

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10; ogłoszenia francuzkie i niemieckie po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Dr. Reichstein

przyjmuje z chorobami chirurgicznymi, leczy także **massażem** według metody d-ra Mezgera i prof. Mosengeila. Świętojerska 30. 10—5

ROCZNIK MEDYCyny KRAJOWEJ

wydawany staraniem i nakładem

D-ra J. Rogowicza

Vice-przeważa Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Rok IX—1887, w dwóch częściach, z których

I. zawiera **Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego** za II-ie półroczcie 1885 r.

II. (oprawna) **Rocznik lekarski**, którego treść stanowią: Przegląd ważniejszych i najnowszych leków: ich działanie, dawka i sposób użycia. Odtrutki. Tabela porównawcza skali 3-eh ciepłomierzów. Dawkowanie ważniejszych leków dla dzieci. Największe dawki ważniejszych leków dla osób dorosłych. Leki podskórnie stosowane i ich dawkowanie. Mieszaniny zniżające ciepłotę. Sposób pisania wagi dziesiętnej i porównanie jej z apteczną. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, cełhujący ich skład chemiczny, wskazania do ich użycia z podaniem ostatniej stacyi drogi żelaznej i lekarzy praktykujących. Ważniejsze kąpiele morskie, zakłady wodolecznicze i stacje klimatyczne. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, kąpiele morskie i stacje klimatyczne w Cesarstwie Rossyjskiem. Przystępny dla każdego lekarza sposób ocenienia czy woda studzienna może być używaną za napój bez szkody dla zdrowia. Opatrunek przeciwnigilny dla lekarza praktykującego na prowincyi. Wzory opisu badania zwłok pod względem sądowo-lekarskim, a mianowicie: I. Wzór obdukeyi dorosłego człowieka. II. Wzór obdukeyi przy otruciu i III. Wzór obdukeyi noworodka. Dokładne adresy lekarzy praktykujących i urzędujących w Warszawie i na prowincyi. Dziennik z kalendarzem na r. 1887. Alfabet do zapisywania adresów. Tabela do zapisywania i obliczania daty spodziewanego porodu. Ogłoszenia. Cena obu części I rs. 20 kop. w miejscu, z przesyłaniem pocztą I rs. 35 kop. Skład główny u D-ra J. Rogowicza, Nowogrodzka 26. Nabyć również można w Redakcyjach wszystkich czasopism lekarskich i w znaczniejszych księgarniach w Warszawie

PASTYLKI GÉRAUDEL



Z CZYSTEJ SMOŁY NORWEGSKIEJ
Działające przez wdychanie i wciąganie



Przeciwko
KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYI, ASTMIE,
OCHRYPNIENIU, CHOROBYM KRTYNI etc.

O wiele lepsze od Kapsulek i Cukierków, które obciążają żołądek nie działając na drogi oddechowe.

Pastyłki Géraudel są
JEDYNE PASTYLKI SMOŁOWCOWE

wynagrodzone przez międzynarodowy sąd przysięgłych na wystawie powszechnej 1878 r. w Paryżu. Wypróbowane na mocy decyzji ministerjalnej za przedstawięciem Rady Zdrowia armji.

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 72 pastylek jak również przepis dla użycia takowych

SPRZEDAŻ HURTOWA:

A. GÉRAUDEL

4 SAINTE-MENHOULD
wymagać Marki fabrycznej

Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którem się odycha przejmując się wzwiewami Smoły i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te zawdzięczają skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smoła bywa zalecana. Są one niezbędne dla palących tytonio, dla osób nadszarpających głos i dla tych których zatrudnienia wystawiają ich na skutki kurzu i wysiłku roztwarzających.

Niezmiernie powożenie tych PASTYLEK we Francji i Zagranicą świadczy o ich wyższości niezaprzeczonej.

(Należy wymagać
WR

Do nabycia w składach aptecznych J. Mrozowskiego i L. Spiessa i Syna.

MEDYCYNA

ZASOPSMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW,

redagowane i wydawane przez D-ra Fritsche

w Warszawie.

Wychodzi w każdą sobotę; treść jego stanowią: 1. Spostrzeżenia kliniczne i z praktyki prywatnej. 2. Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich cudzoziemskich. 3. Przegląd bibliograficzny. 4. Korrespondencyje z kraju i z zagranicy. 5. Medycyna publiczna. 6. Wiadomości bieżące. 7. Wspomnienia pośmiertne.

Przedpłata wynosi

W Warszawie z odnośnieniem do mieszkania rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 k. 50. Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesyłką pocztową rocznie rs. 6 półrocznie rs. 3.

Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska № 80.

6—1

KAPSUŁKI RAQUINA,

uznane przez Akademię medyczną paryską, która przyznała im wyższość nad wszystkimi podobnemi przetworami.

Kapsułki Kopaiwy z przymieszką wyciągu z kuby lub bez takowej, z wyciągiem matico, z wyciągiem ratanii, smoły, żelaza, z podsaetrzanem Bismutu, ze związkami kopaiwy z sodą, z czystymi kubebami, z czystą smołą, z czystą terpentyną.

Dozw: 3 do 9 kapsułek Raquina ze związkami kopaiwy z sodą

3 do 15 kapsułek Raquina z kopaiwą filtrowaną, z kubebami etc.

2 do 8 kapsułek

Raquina zawierających smołę lub terpentynę

Powłoczka glutenowa kapsułek Raquina nie pęka w żołądku i z tego powodu zażycie nie sprawia nudności ani odbijania.

Wymagać stępla urzędowego Państwa, który jest wyciśnięty na sygnaturze Raquina.

FUMOZE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. H. HOYER. O zmianach poglądów lekarskich pod wpływem nauki o pasorzytniczem pochodzeniu chorób zakaźnych [Dokończenie]. — II. K. SZADEK. Leczenie przymiotu głębokimi wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych. — III. T. DUNIN. Uwagi krytyczne nad powstawaniem nerki wędrującej [Dokończenie]. — *Dział sprawozdawczy.* — 2. CH. MAURIAC. Przymiot nerek. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. Zarząd wystawy higienicznej. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. O ZMIANACH POGLĄDÓW LEKARSKICH POD WPŁYWEM NAUKI O PASORZYTNICZYM POCHODZENIU CHORÓB ZAKAŹNYCH.

Skreślił

H. Hoyer.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 1].

Inny fakt największej doniosłości jeszcze prawie wcale nie zwraca na siebie uwagi praktycznych lekarzy, a jednak z czasem niewątpliwie wywrze najsilniejszy wpływ na medycynę i spowoduje niezmierny przewrót w dotychczasowych poglądach, t. j. fakt występowania zarazków mieszanych. Tak np. ROSENBACH znalazł w znacznej części ropni jednocześnie po kilka złośliwych zarazków. Zarazek karbunkułowy (*bacillus anthracis*) nie wywołuje silniejszego zapalenia przy zaszczepieniu pod skórę; tak zwana *pustula maligna* zawiera zawsze inne twory bakteryjne (*streptococcus pyogenes*, *bacilli oedematis maligni* nader podobne do karbunkułowych), do których może być dołączony prawdziwy pręcik karbunkułowy, sprowadzający w następstwie ogólne zakażenie ustroju, albo też zarazek septyczny, również rozprzestrzeniający się za pomocą krążenia w całym ustroju. Zakażenie ran z objawami gnilnemi bywa zwykle mieszanem; tak samo przy gorączkach połogowych występuje nieraz po kilka postaci bakteryjnych. Objawy ogólnego niezytu oskrzeli, większe ogniska zapalne w płucach, prawdopodobnie nie występują wskutek działania samych bakterij gruźliczych. Ostatnie rozwijają się stosunkowo wolno, przygotowują początkowo tylko grunt do zakażenia innymi szkodliwymi mikrobami i zapewne dopiero przy wspólnem działaniu umiejscowione cierpienie przybiera gwałtowniejszy przebieg. Gruźlicze bakte-

ryje same przez się stają się dopiero wtenczas groźnemi, gdy przenikłszy do krwiobiegu powodują uogólnienie choroby. Posiadam preparaty z płuc człowieka, dostarczone mi łaskawie przez D-ra WIGANDA, w których, obok dość licznych ognisk z prawdziwemi bakteryjami gruźliczemi, znajdują się liczne większe ogniska zapalne, napełnione kokami łańcuszkowemi (*streptococcus*); podobne przypadki obserwował D-r WIGAND kilkakrotnie. Kolega DUNIN ogłosił w niniejszem piśmie szereg ścisłych spostrzeżeń, wykazujących, że objawy uboczne, występujące w tyfusie i pociągające za sobą niebezpieczne powikłania, bywają następstwem domieszki drugiego złośliwego zarazka. Sam miałem sposobność przekonania się, w przypadku tyfusu z nader ostrym przebiegiem, w którym znaleziono w tutejszym instytucie anatomo-patologicznym w gruczołach Peyer'a, krózkowych i śledzionie liczne większe bakteryje podobne do karbunkułowych, że te same części ciała zawierały równocześnie liczne gniazda zwykłych bakteryj tyfusowych. Gwałtowny przebieg zakażenia dyfterytycznego staje się zapewne zależnym od domieszki drugiego złośliwego zarazka [zapewne *streptococcus pyogenes*], dla którego właściwy zarazek dyfterytyczny grunt dopiero przygotował; rozwój i działalność czystego dyfterytycznego zarazka zwykle bywają powolniejszemi, lecz w tym względzie może także ważną rolę odgrywać usposobienie indywidualne. Szereg tych przykładów niewątpliwie z czasem niezmiernie się powiększy i przy pomocy ścisłych badań się ustali. Wtedy okaże się, że choć zmienna złośliwość pewnych zarazków nie ulega wprawdzie wątpliwości, to jednak większa część niezwykłych i powikłanych postaci chorobowych prawdopodobnie powstaje skutkiem działania zarazka mieszanego. Wedle mego przekonania odmienny charakter pewnych epidemij [tak zwany *genius epidemicus*] okaże się z czasem nie tyle spowodowanym przez zmienioną złośliwość tegoż samego zarazka, ile przez dołączenie się do niego drugiego mniej więcej złośliwego tworu, lub nawet przez odmienny zarazek. W ostatnim przypadku mielibyśmy więc do czynienia z istotnie odmienną chorobą, identyczną tylko co do zewnętrznej postaci, tak jak np. ospa wietrzna przedstawia wielkie podobieństwo do łżejszych postaci ospy naturalnej. Zgodność zewnętrznej postaci chorobowej nie dowodzi więc bynajmniej identyczności ich przyczyny, jak również odmienne postacie mogą być spowodowanemi przez jednakowe zarazki, gdy grunt, na którym ostatnie rozwijają się, będzie różnym, t. j. przy różnym usposobieniu, różnej konstytucyi, albo częściej jeszcze gdy zakażenie będzie mieszane. Powstawanie identycznych postaci wysypek skórnych pod wpływem nader różnych zarazków wielokrotnie obserwowałem. Twory makroskopowe podobne do gruzelków występują u zwierząt nietylko przy zaszczepieniu prawdziwego lasecznika gruźliczego i po wstrzyknięciu do krwi zarodników *aspergillus* albo *mucor*, lecz także przy szczepieniu pewnych bakteryj, wyhodowanych z płwociny dzieci chorujących na odrę [MANFREDI]. EBERTH zaś i inni badacze dostrzegli podobne guziki samodzielnie występujące w płucach królików i wywołane przez odmienny gatunek bakteryj.

Otwiera się więc obszernie pole do ścisłych badań, które prędzej lub później dostarczą cały szereg nieprzewidzianych dotąd faktów. Możemy spodziewać się, że liczne postacie chorobowe, które dotychczas znalazły pomieszczenie jako małe

odmiany lub powikłania w ściśle określonych rubrykach podręczników patologicznych, odślonią się z czasem jako wyniki nie tylko skombinowanej działalności kilku różnych wicherzycieli zdrowia, ale nawet oddzielnych chorobotwórczych czynników. Dawna systematyka, grupująca choroby wedle ich postaci czyli zbioru objawów [jak np. na grupy tyfusów, febry, zapaleń] i wedle umiejscowienia [zapalenia płuc, kiszek i t. d.], ustąpi więc jeszcze bardziej miejsca ugrupowaniu wedle przyczyn [rozdzielano np. już dawno cierpienia przymiotowe, gruźlicze, parazytarne wysypki skóry], niż to dotąd dało się skutecznie. W badaniach tego rodzaju będzie mógł przyjąć skuteczny udział każdy lekarz, który już w uniwersytecie nabył odpowiednią wprawę, jak to nam pokazał piękny przykład kol. DUNINA. Niezbędne ku temu środki nie wymagają zbyt wielkiego nakładu, tembardziej, że te same środki [drobnowidz, przyrządy do hodowli i inne] i odpowiednia wprawa w badaniu staną się z czasem niezbędnymi dla rozpoznania chorób, nie dających się innym sposobem ściśle od siebie odróżnić. Tak samo jak lekarz sam opokuje i osłuchuje chorego, tak też powinien sam wykonywać inne niezbędne badania dyagnostyczne [uroskopiję, drobnowidzowe badanie i t. d.] i nie spuszczać się na pomoc specjalnych mikroskopistów i chemików [szczególnie na uzdolnienie aptekarzy do mikroskopowych rozbiorów], ponieważ cierpienia z ostrym przebiegiem domagają się natychmiastowego rozpoznania.

W końcu należy jeszcze zwrócić uwagę czytelników na różnicę w działalności małych i dużych mas bakteryj, przenikających do ustroju i na wielką rolę usposobienia indywidualnego. Wiadomo, iż zdarzające się prawie codziennie małe obrażenia ciała rzadko ulegają zakażeniu, nawet przy niedbałym opatunku, a nieraz nawet przy silnem zanieczyszczeniu; wielkie zaś obrażenia przedstawiają w tym względzie wielkie niebezpieczeństwo, szczególnie w starych szpitalach. Doświadczenia też wykazały, że wstrzyknięcie zwykłych gnilnych bakteryj do naczyń krwionośnych u zwierząt nie pociąga za sobą niebezpiecznych objawów, jeśli ilość wprowadzonych mas nie będzie zbyt wielką; większe zaś ilości działają zabójczo [WYSSOKOWICZ, FOPOR]. Ostatni objaw zdaje się być zależnym od osłabiającego działania chemicznych produktów gnilnych, które osłabiając czyli zatruwając ustroj, osłabiają energiję spraw żywotnych i tym sposobem przygotowują grunt do rozwoju bakteryj w samym ustroju. W zdrowym, energicznie funkcjonującym ustroju, bakteryje wogóle nie istnieją [wyjąwszy części ciała dostępnych dla bakteryj powietrza i napojów], ponieważ ulegają w krótkim czasie zniszczeniu, chociaż uda im się przeniknąć do wewnątrz. W ustroju zaś osłabionym, dotkniętym chorobą, mogą się utrzymać przez dłuższy czas, lecz warunki zwykle jeszcze nie sprzyjają ich rozwojowi; [zarodniki *bacilli subtilis* wstrzyknięte do krwi po większej części również utracają swą żywotność, lecz część ich pozostaje zdolną do życia jeszcze po upływie kilku miesięcy, wedle badań WYSSOKOWICZA]. Jeśli zaś nastąpi uszkodzenie pewnej części ciała lub osłabienie przez drugą chorobę, wtedy i nieszkodliwy dotąd zarazek może się stać źródłem zakażenia ogólnego lub niebezpiecznych powikłań. Tak np. zwierzęta znoszą dość dobrze wstrzyknięcie do krwi małych ilości sprawców ropnego zapalenia (*staphylococcus aureus* i *albus*); jeśli zaś spowodować zla-
pują często w konaniu, po długotrwałych wycieńczających chorobach, w obrzę-

manie kości, wtedy występuje w niej *osteomyelitis*; jeśli zaś sztucznie nadwerężymy zastawki serca, wtedy występują objawy ich zapalenia (*endocarditis ulcerosa*) z utworzeniem na nich skrzepów zawierających grudki odpowiednich bakteryj.

Zestawione wyżej spostrzeżenia dostarczają niezawodnie z czasem podstawy do wytłumaczenia różnych dotąd jeszcze nader zagadkowych objawów.

Do takich należy np. skłonność wątłych, osłabionych lub wynędzniałych ustrojów i rekonwalescentów po ciężkich chorobach do ulegania różnym nowym cierpieniom, jak również i występowanie powikłań przy chorobach wycieńczających [chory w łóżku niby się „zaziębia“]. Prawdopodobnie należą tu także cierpienia często odnawiające się u tego samego osobnika, np. róża. W takich przypadkach istnieje prawdopodobnie ukryte ognisko zarazka, który dopiero przy nastaniu warunków sprzyjających jego rozwojowi na nowo rozprzestrzenia się; usunięcie skrytki, np. spróchniałych zębów, sprowadza nieraz radykalne wyleczenie. Nadto częstemu powrotowi cierpień gardła i objawów dyfterytycznych położy się nieraz koniec przez usunięcie przerosłych migdałów; w woreczkowato rozszerzonych przewodach [kryptach] tych gruczołów zarazek wygodnie się ukrywa, oczekując przyjaznych jego rozwojowi zmian nabłonka, miejscowego przekrwienia, zwiększonego wydzielania gruczołów i t. d., t. j. warunków ściślej jeszcze nie wykazanych, lecz niezawodnie przystępnych uważnemu badaniu. Chirurgom od dawna już wiadomy jest fakt, że pierwsze niewątpliwe objawy gnilnego zakażenia często znikają po usunięciu źródła zarazka, np. po amputacji członka ulegającego gnilnemu rozkładowi, po otwarciu ropnia z cuchnącą posoką. Objawy powrotu róży, dyfterytu i t. p. jeszcze dotąd przypisują zwykle „zaziębieniu“, tak jak dawniej wystąpienie dreszców i gorączki po operacjach kładło się na karb tego wygodnego winowajcy na każde zawołanie, czyli, właściwie mówiąc, tego płaszczyka dla niewiadomości lekarskiej. Nie zaprzeczam bynajmniej szkodliwemu wpływowi dłużej trwającego ochłodzenia ograniczonych okolic ciała, ale przypuszczam, że takowe tylko nader rzadko staje się bezpośrednią przyczyną cierpienia. W przypadkach [według mego przekonania nierównie rzadszych, niż się zwykle przypuszcza], w których zaziębienie w istocie podziało szkodliwie na ustrój, wpływ ten zwykle nie stanowi rzeczywiście, bezpośredniej przyczyny cierpienia — *causa efficiens*, tylko działa pobocznie — jako *causa occasionalis*. Przyczyny niezytu, gośca biegunki i t. p., należy szukać w czem innem, niż w „zaziębieniu“, które wywołuje tylko zmiany w czynnościach ustroju, sprzyjające rozwojowi i stotnego czynnika. Baczne śledzenie przyczyny chorób wskazuje na to, że istnieją liczne pasorzyty, które w prawidłowych warunkach nie oddziałują na ustrój, nie sprawiają choroby, lecz dopiero po odpowiednim przysposobieniu gruntu przez inne cierpienie, przez osłabienie lub nadwerężenie organizacyi. Inne twory, zwykle nieszkodliwe, mogą stać się niebezpiecznymi, gdy zaczynają oddziaływać w nadmiernych masach na drugi ustrój, choćby posiadający znaczną energiję żywotną. Szkodliwym skutkiem większych mas nadgniłych potraw, fermentujących napojów, błotnistej wody, silnie zanieczyszczonego powietrza nie oprze się na dłuższy czas najsilniejsza nawet organizacyja. Objawy działalności zwykłych bakteryj gnilnych na ciało, pozbawione wszelkiej odporności, wystę-

kowej wydzielinie płuc i w kanale pokarmowym; pojawiają się tu już podczas życia oznaki rozpoczynającego się gnicia, które po śmierci szerzy się w zwłokach z nadzwyczajną szybkością.

Ze wszystkich wyżej wyłożonych faktów należy wyciągnąć wniosek, iż każda żywa istota prowadzi bezustanną walkę o byt z niższymi ustrojami, chciwymi materyj składowych jego ciała. Dopóki osobnik włada organizacją silną i czerstwą, dopóty z łatwością przewycięża szkodliwe wpływy swych drobnych i licznych wrogów. Wraz z zwałnieniem organizacyi maleje także odporność ciała, w następstwie czego każda istota organiczna staje się ostatecznie pastwą mikrobow, bądź to jeszcze za życia [przez choroby zakaźne], bądź to dopiero po śmierci [nagłym zgonie z krwotoku i t. p.].

Inny wniosek wskazuje nam samodzielną leczniczą zdolność każdego ustroju, wystarczającą po większej części do przewyciężenia chorobotwórczego czynnika. Lecznicza działalność powinna więc być skierowaną, na poparcie samodzielnych usiłowań ustroju. Stosunkowo małe dawki lekarstw, wystarczające do przerwania napadów zimnicy, wstrzymania postępów gośca stawowego, nawet do usunięcia zakażeń przymiotowych, wskazują dobitnie, iż tu nie może być mowy o istotnem działaniu antyzymotycznym, tylko o wspieraniu odnośnych usiłowań ustroju. Gdzie energija tych usiłowań zbyt jest zwałniona, tam też już i żadne lekarstwo nie zdoła przewyciężyć wroga. Zresztą nadmienić należy, że środki skutecznie przeciwdziałające jednemu zarazkowi, okazują nieraz także zbawienny wpływ i na inne zakażenia, tak np. chinina leczy nietylko zimnicę, ale działa także wybornie przy początkach dyfterytu. Miejmy nadzieję, że liczba takich środków z czasem znakomicie się pomnoży.

II. LECZENIE PRZYMIOTU

GLEBOKIEMI WSTRZYKIWANIAMI PRZETWORÓW RTĘCIOWYCH.

Podał

D-r Karol Szadek [z Kijowa].

Leczenie przymiotu za pomocą podskórnych wstrzykiwań przetworów rtęciowych wprowadzone zostało w użycie stosunkowo nie dawno. Pierwszy CH. HUNTER ¹⁾ zastosował w jednym przypadku podskórne wstrzykiwania wodnego roztworu sublimatu [1:100] i robiąc po dwa wstrzykiwania tygodniowo, wprowadził do ustroju wciągu 6-ciu miesięcy około 3,00 sublimatu. HEBRA ²⁾ powtórzywszy te wstrzykiwania u kilku syfilityków, nie otrzymał zadawalającego wyniku; podług jego spostrzeżeń wysypki przymiotowe w bliskości okolicy, w którą robił wstrzykiwania, znikaly szybciej, niż objawy przymiotu umiejscowione w dalszych okolicach ciała. We Włoszech metoda leczenia przymiotu

¹⁾ ZEISSL. Lehrbuch der Syphilis. 1864. str. 331.

²⁾ Allgem. Wiener medicin. Zeitung. 1861. 29.

za pomocą podskórnych wstrzykiwań znalazła początkowo wielu stronników, SCARENZIO ³⁾ pierwszy zaczął używać do podskórnych wstrzykiwań kalomelu w emulsyi z gliceryną. Za jego przykładem wkrótce poszli i inni włoscy syfilidolodzy, z pomiędzy których SORESINA, FLARER, MAGRI ⁴⁾, FORLANINI ⁵⁾, GOTTI ⁶⁾ i inni, używali z dobrym skutkiem podskórnych wstrzykiwań kalomelu przy przymiotowych cierpieniach oczu, PADOVA ⁷⁾ zaś, RAGAZZONI e APPIANI ⁸⁾, FIORANI e MAFFIORETTI ⁹⁾, SCARENZIO e RICORDI ¹⁰⁾, BONODEI ¹¹⁾ i inni otrzymywali dobry wynik wogóle przy przymiocie. Jednakże podskórne wstrzykiwania kalomelu nie weszły w ogólne użycie po za granicami Włoch i po kilku próbach o nich zapominiano; powodem tego było uboczne działanie wstrzykiwań, mianowicie: silna bolesność i tworzenie się ropni na miejscach ukłuć. Dopiero w 1877 r. KOELLIKER ¹²⁾ znowu zaleca wstrzykiwania glicerynowej emulsyi kalomelu, zasadzając się na 46 przypadkach przymiotu leczonych tym sposobem. Metoda leczenia przymiotu zapomocą podskórnych wstrzykiwań przetworów rtęci zaczyna właściwie uzyskiwać ogólne uznanie od czasu pracy SMIRNOFF'a ¹³⁾, który podał cały szereg spostrzeżeń dowodzących wybornego działania podskórnych wstrzykiwań kalomelu.

W ostatnich czasach podskórne stosowanie kalomelu staje się częstszem w klinikach i szpitalach, a ocena działania tych wstrzykiwań w przymiocie staje się coraz korzystniejszą [JULLIEN ¹⁴⁾, WATRASZEWSKI ¹⁵⁾, SOFFIAN-

³⁾ SCARENZIO. Primi tentativi di cura della sifilide costituzionale mediante l'iniezione sottocutanei di preparati mercurii. — *Annali universali di medicina*. 1864. Agosto — Settembre. str. 602.

⁴⁾ *Gior. ital. delle malat. venerre e della pelle*. 1870, str. 274.

⁵⁾ FORLANINI. Le iniezioni ipodermiche di carbomelano ed il sue valore nella cura dell malattie oculari. *G. ital. vener.* 1871. Str. 196.

⁶⁾ *Rivista clinica di Bologna*. 1872. 3. Str. 74.

⁷⁾ C. PADOVA. Due casi di sifilide costituzionale al periodo terziario curati delle iniezione sottocutanei di calomel. — *G. ital. vener.* 1870 3. p. 156. — Sulla cura della sifilide costituz. mediante le iniezioni sottocutane di un preparato mercuriale. *G. ital. vener.* 1876. 2. str. 113—117.

⁸⁾ RAGAZZONI e APPIANI. Injez. ipoderm. di calomel. nella sifilide constit. *G. ital. vener* 1871. str. 196.

⁹⁾ *Gior. ital. vener.* 1871. Str. 147.

¹⁰⁾ SCARENZIO e RICORDI. Il metodo ipodermico nella cura della sifilide. *Anali univ. di medicina*. 1871. Gennaio e Febbraio.

¹¹⁾ *Gior. ital. vener.* 1872. str. 353.

¹²⁾ THEOD. KOELLIKER. Über die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Calomelinjectionen. *Centralblatt für Chirurgie*. 1877. 7.

¹³⁾ SMIRNOFF. Om Behaadling of syfilis medelst subkutana Kalomelinjectionen. *Helsingfors*. 1883.

¹⁴⁾ L. JULLIEN. Quelques notes sur les injections hypodermiques de calomel dans le traitement de la Syphilis. *Annales de dermatologie et de syphilographie*. 1884. 2. p. 73—77.

¹⁵⁾ v. WATRASZEWSKI. Zur Behandlung der Syphilis mit Calomel-injectionen. *Viertelj. für Dermat. u. Syph.* 1884. 3—4. str. 393—397.

TINI ¹⁶⁾, NEISSER ¹⁷⁾, STUKOWENKOW. W roku bieżącym robiono także próby z innymi nierozpuszczalnymi przetworami rtęci, które wykazały, że podskórne [WATRASZEWSKI ¹⁸⁾] i głębokie mięśniowe wstrzykiwania [SZADEK ¹⁹⁾], żółtego tlenku rtęci dobrze są miejscowo znoszone i wywołują znikanie objawów przymiotu.

Co się tyczy rozpuszczalnych przetworów rtęci, to takowych, po ogłoszeniu spostrzeżeń HUNTERA i HEBRY, zaczęło wielu autorów używać w przymiocie do podskórnych wstrzykiwań [EULENBURG ²⁰⁾, ACHSZARUMOW ²¹⁾, KONOPLEW ²²⁾, CZEREPNIN ²³⁾, RICHTER ²⁴⁾, GRACIAŃSKI ²⁵⁾], większość jednakże spostrzeżeń mówi nadzwyczaj niekorzystnie o podskórnej metodzie leczenia, z tego powodu, że na miejscu wstrzyknięcia powstawały bardzo często znaczne objawy zapalne, ropnie, lub bolesne guzy, objawy zaś przymiotowe nie znikwały, jak się wydawało, szybciej niż przy innych metodach rtęciowego leczenia.

W roku 1868 LEWIN ²⁶⁾ ogłosił liczny szereg spostrzeżeń, mówiących bardzo korzystnie o nowym sposobie leczenia przymiotu, za pomocą podskórnych wstrzykiwań sublimatu. Wyborne wyniki otrzymane przez tego autora zwróciły uwagę wielu innych na podskórną metodę leczenia przymiotu. Rzeczywiście wkrótce po wyjściu monografii LEWIN'a całe dziesiątki lekarzy zaczynają ogłaszać o wynikach leczenia przy stosowaniu nowej metody. Z pośród wielu nadzwyczaj różnorodnych zdań i opinii przytoczonych przez różnych badaczy, zaczęły się powoli wyjaśniać dobre i złe strony podskórnego stosowania preparatów rtęciowych. Wkrótce też wielu doświadczonych klinicystów, zajmwszy się tą metodą, dało jej bardziej naukowe i przedmiotowe podstawy, aniżeli ich poprzednicy, szczególnie zaś LEWIN, któremu należy się słuszny wyrzut za brak należytej przedmiotowości względem wychwalanej przezeń metody [GRÜEN-

¹⁶⁾ GIUSEPPE SOFFIANTINI. La cura della syfilide costituzionale secondo il processo di SMIRNOFF. G. ital. d. mal. vener. 1885. 1. p. 12—25. Ancora sul processo di SMIRNOFF nella cura della sifilide constit. tamże 1885. 3. str. 148—146.

¹⁷⁾ EDM. NEISSER. Über Çalomelinjectionen bei Syphilis. Viertelj. für Dermatologie und Syphilis. 1885. 3—4. str. 177—681.

¹⁸⁾ Semaine médicale. 1886. 13. Gazeta Lekarska. 1886. 21. str. 407—410.

¹⁹⁾ Gazeta Lekarska. 1886. 21. str. 411—414.

²⁰⁾ EULENBURG ALBERT. Die hypodermatische Injection der Arzneimittel. 2 Aufl. Berlin. 1817 roku.

²¹⁾ D. ACHSZARUMOW. O leceniu wnutrennych bolieznej podkożnymi wpryskiwaniami. str. 1867.

²²⁾ Medicinskij Wiestnik. 1867. 48.

²³⁾ Wojenno-Medycinskij Żurnał. 1868. Mart. str. 314—315.

²⁴⁾ R. RICHTER. Über die neueste Anwendung des Quecksilbers gegen Syphilis mittelst subcutanen Injectionen Inaug. dissert. Berlin. 1867.

²⁵⁾ Wojenno-Medycinskij Żurnał. 1868. Mart i Awgust

²⁶⁾ GEORG LEWIN. Über Syphilis-behandlung mit hypodermatischer Sublimatinjection. — Charité Annalen. 1868. str. 121—756. — Die Behandlung der Syphilis mit subcutaner Sublimatinjection.—Klinisch bearbeitet. Berlin. 1869.

FELD²⁷⁾, LIÉGOIS²⁸⁾, SIGMUND²⁹⁾, MONTI³⁰⁾, SCHMIDT³¹⁾, PAICKRT³²⁾, PAGVALIN³³⁾, TAYLOR³⁴⁾, HAUSEN³⁵⁾, ENGELSTEDT³⁶⁾, ODMANNSON³⁷⁾, NEUMANN³⁸⁾ i inni].

Jeżeli zestawimy dane przytoczone przez różnych spostrzegaczy, dotyczące się korzyści i braków jakie przedstawia podskórna metoda względnie do innych metod leczenia przymiotu, wtedy za wyższością podskórnego wprowadzenia rtęci do ustroju, w stosunku do innych sposobów, przemawiać będą następujące okoliczności.

1) **Taniaść.** W zwykłym przypadku dla usunięcia objawów przymiotu dość wprowadzić pod skórę od 0,15 — 0,25 sublimatu lub też innego rozpuszczalnego przetworu rtęci, gdy tymczasem przy stosowaniu innej metody należy zużyć daleko więcej danego środka, co np. przy wdechaniach, lub przy wewnętrznem użyciu rtęci kosztuje drożej.

2) **Czystość chorego** niezmiernie wygrywa przy metodzie podskórnej, jeżeli ją porównamy nietylko z wdechaniem rtęci, lecz nawet z powszechnie używanemi wcieraniami szaruchy, co zresztą jest zanadto widocznem, żeby potrzebowało szczególnego dowodzenia.

3) **Podskórne wstrzykiwanie przetworów rtęci** bardzo jest wygodnem w praktyce ambulatoryjnej, szczególnie jeżeli chorzy dla jakichbądź powodów zmuszeni są ukrywać chorobę przed osobami otaczającymi i nie mogą się jawnie leczyć w domu. Metoda ta jest także odpowiednią dla osób nie okazujących należytego starania o własne

²⁷⁾ GRÜNFELD. Über die Verhandlung der Syphilis mittelst hypodermatischer Injectionen von Sublimat. Wiener medicinische Presse. 1868. 17. 20. 24, 28, 43, 49, 51, 52. 1869. 1.

²⁸⁾ LIÉGOIS. Des résultats cliniques et scientifiques, obtenus avec les injections souscutanées du sublimé à petites doses dans l'étude de la syphilis. — Annales de dermatologie et de syphilographie. 1869. 80. str. 1 - 28, 90—120, 272—302.

²⁹⁾ Arch. für Dermatol. und Syphilis 1870. str. 119—120. Wiener. medic. Woch. 1871. str. 39, 37.

³⁰⁾ MONTI. Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis congenita et acquisita mittelst subcutaner Sublimatinjectionen. Jahrb. für Kinderheilkunde. 1869. 4.

³¹⁾ ANATOL SCHMIDT. Zur Behandlung der Syphilis mit subcutanen Sublimatinjectionen. Arch. für Dermatologie und Syphilis. 1870. 4. str. 567—572.

³²⁾ ALFIS PAICKRT. Zur Behandlung der allgemeinen Syphilis mit hypoderm. subcut. Sublimatinjectionen. Allgem. militärärztl. Zeit. 1870. str. 9.

³³⁾ KARL ROBERT PAQVALIN. Om Behandling of Syfilis méd. subkutana quicksilverinjectioner. Akad. Afhandl, Helsingfors 1871.

³⁴⁾ R. W. TAYLOR. On the treatment of Syphilis by hypodermic. injections of corrosive sublimate. — N. Y. medic. Gazette. 1871. 24. str. 326.

³⁵⁾ Dorpater medic. Zeitsch. 1820. str. 38. 1871. str. 11. 1872. str. 193. SCHMIDT's Jahrb. 1872. 2. 8.

³⁶⁾ S. ENGELSTEDT. Praktiske meddel om Syfilis, behandlet med merkur hypodeamatisk. Nord. med. Arkiv. III. 1871. str. 1—26.

³⁷⁾ E. L. W. ODMANNSON. Subkutana Sublimatinjektioner emot Syfilis. Nord. medic. Arkiv. 1872. 4. Nr. 26.

³⁸⁾ ISID. NEUMANN. Über die hypodermatische Behandlung mit Quecksilber bei Syphilis. Wiener medic. Jahrb. 1877. str. 107.

zdrowie, nie wypełniających należycie przepisów lekarza. W praktyce szpitalnej metoda podskórna zasługuje na uznanie, gdyż przy niej z jednej strony służba szpitalna, częstokroć przeciążona zajęciami, doznaje ulgi, z drugiej zaś chorzy nie mogą wymijać się od leczenia.

4) Możliwość stosowania metody podskórnej w tych przypadkach przymiotu, w których inne metody, z powodu szczególnych właściwości choroby, nie mogą być użyte. Tutaj należą np. przypadki przymiotu krtani, jako też cierpienia ust, języka, gardzieli i przelyku bolesne, połączone ze znacznym rozstrojem czynności polykania, co utrudnia lub uniemożliwia przyjmowanie lekarstw do wewnątrz, następnie przypadki cierpienia kanału pokarmowego, przypadki rozprzestrzenionych wysypek przymiotowych krostowatych, lub wrzodziejących, przy których nie można użyć wcierań i t. d..

5) Szybkość wessania rtęci przy wprowadzeniu przetworów jej pod skórę, przyczem cała ilość wprowadzonej rtęci wchodzi do krwi. Już przy pierwszych doświadczeniach ze wstrzykiwaniem przetworów rtęci zauważono ogólne działanie takowej, ujawniające się znikaniem objawów przymiotu [SIGMUND, RAGAZZONI et APPIANI, MONTI, HANSEN, GRUENFELD, LEWIN, SCHMIDT, BRANDT³⁹⁾ i wielu innych], oprócz tego spostrzegano także bardzo często objawy nasycenia ustroju rtęcią, jako to: cierpienie dziąseł, ślinotok i t. p. [DORBLICH⁴⁰⁾, GRUENFELD l. c., HEIDEMANN⁴¹⁾, SCHOPF⁴²⁾ i inni].

Jako najbardziej stanowczy dowód, że rtęć wprowadzona podskórnie wchodzi do krwi i zostaje przyswojoną przez ustrój, uważać należy stwierdzone przez niektórych spostrzegaczy przechodzenie jej przez nerki i wydzielanie na zewnątrz w moczu [ROSENBAACH⁴³⁾, GRUENFELD, BAMBERGER⁴⁴⁾, OBTULOWICZ⁴⁵⁾, i inni]; inni jednakże zupełnie nie mogli wykryć rtęci w moczu [GRACJANSKI]. Nowsze badania z ostatnich czasów często wykazują obecność rtęci w moczu syfilityków, leczonych za pomocą podskórnych wstrzykiwań przetworów rtęciowych [VAJD'a i PASCHKIS⁴⁶⁾, WOLFF⁴⁷⁾, KOPK⁴⁸⁾, BOCK-

³⁹⁾ W. BRANDT. O lecenju syfilisa podkożnymy wriskiwanijamy sulemy. Medic. prybawlenja k Morskomu Sborniku. XV. 1875. str. 429—449.

⁴⁰⁾ DORBLICH. Über die Behandlung der Syphilis mittelst hypodermatischer Injectionen von Sublimat. Wiener medizinische Presse. 1868. 12.

⁴¹⁾ HEIDEMANN. Leczenie obszezago syfilisa podkożnymy wryskiwanjami. Tyflis. 1871.

⁴²⁾ SCHOPFF. Hypodermatische merkur. Behandlung der Syphilitischen. Allgem. Wiener. med. Zeit. 1873. 13, 14.

⁴³⁾ H. und Pf's. Ztsehr. für ration. Medicin. 3. Reihe. XXIII. 1868. str. 36. SCHMIDT's Jahrb 1868 7.

⁴⁴⁾ v. BAMBERGER. Über hypodermatische Anwendung von löslichen Quecksilberalbuminat Wiener med. Wochenschr. 1876. 11, 14, 44.

⁴⁵⁾ Przegląd Lekarski. 1876. 44.

⁴⁶⁾ L. v. VAJD'a und H. PASCHKIS. Über den Einfluss des Quecksilbers auf den Syphilis-process. Wien. 1880. str. 125, 122, 287 und ff

⁴⁷⁾ A. WOLFF. Über die Subcutane Anwendung des Glycocoli, Asparagin, und Alanin, Quecksilbers und deren Wirkung auf den syphilitischen Process. Strassburg. 1883.

⁴⁸⁾ CARL KOPK. Über die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Hg. formamidatum. Viertelj. für dermat. und Syphilis. 1885. 2. 199—200.

HARD⁴⁹⁾, JUCHOFF⁵⁰⁾, WATRASZEWSKI⁵¹⁾. Obecnie więc można uważać za zupełnie dowiedzione, że ustrój przyswaja sobie rtęć wprowadzoną doń za pomocą podskórnych wstrzykiwań.

6) Z poprzedzającego wynika jeszcze jedna ważna zaleta podskórnego leczenia przymiotu rtęcią, mianowicie możebność dokładnego rozdzielenia dawek wprowadzanego przetworu rtęciowego; przy innych metodach leczenia rtęcią nigdy właściwie dokładnie nie wiadomo jaka mianowicie ilość rtęci weszła do krwi. dlatego, że np. przy podawaniu jej do wewnątrz, część rtęci może nie uleść wessaniu, lecz przejść tylko przez kanał pokarmowy i wydzielić się na zewnątrz w kale, przy wcieraniach zaś szaruchy wszak nie wszystka rtęć w niej zawarta ulega wessaniu i wchodzi w krew, lecz znaczna część jej może się ulotnić przy wykonywaniu wcierania, lub pozostać na powierzchni skóry.

Rozpatrzmy teraz strony ujemne podskórnej metody leczenia przymiotu. Wskutek podskórnych wstrzykiwań przetworów rtęciowych powstają, jako zjawiska uboczne, miejscowe objawy podrażnienia w okolicy wstrzykiwań, zgorzel częściowa skóry, ropnie, guzy zapalne, stwardnienia i nakoniec bóle.

Zdania dawniejszych i nowszych autorów, tyjące się miejscowych objawów przy stosowaniu podskórnych wstrzykiwań przetworów rtęciowych, różnią się nadzwyczaj między sobą. Pierwsi mianowicie spostrzegali często powstawanie, po wstrzyknięciu, ograniczonej zgorzeli skóry; ropnie były zwykłym następstwem wstrzykiwań, zawsze zauważano bolesne guzy i stwardnienia na miejscach ukłucia [ACHSZARUMOW⁵²⁾, GRACJANSKI⁵³⁾, CZEREPNIN⁵⁴⁾, HEBRA, KOEBNER⁵⁵⁾, DOYON⁵⁶⁾, STUCKHEIL⁵⁷⁾, MERSCHEIN⁵⁸⁾, ZULCK⁵⁹⁾, UHLEMANN⁶⁰⁾ i inni]; co się tyczy bólu powstającego po wstrzyknięciu, to dawniejsze postrzeżenia podają rozmaicie: jedne mówią o bólach silnych, palących, nieznośnych, na miejscu ukłucia, bóle te mają być przytem długotrwałe i pozbawiać chorych snu,

49) BOCKHARDT. Über Injectionen mit Blutserum-quecksilber. Monatschr. für pract. Dermatologie. 1885. 7. 11.

50) St. Petersburger medic. Wochenschrift. 1886. 8. str. 73—74.

51) Gazeta Lekarska. 1886. 21. str. 409—410.

52) Wojsko-Medicinskij Żurnal. 1867. str. 243—247.

53) Tamże. 1868. Awgust, str. 295—300.

54) P. CZEREPNIN. Materjały k rozrabotkie woprosa o lecenii konstitucjonalnaha sifilisa putem podkożnych wpryskiwanij rastwora dwuchloristoj rtuti. Wojsko-medie. żurnal, 1868 Mart, str. 314—315.

55) Archiv für dermatol. und Syphilis. 1869. str. 626—629.

56) Annales de dermatol. et de Syphilographie. 1869. 3. Archiv für dermatol. und Syphilis. 1870. 1.

57) STUCKHEIL. Zur hypodermatischen Anwendung der Sublimate in Syphilis. Wiener med. Wochenschrift. 1870. 7. 8.

58) A. MERSCHEIN. Über die hypodermatischen Sublimatinjectionen. Inaug. dissert. Bonn. 1868 roku.

59) EDM. ZULCK. Beitrag zur Lehre von der hypodermatischen Behandlung der Syphilis. 1869.

60) UHLEMANN. Erfolge der Behandlung mit subcutanen Injectionen von Sublimat. Wiener med. Presse. 1869. 13.

inne zaś mówią tylko o bólach tępych, krótkotrwałych i niestałych. Zdania nowszych autorów, tyżące się miejscowych następstw podskórnych wstrzykiwań przetworów rtęci, są prawie wręcz przeciwne: obecnie zupełnie nie spotykamy się z opisami zgorzeli skóry po wstrzykiwaniu, ropnie po wstrzykiwaniach rozpuszczalnych przetworów rtęciowych spotykamy zaledwie wyjątkowo, co się zaś tyczy niewielkich ropni, spostrzeganych przez niektórych autorów przy użyciu do podskórnych wstrzykiwań kalomelu, to takowe szybko przechodzą i sprawiają mało dolegliwości chorym [SMIRNOFF, SOFFIANTINI, WATRASZEWSKI], od tego zaś czasu kiedy zaczęto stosować głębokie wstrzykiwania przetworów rtęci [kalomel, tlenek rtęci], ropnie w okolicy ukłuc zupełne się nie zdarzają [SOFFIANTINI ⁶¹), SZADEK ⁶²)]. Zresztą i przedtem, przy zachowaniu odpowiedniej ostrożności, jako też przy czystości narzędzi i używanych przetworów [kalomel i tlenek rtęci], niektórzy autorowie rzadko spostrzegali powstawanie ropni wskutek wstrzykiwań [STUKOWENKOW, WATRASZEWSKI]. Takim sposobem jako jedyne [prawie niemożliwe do uniknięcia] przykre następstwo podskórnego stosowania przetworów rtęciowych w przymiocie należy uważać tworzenie się w miejscu ukłucia niebolesnych stwardnień i ból po wstrzykiwaniu; o tych dwóch objawach mówią wszyscy, którzy używali przy leczeniu przymiotu metody podskórnej. Należy jednakże wspomnieć, że bóle, wyjąwszy u osób wrażliwych, nerwowych i kobiet, rzadko bywają silne i długotrwałe; podług badaczy z ostatnich czasów, ból po wstrzyknięciu przetworu rtęci w większości przypadków bywa słabo wyrażony, krótkotrwały, czasami zaś zupełnie nieznaczny [po wstrzykiwaniu rozpuszczalnych przetworów rtęci]; guzy i stwardnienia w dość znacznej ilości przypadków zupełnie nie powstają.

Należy zapytać się, dla czego podskórne wstrzykiwania przetworów rtęci w przymiocie wywoływały tak często u dawniejszych spostrzegaczy silny odczyn miejscowy, obecnie zaś znoszone są daleko lepiej i miejscowo mało drażnią?

Przyczynę takiej różnicy znajdujemy w następujących okolicznościach:

1) Czas i doświadczenie wyjaśniły w jakim stężeniu należy używać mieszanin rtęciowych, żeby takowe jak najmniej miejscowo drażniły i lepiej ulegały wchłonięciu; ważną także gra rolę wybór odpowiednich przetworów rtęci do podskórnych wstrzykiwań. Z długiego szeregu rozmaitych przetworów rtęci najodpowiedniejszymi i najmniej miejscowo drażniącymi okazały się następujące: a) wodny roztwór mieszaniny sublimatu z solą kuchenną i eterem [MUELLER, STERN ⁶³), STAAB ⁶⁴), KRATSHMER ⁶⁵), MYLIUS ⁶⁶), MATTHEE ⁶⁷),

⁶¹) Gior. ital. delle malattie veneree e della pelle. 1885. 1. str. 20—25; 3. str. 142—146.

⁶²) Gazeta Lekarska. 1886. 21, str. 413.

⁶³) Berliner klin. Wochenschr. 1870. 35.

⁶⁴) SCHMIDT's Jahrbücher. 1872. 4. str. 153.

⁶⁵) Wiener medicin. Woch. 1876. 47, 48.

⁶⁶) R. MYLIUS. Über Behandlung der Syphilis mit Subcutanen Injectionen Quecksilberchlor-natrium. Inaug. dissert. Göttingen. 1877.

⁶⁷) Memorabilien. 1879. str. 262. Viertelj. für dermatol. und Syphilis. 1878. 2—3.

HAMPELN⁶⁸⁾, AUSPITZ⁶⁹⁾]; rozczyń dwucyjanku rtęci [CULLINGWORTH⁷⁰⁾, KRÓWCZYŃSKI⁷¹⁾, VON SIGMUND⁷²⁾, OBTUŁOWICZ⁷³⁾, MANDELBAUM⁷⁴⁾, GREFBERG⁷⁵⁾, DWIAKOWSKIJ⁷⁶⁾, GUENTZ⁷⁷⁾, XYDIAS⁷⁸⁾, BREIDENBACH⁷⁹⁾; c) nie dawno proponowany przez LIEBREICH'a⁸⁰⁾ rozczyń formamidatu rtęci (*hydrarg. formamidatum*) MAX ZEISSL⁸¹⁾, RONA⁸²⁾, SCHMITT⁸³⁾, ZABŁOCKIJ⁸⁴⁾, VOGELIUS⁸⁵⁾, KLINK⁸⁶⁾, i KOPP l. c.] i zalecane ostatnimi czasy: d) mieszanina surowicy krwi z rtęcią [BOCKHARD⁸⁷⁾] i żółty tlenek rtęci [WATRASZEWSKI⁸⁸⁾]. Przy rozcieńczaniu wszystkich tych przetworów należy zachować taki stosunek, żeby dawka 0,008 — 0,015 rozpuszczalnego, lub 0,02 — 0,05 nierozpuszczalnego przetworu była rozprowadzoną przynajmniej jednym gramem płynu.

2) Z biegiem czasu i dzięki nabytemu doświadczeniu wyrobiły się w praktyce techniczne zasady wykonywania wstrzykiwań, jako też ostrożności, które należy zachować, żeby uniknąć miejscowego podrażnienia. Zasady te i ostrożności zależą: na odpowiedniej czystości szpryki i igły, dezynfekcyi tej ostatniej przed każdym wstrzykiwaniem, wyborze czystych przetworów do wstrzykiwań i należytem ich przygotowaniu; napełniając szprykę, należy przed i po nabraniu płynu usunąć z niej zupełnie powietrze. Przekłucie skóry odbywa się następującym sposobem: ująwszy ją w fałdkę wielkim i wskazującym palcem lewej ręki, przekłuwamy szybko igłą szpryki, trzymanej w ręce prawej, całą grubość skóry; koniec igły w żadnym razie nie powinien w niej pozostać, lecz powinien wejść do tkanki łącznej podskórnej, co się poznaje po tem, że opór

⁶⁸⁾ St. Petersburger medic. Wochenschrift. 1879. 36.

⁶⁹⁾ Viertelj. für Dermatol. und Syphilis. 1884. 3—4. str. 425.

⁷⁰⁾ Lancet. 1874. May 23. str. 725.

⁷¹⁾ Przegląd lekarski. 1875. 39, 41, 50.

⁷²⁾ Wiener medicin. Wochenschrift. 1876. 37.

⁷³⁾ Viertelj. für Dermatol. und Syphilis. 1877. 3. str. 431—432.

⁷⁴⁾ W. MANDELMAN. Über die Behandlung der Syphilis mit Subcutanen Injectionen von Bicyanuretum Hydrargyri. Viertelj. für Dermatol. und. Syphilis. 1878. 2. str. 201—209.

⁷⁵⁾ W. GREFBERG. Om Subcutan Behandling of syfilis med. Bicyanuretum hydrargyri. Helsingfors. 1880.

⁷⁶⁾ Medicinskoje Obozrenije. 1879. 1.

⁷⁷⁾ Wiener medicinische Presse. 1880. 12—15, 18, 19.

⁷⁸⁾ P. XYDIAS. La Syllide trattata con. iniezzioni ipodermiche di bicjanuro mercuriale. Lo Sperimentale. 1281. Decemb. str. 580—586.

⁷⁹⁾ WILH. BREIDENBACH. Über die Behandlung der Syphilis mittelst Subcutanen Injectionen von Hydrargyrum bicyanatum. Inaug. Dissert. München. 1882.

⁸⁰⁾ Wiener medicin. Wochenschrift. 1882. 50, 51.

⁸¹⁾ Wiener medizinische Presse. 1883. 5—6.

⁸²⁾ S. RÓNA. Syfilis gylógyiasa formamidum hydroargyratum aldatával. Orvosi Hetilap. 1883. 12. str. 294—298.

⁸³⁾ Fr. SCHMIDT. Über die Behandlung des Lues mittelst Quecksilberformamid injectionen. Inaug. diss. Würzburg. 1883.

⁸⁴⁾ Medicin. Obozrenije. 1883. XIX. str. 438.

⁸⁵⁾ Hospital Tidende. 1883. I. str. 918—920.

⁸⁶⁾ KSIĘGA JUBILEUSZOWA na cześć prof. HOYERA. Warszawa. 1884.

⁸⁷⁾ Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1884. 3—4. str. 681—683.

⁸⁸⁾ Gazeta Lekarska. 1886. 21.

przy posuwaniu igły wglęb znika. Zdania co do szybkości, z jaką należy dany płyn wstrzykiwać, są podzielone: jedni radzą wstrzykiwać z wolna, inni zaś przeciwnie twierdzą, że im szybciej wykonywać wstrzykiwanie, tem słabsze będą miejscowe następne objawy zapalne. Niektórzy jeszcze radzą po wstrzyknięciu wykonywać mięsienie w okolicy ułclucia, co pomaga szybszemu wessaniu wstrzykniętego płynu, jako też równiejszemu rozprowadzeniu go w tkance łącznej podskórnej.

3) Dobre rezultaty, jakie spostrzegacze otrzymują obecnie przy podskórnych wstrzykiwaniach przetworów rtęci, objaśnić można po części tem, że wyrobili sobie odpowiednią technikę. Poprzednicy ich, ganiąc poskórną metodę leczenia przymiotu i wskazując na częste powstawanie ropni w miejscu ułclucia i silne bóle towarzyszące każdemu wstrzykiwaniu, zanadto pospieszili się z tak niekorzystną oceną i zasadzali ją na małej liczbie postrzeżeń [DORBLICH, UHLEMANN, KOEBNER i inni]. Nic dziwnego, że pierwsze usiłowania nie mogły dać zadawalającego rezultatu i że po wstrzykiwaniach następował silny odczyn miejscowy. Poprzedniego stosować nie można do tych z pomiędzy dawniejszych autorów, którzy używali danej metody u wielkiej liczby cierpiących na przymiot [GRUENFELD — 600 wstrzykiwań, LEWIN 500 przypadków, HEBRA 1140 przyp., PAICKRT 5000 wstrzykiwań, HEIDEMANN 1140 wstrzykiwań, BRANDT 1500 wstrzykiwań i inni].

Późniejsi, jako też obecni, spostrzegacze nie spieszą się z wyrażeniem ostatecznego zdania o podskórnej metodzie i przedtem zdążą zrobić nie jedną setkę i tysiąc wstrzykiwań [SIGMUND, NEUMANN, KOPP, MARTINEAU, FINGER i inni].

4) Na nateżenie objawów miejscowego podrażnienia nie mały wpływ ma także wybór do wstrzykiwania tej lub innej okolicy ciała. Rozumie się, że, aby uniknąć mocnego miejscowego odczynu, nie należy robić wstrzykiwań w okolicy bardzo unerwionej i unaczynionej, unikać należy także miejsc gdzie skóra jest delikatną i mało się znajduje tkanki łącznej podskórnej [twarz, brzuch, kończyny]. Dawniejsi spostrzegacze często nie przestrzegali tego warunku i tej to mianowicie okoliczności zapewne po części przypisać należy opisane przez nich powstawanie ropni i silny miejscowy odczyn.

Jednakże już GRUENFELD, PAICKRT i LEWIN zwracali uwagę, że wstrzykiwania najlepiej robić w okolicę grzbietu i pośladków, gdyż skóra tutaj jest mniej wrażliwą i pod nią znajduje się dostateczna ilość luźnej tkanki łącznej. Rzeczywiście ci, którzy postępowali według tych wskazówek, rzadko notują powstawanie ropni po wstrzykiwaniach [ZUELCH, SCHMIDT, HEIDEMANN, BRANDT i inni].

Rozpatrzywszy dane wyżej przytoczone dotyczące się podskórnych wstrzykiwań przetworów rtęciowych, przychodzimy do wniosku, że metoda ta zupełnie odpowiada leczniczemu zadaniu, gdyż rtęć wprowadzona pod skórę wchodzi do krwi; z drugiej zaś strony, przy odpowiednim użyciu, dana metoda posiada pewną widoczną wyższość nad innymi sposobami leczenia przymiotu za pomocą rtęci. Nie można jednakże zaprzeczyć temu, że nie we wszystkich przypadkach przymiotu można jednako używać podskórnych wstrzykiwań; nie są one odpowiednimi u kobiet, dzieci, jako też wogóle u osób bardzo wrażliwych i ner-

wowych, w skutek powstających przy tem bólów, połączonych czasami nawet z ogólnymi nerwowymi objawami; następnie podskórne wprowadzanie rtęci jest przeciwwskazanem u osób usposobionych do skorbutu i wogóle u osobników z charłaczą skórą, gdyż wtedy łatwo po wstrzykiwaniu powstają krwotoki, guziki, wrzodzianki, ropnie, a nawet owrzodzenia [cukrówka, żołądki i t. p.].

[D. n.].

III. UWAGI KRYTYCZNE NAD POWSTAWANIEM NERKI WĘDRUJĄCEJ.

Podał

D-r Teodor Dumit

lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 1].

Jedyny przypadek z pomiędzy 13 dokładnie opisanych, w którym wyraźnie zaznaczono, że otrzewna nieprawidłowości nie przedstawiała, podany został przez RAYER'a. Podajemy i ten opis.

13) RAYER ¹⁾. U 51-letniej kobiety za życia można było wymacać pod prawymi żebrami fałszywemi guz, który wymykał się z pod palców. Przy badaniu pośmiertnem, prócz objawów zapalenia otrzewnej, znaleziono co następuje: Wątroba olbrzymio powiększona, tak, że dochodzi aż do grzebienia kości biodrowej i odciska ku dołowi nerkę, która leży prawie przed kręgosłupem w kącie utworzonym przez żyłę główną dolną i biodrową (*v. iliaca*). Dolny koniec nerki dotyka bezpośrednio ściany brzusznej, cały zaś narząd położony jest na rodzaju równi pochyłej idącej z przodu ku tyłowi. Ruchomość nie zależała od luźności naczyń lub otrzewnej, układ naczyń był ten sam tylko ich przebieg bardziej prosty i krótszy. Lewa nerka leży głęboko w okolicy lędźwiowej, jednak nisko i to nie o wiele wyżej od nerki prawej, natomiast nie jest tak wysuniętą ku przodowi.—Powyższy przypadek jest jedynym, gdzie powiedziano jest, iż otrzewna nie przedstawiała żadnych nieprawidłowości, z drugiej jednak strony jest on zbyt zawikłany, aby z niego można było wyciągać jakiegokolwiek wnioski. Najpierw mamy tu jakieś olbrzymie powiększenie wątroby, które, jak pisze RAYER, zmieniło nawet postać nerki, gdyby więc nawet przemieszczenie nerki zależało w tym razie od ucisku przez wątrobę, to jest to przy czynna tak wyjątkowa, że jej na inne przypadki rozciągać nie można. Z drugiej strony mamy tu nieprawidłowe obniżenie i lewej nerki, bardzo więc jest możliwem, że nieprawidłowe położenie i prawej nerki było wrodzonym, a bynajmniej nie nabytem.

Tak więc z 13 przypadków, na których opierać się można, w 6 znaleziono wyraźną kręzkę naokoło nerki W dwu zaś chociaż nie było osobnej krézki,

¹⁾ Traité des maladies des reins. T. III. 1841, str. 795.

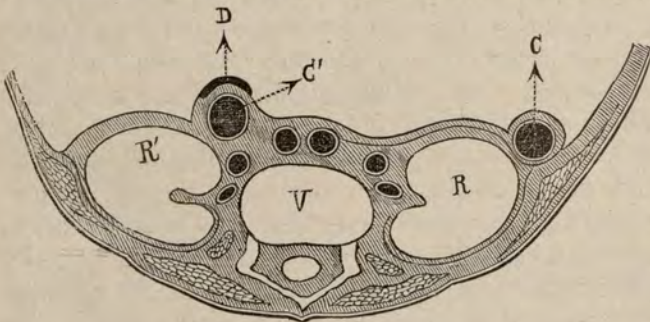
istniały jednak stosunki, pozwalające na taką samą ruchomość jak i krézka. Gdybyśmy zaś do powyższego chcieli dodać wszystkie przypadki operowane przez MARTIN'a, do czego mamy wszelkie prawo, albowiem rzecz taka jak istnienie lub nie torby otrzewnej na około nerki przy operacji przeoczyć się nie daje, wtedy na 22 przypadków, w których zachowanie się otrzewnej jest znane, w 15 istniała na około nerki krézka. W dwóch przypadkach otrzewna jeżeli nie tworzyła wyraźnej krézki, to jednak otaczała prawie w zupełności całą nerkę, w dwóch wreszcie istniały ważne nieprawidłowości w układzie trzew brzusznych, a tem samem i otrzewnej, co niewątpliwie na utrzymanie nerki w jej prawidłowym położeniu ujemnie wpłynąć musiało. W jednym tylko przypadku otrzewna była prawidłową, ten jednak przypadek z innych względów przekonywującym nie jest. Dodać też winienem, że pomiędzy przypadkami, przezemnie opuszczonemi dla braku wzmianki o zachowaniu się otrzewnej, w dwóch [EBSTEIN'a i CULLINGWORTH'a], istniało próchnienie kilku kręgów lędźwiowych, a nadto w jednym z nich zupełne zniszczenie mięśnia lędźwiowego (*m. psoas*), co także na rozluźnienie połączeń otrzewnej wpłynąć mogło, gdyby nawet innych nieprawidłowości tej błony nie było.

Tym sposobem przegląd dotychczas ogłoszonych przypadków nie tylko nie pozostaje w sprzeczności, lecz przeciwnie, popiera mój pogląd, że nerka ruchoma powstać może jedynie przy istniejących nieprawidłowościach otrzewnej. Obecnie rozpatrzyc nam wypada, o ile powszechnie przytaczane przyczyny mogą mieć znaczenie we względzie powstawania nerki ruchomej.

Z tego cośmy powyżej powiedzieli wypada, że tylko te przyczyny mogą wywołać powstanie nerki wędrującej, które są w stanie sprowadzić jedną z opisanych nieprawidłowości otrzewnej, więc najczęściej rodzaj krézki na około nerki. Już wyżej mówiłem, że sam zanik tłuszczu otaczającego nerkę, nie rozluźnia na tyle jej połączeń, aby mógł umożliwić jej ruchomość. Tym sposobem wypada odrzucić twierdzenie, jakoby nerka powstawała u osób poprzednio tłustych, po przebyciu przez nie jakiejś wyniszczającej choroby. Więcej już prawdopodobieństwa miałby pogląd, że na powstawanie nerki wędrującej wpływa istnienie brzucha obwisłego lub nieprawidłowości w położeniu macicy, które to stany przez pociąganie niejako otrzewnej [lub sprowadzanie ciśnienia ujemnego w jamie brzusznej] mogłyby sprowadzić rozluźnienie otrzewnej, a więc i ruchomość nerki. I to jednak odnieść by się dało jedynie do najniższych stopni nerki ruchomej, w których połączenie jej z otrzewną jest tylko rozluźnione, rzeczywistej jednak krézki nie ma; są to wszelako najrzadsze przypadki. Co do guzów wątroby, wysięków opłucnej i t. p., to teoretycznie możnaby im przypisać pewien wpływ na powstawanie niższych stopni ruchliwości nerek, praktyka jednak i tego nie potwierdza. W żadnym ze znanych przypadków badanych po śmierci [prócz bardzo niejasnego przypadku RAYER'a], tej przyczyny nie było, jak znowu nie widywano nerki ruchomej w tak częstych przypadkach powiększenia wątroby i sledziony. Co do ostrej traumy, to takowa stanowczo nerki ruchomej, t. j. wypuklenia otrzewnej wywołać nie może, raczej bowiem nastąpiło by przytem rozdarcie niż wypuklenie.

Wprawdzie nie ulega wątpliwości, że otrzewna uleż może znacznemu rozciągnięciu, jak to np. ma miejsce przy guzach jajników, następuje to jednak tylko bardzo powoli. Przytem do takiego wypuklenia potrzebnem jest działanie pewnej czynnej siły, czego brakuje tym wszystkim wpływom, które obwiniano dotychczas o wywoływanie nerki wędrującej ¹⁾.

Nie mogąc więc przyznać żadnej z przytoczonych okoliczności wpływu na powstawanie nerki ruchomej, a raczej wypuklenia krążkowatego otrzewnej, nie pozostaje nam nic innego jak tylko przyjąć, że cierpienie powyższe jest stanem wrodzonym, zależnym od nieprawidłowego rozwoju otrzewnej. Zboczenia w rozwoju rozmaitych części otrzewnej, mianowicie też otaczającej kiszki, nie są bynajmniej zjawiskiem rzadkiem i na trupie niejednokrotnie widzieć można nieprawidłowe krążki, nieprawidłowe położenie kiszki i t. p. Do tego rodzaju faktów prawdopodobnie odnieść należy i nieprawidłową krążką na około nerki. Być zresztą może, że otoczona w ten sposób otrzewną nerka, przyrasta częścią swą powierzchnią do sąsiednich części, tak jak to np. fizjologicznie, według poszukiwań TOLDT'a dzieje się z kiszką wstępującą i zstępującą, które pierwotnie posiadając krążkę, później tracą ją wskutek zrostów dwóch listków otrzewnej. W takim razie wpływy traumatyczne lub tym podobne, rozrywając owe zrosty, mogłyby się przyczynić do powstania nerki ruchomej. W każdym jednak razie nie można pojąć, w jaki sposób by wyżej przytoczone wpływy mogły spowodować tak znaczne krążkowate wypuklenie otrzewnej. Za wrodzonym pochodzeniem nerki wędrującej przemawiają i inne względy, a mianowicie dość często spotyka się dającą ruchliwość obu nerek, oraz następujący fakt anatomiczny. Nerka ruchoma po stronie prawej leży zawsze na wewnątrz od kiszki wstępującej, kiedy



R — nerka lewa; R' — nerka prawa; C — kiszka zstępująca; C' — kiszka wstępująca; D — dwunastnica.

natomiast, jak to widać z załączonego rysunku, wyjętego z pracy ZUCKERKANDL'a, w prawidłowym stanie kiszka wstępująca, o ile się dotyczy nerki prawej, leży na wewnątrz od niej. Gdyby więc nerka wędrująca powstała przez proste wpuklenie się do jamy brzusznej, wtedy leżyć by musiała na ze-

wewnątrz od kiszki, t. j. w kierunku w którym by spotkała najmniej przeszkody. Wreszcie co do przypadków ÖRUM-HOVITZ'a i DURHAM'a, w których nerki leżały w wspólnej krążce z kiszką wstępującą *resp.* zstępującą, to te wprost inaczej jak tylko drogą zboczenia rozwojowego objaśnić się nie dają.

¹⁾ Nie wspominam nawet o twierdzeniu, według którego powstawaniu nerki ruchomej sprzyja regularność u kobiet, która jakoby pociągała za sobą przekrwienie nerek i rozluźnienie ich przyczepów [LANCEREAUX]. Już LANDAU, którego o zbytek krytycyzmu we względzie nerki ruchomej obwiniać nie można, uważa podobne twierdzenie za pozbawione wszelkiej podstawy.

Na zakończenie pozwalam sobie zastanowić się nieco nad objawami nerki ruchomej, a mianowicie też miejscowemi. Co do objawów ogólnych, to nie mam nic w tym względzie do dodania, prócz tego chyba, że w ostatnich czasach zbyt pochopnie może rozmaite objawy nerwowe, charakterystyczne niemal dla histeryi i neurastenii, kładziono wyłącznie na karb nerki ruchomej, z którą one prawdopodobnie w żadnym nie pozostają związku, lecz zależą od jednocześnie istniejącego rozstroju nerwowego.

Z pomiędzy objawów miejscowych największe ma znaczenie obecność guza, wyczuwalnego w jamie brzusznej i o nim też kilka słów powiedzieć zamierzam. Oczywiście jest, że stopień ruchliwości nerki zależy będzie najpierw od długości krézki otrzewnej, a w razie gdy ta ostatnia jest dostatecznie długa—od długości naczyń nerkowych. Pierwszego czynnika określić za życia nie możemy, o drugim, t. j. długości naczyń nerkowych wyobrażenie mieć możemy. Można powiedzieć, że w tych razach, w których krézka otrzewnej jest dostateczna, nerka o tyle tylko oddalać się z prawidłowego położenia może, o ile jej na to pozwala tętnica nerkowa. Żyła, z powodu swej znacznej rozciągliwości i luźnego przyłączenia żyły głównej dolnej, na ograniczenie ruchów nerki nie wpływa wcale. Bardzo łatwo zresztą o tem przekonać się można na trupie: jeżeli nerkę odpreparujemy tak, że wisić będzie jedynie na naczyniach i oznaczymy miejsce do którego doprowadzoną być może, a następnie przetniemy żyłę nerkową, to przekonamy się, że ruchliwość nerki na tem nic nie zyska. Jeżeli zaś przeciwnie w takim samym doświadczeniu przetniemy tętnicę, a pozostawimy żyłę, to przekonamy się, że koło, które teraz nerka zataczać może, będzie większe. Z drugiej jednak strony nie można zaprzeczyć, że i tętnica ulegać może rozciągnięciu i to w dość znacznych rozmiarach. Próby, jakie w tym celu robiłem, przekonały mię, że tętnica nerkowa obciążona swobodnie ciężarem nerki [t. j. około 130 gramów] wydłuża się niemal o połowę swej długości, a więc z 7 ctm. przedłuża się do 10. Należy jednak pamiętać, że w najlepszym nawet razie nerka nie wisi nigdy swobodnie w jamie brzusznej na swych naczyniach, lecz zawsze znajduje podporę w kiszkiach i innych trzewach, że więc i rozciągnięcie jej nie może być tak znaczne; w przypadku przezemnie opisanym, prawa tętnica miała 11 ctm. lewa zaś tylko 7, należy jednak pamiętać, o czem mię własne na 20 trupach przedsięwzięte badania przekonały, że prawa tętnica prawie zawsze jest dłuższą od lewej, a różnica ta może wynosić nawet do 2 ctm.. W każdym więc razie, nerka zataczać może tylko takie koło, którego promieniem będzie tętnica, że zaś długość tej ostatniej wynosi przecięciowo [na zasadzie wymiarów dokonanych u 20 trupów] po stronie prawej $6\frac{3}{4}$, po stronie lewej zaś $5\frac{3}{4}$ ctm. na taką więc mniej więcej odległość oddalać się może nerka od miejsca wyjścia tętnicy nerkowej, t. j. pierwszego lub drugiego kręgu lędźwiowego; do tego dodać należy rozciągliwość tętnicy i szerokość samej nerki [około 6 ctm.]. Odpowiednio do tego najczęstszem miejscem, w którym spotykamy guz jest okolica pępka; niżej, mianowicie do dołu biodrowego nerka schodzić może tylko przy wyjątkowej długości jej tętnicy i to tylko do górnej jego części, około grzebienia kości biodrowej; te zaś przypadki, w których znajdowano guz nad więzłem POUPART'a lub spojeniem łonowem, stanowczo polegały

na błędach w rozpoznaniu. Następujące cyfry, stanowiące przeciętną 20 pomiarów, mogą nam dać pewne o tem wyobrażenie: i tak odległość wyjścia tętnicy nerkowej od spojenia łonowego wynosi średnio 24 ctm., także odległość od kolca biodrowego prawego $19\frac{3}{4}$, od lewego zaś 19. Wypada z tego, że nerka w najlepszym nawet razie tych punktów osiągnąć nie może.

Zwrócę też uwagę na jedną okoliczność, mogącą utrudnić ruchliwość nerki, a mianowicie na nieprawidłowości w przebiegu tętnicy nerkowej. Na 18 przypadków znalazłem tylko 8, w których od aorty odchodziła jedna gałąź, która podzieliwszy się na rozmaitej wysokości wnikała do wnęki; w trzech przypadkach od aorty odchodziła tylko jedna gałąź, lecz ta podzieliwszy się dawała gałązki, które wnikały oprócz do wnęki nadto do górnego lub dolnego końca nerki lub do obu razem. Wreszcie w 7 przypadkach odchodziło po kilka gałęzi, które wnikały do nerki na rozmaitej wysokości, z tego 5 razy było po 2 gałęzie, raz 3, a raz 5 ¹⁾. Nie ulega wątpliwości, że jeżeli nerka przytwierdzona jest dwoma punktami do aorty, to i poruszalność jej musi na tem cierpieć.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

2. Ch. Mauriac. Przymiot nerek (*Syphilose des reins*).

Do r. 1879 znano wyłącznie cierpienia nerek, właściwe późnemu okresowi przymiotu. Pierwsi PERROUD, DRYSDALE, DESCOUTS opisują wczesne cierpienia nerek. Przymiotowe zapalenia nerek nie posiadają odrębnych objawów, znajdujemy tu obrzęki [prawie we wszystkich przypadkach] jakoteż lekkie lub ciężkie objawy mocznicy. Właściwe rozpoznanie ułatwi, 1) brak innych przyczyn wywołujących zapalenie nerek, 2), obecność innych objawów przymiotu, zwłaszcza zmian wątroby i śledziony, 3) skuteczność jodu i rtęci.

Wczesny przymiot nerek. Z 23 przytoczonych przez autorów przypadków, w części własnych, w części obcych, w 8 objawy ze strony nerek wystąpiły bardzo wczesnie, bo w 2 miesiące po powstaniu szankra [w przypadku DESCOUTS nawet w miesiąc]. Okazuje się więc, że objawy ze strony nerek wystąpić mogą jednocześnie z pierwszymi wysypkami [również jak cierpienie mózgu i kości].

Wczesny przymiot nerek jest wogóle rzadki ²⁾, nie dziw też, że jego anatomija patologiczna uależy do przyszłości. W czterech przypadkach przy badaniu pośmiertnem znaleziono wielką białą nerkę, tkanka więc wydzielnicza zajęta bywa tu w znacznie wyższym stopniu, niż śródmiąszowa.

Podobieństwo kliniczne i anatomiczne tych wczesnych cierpień nerek do płonicowego zapalenia nerek jest uderzające.

Tak więc we wczesnym okresie przymiotu spotykamy przeważnie zmiany miąższowe nerek, w późnym okresie przeważnie zmiany śródmiąszowe i zwyrodnienie mączkowate. Są to jednak tylko stopnie jednego cierpienia; spotykamy postacie przejściowe i mieszane.

¹⁾ U żaby w stanie prawidłowym znajduje się 5 tętnic nerkowych, co wskazuje na różną rolę nerek w postaci oddzielnych zrazów.

²⁾ Mniemanie GÜNTZ'a (*Memorabilien* 1885) jakoby cierpienia wczesne nerek były objawem otrucia rtęciowego, jest bezpodstawne; część odnoszonych chorych nie przyjmowała jeszcze wcale rtęci).

Objawy występują zdradziecko, bez zwiastunów. Na powiekach, twarzy, rękach, kończynach dolnych lub na mosznie zjawiają się obrzęki, z początku przemijające, później stałe, jednocześnie występują zmiany w moczu, właściwe zapaleniom ostrym i ostrawym nerek. Mocz jest ciężki, różowy, niekiedy krwawy i ilość jego bywa zmienna, zwykle nieco większa od prawidłowej, rzadziej mniejsza. Ilość białka może być bardzo znaczna [w jednym przypadku 100 gramów w litrze]. Drobnowidz wykrywa ciała krwi w ilości zmiennej i wałeczki ziarniste. Jak nadmieliniliśmy, zwiastunów brak prawie zawsze, w rzadkich ostrych przypadkach zjawia się gorączka i bóle w łędźwiach z jednej lub obu stron kręgosłupa.

Prędzej lub później cierpienie nerek wywiera wpływ na stan ogólny: chory blednieje, traci siły i chudnie znacznie, traci łaknienie, dostaje kurczów żołądka, mdłości, wymiotów, biegunki naprzemian z zaparciem. Uporczywy ból głowy bywa zwiastunem mocznicy. Możemy spotkać przy wczesnym przymociu nerek wszelkie postacie otrucia mocznicowego. W niektórych przypadkach obserwowano utratę wzroku, senność, lub upadek sił (*coma*); śmierć była jednak najczęściej następstwem powikłań ze strony płuc lub przewodu pokarmowego. W jednym przypadku autora przyczyną śmierci był obrzęk głosu. Do najgroźniejszych powikłań należy obrzęk płuc, *hydrothorax* i zaburzenia żołądkowo-kiszkowe.

W przebiegu sprawy spotykamy często przerwy, okresy pozornego zdrowia. Cały obraz choroby odpowiada cierpieniu nerek ostrawemu lekkiego lub średniego stopnia. Ostra postać jest bardzo rzadka. Leczenie wywiera często bardzo znaczny wpływ na przebieg wczesnego przymiotu nerek; środki swoiste [rtęć, jod] zmieniają nieraz już w ciągu kilku dni obraz cierpienia i wpływają na zmniejszenie ilości białka.

Rozpoznanie nie przedstawia wielkich trudności. Jeśli u osobnika dotychczas zdrowego występują obrzęki i białkomocz obok objawów wczesnych przymiotu i bez jakiegokolwiek innej przyczyny prócz przymiotu, mamy prawo uważać cierpienie nerek za przymiotowe. Obecność objawów niewątpliwych przymiotu ułatwi znacznie rozpoznanie; ale i pomimo braku ich obowiązkiem naszym będzie zastosować leczenie swoiste.

Rokowanie przedstawia wiele trudności. Niejakie wskazówki daje ilość białka i wałeczków, rozmiary przesięków w tkance podskórnej i jamach surowicznych, powikłania ze strony płuc i przewodu pokarmowego, wreszcie mniej lub więcej stanowczy wpływ rtęci i jodku potasu. Pomimo tych wskazówek trzeba być przygotowanym na niejedną niespodziankę.

Białkomocz może przetrwać wszystkie inne objawy. Pojedyncze spostrzeżenia dowodzą, że podobny białkomocz trwać może długo bez szkody dla chorego. Nie zawadzi badać od czasu do czasu mocz syfilityków.

Zwykle leczenie mięszowych zapaleń nerek ma prawo bytu i w przypadkach wczesnego przymiotu nerek. Środki jak mleko, kwas garbnikowy, leki moczopędne i t. d. możemy stosować obok leczenia swoistego. Rtęć należy stosować bardzo ostrożnie, wywołuje bowiem nieraz już po krótkim czasie uporczywy ślinotok, oczywiście wskutek upadku czynności wydzielniczej nerek. Odpowiedniejszym środkiem jest jodek potasu w dużej dawce. Leczenie przeciwprzymiotowe znacznie szybką ilość białka i usuwa objawy ogólne nieraz w zadziwiająco krótkim czasie.

Późny przymiot nerek jest częstszym od wczesnego, powstaje nieraz w wiele lat po zakażeniu. Przy badaniu pośmiertnym znajdujemy najczęściej rozwój tkanki włóknistej, z mniej lub więcej znacznym zanikiem narządu i zwyrodnieniem męzkowatym. Zmiany w tętnicach nerkowych (*endo et periarteritis*) spotykamy tu bardzo często. Nie we wszystkich jednak przypadkach późnego przymiotu nerek znajdujemy zmiany śródmiąższowe obok zwyrodnienia męzkowatego; zdarzają się niekiedy i zapalenia miąższowe [jak we wczesnym okresie

przymiotu] i mieszane, ze zwyrodnieniem mączkowatym lub bez, w bardzo rzadkich przypadkach nawet ostre. Według statystyki BAMBERGER'a z 49 przypadków późnego przymiotu nerek były 4 przypadki ostrego zapalenia, 29 zapalenia mięszsowego [wielka biała nerka] i 16 przewlekłego. WAGNER odróżnił następujące postaci późnego przymiotu nerek: ostrą chorobę BRIGHT'a, przewlekłą chorobę BRIGHT'a, *gummata* i zwyrodnienie mączkowate. Klincicznie jednak wszystkie te postaci zlewają się i dają bardzo podobne objawy.

W późniejszym okresie przymiotu znajdujemy bardzo często obok cierpienia nerek podobne cierpienie wątroby i [nieco rzadziej] śledziony. Cierpienie wątroby, śledziony i nerek to fatalna trójca trzewowego przymiotu. Śmiało można twierdzić, że ilekroć przymiot zajmie wątrobę i śledzionę, nerki są mocno zagrożone. Obszerne owrzodzenia skóry i cierpienia kości przymiotowe pozostają też w związku ze zwyrodnieniem mączkowatym nerek. Charłactwo przymiotowe wreszcie, jakkolwiek byłby punkt jego wyjścia, prawie zawsze kończy się zmianami w nerkach.

Do pewnego stopnia możemy wnioskować z objawów o postaci anatomicznej w danym przypadku późnego przymiotu nerek. Tak przy zapaleniach śródmięszsowych najstalszym objawem jest *polyuria*. Mocz bardzo jasny, nie pieni się, zawiera nadzwyczaj mało białka. Białkomocz bywa przemijający. Ilość mocznika prawie normalna. Waleczków mało. Przy zapaleniu mięszsowym ilość moczu zmniejszona, mocz blade zielonawy, pieni się; ilość białka w litrze moczu od 1—30 i więcej grammów, ilość mocznika, kwasu moczowego i ciał wyciągowych zmniejszona. Osad zawsze obfity, zawiera szczątki nabłonka, ciątka białe i waleczki nabłonkowe i szkliste. Te ostatnie mogą być ziarniste, co jednak nie wskazuje na wyższy stopień cierpienia nerek. Krwotoki częstsze są przy zapaleniach śródmięszsowych; najczęstszymi są krwotoki nosowe i płucne, duszność, przerost serca, zaburzenia wzroku również częstsze przy postaciach śródmięszsowych.

Przy samym tylko zwyrodnieniu mączkowatym może nie być wcale białkomoczu, [STRAUSS, PLEMEL i KLOB]. Zwyrodnienia mączkowatego nie brak nigdy, jeżeli jednocześnie zajęta jest wątroba, śledziona i nerki. Jednocześnie z cierpieniem tych narządów występują często objawy ze strony kiszek, mianowicie obfite biegunki; wskazują one na zwyrodnienie mączkowate kiszek.

Objawem, który niekiedy zdradza cierpienie nerek, jest slinotok, występujący przy zażywaniu rtęci w sposób nieprzewidziany i przy niezwiększonej dawce.

Objawy mózgowe mocznicy podobne są [zwłaszcza w postaci przewlekłej] do objawów mózgowych przymiotu. Zwiastunem jednych i drugich jest ból głowy silny i uporczywy. Badanie moczu najczęściej wnet rzecz wyjaśnia. Przy mocznicy częstsze są wymioty, napady duszności, *coma*, drgawki; przy przymiocie mózgu znajdujemy [obok innych objawów] niezmiernie często ograniczone porażenia i niedowłady. Przebieg mocznicy jest ostrzejszy. Objawy duszności nie zdarzają się prawie przy przymiocie mózgu.

Przy bólach głowy i objawach mózgowych u syfilityków należy badać mocz.

Rokowanie przy przymiocie nerek jest nieco lepsze, niż przy chorobie BRIGHT'a przyrody nieprzymiotowej. Leczenie przymiotu dało już niejednokrotnie świetne wyniki, częściej w każdym razie przy cierpieniach wczesnych, rzadziej znacznie przy późnych. Najpoważniejsze są przypadki powikłane charłactwem i objawami ze strony wątroby, śledziony i kiszek. Ale i te przypadki nie zawsze są beznadziejne. Autor widział cudowne skutki jodku potasu w podobnie ciężkich przypadkach u chorych, na śmierć przez lekarzy skazanych [jako rakowych].

Jodek potasu w dużej dawce jest tu najodpowiedniejszym środkiem. Wskazania dla rtęci, obszerniejsze przy wczesnym przymiocie nerek, tu są bardzo

ograniczone. Autor radzi nie używać wcale rteci. Leczenie zwykłe choroby BRIGHTA nie powinno być zaniedbane. Niezbędną jest ostrożność przy stosowaniu silniej działających środków, ze względu na łatwość otrucia. Obszerne przesieki należy usuwać.

(Archives gen. de Médecine 1886, 2, 10, 11, 12).

Funk.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Na odbytych w d. 4. b. m. w tutejszem Towarzystwie lekarskiem wybrano na prezesa kol. GEPNERA BOLESŁAWA, na wiceprezesa kol. ROGOWICZA JAKÓBA, a na sekretarza dorocznego kol. JAKOWSKIEGO MARYJANA.

Nadto wybrano na członków czynnych Towarzystwa kolegów: HEWELKEGO, HOENEGO, STRZESZEWSKIEGO i ZWEIGBAUMA, a na członka korespondenta kol. SZADKA z Kijowa.

Kraków. Z okazji ukończenia ćwierci wieku od chwili założenia „Przeglądu lekarskiego Krakowskiego“, redakcyjja tegoż pisma wydała Numer jubileuszowy [3 arkuszowy] treści następującej: Wstęp opisujący historję tegoż czasopisma.

KACZOROWSKI. Słówko w przedmiocie leczenia błonicy. — KRÓWCZYŃSKI. 31 i 64 lat trwająca kiła. — LESSER. O leczeniu krzywicy (*rachitis*). — RUMSZEWICZ. Przyczynę do kazuistyki połowicznego widzenia skroniowego. — RYDYGIER. Przyczynę do sposobu operowania trudniejszych przypadków przetok pęcherzo-pochwowych. — SOKOŁOWSKI. Przyczynę do symptomatologii i dyagnostyki zatrucia tlenkiem węgla. — TALKO. Jaglica w wojsku i środki zaradze. — WICHERKIEWICZ. O powstawaniu jaskry zapalnej po atropinie. — ZALESKI. Przyczynę do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego i do nauki o ilości tego metalu u głodzonych zwierząt. — ADAMKIEWICZ. Monoplegia anaesthetica. — GLUZIŃSKI. O fizjologicznem i leczniczem działaniu siarkanu sparteiny. — JAWORSKI. Spostrzeżenie stopniowego znikania kwasu solnego w soku żołądkowym. — KORCZYŃSKI. Zator tętnicy wieńcowej serca za życia rozpoznany. — MIKULICZ. Opatrunek trwały rani i leczenie pod wilgotnym strupem krwi. — OBALIŃSKI. Nowa metoda autoplastyki.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

ADAMKIEWICZ. Monoplegia anaesthetica. Wyleczenie.
Rocznik lekarski za rok 1887.

„Zarząd wystawy higienicznej uprasza osoby interesowane o przyspieszenie składania deklaracyj.

Termin ostateczny do składania takowych oznaczony zostaje do 1 Marca r. b. składający deklaracyje przed 1 Lutego otrzymują w razie jednakowych warunków pewne przywileje co do wyboru miejsca na wystawie i t. p. Ci zwłaszcza wystawcy raczą pospieszyć ze złożeniem deklaracyi, którzy zamierzają stawiać kioski i pawilony lub współubiegać się o koncesyje na restauracyje, cukiernie i t. p. oraz ci, których produkta wymagają analiz chemicznych. Analizy te już obecnie rozpoczęte będą w obrębie komitetów wystawy. Skład osobisty komitetów ogłoszony został w Stycziowym zeszytcie „Zdrowia“ i może być odczytany w biurze wystawy“.

Sprostowanie. W N-rze 1-ym na str. 7 wiersz 11 od dołu, zamiast: udoskonalone, winno być: udoskonalenie; na str. 19 wiersz 1-szy od góry zamiast: 3—4 ctm., winne być: 7—8 ctm.; na str. 20 wiersz 21-szy od dołu, zamiast: ctm. sześciennych, winno być: w centymetrze sześciennym.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава, 26 Декабря 1886 г. Друк К. Ковалевського. Крólewska. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI,

organ Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1887 rok dwudziesty szósty swego istnienia i wychodzić będzie w formacie in 4-to w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak na j regularniej.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austrii	w Królestwie Polskiem i Cesarstwie rosyjskiem	w Cesarstwie niemieckiem
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr	16 marek.
półrocznie	4 " 40 "	3 "	6 "
kwartalnie	2 " 20 "	1½ "	4 "

we Francji i Belgii.

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 franków.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracja oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4 i p. Leszczyński Bd Voltaire 104^{bis} 6—2

Dr. M. Jakowski b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryjologicznych** rozbiórów wydzielin chorobowych.
Ul. Wspólna № 33. 0—1

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, **Dr. L. Nencki** i chemik **P. Rakowski** dokonywają wszelkich rozbiórów wchodzących w zakres dyjagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory-chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi mleka kobiecego i t. p., materiałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0—1

KRONIKA LEKARSKA.

Pismo poświęcone przeglądowi postępów
Umiejętności Lekarskich.

Wychodzi raz na miesiąc zeszytami zawierającymi od 3 do 5 arkuszy druku, pod redakcją, D-rów **Hewelkego** i **Krajewskiego**. Wydawca D-r **Sierpiński**.

Każdy numer zawiera: obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, referaty i streszczenia z najnowszych prac na polu medycyny międzynarodowej, oceny i wiadomości bibliograficzne i kronikę bieżącą.

Prenumerata wynosi: w Warszawie: na prowincyi, w Cesarstwie i Zagranicą:

rocznie rs. 5	rocznie rs. 6
półrocznie rs. 2 kop. 50	półrocznie rs. 3.

Adres Redakcyi Chmielna 44. Biuro Administracji i Ekspedycyi Marszałkowska 116 6—2