



Nº 30.

Warszawa, d. 27 Lipca,

GAZETA LEKARSKA

• PISMO TYGODNIOWE •

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJ-
TNOŚCI LEKARSKICH

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru N° 2747.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
poleca jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

DUR WYSYPKOWY

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

ANTITYREOIDYNA-

MOEBIUS.

Od wielu lat znana w leczeniu

Choroby Basedowa

i w stanach tyreotoksycznych.

Antityreoidyna płynna

w butelkach po 10 c. sz.

Literatura na żądanie!

Tabletki antityreoidyny

w rurkach po 20 sztuk.

Przedstawiciel: Dom Handlowy NACHTLICHT i KAMIENSKI, Warszawa — Tłomackie 1.

E. MERCK & Darmstadt.

KONTAKT PRZEMYSŁO-LEKARNI przy WARSZAWSKIM
STOWARZYSZENIU LEKARZY odwołuje na podstawie badań
chemicznych i fizycznych, że JODOROL KARPINSKIEGO
jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej
zawierające 4,7 % czystego jodu. Proste i łatwe
się woda w każdym stosunku, jest przyjemny w smaku
może być stosowany w dawkach od 10-100 kropeł trzy
razy dziennie, przyswajają się w ustroju szybko, nie
wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem
(jodizmu) nawet w dawkach największych i wydziela się
całkowicie w ciągu 3-4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1914

Przewodniczący Komisji

Przewodniczący Komisji

Dr. Karpiński
Sekretarz
K. Karpiński

Oprawa pismy i tona. z Fed.
Wielu do czasu, dano na ocenie
To pisma z dnia 24. 8. 14 na
podpisano w 27. 8. 14
Dr. Karpiński
Sekretarz
K. Karpiński

JODOROL

Peptonate d'iode Karpiński

Jodorol jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej.
Jodorol przyswajają się szybko, nie wywołując objawów po-
drażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach
najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3-4 dni.
Może być stosowany od 10-100 kropeł trzy razy dziennie.

Cena flakonu m. 5.50.

Tow. Akc. „FR. KARPINSKI w Warszawie“
ul. ELEKTORALNA 35.

Obok zamieszczamy ocenę Jodorolu przez Komisję Przemys-
słowo-lekarską przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy.

Dormiol

Tani, pewny środek nasenny.

Odpowiedni we wszelkich formach bezsenności u zdrowych i u chorych umysłowo. **Dormiol** znoszą dobrze **chorzy na serce.** — Skuteczny **w stanie padaczkowym.**

Preparaty { Dormiol solut. 1 : 1.
Kapsułki dormiolu po 0,5 g. № VI } opak. orygin.
Kapsułki dormiolu po 0,5 g. № XXV }

Dokładną literaturę dostarcza: K A L L E & CO. TOWARZYSTWO AKCYJNE. Biebrich nad Renem.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od 1819 r.

Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia pg. modeli i rysunków.

HIPOLIT AMBER

Skład narzędzi chirurgicznych

Warszawa, Marszałkowska 139, wprost bramy, 1-sze piętro.

Poleca: wszelkie narzędzia lekarskie, szpryce, igły do szpryc i chirurg. termometry i t. p. Dokładna reparacja i odnawianie tychże. Reprezentacja na Król. Polskie Fabryki artykułów dla celów medycznych R. GRAF et C-o, Norymberga.

Catgut z najlepszych i zdrowych kiszeczek; zupełnie gotowy do użytku (jałowy) na gwiazdkach.

Catgut surowy w motkach i kłębkach, lecz wewnątrz nici jałowy.

Dr L. Lorentowicz

ginekolog
ordynuje przez lato w **CIECHOCINKU.**

ZAKŁAD ORTOPEOYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

ACIDOL-PEPSIN

wypróbowany, trwały

preparat kwasu solnego i pepsyny.

Pudełko zawiera 5 rurek po 10 pastylek.

Stężenie I
(silnie kwaśne).

Stężenie II
(słabo kwaśne).

Próby i literatura na żądanie!

Action-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

Berlin S.O. 30.

Przedstawiciel: I. FREIDER & C-o. Warszawa, Królewska 35.



GAZETA LECARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-
TNOŚCI · LECARSKICH ·

Dzieńdziesięć
Dzień dziesięć

Ogólnego zbioru № 2747.

Warszawa, d. 27 lipca 1918 r.

PATOLOGIA NOWOCZESNA ZAPALENIA NEREK z punktu widzenia lekarza-praktyka, względnie—pedyatri.

Podał

Dr B. Korybut-Daszkiewicz.

(Według odczytu w Warszawskim Tow. Pediatrycznym).

Niezapomniany Bright był twórcą poglądów na sprawę zapalenia nerek, które z małymi modyfikacjami i uzupełnieniami utrwały się w nauce i przez lat kilkadziesiąt panowały wszechwładnie.

Poglądy owe, oparte na wynikach badań anatomopatologicznych w zestawieniu z pewnymi jakoby stałymi objawami klinicznymi, dały dwa główne typy chorobne, a mianowicie: zapalenia miąższowe (parenchymatyczne) i śródmiaższowe (interstycjalne).

W następstwie, bakteryologia, rozwijająca się szybkimi krokami i starająca się, że się tak wyrażę, o zrobienie konkurencji anatomii patologicznej, nakazała nam zwrócić uwagę na nowe typy zapaleń, a mianowicie: płonicowy, przymiotowy i gruźliczy; opierając się również na etyologicznej przesłance, wyodrębniła i typ zapalenia—dnawy. W ciągu lat kilku ostatnich szereg autorów wziął na swe barki zadanie oparcia nauki o chorobach nerek na zmianach chorobnych w ich funkcji i w ten sposób powstała nader ciekawa i aż nadmiernie może obietnicami swymi pociągająca, przedziwna patologia nowoczesna zapalenia nerek.

Zadaniem mojem będzie właśnie możliwie krótkie przedstawienie dzisiejszego stanu wiedzy pod tym względem i wypowiedzenie szeregu uwag krytycznych.

Jak dalece sprawa ta zainteresowała już

nasz świat lekarski, niech będzie dowodem wymownym choćby to, że w ciągu ostatnich kilku miesięcy pojawiły się aż dwie obszernie w tym kierunku prace naukowe polskie, a mianowicie: praca kol. Dziembowskiego w Nowinach Lekarskich (Grudzień 1917 r.) i kol. Seweryna Sterlinga w Odczytach klinicznych (№ 253, 254, 255). Oczywiście, że w toku moich rozważań wypadnie mi niejednokrotnie posługiwać się materiałem naukowym, jaki obie prace te dostarczają; uwagi krytyczne moje będą też tych prac przeważnie dotyczyć.

Przechodzę z kolei rzeczy do rozpatrzenia owej kliniki nowoczesnej chorób nerek dotyczącej.

A więc,—głównym zadaniem, jakie spełniają kłębki (*glomeruli*) jest wydzielanie, a przeważnie przesączanie (filtracja) wody, chociaż i pewna część soli drogą sekrecji przez kłębki kręte (*tubuli contorti*) wydzielana bywa, o czym pamiętać nam należy; zadaniem zaś kanalików (niemal wyłącznie w znaczeniu sekrecji) jest wydzielanie części stałych. Innymi słowy: główną czynnością kłębków jest filtrowanie wody, a kanalików — wydzielanie różnych soli. Oczywiście, określając w ten sposób, zaiste lakonicznie, pracę oddzielnych części nerek, nie wdaję się wcale w opisywanie więcej skomplikowanych wiadomości z fizjologii tego narządu.

Według wymagań dzisiejszych lekarz w każdym przypadku choroby nerek dążyć powinien do postawienia rozpoznania funkcjonalnego, innemi słowy — starać się musi o wyjaśnienie, która z oddzielnych części, składających nerkę, jest chora.

W tym celu klinika stosuje szereg prób¹⁾, względnie doświadczeń na chorym, które mają sprawy te rozstrzygać.

W szczegóły tu wdawać się nie będę, poświęciwszy nieco więcej czasu próbom, dającym się wykonać w sposób najłatwiejszy.

Zacznę od tak zwanej próby obciążania nerek wodą, mającej na celu wyjaśnienie, czy kłębki są chore, lub zdrowe.

Sposób wykonania jej jest następujący: 1) chory leży w łóżku, 2) rano naczczo daje mu się do wypicia w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny litr do $1\frac{1}{2}$ litra wody, lekkiej herbaty, lub lemoniady z cytryną. Pomimo wybitnie w takim przypadku zwiększonej potrzeby oddawania moczu poleca się choremu czynić to tylko co godzinę, aby mieć możność w równych odstępach czasu określić zachowanie się ciężaru właściwego moczu i wymierzyć ilość jego.

Jeśli kłębki są zdrowe, już w ciągu 4 godzin chory wydziela całą wypitą ilość płynu w moczu; przyczem ciężar właściwy moczu, obniżając się stopniowo w każdej porcyi nowej, dochodzi do 1004, a nawet 1002; w razie choroby kłębków nerki nie potrafią wydzielić w tym czasie całej wypitej ilości płynu i nie spotkamy się z tem charakterystycznym stopniowem obniżeniem się ciężaru właściwego moczu.

Dla przekonania się, czy kanaliki są zdrowe — stosuje się tak zwaną próbę solną, polegającą na tem, że przez 3 do 5 dni daje się choremu pożywienie z wiadomą zgóry ilością soli kuchennej, przyczem codziennie określa się dobową jej ilość, wydzielaną z moczem; w dniu próby dodaje się do potraw np. o 10,0 NaCl więcej, niżli w ciągu dni próbnych poprzednich. (NB. S. Sterling radzi te 10,0 NaCl podać jednorazowo np. w opłatku). Jeśli kanaliki są zdrowe, nerki wydziela tę nadwyżkę w ciągu 24 godzin, i ciężar właściwy moczu powiększyć się musi.

Trzecią próbą, częściej stosowaną, jest tak zwana próba zgęszczenia moczu, polegająca na tem, że: 1) przez 3 dni chory dostaje pożywienie, zawierające ogółem 2 litry

wody na dobę, przyczem waży go się codziennie i mierzy ciężar właściwy moczu, 2) chory leży w łóżku możliwie spokojnie, 3) w dniu próby ogranicza się ilość wody w pożywieniu do $\frac{1}{2}$ litra na dobę (unika się przytem jarzyn i owoców), 4) w dniu próby i następnym sprawdza się wagę chorego, a każdorazowo oddany mocz wymierza się i określa się jego ciężar właściwy. Człowiek zdrowy wydziela w tych warunkach 500 do 600 grm. moczu z ciężarem właściwym nie niższym niż 1025, a waga jego nie zmienia się; chory na nerki przy zajęciu kanalików wydziela moczu mniej, niż 500 gr., i ciężar właściwy jest niższy niż 1025; dzieje się to dlatego, że jak twierdzi Dziembowski, chociaż kłębki zdrowe filtrują wodę prawidłowo, ale nie wydzielają się ona z moczem, bo zostaje z powrotem do krwi wchłonięta w kanalikach w celu rozpuszczenia części stałych, niedostatecznie przez kanaliki wydzielonych; dlatego też i waga ciała w dniu próby i następnych może się zwiększyć.

Jeśli zaś ciężar właściwy moczu jest większy, niż 1025, innemi słowy, jeśli mocz jest więcej zgęszczony, a tylko ilość jego jest mniejsza, powinno to zależeć o d c h o r o b y k ł ę b k ó w.

Istnieje jeszcze cały szereg innych prób w tym samym celu stosowanych, jak np. próba z cukrem mlecznym, który w ilości 20 ctm. sześć. 20%-ego roztworu zastrzykuje się do żyły; jeśli w ciągu 4 do 5 godzin nerki wydziela tę ilość, w takim razie kłębki są zdrowe. Próba ta daje czasem niemile następstwa u chorych, doprowadzając ich nieraz do zapaści.

Dalej: próba mocznikowa, jodowa i inne.

Po za temi próbami istnieją i tak zwane próby ryczałtowe, mające na celu stwierdzenie faktu, czy czynność nerek jest wogóle sprawna, czy też nie—bez bliższego określenia, od czego zależy ten brak sprawności; do rzędu prób tych zaliczymy próbę uraninową i z fenolsulfoftaleiną (domięśniowe), w naszym piśmiennictwie niedawno przez kol. Leśniowskiego polecana.

Po za temi badaniami niezmiernie ważną rolę odgrywają i badania krwi na azot pozabiałkowy, którego u zdrowego człowieka znajdujemy od 0,05 do 0,4‰; o ile cyfra ta jest wyższa, dowodzi to istnienia niedomogi wydzielniczej nerek. Ma to nawet wielkie znaczenie w rokowaniu *quo ad vitam* i, jak podaje Dziembowski w swej pracy, jeśli tego azotu pozabiałkowego jest 0,5—1,0‰, to rokowanie nie jest tak bardzo złe, po 1,0 do 2,0‰ chory może żyć nie dłużej niż rok, przy 2,0 do

¹⁾ Wszystkie opisywane tu próby są przeznaczone dla dorosłych; o ileby wypadło je stosować u dzieci, muszą one ulec odpowiednim modyfikacyom.

3,0‰ — tylko kilka miesięcy, a przy cyfrach wyższych — śmierci chorego oczekiwać należy w każdej chwili.

Po za temi próbami ważnem dla rozpoznawania chorób nerek jest systematyczne mierzenie ciśnienia krwi.

Na podstawie wyniku tych prób w zestawieniu z badaniem chemicznem i drobnowidowem moczu udało się stworzyć nową klasyfikację chorób nerek, której dał początek Fr. Müller.

Autor ten odróżnił 3 grupy zapalen nerek:

I) *Nephrosis* — kiedy są chore kanaliki nerkowe.

II) *Nephritis* (względnie *glomerulo-nephritis*), — kiedy są chore kłębki.

III) *Sclerosis renum* — kiedy następują zmiany zwyrodnieniowe w naczyniach nerek. Vollhard i Fahr rozszerzyli tę klasyfikację, a małe już tylko zmiany później wprowadził do niej Strauss.

Ostatecznie klasyfikacja ta dziś przedstawia się jak następuje:

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| A. <i>Nephrosis</i> : | <ul style="list-style-type: none"> a) <i>acuta</i> b) <i>chronica</i> c) <i>cirrhosis nephrotica (tubularis)</i> | | | |
| B. <i>Nephritides</i> | <table border="0"> <tr> <td rowspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> <i>Glomerulo-nephritis diffusa</i> <i>Glomerulo-nephritis insularis</i> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>acuta</i> b) <i>chronica sine insufficiencia renum</i> c) <i>Chron. cum insufficientia renum</i> </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>acuta</i> b) <i>chronica</i> c) <i>embolica.</i> </td> </tr> </table> | <ul style="list-style-type: none"> <i>Glomerulo-nephritis diffusa</i> <i>Glomerulo-nephritis insularis</i> | <ul style="list-style-type: none"> a) <i>acuta</i> b) <i>chronica sine insufficiencia renum</i> c) <i>Chron. cum insufficientia renum</i> | <ul style="list-style-type: none"> a) <i>acuta</i> b) <i>chronica</i> c) <i>embolica.</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> <i>Glomerulo-nephritis diffusa</i> <i>Glomerulo-nephritis insularis</i> | <ul style="list-style-type: none"> a) <i>acuta</i> b) <i>chronica sine insufficiencia renum</i> c) <i>Chron. cum insufficientia renum</i> | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> a) <i>acuta</i> b) <i>chronica</i> c) <i>embolica.</i> | | | |
| C. <i>Cirrhoses renum</i> | <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Simplex</i> (marskość zwykła) b) <i>Maligna</i> (połączona z zachwianiem istoty nerkowej). | | | |

Co się tyczy właściwości, na podstawie których możemy rozpoznać każdą z form wyszczególnionych, a zarówno oryentować się, jakie daje ono zejście dla chorego, najlepiej postąpimy, jeśli przytoczymy tu może nieco zmodyfikowaną tablicę, ułożoną przez Knaacka, którą w pracy Sterlinga znaleźliśmy, mając bowiem tę tablicę, będziemy mogli nie zajmować się zbytnio opisem objawów klinicznych form poszczególnych, zatrzymując się jeno na pewnych uzupełnieniach, których w tablicy umieścić nie było można.

Jako uzupełnienie do załączonej tablicy wypadnie mi słów parę powiedzieć; a więc, poczynając od nefrozy zaznaczę, że jako powód tego cierpienia podają najczęściej różne choroby zakaźne, lub zatrucia; znajdują się tu: błonica, odra, gruźlica, kiła, przewlekłe sprawy ropne, zatrucia rtęcią i t. d.

Cierpienie to nieraz występuje u ciężarnych i w charakterze bez względu na przyczynę tegoż. Rozwija się nefroza najczęściej powoli, i dopiero obrzęki zwracają uwagę lekarza, względnie otoczenia chorego. Powstawanie obrzęków tłumaczy się tem, że chore kanaliki nie wydzielają części stałych, które ze swej strony pochłaniają wodę i w ten sposób powstaje rozwodnienie krwi (*hydraemia*) z jej następstwami. Zrozumiałem przeto jest, że ilość moczu jest wyraźnie mniejsza, i ciężar właściwy dość duży.

Białka bywa od 0,1‰ do 0,5‰, wałeczków dużo, krwi nie bywa wcale.

Próby solna i z jodkiem potasu wykazują niedomogę czynności kanalików; próba zgęszczenia moczu stwierdza niedomogę koncentracyjną. Próba wodna na początku choroby wypada ujemnie; wydziela się np. 100 grm. z litra wypitej wody. Nefrozy przewlekłe różnią się tylko tem, że białka i wałeczków mocz zawiera mniej i ciężar właściwy jest nieco mniejszy, niż w postaci ostrej.

Pochodzenie zapalenia kłębków jest zwykle bakteryologiczne (paciorkowce, pneumokoki, bac. coli etc.), przyczem postać rozlana tego zapalenia ma zależeć od działania jądów bakteryjnych, a postać ogniskowa powstaje wskutek zatorów z drobnoustrojów złożonych (*embolia micrococcica*).

Glomerulo-nephritis acuta diffusa — występuje nagle, moczu chory wydziela mało z ilością białka od 0,5‰ do 2‰, zwykle bywa w nim krew i dużo wałeczków; wskutek złego filtrowania wody przez chore kłębki, zatrzymuje się ona w tkankach: powstaje, *hydraemia* i w następstwie obrzęki. Ciśnienie krwi jest wzmożone. Zejście bywa zwykle dobre po kilku tygodniach, lub miesiącach; często jednak choroba przechodzi w stan przewlekły, którego odróżniamy dwie postacie, a mianowicie — postać bez niedomogi nerek i połączoną z niedomogą.

W rozpoznawaniu tej postaci (w tej chwili mówimy o pierwszej z nich) bierzemy pod uwagę wywiady, mówiące nam o zakaźnem pochodzeniu; co się zaś tyczy objawów innych, to przede wszystkim zwracamy uwagę na zwiększone wydzielanie moczu w nocy (*nycturia*), wyraźne zwiększenie ciśnienia krwi i przerost serca z częstą niedomogą tegoż. — Białka bywa zwykle mało (nie więcej 1‰), jak również i wałeczków, a krwi wcale, (według Sterlinga — czasem bywa krew).

Próby czynnościowe wykazują: 1) niedomogę wydzielania wody i cukru mlecznego,

POSTAĆ CHOROBNĄ	MOCZ				Obrzęki	Serce	Ciśnienie krwi	Dno oka	Wydzielanie wody	Stężanie	Wydzielanie soli	Azot niebiałkowy we krwi	Mocznica	Z E J Ś C I E
	Białko	Krew	Wąlecz.	Ilość										
A. Nephroses acuta chronica tubularis (vel cirrhosis nephrot.)	++ ++ ++	— — —	— — —	∞ 1080—1030 do 1030 1009—1012	++ ++ (+)	— + (+)	— — (+)	— — —	zwołnione dobre dobre	dobre 1013 do 1015 znaczące zaburzenia	slabe ? zwołnione	Może być trochę trochę ∞	— — (+)	zwykle pomyślne Ostatecznie: śmierć
B. 1. Nephritis des Glomerulo-nephritis: a) acuta b) chronica c) chronica cum insuffi- cientia re- num	++ ++ +	— (+) (+)	— + (+)	∞ 1015—1020 ∞ potem norma oligur.	++ ++ +	trochę trochę trochę	na początku zwykle zwykle	Retinitis rara Retinitis rara Retinitis często	zwołnione trochę za- burzeń hypostenuria	zakłócone trochę za- klócone hypostenuria	zwołnione Zwykle	Często trochę trochę Zwykle Zwykle norma	++ ++ +	Zwykle pomyślne Może trwać lata, zanim przejdzie w postać C. W nephrocirrhosis glomerularis diffusa et mors
2. Nephritis glomerulo-tubularis = B + A	= Glomerulo — nephritis (acuta vel chronica) + nephrosis (secundaria)													
3. Glomerulo-nephritis insularis: acuta chronica	++ ++	++ ++	++ ++	— —	— —	— —	— —	— —	— —	trochę ∞	— —	— —	— —	Dobre Dobre lub przejście w cirrhosis
4. Nephritis insularis interstitialis (septica)	+	(+)	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Może przejść w nephrocirrhosis interstitialis
5. Neph. insularis embolica	+	+	+	—	—	—	—	—	Bywają zaburzenia Może być zakłócone	Może być zakłócone	—	+	+	Może być nephrocirrhosis embolica
C. Sclerosis a) benigna b) simplex c) combina- ta v. maligna	(+) + +	— — +	(+) (+) +	— — ∞ potem norma oligur.	— — +	— — +	— — +	— — +	czasem skleroza naczyń Często re-tinitis hypostenuria	dobre hypostenuria	— — +	— — +	— — +	Zwykle przyczyną śmierci nie bywają nerki Mors

Objaśnienie znaków: + znaczy: obecne; — = niezmienione lub nieobecne; > = zwiększone; < = zmniejszone; ∞ = znacznie zwiększone lub zwiększone.

2) normalne wydzielanie NaCl i K1, 3) przy próbie zgęszczenia moczu — ciężar właściwy wzrasta. — Rokowanie jest nieźle.

W postaci, połączonej z niedomogą nerek, moczu jest dużo, przytem — nycturia, białka mniej, niżli przy poprzedniej, zdarza się jednak krew w moczu; często zmiany na dnie oka (*retinitis albuminurica*), niedomoga serca, duszność i groźba mocznicy prawie stała.

Badania czynnościowe dowodzą, że w sprawie chorobnej biorą udział zarówno kłębki, jak i kanaliki, dlatego też w próbie koncentracyjnej znajdujemy nie z m i e n n o ś ć ciężaru właściwego moczu. Azotemia mniej, lub więcej wybitna. Przechodząc obecnie do krótkich notatek, dotyczących zapalenia kłębków ostrego, ogniskowego—przypominamy, że najczęstszym powodem tegoż są zatory drobnoustrojowe (*embolia micrococcica*), dlatego też w moczu prócz wałeczków i krwi znajdujemy i drobnoustroje. Próby czynnościowe wykazują tylko małe zboczenia w czynności kłębków i zupełną zdolność wydzielania moczu zgęszczonego.

Postać przewlekła różni się od ostrzej tylko mniej ostrem występowaniem objawów chorobnych. Ostatnią z rozpatrywanych postaci chorób nerek są sklerozy, lub też marskość (*sclerosis, cirrhosis renum*) i tu odróżniamy dwie formy: 1) zwykłą, łagodną (*cirrhosis renum arteriosclerotica benigna, vel mitis*) i 2) złośliwą, połączoną z niedomogą nerek (*maligna vel cirrhosis renum genuina*). Choroba ta polega na zmianach zwyrodnieniowych w naczyniach nerek, etyologicznie związana jest z dną, nadużywaniem alkoholu etc. Objawy naczyniowe w związku z przerostem serca względnie komory jego lewej, występują tu na plan pierwszy i dlatego, dopóki serce działa prawidłowo — mamy moc dość skoncentrowany i w ilości normalnej (NB. mówimy tu o postaci łagodnej). Gdy jednak wystąpią objawy osłabienia serca, spotykamy we dnie małą ilość moczu (*oliguria*), zaś w nocy, gdy serce wypoczywa,—ilość zwiększoną (*nycturia*).

Białkomoczu może wcale nie być, od czasu do czasu bywają wałeczki szkliste.

Próby czynnościowe wykazują wydolność czynnościową nerek zachowaną i tylko próba z cukrem mlecznym daje z w o l n i o n e wydzielanie się tegoż. Według Dziembowskiego, dno oka jest zawsze prawidłowe, natomiast Sterling mówi o miejscowej sklerozie naczyń, wężykowatości, zgrubieniu ich ścian i drobnych wynaczynieniach. W postaci złośliwej spotykamy się z dusznością,

często z dusznicą bolesną, obrzękami płuc i tętnem naprzemiennem; na plan pierwszy występuje *retinitis albuminurica*.

Mocz ma stale ciężar niski. Próby czynnościowe wykazują osłabienie zarówno funkcji kłębków, jak i kanalików. Białkomocz mały zwiększa się w związku z objawami zastoinowymi; azotemia wybitna. Przyczyną śmierci bywa zarówno niedomoga serca, jak i mocznica. Oczywiście, że po za formami częstymi różnych rodzajów zapalenia spotykają się i formy mieszane, co jest zrozumiałe, jeśli wziąć pod uwagę sąsiedztwo anatomiczne kłębków i kanalików.

Mamy tedy nefrozy, powikłane przez zapalenie kłębków, i naodwrot.

Tu, oczywiście, objawy mieszają się i nieraz trudno odpowiedzieć na pytanie, które z tych cierpień posiada charakter pierwotny; próby czynnościowe i zastanowienie się nad innymi objawami choroby mogą rostrzygać nieraz to pytanie.

Tak się przedstawia w dużym skróceniu i z pominięciem pewnych szczegółów dzisiejszy stan wiedzy, dotyczący chorób nerek z punktu widzenia dyagnostyki funkcjonalnej.

A teraz pozwolę sobie na szereg uwag krytycznych, które się mnie, jako lekarzowi-praktykowi wogóle, a pediatrze w szczególności następczą.

Otóż, jak to już wyżej zaznaczyłem, należy przypuszczać, że w większości przypadków o charakterze przewlekłym, jakoteż w silniej wyrażonych postaciach chorobnych ostrych mamy do czynienia nie z formami czystymi, lecz raczej z mieszanymi, t. j., że w sprawie chorobnej biorą udział zarówno kłębki, jak i kanaliki nerkowe. Próby czynnościowe mogą wprowadzić w przypadkach podobnych wykazać współczesny udział w chorobie kłębków, jak i kanalików; mogą one nieraz przekonać nas również o przewadze udziału w chorobie jednej części nad drugą; zachodzi jednak pytanie, czy wykonywanie prób owych, szczególnie w przypadkach o przebiegu cięższym, godzi się w większości przypadków z kardynalną zasadą postępowania lekarskiego, zawartą w przysłowiowym nakazie—*primum non nocere*.

O próbie z cukrem mlecznym wiemy już z kliniki, że może wywoływać szereg przypadłości następnych aż do zapaści włącznie; mam również wątpliwości poważne, czy zawsze próba przeciążenia wodą lub też próba solna ujdą bezkarnie dla chorego; wszak oparte są one na wykryciu stopnia wydolności kłębków, lub kanalików drogą taką, że, mó-

więc popularnie, zmusza się chorego, względnie pewien jego narząd, lub też jak w danym przypadku częśćkę tegoż do wykonania pewnej pracy i, jeśli, zrobiwszy, że się tak wyrażę, „pod batem“ znaczny wysiłek, całej zadanej pracy wykonać on nie może — wnioskuje się dopiero wtedy o stopniu jego choroby; oczywiście, że dodatnio na dalszy jej przebieg takie wysiłki wpływać nie mogą.

Jeśli się np. mocno chorym kłębkom, zadaje pracę przefiltrowania 1½ litra wody i dopiero po stwierdzeniu ich niewydolności wnioskuje o ich stanie zdrowia, zachodzi pytanie, czy, sprzeciwiając się bodaj raz jeden tylko zasadzie spokoju, nie narażamy chorego na poważne pogorszenie, robiąc w danym przypadku pewnego rodzaju *experimentum in vivo*. To samo pytanie w stosunku do kanalików chorych dotyczy i próby solnej i t. d. Przez to, co mówię, nie chciałbym z punktu widzenia lekarza praktyka bynajmniej wywracać całego bądź co bądź wspaniałego postępu wiedzy, zawartego w rozpatrywanej dyagnostyce funkcjonalnej chorób nerek, — chcę tylko zwrócić uwagę na to, że szafowanie próbami czynnościowymi nie powinno mieć miejsca, że przewodnią ideą postępowania lekarskiego naszego zawsze to „*primum non nocere*“ być winno. Z tego punktu widzenia w przypadkach ciężkich, szczególnie przebiegających ostro, uważałbym za właściwe ograniczenie stosowania prób czynnościowych do *minimum* koniecznego, tembardziej, że objawy kliniczne w połączeniu z wynikami badania moczu, mogą nieraz dawać już pewne wskazówki, naprowadzające na drogę właściwego rozpoznania.

W ten sposób zgodziłbym się na szersze stosowanie prób tych w przypadkach przedłużających się, względnie chronicznych i to jednak możliwie najrzadziej w domu prywatnym, a w każdym razie zawsze pod wzmożoną kontrolą lekarską. A teraz słówko o sprawie rozpatrywanej z punktu widzenia pediatry.

Nasuwa się pytanie, ile z punktu widzenia dyagnostyki zyskała pediatrya na nowoczesnych poglądach rozpoznawczych na chorobę nerek?

Jaki jest w dodatku zakres możliwości stosowania w praktyce pediatrycznej prób czynnościowych?

Chcąc odpowiedzieć na pytanie pierwsze — musimy uprzytomnić sobie, z jakim materiałem dziecięcym, my, pediatrzy, — mamy przeważnie do czynienia?... Otóż są to przede wszystkim noworodki, względnie oeski,

ba, nawet paro i kilkoletnie dzieci, u których przecież wykonywanie większości prób, czynnościowych jest niemal niemożliwością i chyba tylko na urządzonych specjalnie *ad hoc*, klinikach mogłoby się to czasami udawać.

Jeśli jest rzeczą nieraz niesłychanie trudną zdobycie choćby małej ilości moczu u oeska małego dla badania chemiczno-drobnowidowego, choćby ze względu na zapalenie miedniczek nerkowych, i w tym wieku nierzadko zdarzającego się, na co w swoim czasie w pracy odpowiedniej zwracałem uwagę. Cóż wobec tego mówić o zbieraniu całodobowej ilości moczu!

U dzieci starszych zmieniają się warunki i pod tym względem stają one na prawach dorosłych osób, to też do nich da się zastosować, może z zachowaniem nieco większych ostrożności, to samo, co mówiłem o dorosłych.

Streszczając wszystko, co w sprawie, interesującej nas, mówiłem, kończę na postawieniu wniosków następujących:

1) Aczkolwiek poglądy nowoczesne na patologię nerek stanowią wielką zdobycz naukową, jednak szafowanie próbami czynnościowymi w celu każdorazowego postawienia rozpoznania ścisłego, nie powinno mieć miejsca, a to ze względu na przypadki, kiedy zastosowanie owych prób może się okazać szkodliwym dla chorego.

2) Korzyści praktyczne, jakie pediatry dała nauka w kierunku rozpatrywanym, są znacznie ograniczone dzięki trudnościom, jakie z natury rzeczy spotykają się podczas zbierania moczu u oesków, a nawet dzieci nieco starszych.

Przypisek.

Po przygotowaniu pracy niniejszej do druku znalazłem w № 16 Przeglądu Lekarskiego (kwiecień r. b.) odczyt kol. D-ra Jana Nowaczyńskiego, poświęcony omawianej przemennie sprawie.

Poglądy, wygłoszone przez autora w stopniu znacznym są zbliżone do wyżej zaznaczonych, a mianowicie: 1) Nowaczyński twierdzi, że „postacie mieszane są bardzo częste“ 2) opierając się na spostrzeżeniach Couzena, — Wolffheima i swoich własnych — potwierdza możliwość szkodliwości dla nerek próby solnej i 3) ze względu na to, że większość zapaleń nerek u ludzi przebiega z charakterem mieszanym cierpienia — uważa, że próby czynnościowe tracą swój charakter praktyczny i tylko w doświadczeniach na zwierzętach dają się stosować z wynikami zupełnie pewnymi. 4) Twierdzi wreszcie, że wogóle: „przy-

szłość ma w tej sprawie jeszcze wiele do rozwiązania". Przytaczam te słowa w krótkości i rad jestem, że wnioski Sz. Autora są tak zbliżone do wygłoszonych przeze mnie.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) K. Dziembowski. Klinika nowoczesna zapalenia nerek (Nowiny Lek. XII — 1917).
- 2) Sew. Sterling. Zapalenie nerek w świetle poglądów tegoczesnych. (Odczyty kliniczne 1918).
- 3) Mueller Fr. Bezeichnung und Begriffbestimmung auf dem Gebiete der Nierenkrankheit Berlin 1917.
- 4) Vollhard und Fahr. Die Brightsche Nierenkrankheit. Klinik, Pathologie und Atlas. Berlin 1914.
- 5) Stranss. Die Nephritiden. Abriss ihrer Diagnostik und Therapie. Berlin 1916.
- 6) Knack. Die Brightische Nierenerkrankungen Kriege. 1916 Berlin.
- 7) Leśniowski. W sprawie czynnościowego badania nerek zapomocą metody fenolsulfoftaleiowej. Gazeta Lek. 1918.
- 8) B. Korybut-Daszkiewicz. O zapaleniu miedniczek nerkowych u dzieci. Przegl. Pediatr. 1908.
- 9) Doc. Jan Nowaczyński. Nowoczesne sposoby badania i poglądy na zapalenie nerek. (Przegl. Lek. w kwietniu 1918 r.).

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 21 maja 1918 r.

1. Higier przedstawia „pokazy porównawcze z kliniki krzywicy późnej i osteomalacji poronnej”. Demonstruje 4 chorych z większej liczby obserwowanych w ostatnich czasach przypadków podobnych. U osobników obojga płci w wieku od 17 do 60 lat, żyjących w bardzo złych warunkach materyalnych, występuje stopniowe znaczne osłabienie kończyn dolnych, przykre uczucie zmęczenia, chód kaczkowaty i wybitny ból przy ucisku żeber, kręgow i talerzy miednicy. Zespół ten objawów oraz brak objawów, przemawiających za schorzeniem mięśni i nerwów, skłania H. do przypuszczenia, że jest to pierwszy okres osteomalacji. U jednego z tych chorych wystąpiły zmiany na kośćcu, typowe dla krzywicy — jest to jeden z rzadkich przypadków późnej krzywicy pierwotnej (u chłopca 18-letniego). Wreszcie H. wypowiada przekonanie, że obrazy krzywicy późnej i wczesnej osteomalacji są do siebie nader zbliżone, a czasem nawet identyczne.

2. Prof. Rosner A. wygłosił rzecz p. t.: „O tak zwanej konstytucji płciowej kobiet”. Na zasadzie szczegółowych badań morfologicznych, czynnościowych i ewolucyjnych cech konstytucyjnych (t. j. niechorobnych, wrodzonych, często dziedzicznych) narządów płciowych u 455 kobiet z materiału ambulatoryjnego prelegent rozróżnia następujące trzy grupy konstytucji kobiet: przeciętną najliczniejszą (254 przyp.), którą nazywa środkową grupą pierwszą, do której zalicza zboczenia *in plus* od powyższego typu przeciętnego (zaledwie 24 przyp.) oraz grupę trzecią ze zboczeniami *in minus* (177 przyp.). Przy badaniu cech morfologicznych R. z konieczności musiał się ograniczyć do sposobów klinicznych; z trzeciorzędnych cech płciowych uwzględniał jedynie owłosienie t. zw. męskie. W badaniu cech czynnościowych narządów płciowych nie można się posilkować stosowaniem względem innych narządów dowolnem obciążeniem czynnościowem, tem pilniejszą zwracał prelegent uwagę na doświadczenia, jakie wykony-

wa tutaj sama natura. Do takich czynników obciążających narządy płciowe, t. j. hamujących ich działalność R. zalicza karmienie, a z chorób (po za narządami płciowymi) otyłość i gruźlicę. Karmienie, podług R., wywiera wpływ hamujący na miesiączkowanie u kobiet grupy III, jest to natomiast wyjątkiem w grupie I; grupa II zajmuje miejsce pośrednie.

Niedomoga narządów płciowych istnieć może zupełnie niezależnie od ogólnego stanu konstytucyjnego danego osobnika.

Z badań swych prelegent wyprowadza pewne wnioski, dotyczące patogenetyzacji chorób kobiecych oraz ich leczenia. Zakażenie tryprowe przenosi się na jajowody częściej u osobników grupy III, niż u innych kobiet. Co do mięśniaków, to dane dotychczasowe zdają się przemawiać za tem, że nowotwory te są częstsze u osób grupy I i II niż u kobiet grupy III; zbieg dwóch czynników — normalnej konstytucji płciowej i nierodzenia — stwarza najlepsze warunki do rozwoju mięśniaków. Osoby o słabej konstytucji płciowej nie powinny karmić i nie powinny tyć, gdyż grozi im to utratą peryodu i płodności; osoby o silnej lub normalnej konstytucji płciowej nie powinny się usuwać od obowiązków macierzyństwa.

W dyskusji Kryński zaznacza, iż wywody prelegenta mogą nasuwać pewne wątpliwości wobec tego, że trudno jest się tutaj ochronić od mimowolnego wkraczania w dziedzinę patologii.

Sterling Wł. do grupy III prelegenta zalicza również osobników o wyraźnych cechach t. zw. „wiryliizmu”, które mogą być wydobyte na jaw przez pewne czynniki patologiczne, do których należy pomiędzy innymi opisany przez St. obraz chorobny: „*Degeneratio genito-sclerodermica*”. W przypadkach grupy III oprócz upośledzonej konstytucji płciowej stwierdzić można również objawy niedomogi różnych gruczołów pokrewnych. St. wykazał, że jednym z tych objawów, charakterystycznych dla „kobiecego eunuchoidyzmu”, jest brak t. zw. rombu Michaelis’a. St. nie sądzi, aby wzmożony popęd płciowy można było uważać za objaw

zwyrodnienia ogólnego, popęd ten zanika raczej w tych razach.

K o n o p a c k i M. podkreśla znaczenie wywodów prelegenta z biologicznego punktu widzenia; jest to przyczynek do nielicznych badań nad dziedzicznością u ludzi.

N a t a n s o n. Cyfry prelegenta są zbyt małe, by można na nich polegać; ważnem jest raczej samo ujęcie sprawy. Z wnioskami praktycznymi należy być bardzo ostrożnym; dotyczy to zwłaszcza potogenezy mięśniaków. N. sądzi, że dołączenie do pracy schematu badania, stosowanego przez prelegenta, umożliwi innym powiększenie tego materiału.

H i g i e r podkreśla trudności tych badań na materiale ludzkim; nie obejmują one całej ludności danej miejscowości.

R o s n e r odpowiada, że granica pomiędzy stanem konstytucjonalnym a patologicznym jest

równie niejasna i w stosunku do innych narządów (serce, nerki); fakt ten zmusza, naturalnie, do wielkiej ostrożności w ocenie poszczególnych objawów. R. unika pojęcia wirylizmu, gdyż jest zdania, że przy zaniku trzeciorzędnych cech kobiecych odsłania się typ aseksualny, a nie typ drugiej płci. Na romb Michaelisa umyślnie nie zwracał uwagi, gdyż podlega on b. często zniekształceniu wskutek krzywicy. R. wysnuł wnioski praktyczne ze swych badań, gdyż, przekonany o skuteczności swych rad, nie mógł czekać z ich udzieleniem aż do rozstrzygnięcia tej sprawy na podstawie dużych liczb. Jako analogię do swego poglądu na powstawanie mięśniaków przytacza R. poglądy podobne botaników na powstawanie nowotworów u roślin, sztucznie pozbawionych możliwości rozmnażania się.

K. Jonscher.

Wiadomości bieżące.

— Prof. Szymon Dzierzowski b. dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu, przybył na stałe do Warszawy i obejmuje od 1-go sierpnia kierownictwo Wydziału higieny publicznej w Ministerstwie Zdrowia.

— W porozumieniu z Wydziałem Lekarskim Zarządu Wojskowego Generał-Gubernatorstwa Lubelskiego wyznaczono już kandydatów na stanowiska p. o. lekarzy powiatowych w okupacji au-

stryjackiej. Po ostatecznem zawarciu z nimi umowy przez Komendy powiatowe, podamy do wiadomości nazwiska nowokreowanych urzędników państwowych.

N A D E S Ł A N O.

1) Stanisław Serkowski. Bakteryologia epizootycznego pomoru ryb w wodach Królestwa Polskiego. Warszawa. 1918.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
B. Korybut-Daszkiewicz. Patologia nowoczesna zapalenia nerek z punktu widzenia lekarza-praktyka, względnie—pedyatrii	232	Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie kliniczne dn. 21 maja 1918 r.	239
		Wiadomości bieżące	240

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 4^{1/2} do 6-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17.50, półrocznie M. 8.75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel 188-70.



ASTHMIN-MOTOR

*w formie papierosów albo tyturum
Usuwa szybko napady duszniczy
i wszelkie objawy astmy*

SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”
Żądać w aptekach i składach aptecznych.

GONOREIN-MOTOR

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 23.

MOORBAD

Środki lecznicze: Kąpiele błotne, żelaziste, igliwowe, kwasowęglowe, elektryczne przeciwko gośćcowi, dnie, rwie kulszowej, chorobom kobiecym, nerwowym i sercowym. Kąpiele powietrzne. Kuracja zimowa.

10 współczesnych domów zdrojowych.
Liczne mieszkania oddzielne.

POLZIN

Szwajcarya Pomorska.
Wspaniała natura.
Nadzwyczajne wyniki lecznicze.

Bardzo tanie życie. Informacje bezpłatnie w Zarządzie Kąpielowym.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena m. 2.50

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”.

Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgoworodzeniowych nagminne. Tęzec. Zimnica. Zakażenie wąlikowe. Nosaczna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów m. 12.50, z przesyłką m 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL'A

w tłumaczeniu Popiela i Zweigbauma
z 214 rysunkami w tekście.

Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.

Cena m. 1.50.

O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. H. N u s b a u m a.

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra Romana Jasińskiego.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena zniżona m. 4.

Choroby serca

przez prof. O s k a r a W i d m a n a.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.

Cena n. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracyi Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie zniżonej nabywać można tylko w Administracyi.