, gdy brak było całych nowych gałęzi nauk przyrodniczych, dopiero w naszych czasach powstałych, takich, jak bakteryologia i chemia biologiczna, gdy i w innych dziedzinach umiejętności lekarskich faktów na eksperymencie opartych prawie że nie było,—to, zaiste, nie odmówimy autorowi traktatu zdumiewającego daru spostrzegawczego, bystrego poglądu i wrodzonej intuicji, nie mówiąc już o przeplęknem przedstawieniu rzeczy, i zgodzimy się na to, że słusznie stawiano ŚNIADECKIEGO w rzędzie najznakomitszych swego czasu lekarzy. Wobec zaś stanu naszej rodzimej umiejętności i sztuki, lekarskiej możnaby go nazwać polskim HIPOKRATESEM.

Ż R Ó D Ł A.

COHNHEIM JULIUSZ. Odczyty z patologii ogólnej. Warszawa. 1884 r.

PRUS JAN. Obecne stanowisko patologii ogólnej oraz rozwój historyczny pojęcia choroby. Krytyka Lekarska. 1897 r. Nr. 4 i 5.

LIEBERMEISTER. Ueber die Bedeutung der Wärmeentziehung beim Fieber. Zeitschr. für diät. und physik. Therapie. 1899 r.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

45. L. Rosenthal. Przyczynę do kwestyi etyologii czerwoni (*dysenteria*).

Obecnie znane są dwie postaci czerwoni: amebowa i bakteryjna. Pierwsza, będąca chorobą krajów zwrotnikowych, odznacza się przebiegiem przewlekłym i częstymi powikłaniami w postaci ropni wątroby. Owrzodzenia w kiszka przy tej formie mają za punkt wyjścia nie warstwy powierzchowne, a tkankę podśluzową; brzegi owrzodzeń są wskutek tego kręte i podminowane. Czerwonka bakteryjna występuje epidemicznie w rozmaitych miejscowościach; z przebiegu podobną jest do ostrej choroby zakaźnej, rzadziej przechodzi w stan przewlekły; ropni wątroby przy niej nie bywa. Martwica rozpoczyna się tu w górnych warstwach błony śluzowej i zwolna drąży w głąb tkanki. Jako czynnik etyologiczny czerwoni bakteryjnej uważany jest obecnie *bacillus dysenteriae* SHIGA-KRUSE'go.

Autor postanowił zbadać, czy wyżej wspomniany lasecznik jest również swoistym i dla czerwoni, występującej w Moskwie i jej okolicach. W tym celu w jednym ze szpitali moskiewskich badał bakteryjologicznie kał w 85-ciu typowych przypadkach biegunki krwawej. Badając pod drobnowidzem świeże, niebarwione preparaty, ameb nigdy autor nie znalazł. Na barwionych preparatach obserwował wielką liczbę krótkich laseczników, rzadziej znajdował koki. Badając kał bakteryjologicznie, autor we wszystkich przypadkach otrzymał czyste hodowle laseczniaka, który przy sprawdzeniu okazał się najzupełniej identycznym z mikroblem, wykrytym przez SHIGA-KRUSE'go. Lasecznik, o którym mowa w kształtu podobny jest do *bacillus coli*; barwi się rozmaitymi barwnikami anilinowymi, przyczem bieguny zwykle barwią się silniej, niż część środkowa. Sposobem GRAM'a nie barwi się. Nie posiada samoistnych ruchów; zarodników nie tworzy. Rozwija się na wszystkich zwykle używanych podłożach.

Na podłożu CONRADI-DRIGALSKY'ego [agar z lakmusem i cukrem mlecznym] lasecznik czerwoni, równie jak i lasecznik tyfusowy, dają kolonie niebieskie, gdy tymczasem lasecznik okrężnicowy, wskutek rozkładu cukru mlecznego i wytwarzania kwasu, daje kolonie czerwone. Poza tem laseczniaki czerwoni różnią się tem jeszcze od powyżej wspomnianych, że nie wytwarzają gazu, nie ścinają mleka, nie dają odczynu indolowego (*bac. coli*), nie ruszają się (*bac. typhi*).

W pierwszym tygodniu choroby otrzymywano zawsze ze stolca dużą liczbę kolonii laseczniaka czerwoni. W dalszym jej przebiegu współcześnie z polepszeniem się objawów, liczba kolonii zmniejsza się, a z wystąpieniem stolców uformowanych prawie całkowicie znika. W przypadkach średniej ciężkości zwykle udawało się wykryć laseczniaki w ciągu pierwszych dwóch tygodni choroby; w lekkich przypadkach zniknęły one wcześniej, najpóźniej zaś udało się je wykryć 21-go dnia choroby. Krew i moc chorych okazały się zupełnie jałowemi.

Swoistość opisywanych laseczników dla czerwoni została przez autora stwierdzoną przez próby aglutynacyjne. Za udane uważane były te doświadczenia, w których aglutynacja występowała nie później, jak po godzinie. Dopiero 10 — 12-go dnia choroby pojawia się w rozcieńczeniu 1 : 40, 1 : 50 i następnie zwolna wzrasta, tak że raz otrzymano aglutynację w rozcieńczeniu 1 : 400. W cięższych przypadkach, zakończonych wyzdrowieniem, odczyn wyrażony był silniej niż w lekkich. Po 4—5-iu tygodniach od początku choroby

zdolność aglutynacyjna zmniejsza się. Laseczniki okrężnicowy i tyfusowy nie były aglutynowane surowicą chorych na czerwonkę; surowica ludzi zdrowych lub chorych na tyfus również nie aglutynuje laseczników czerwonki. Przy badaniu histologicznem owrzodzeń kiszkowych znajdowano w nich laseczniki czerwonki, a w 3-ch przypadkach znaleziono je w gruczołach krezkowych. W jednym przypadku autor obserwował ogólne zakażenie ustroju lasecznikami czerwonki (*septicaemia*). Badając stolce normalne, wypróżnienia przy lekkich biegunkach, gruźlicze, także stolce w jednym przypadku wpochwienia kiszki, autor nigdy laseczników czerwonki nie wykrył. Usiłowania zarażenia zwierząt zapomocą podawania im czystych hodowli lasecznika *per os* lub wstrzykiwania ich do prostnicy, raz przez zastrzyknięcie hodowli do kiszki cienkiej, obnażonej przez laparotomię, nie powiodły się i w wypróżnieniach tych zwierząt laseczników nie wykryto.

(*Deutsche med. Wochenschrift*. 1903 Nr. 6.)

S. Janczurowicz.

46. Schambacher. O ciąży jajowodowej prawdziwej i rzekomej.

Autor zwalcza panujący do dziś dnia pogląd, że źródłem krwisteku bywa prawie zawsze ciąża jajowodowa. Już SAUTER podał to zdanie w wątpliwość, stwierdzivszy, że z 11-stu przypadków krwisteku aż w 7-iu przyczyną był ogólny zastój żylny [na tle wady serca, zapalenia nerek, rozedmy płuc]. Przypadki, badane przez SCHAMBACHER'a, również dowodzą, że rozpoznanie ciąży jajowodowej zbyt często bywa mylne. Z ogólnej liczby 14-stu przypadków w 4-ch już operacja albo późniejsze badanie stwierdziło omyłkę. W pierwszym przypadku krwisteku jajowodowego (*haematosalpinx*), powstałego na krótko przed przesileniem w obustronnem zapaleniu płuc, przy operacji przez pochwę znaleziono przydatki zupełnie normalne, a we krwi wynaczynionej ani śladu pierwiastków płodowych. W pozostałych trzech przypadkach obraz kliniczny i anatomiczny łudząco przypominał ciążę jajowodową i dopiero bliższe badanie wykryło prawdziwy stan rzeczy. Mianowicie, w jednym przypadku krwawienie wynikło wskutek pęknięcia rozszerzonej żyły; przyczyną pęknięcia mogło być stwierdzone przy operacji przerwanie *ligamenti lati* podczas burzliwego spółkowania, albo też wprost wzmożenie się ciśnienia krwi z następczem przerwaniem tego więzu. W dwu innych przypadkach autor rozpoznał zapalenie jajowodów krwotoczne, przewlekłe (*salpingitis haemorrhagica chronica*).

Obraz anatomiczny 4-ch powyższych przypadków nie pozostawiał żadnej wątpliwości co do istnienia ciąży. Tymczasem badanie mikroskopowe nie wykryło nigdzie komórek płodowych, ani kosmków, natomiast wspaniały rozrost śluzówki, nacieczenie leukocytami, bujanie tkanki łącznej i rozszerzenie naczyń włoskowatych, a więc typowy obraz zapalenia przewlekłego. Ciążę jajowodową można tu wykluczyć, boć trudno przypuścić, że skutkiem poronienia płód z jajowodu przepadł bez śladu, tak, aby się nie dały wykryć nawet kosmki, czy komórki płodowe: zazwyczaj jeszcze po upływie wielu tygodni od chwili śmierci płodu odszukać można jego pozostałości, zwłaszcza bujanie komórek LANGHANS'a i *syncytium*.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń, SCHAMBACHER utrzymuje, że krwistek zarówno zamaciczny, jak i okołomaciczny, oraz krwawienie do jamy otrzewnej mogą powstać bez ciąży. Dlatego anatomiczne rozpoznawanie ciąży zamacicznej opierać się powinno na ścisłem badaniu makro - i mikroskopowem, o ile naturalnie nie wykryto płodu. Wpływa też stąd konieczność ogólniejszego stawiania rozpoznania klinicznego. Aby rozpoznać ciążę jajowodową, nie dość jest stwierdzić guz przydatków, krwawienie, nieprawidłowości w miesiączkowaniu i bóle, każdy bowiem z tych objawów może nas w błąd wprowadzić. Krwawienie bywa czasami rekompensatą za przerwane lub znacznie zmniejszone czyszczenia miesięczne; silne bóle napadowe — które FRANZ uważa

za szczególnie znamienne dla poronienia z krwistkiem — można przypisać skurczeniu się jajowodu, mocno rozciągniętego wskutek krwawienia. Jedynie pewną cechą rozpoznawczą ciąży jajowodowej jest poniekąd, zdaniem SCHAMBA-CHER'a, odejście błony doczesnej — objaw zresztą rozstrzygający tylko w znaczeniu dodatnim: brak jego wcale nie wyklucza ciąży. Wogóle autor sądzi, że tylko w wyjątkowych razach udaje się klinicznie rozpoznać ciążę zamaciczną w pierwszych miesiącach; wątpliwości rozstrzygają przeważnie dopiero ścisłe badania po operacji. Stąd nie wypływa bynajmniej ograniczenie wskazań do zabiegu chirurgicznego, gdyż choroby przydatków są równie niebezpieczne, jak poronienia jajowodowe.

Etyologia ciąży jajowodowej nie jest dotąd ustalona. Być może, iż ma tu pewne znaczenie długość i drożność jajowodu, oraz okres rozwojowy, w którym znajduje się jajko podczas swej wędrówki do macicy. Zapalenie żadnej nie odgrywa roli w powstawaniu ciąży zamacicznej. Od stopnia rozwoju kosmków w jajowodzie ciężarnym zależy, czy nastąpi poronienie, czy też pęknięcie jajowodu: silny ich rozwój sprzyja pęknięciu, słaby — poronieniu.

(*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, tom XLVIII, zeszyt 3).

Wiktor Majerczak.

Wiadomości bieżące.

— W Zakopanem odsłonięto pomnik ś. p. prof. T. CHAŁUBIŃSKIEGO, któremu miejsce to zawdzięcza swój rozwój i sławę.

— Docenci Uniwersytetu Lwowskiego: SCHRAMM i ZIEMBICKI zostali mianowani profesorami nadzwyczajnymi tegoż Uniwersytetu.

— **Zmarł** w Pradze Czeskiej prof. chirurgii tamtejszego czeskiego uniwersytetu, KAROL MAYDL.

O G Ł O S Z E N I E.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych w wykonaniu warunku w testamencie ś. p. dra JANA BĄCEWICZA zastrzeżonego, ogłasza nazwiska 5-ciu wdów po lekarzach polakach, którym na posiedzeniu Komitetu w dniu 27-ym czerwca r. b. przyznane zostały wsparcia z legatu dra BĄCEWICZA, każdej po rub 81, a mianowicie: HEBDA MARYA, KADLER WANDA, LIBKIND-LUBODZIECKA STEFANIA, ŁAZOWSKA ANTONINA i WILCZKOWSKA MARYA.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu, *Dr M. Jakowski*.

Do dzisiejszego Nru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S ka za m. lipiec 1903 r.

Wydawca, **Dr Jan Pruszyński**.

Redaktor odpowiedzialny, **Dr Wł. Gajkiewicz**.

Дозволено Цензур. Варшава, 8 Август, 1903. Друк К. Ковалевского, Warszawa Mazowiecka

BAD KISSINGEN

Kąpiele od 1 Kwietnia do 1 Listopada.

Znane w świecie solanki (Rakoczy, Pandus, Maxbrunnen, Bockleter Stahlwasser) z obfitą zawartością kwasu węglowego, używane do wewnątrz i do kąpeli. Wskazania szczególne: cierpienia żołądka i kiszek, choroby serca, wątroby, nerek, blednica, otyłość, cukrowka moczowa, choroby koblet.

Objaśnień na żądanie udziela bezpłatnie

Związek kąpielowy w **Bad Kissingen.**

Przesyłkę wszystkich wód mineralnych skutecznie Zarząd wód mineralnych KISSINGEN i BOCKLET.



WINO VIAL

przygotowane na Korze chinowej, Ekstrakcie Mięsnym i Mlecznym Fosforanie Wapnia jest Środkiem odżywczym ze względu na jego fizyologiczne własności. Wino VIAL zawiera w sobie pierwiastki fosforanu wapnia, chininy i surowego mięsa. Połączenie tych trzech substancyj daje środek najracjonalniejszy i najdoskonalszy z tonicznych. Przyjmowane w ilości kieliszka od likieru po każdym jedzeniu stanowi znakomite uzupełnienie pokarmu chorych i rekonwalesc.

Vial Frères pharmaciens, 36 place Bellecour, Lyon, France.

GUSTAW KAMIEŃSKI

Jeneralny Reprezentant syndykatu francuskich fabrykantów

poleca wyroby firm:

Carrión & C-o. Materiały opatrunkowe. **Chouanard.** Szkolnictwo i szpitalnictwo. **Flicoteaux, Borne & Boutet.** Szpitalnictwo, przyrządy chirurgiczne, sale operacyjne etc. etc. sterylizacja, dezynfekcja autoklawy i t. d. **Gaillard.** Przyrządy chirurgiczne z gumy i kauczuku. **Radiguet & Massiot,** Elektryczność lecznicza i przemysłowa, radiologia, instrumenty fizyczne. aparaty projecyjne. **Wulfing-Lüer** wszelkiego rodzaju instrumenty chirurg.

Gustaw Kamieński

Warszawa, aleje Jerozolimskie 25, Telefonu 2741.

Nowa kanka do pochwy macicznej o podwójnym prądzie

opatentowana

ułatwia szprycowanie po położach lub operacjach pochwy macicznej, zastępując używanie miednicy.

Niezbędna przy obmywaniach antyseptycznych.

Wielce pożyteczna dla pp. lekarzy i akuszerów.

Bardzo wygodna dla dam w podróży.

A. Bognier et G. Burnet. 125 Rue Vieille du Temple, Paryż.

Wyroby kauczukowe. Instrumenty chirurgiczne. Przyrządy farmaceutyczne.

