

GAZETA LEKARSKA

Z KLINIKI CHORÓB DZIECIĘCYCH PROF. A. CZERNY'EGO W WROCŁAWIU.

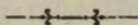
I. BADANIA CHEMICZNE I KLINICZNE NAD T. ZW. MLEKIEM TŁUSTEM GÄRTNER'A (*Gärtner'sche Fettmilch*).

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 17. IX. 1895].

Przez

D-ra Władysława Papiewskiego,

lekarza chorób dziecięcych w Radomiu.



Ideałem pożywienia niemowląt przy sztucznem ich karmieniu jest mleko zwierzęce, które tak pod względem składu, jak własności chemicznych i fizyologicznych nie różniłoby się od mleka kobiecego.

Myśl takiego zmodyfikowania mleka krowiego, aby ono przynajmniej pod względem ilościowego stosunku swych części składowych możliwie zbliżało się do mleka kobiecego zaprzętała i zaprzęta umysły pediatrów od czasu pierwszych dokładnych rozbiórów obu tych gatunków mleka.

Z pomiędzy jednak różnych pomysłów, jakie miały na celu rzeczoną różnicę wygładzić do ostatnich czasów—musimy to przyznać—najlepszą była myśl BIEDERT'a w jego naturalnych mieszkankach śmietankowych; każdy też pediatra pomimo braków, którym napróżno zaradzić dotąd usiłowano [LAHMANN, PIZZALA i inni], często się niemi posiłkować był zmuszony.

Na XI-tym zjeździe Towarzystwa pediatrycznego, jako sekcji 66-go zjazdu Towarzystwa niemieckich przyrodników i lekarzy [w Wiedniu 1894], wygłosił prof. GAERTNER z Wiednia odczyt ¹⁾, w którym przedstawia nowy sposób przyrządzania mleka krowiego tak, że odpowiada ono pod względem zawartości głównych składników odżywczych—białka i tłuszczu—mleku ko-

¹⁾ „Ueber die Herstellung der Fettmilch“. Verhandlungen der elften Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Wien. 1894, str. 225; również Wiener medicinische Presse. 1894. Separatabdruck.

biecemu w zupełności; zresztą metoda ta umożliwia ustosunkowanie zawartości tych dwóch składników w mleku zupełnie dowolnie.

W celu zmniejszenia zawartości sernika i białkanów w ogólności rozcieńcza GBERTNER mleko krowie równą mu częścią wody i mieszaninę tę poddaje centryfugowaniu w przyrządzie PFANNHAUSEN'a (*Balance-Centrifuge*) przy ciepłocie 30—36° C.. Przy 4000—8000 obrotów centryfugi na minutę mieszanina ta dzieli się na koncentryczne warstwy w ten sposób, że części jej lżejsze, a więc kulki tłuszczowe, dążąc dośrodkowo, tworzą warstwę wewnętrzną tłuszczu, śmietanki, w którą mleko w miarę posuwania się na zewnątrz jest coraz uboższe. Z bębna centryfugi mleko ma ujście dwiema drogami: przez rurkę wychodzącą bezpośrednio ze ściany bębna wytryskuje mleko chude, przez drugą zaś rurkę, którą za pomocą śruby można wsunąć w cylinder mniej lub więcej głęboko w kierunku osi, wytryskuje mleko, zawierające względnie do ustawienia rurki mniej lub więcej tłuszczu. Otóż rozbiory wykazały, że jeżeli rurkę wewnętrzną [głęboką] ustawić tak, że przy centryfugowaniu wydzieli ona w daną chwilę zupełnie tę samą ilość mleka, co rurka zewnętrzna [płytką], to mleko, wytryskujące przez pierwszą, zawiera: 1) prawie całą ilość tłuszczu zawartego w mleku rozcieńczonem, prócz 0,1—0,2%, następnie 2) połowę zawartości ogólnej sernika, ewentualnie białkanów w tejże porcyi mleka i 3) połowę cukru i soli, oraz 4) bardzo nieznaczną część, bo tylko 0,1—0,2% ogólnej zawartości, tłuszczu. Preparowane w ten sposób mleko w ilości a , rozcieńczone równą ilością a^1 wody, przez centryfugowanie daje ilość a^2 mleka chudego o 0,1—0,2% tłuszczu i równą ilość a^3 mleka tłustego o 3% tłuszczu i wyżej; że zaś na podział sernika, zarówno jak na podział soli i cukru centryfugowanie nie wpływa, zawiera więc jednego i drugiego mleko tłuste ze względu na swe pierwotne rozcieńczenie do połowy ilość dwa razy mniejszą od normalnego mleka krowiego. Jeżeli weźmie się jeszcze na uwagę, że centryfugowanie uwalnia mleko krowie od domieszek obcych, nieodzownie zanieczyszczających je podczas dojzenia pomimo najlepszych urządzeń w gospodarstwach mlecznych, domieszek, które jako cięższe od mleka [pomiot krwi, szerść krowia, ciała obce z powietrza i paszy], osiadają na wewnętrznej powierzchni ściany cylindra w postaci grubej, twardej nakształt warstwy skóry, to otrzymane tą drogą mleko tłuste można scharakteryzować ostatecznie jako mleko możliwie czyste, bez obcych domieszek, w porównaniu z normalnem mlekiem krowiem, różniące się od niego tylko łatwą do poprawienia małą zawartością cukru. Mowa tu oczywiście o różnicy, dotyczącej składu ilościowego, bez względu na własności poszczególnych składników.

Na tymże zjeździe ESCHERICH¹⁾, omawiając znaczenie wynalezione go przez GAERTNER'a mleka tłustego, powołuje się na orzeczenie Vorr'a, który mówi w swej „*Physiologie der Ernährung*“, że samem białkiem niepodobna odżywić organizmu chudego i że jedynie przy wzmożonej dostawie tłuszczu od-

¹⁾ „Die GÄRTNER'sche Fettmilch, eine neue Methode der Säuglingsernährung“. Verhandlungen der 11-en Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Wien. 1894, str. 217, również Wiener medicinische Presse. 1894.

kłada się to pierwsze i ostatni w odpowiedniej ilości, warunkując normalny rozrost ustroju. Nie tylko więc w nadmiernej ilości białka, lecz i w niedostatecznej względnie ilości tłuszczu widzi ESCHERICH złą stronę żywienia niemowląt mlekiem krowim, żywienia, które jasno jest oświetlone nie tylko przez zbyt nieznaczny przyrost na wadze ciała, ale i przez stwierdzone niejednokrotnie wpływy wprost chorobotwórcze. To też uznaje on metodę GAERTNER'a za znacznie racjonalniejszą w porównaniu z metodami CUMMING'a, RITTER'a, KEHRER'a, a nawet BIEDERT'a.

Pierwsze doświadczenia kliniczne nad mlekiem GAERTNER'a dokonane były w klinice ESCHERICH'a, lecz mało one nas pouczają: gdyż popierwsze, stosowano mleko w bardzo nieznacznej liczbie przypadków; podrugie, te 4 przypadki, w których ESCHERICH mleko stosował, opisane są bardzo pobieżnie i kazań przez swe ogólniki się domyślać, że dość przekonującymi nie były dowodami.

W dyskusyi, jaka nad powyższymi komunikatami się wywiązała, przyznali tacy rzeczoznawcy, jak: BIEDERT, EPSTEIN i SEITZ ¹⁾, wysokie mleku GAERTNER'a zalety, biorąc rzecz teoretycznie, wyrazili jednak życzenie, by ze względu na strawność tłuszczu przeprowadzić badania kliniczne na większym materiale oraz ponowić badania chemiczne co do zawartości białka i tłuszczu oraz własności fizyologicznych tego mleka.

Do dziś tylko ESCHERICH ²⁾, o ile mi wiadomo, ogłosił kilka dalszych swych przypadków żywienia niemowląt mlekiem GAERTNER'a, z których № 7 [PELEGRINI] i № 4 [PONSOLD] przedstawiają rezultaty istotnie wspaniałe; obok nich wypada postawić 2 przypadki samego GAERTNER'a ³⁾, dotyczące 5-tygodniowych bliźniąt.

Idąc za radą prof. CZERNY'ego, przedsięwzięłem zbadanie mleka GAERTNER'a pod względem jego chemicznych i fizyologicznych własności oraz przeprowadzenie całego szeregu doświadczeń nad jego własnościami odżywczemi, doświadczeń w warunkach możliwie blizkich do zwykle praktykowanego karmienia niemowląt, a w tym celu tak na dzieciach klinicznych, jak poliklinicznych.

Do doświadczeń moich służyły 2 gatunki mleka, przygotowywanego metodą GAERTNER'a przez firmy: „Breslauer Molkerei“ i „Milch-Sterilisir-Anstalt-Nippern“. Pierwsze preparowane samodzielnie przez p. GADDUM'a jest pasteuryzowane, drugie — z firmą prof. GAERTNER'a przez p. SCHLEGEL'a, wyjąłwane metodą berlińską NEUHAUS-GRONWALD-OEHLMANN'a. Badania chemiczne prowadzone były celem oznaczenia ilości tłuszczu, ogólnej ilości białka i cukru, badania fizyologiczno-chemiczne nad działaniem na rzeczone mleko podpuszczki (*Labferment*), nad wiązaniem kwasu solnego przez białka i sole rzeczzonego mleka, nakoniec badania bakteryologiczne nad jego jałowością.

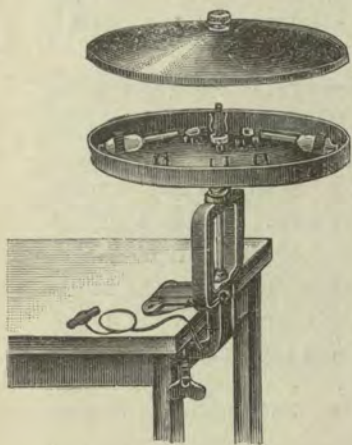
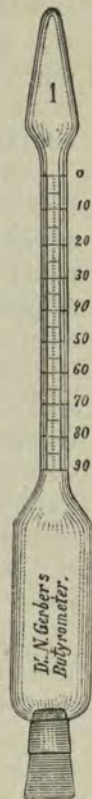
¹⁾ Verhandlungen der 11-en Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Wien. 1894, str. 228.

²⁾ Anzeiger des Vereins der Aerzte Steiermarks. 1895. Nr. 1.

³⁾ „Die Fettmilch als Nahrung für Säuglinge und Kranke“. Vortrag gehalten im wissenschaftlichen Club zu Wien am 21. I. 1895. Separatabdruck, str. 18.

Do określenia tłuszczu w mleku używałem metody GERBER'a ¹⁾, czyli t. z. acidobutyrometrii. Polega ona na rozpuszczeniu wszystkich nietłustych części składowych mleka w kwasie siarczanym przy nieznacznej domieszce wyskoku amyłowego i następnem wydzieleniu tłuszczu w warstwie kładzącej światło za pomocą ciepła i centryfugi.

Jest więc ona zmodyfikowaną metodą MARCHAND-CONRAD'a o tyle, że zamiast eteru siarczanego wrzącego przy 40° C. występuje tu kwas, a zamiast łatwo wrzącego wyskoku etylowego — wysoko [+80° C.] wrzący wyskok amyłowy. Główną część przyrządu stanowi butyrometr GERBER'a, naczynko szklane osobliwego kształtu [Rys. 1], zatykane korkiem gumowym. Do tego butyrometru nalewamy za pomocą biuretki lub specjalnej pipetki 10 ctm. sześć. kwasu siarczanego o ciężarze właściwym 1,820—1,825; następnie po ściągnięciu naczynia dolewamy 1 ctm. sześć. wyskoku amyłowego czystego, który, nie mieszając się z kwasem, tworzy na jego powierzchni cienką warstwę; na koniec na te płyny wlewamy 11 ctm. sześć. badanego mleka, uprzednio dokładnie skłóconego. Należy się przytem starać, by szyjka aparatu pozostała suchą, a to w celu, by korek gumowy, którym po nalaniu mleka naczynie zatykamy, przystawał zupełnie ściśle do ścian jego. Po dokładnem zakorkowaniu kłóćmy mocno płyny powyższe w butyrometrze przez wstrząsanie i odwracanie naczynia, przyczem wskutek utleniania mleka przez H₂SO₄ rozwija się znaczna ciepłota i płyn cały przybiera ciemno-wiśniowe zabarwienie. Gdy płyn jest zabarwiony zupełnie równomiernie, kładziemy butyrometr do kąpeli wodnej o ciepłocie 65—70° C. na kilka minut, poczem centryfugujemy go w ułożeniu korkiem do zewnątrz na centryfudze o promieniu talerza, odpowiadającym długości butyrometru [Rys. 2], przedstawiający specjalnie na ten cel zbudowaną centryfugę, t. zw. *Kugel-Kreisel - Centrifuge nach Gaertner-Hugershoff*,



Leipzig. Po kilkuminutowem centryfugowaniu wyjmujemy butyrometry z koła i ogrzawszy je raz jeszcze w wodnej kąpeli o 90—70° C., odczytujemy na skali, umieszczonej na wąskiej części przyrządu, grubość warstwy tłuszczu, która swą żółtą barwą wyróżnia się od ciemniejszego zabarwienia reszty płynu. Gdyby warstwa ta stała poniżej skali [naczynie trzymamy korkiem na dół], to podnosimy ją przez pogłębienie korka w głąb naczynia. Każda podziałka skali odpowiada 0,1% zawartości tłuszczu, a cała metoda jest tak ściśłą, że, jak wykazał prof. LUDWIG, pomyłka jej w porównaniu do określeń drogą ogólnie-chemiczną nigdy nie bywa większa od 0,1%, co znaczy, że metoda GERBER'a przewyższa metodę MARCHAND-CONRAD'a i nie jest gorszą od metody

¹⁾ Ueber die acidobutyrometrische Fettbestimmung der Milch. 1895.

SOXHLET'a. Nie potrzebuję dodawać, że ścisłość określenia wymaga dokładnego wymycia przyrządów wodą, wyskokiem i eterem wraz z następnem wysuszeniem przez ciśnienie ujemne, używania płynów reakcyjnych chemicznie czystych, dbania o suchość szyjki i dokładne zakorkowanie butyrometru.

Określeń białka dokonywałem przez oznaczanie azotu za pomocą znanej metody KJELDAHL'a w tej jej postaci, jaką podaje HUPPERT ¹⁾. Opiera się ona, jak wiadomo, na zasadzie, że substancje nieorganiczne przez ogrzewanie mleka z koncentrowanym kwasem siarczanym przy utlenianiu części węglowych się rozpadają, przytem wszystek azot tych połączeń, które zawierają go nie jako związany z kwasem, przechodzi w amoniak. Z otrzymanego po utlenieniu roztworu kwaśnego amoniak ten po przesyleniu ługiem sodowym lub potasowym oddestylowujemy, wiążemy w odmierzonej ilości mianowanego kwasu i kwas niezwiązany określamy znów mianowanym ługiem. Przy miareczkowaniu ćwierć-normalnego kwasu siarczanego, zawierającego przefiltrowany amoniak, przez ćwierć-normalny ług sodowy, używamy jako indykatora bardzo czułego roztworu lakmusowego MAYS'a ²⁾, a różnica, otrzymana przez odjęcie zużytej do neutralizacji ilości mianowanego NaHO od użytej do schwytania amoniaku ilości mianowanego H₂SO₄, jest rezultatem rozbioru chemicznego, każdy bowiem jej centymetr sześcienny odpowiada 3,5 miligramu zawartości azotu.

Metoda ta, najściślejsza bodaj ze wszystkich dotąd znanych, w ostatnich czasach wchodzi w powszechne użycie przy badaniach mleka kobiecego: pracowali przy jej pomocy JOHANESSEN ³⁾, FORSTER, FINKELSTEIN; HIRSCHFELD ⁴⁾, obecnie pracuje podobno i PFEIFFER, lecz dotąd niema zgodnego zdania w kwestyi, jaki mnożnik przyjmować należy dla oznaczenia białka na zasadzie wiadomej zawartości azotu: SEBELIEN ⁵⁾ podaje go na 6,37, KOENIG i KISCH ⁶⁾ przyjmuje 6,25, a WRÓBLEWSKI ⁷⁾ podnosi go nawet do 6,7.

Z różnorodności tych poglądów, których przyczynę stara się objaśnić HEUBNER ⁸⁾, wypływają niezgodne w szczegółach wyniki rozbiorów mleka kobiecego; co się tyczy mleka krowiego, to ponieważ, o ile mi wiadomo, metoda KJELDAHL'a dla określenia w niem białka stosowaną dotąd nie była, nie zależało mi więc na tym lub innym mnożniku: wybrałem mnożnik KOENIG'a, t. j. 6,25 dla okrągłości.

¹⁾ Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harns von NEUBAUER und VOGEL I Abth. v. HUPPERT. 1890, str. 504.

²⁾ Zeitschrift für analytische Chemie. 25, str. 402.

³⁾ Studien zur Secretionsphysiologie der Frauenmilch. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Band 39, str. 380.

⁴⁾ Podług HEUBNER'a. Zur Frage des quantitativen Eiweissgehalt der Muttermilch. Jahrb. f. Khk. T. 40, str. 121.

⁵⁾ Zeitschrift für physiologische Chemie. 13, str. 135.

⁶⁾ Zeitschrift f. analytische Chemie. 27, str. 191.

⁷⁾ Podług HALLIBURTON-KAISER'a. Lehrbuch der chemischen Physiologie und Pathologie. 1893, str. 132.

⁸⁾ Zur Frage des quantitativen Eiweissgehalt der Muttermilch. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Tom 40, str. 121.

Metoda KJELDAHL'a w zastosowaniu do mleka wymaga dość czasu, mianowicie na spalenie mleka z H_2SO_4 aż do zupełnego odbarwienia płynu około 3—4 godzin, na destylację zaś do połowy płynu 5—6 godzin.

Zawartość cukru oznaczałem miareczkowaniem podług KNAPP'a ¹⁾ filtratu otrzymanego z rozcieńczonego poczwórną ilością wody przekroplonej zalkalizowanego mleka. Wiązany przez mleko tłuste kwas solny określałem na zasadzie różnicy²⁾ pomiędzy nadmiarem kwasu solnego, którym mleko przesycałem [widoczna reakcja z papierem Congo występowała po dodaniu 5 ctm. sz. ćwierć-normalnego kwasu solnego do 10 ctm. sześć. mleka tłustego], a ilością tegoż kwasu w stanie wolnym, jaką oznaczałem w mieszaninie podług metody SJOEQUIST-JAKSCH'a ²⁾.

Działanie podpuszczki uwidoczniło się przez porównanie mleka tłustego z mlekiem zwykłym krowiem po poddaniu jednego i drugiego działaniu tego fermentu w określonym stosunku i czasie.

Nakoniec badania bakteriologicznego dokonywałem przez szczepienie określonych ilości mleka na żelatynie do trzeciego rozcieńczenia i przez liczenie po 24 i 48 godzinach kolonii wyhodowanych na płytkach.

[C. d. n.]

II. NIEZWYKLE RZADKA POSTAĆ ZMIENNEGO SKRZYWIENIA

BOCZNEGO KRĘGOSŁUPA W PRZEBIEGU RWY KULSZOWEJ.

(*Scoliosis ischiatica alternans*).

Podał

D-r med. H. Higier,

były asystent szpitala starozakonných w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 40].

Ja osobiście uważam wzmiankowaną postać za niezwykle rzadką; miałem sposobność obserwować ją zaledwie raz jeden, pomimo znacznej liczby przypadków skrzywienia kręgosłupa wskutek nerwobólu kulszowego, jakie udało mi się widzieć w ostatnich trzech latach. Przypadek ten jest następujący:

U... F., kupiec z Grodna, podnosząc znaczny ciężar, padł wraz z nim, poczem zaraz uczuł klucie w boku prawym i bóle w okolicy pośladkowej. Padając, miał chory prawą nogę wyciągniętą naprzód. Bóle stopniowo wzmagaly się, przeszły na prawe biodro, tylną powierzchnię uda, wreszcie umiejscowiły się także na środkowej linii grzbietu. Jednocześnie odczuwał chory przy chodzeniu nadzwyczajne zmęczenie w dotkniętej kończynie. Pomimo tego, że bó-

¹⁾ Annalen f. Chemie und Pharmacie. T. 157, str. 252.

²⁾ Klinische Diagnostik innerer Krankheiten. 1892, str. 155.

Je stawały się coraz dotkliwsze, chory nie porzucił swych czynności kupieckich. Po zastosowaniu jakiegoś pryszczyciła bóle jeszcze bardziej się wzmożyły, tak, że chory zmuszony był przeleżeć trzy tygodnie w łóżku. Po użyciu kąpieli parowych i słonych bóle cokolwiek się zmniejszyły. Kiedy F. po raz pierwszy wstał z łóżka, zauważył znaczne skrzywienie tułowia; próbował wyprostować się, lecz pomimo wysiłku nie był w stanie dopiąć celu. Skarżąc się ustawicznie na ciągły, tępy ból, wziął się jednakże do zajęcia. Atoli po kilku dniach bóle wzmożyły się i dochodziły, pod postacią uczucia palenia lub też przykrego swędzenia, aż do kostki zewnętrznej. Ponieważ dolegliwości dawały się coraz więcej choremu we znaki, a skrzywienie tułowia również potęgowało się, F. przybył w połowie marca do Warszawy.

Z wywiadów zaznaczyć jeszcze winienem, że chory nie jest obciążony dziedzicznie pod żadnym względem. W dzieciństwie chorował na zółty. Od czterech lat jest żonaty, ma dwoje dzieci, które są słabowite. Nadużycia wyskokowe, syfylis, malarya i pedogra są stanowczo wykluczone.

Badanie. Gdym chorego po raz pierwszy badał, bóle były tak silne, że nie mógł on ani stać, ani siedzieć. Ale już i w postawie leżącej [na wznak] rzuciło się w oczy, że podłużna oś tułowia nie jest prostopadłą do osi poprzecznej miednicy, lecz zbacza w kierunku na lewo. Następstwem tego było, że chociaż obie *spinæ ilei anteriores*, tak jak i oba barki, były na jednym poziomie [na jednakowej wysokości], jednakowoż z lewej strony linia, łącząca *spinam ilei* z dołem pachowym, i idąca wzdłuż tułowia, biegła zupełnie prosto, z prawej zaś strony była mocno wklęsniętą. Odległość między łukiem żebrowym grzebieniem kości biodrowej była z lewej strony znacznie mniejsza, niż z prawej. Chory nie był w stanie leżeć równo na plecach; zawsze można było podłożyć cały kulek między pośladki i okolice kręgow łędźwiowych. Wstając, chory podpierał się kurczowo obiema rękami, unosił z wolna swój tułów i zgiął chorą kończynę w stawie kolanowym i biodrowym; nawet wstawszy, nie puszczał ręką skraj łóżka. Kiedy po trzydniowym bezwzględny spokoju bóle ustąpiły, można było dokładniej zbadać chorego w postawie siedzącej i stojącej. Z ówczesnego stanu pacjenta zaznaczyć szczegóły następujące:

Chory jest mężczyzną silnym, dość muskularnym; wygląd jego—zdrowy. Gruczoły na szyi są powiększone. Tu i owdzie widać na skórze blizny, nie wzbudzające jednakże podejrzania przebytego syfylisu. Opukiwanie i wysłuchiwanie narządów wewnętrznych wykazało stan ich prawidłowy. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru.

Przy podnoszeniu się i podczas siedzenia skarży się chory na jakieś dziwne uczucie naprężenia, jakiego doznaje głównie na zewnętrznej powierzchni uda, a następnie niżej na powierzchni zewnętrznej oraz tylnej nogi, aż do kostek. Jeśli chory chce, siedząc, wyciągnąć nogę, wykonywa on ten ruch bardzo ostrożnie, przyczem doznaje uczucia bólu w krzyżu i w pachwinie.

Zaburzeń naczynioruchowych na kończynach dolnych nie zauważyłem; również nie mogłem stwierdzić zmian czuciowych. Odruchy kolanowe są wzmożone.

Prawa noga jest nieco cieńsza od lewej. Wymiary przedstawiają się tak: środkowa część uda lewego wynosi 49, prawego—47½ ctm.; łydka lewa—34, prawa 32 ctm..

Pobudliwość elektryczna nie jest obniżona ani w mięśniach łydźwiowych, ani w mięśniach kończyn. Niema również drżenia włókienkowego mięśni. Ucisk na kręgosłup, jakoteż na oddzielne kręgi jego jest całkiem niebolesny. Opukiwanie krętarzy nie sprawia żadnego bólu, silny ucisk na piętę wywołuje tępy ból na przebiegu nerwu kulszowego.

W postawie stojącej chorego najlepiej widać zboczenie kręgosłupa. Tułów cały zbacza od pionu w lewo. Skrzywienie kręgosłupa boczne polega na tem, że część łydźwiowa jego zakreśla silnie wygięty łuk, zwrócony wypukłością na prawo. Znacznie słabsze, kompensacyjne skrzywienie boczne kręgosłupa, zwrócone wypukłością na lewo, obejmuje okolicę szyjowo-grzbietową. Przeprowadzona od wierzchołka kości ogonowej linia pionowa w kierunku ku górze zbacza w prawą stronę od *vertebra prominens cervicalis*—na 2½ ctm. Pion, spuszczone z wierzchołka głowy, pada na brzeg zewnętrzny zdrowej stopy.

Biodro prawe jest silnie wygięte w prawą stronę, tak, że ramię spuszczone opiera się na niem, lewe zaś biodro jest wciągnięte, a ramię z tejże strony oddalone jest od niego na kilka centymetrów. Prawa połowa miednicy zbacza cokolwiek w tył, *fossa retro-trochanterica* jest więcej spłaszczona z prawej strony, niż z lewej. Przestrzeń pomiędzy grzebieniem kości biodrowej i dolnym brzegiem żeber (*spatium costo-iliacum*) wynosi z prawej strony 7. ctm., podczas gdy z lewej strony zaledwie można pomieścić tamże dwa palce poprzeczne.

Prawa kończyna dolna zgięta jest silnie w stawie biodrowym i kolanowym, a jednocześnie zwrócona nieco na zewnątrz (*rotatio*). W okolicy mięśni krzyżowo-łydźwiowych nie daje się zauważyć ani z prawej strony, ani z lewej żadnego naprężenia lub też zwiotczenia. Podczas chodzenia postawa ciała nie zmienia się. Chory opiera się głównie na lewej nodze, pomimo że prawa ściśle przystaje do ziemi. W chodzie daje się zauważyć niepewność i nieznaczne chromanie. Zginanie tułowia do przodu nie sprawia bólu; zginanie w tył i na prawo połączone jest z uczuciem bolesnego naprężenia w obrębie nerwu kulszowego i goleniowego. Wszelkie ruchy czynne i bierne dolnych kończyn są doskonale zachowane; jedynie tylko z prawej strony są one boleśniejsze i nieco słabsze, niż po stronie lewej. Zginanie bierne stawu biodrowego połączone jest z nieznacznym bólem, jeśli jednocześnie kolano jest zgięte; natomiast przy wyprostowanej kończynie zginanie stawu biodrowego jest bardzo bolesne [objaw LASEGUE'a]. Chory przeważnie leży na stronie zdrowej; narzucenie leżeć nie może, gdyż zaraz pojawiają się dotkliwe bóle. W postawie leżącej zniekształcenie kręgosłupa nie znika.

Przy obmacywaniu mięśni chorey bólu nie uczuwa. Punkty bolesne stale znajdują się: poniżej fałdy pośladkowej, w tak zw. *punctum quadricipitis* i w środku pomiędzy pępkiem i więzłem POUPART'a. Szczególnie wybitny ból, szerzący się na całą okolicę prawego nerwu kulszowego aż do kostki zewnętrznej, sprawiało naciskanie miejsca, w którym nerwy wychodzą z miednicy małej. Charakterystyczne punkty bolesne przy kostce zewnętrznej i przy główce ko-

ści strzałkowej nie są stałe. Jeśli chory zachowywał się spokojnie, doznawał w obrębie zajętych nerwów uczucia tępego ciągnięcia, które zmieniało się na silny ból pod wpływem ucisku, naprężenia lub też jakiegoś szczególniejszego poruszenia chorą nogą. Bóle nie zjawiały się peryodycznie.

Rozpoznanie opisanego przypadku nie mogło przedstawiać żadnych szczególniejszych trudności. Swoiste umiejscowienie bólów na przebiegu nerwu kulszowego, typowe punkty bolesne, początek choroby wskutek urazu: wszystko to przemawiało z dostateczną pewnością za rozpoznaniem „rwy kulszowej“. Bóle tępe krzyża, okolicy pachwinowej i przedniej powierzchni uda, wespół z niektórymi punktami bolesnymi, nie stanowiącymi cechy nerwobólu kulszowego, wskazywały na jednoczesne zajęcie splotu lędźwiowego. Wobec ciągłego uczucia bólu w zakresie pomienionych nerwów, wobec braku typowych napadów, wreszcie wobec wyraźnego zaniku mięśni cierpiącej kończyny, przypuszczałem raczej sprawę neurytyczną pochodzenia urazowego, niż zwyyczajny nerwoból. Ponieważ skrzywienie kręgosłupa pojawiło się dopiero w przebiegu omawianej choroby, zatem musiał bez wątpienia istnieć związek przyczynowy między *neuritis lumbo-sacralis* i skoliozą skrzyżowaną.

Chorego miałem w obserwacji kilka tygodni. Spray z chlorku metylu, stosowany wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego, obok słabych prądów galwanicznych i wewnętrznego użycia jodu i przetworu salicylowego, sprawił choremu znaczną ulgę w cierpieniach.

Pewnego wieczoru wezwano mnie do chorego, który, po otrzymaniu jakiejś smutnej wiadomości, dostał napadu bólów. Były one tak gwałtowane, że chory kilkakrotnie zemdlał. Pełna dawka morfiny, wstrzyknięta pod skórę nie przyniosła prawie żadnej ulgi. Kiedym badał wówczas chorego w pozycji siedzącej, zdziwiłem się niepomniernie, nie znalazłszy ani śladu skoliozy skrzyżowanej. Stwierdziłem natomiast słabiej wyrażone zboczenie kręgosłupa w zupełnie odwrotnym kierunku. Nazajutrz jeszcze skrzywienie boczne kręgosłupa nieskrzyżowane było dość wyraźne, a wzmagало się przy mocnem naciskaniu niektórych punktów bolesnych w podbrzuszu i w okolicy nerek. Po upływie 24 godzin bóle prawie zupełnie ustały. Skrzywienie kręgosłupa ponownie wróciło do stanu skrzyżowanego, a wszelkie zabiegi mechaniczne, mające na celu zmianę kierunku skrzywienia, pozostały bezowocnymi.

Podobny zupełnie, aczkolwiek znacznie słabszy napad bólów, umiejscowionych wyłącznie w okolicy prawej pachwiny, powtórzył się w pięć dni potem. I w czasie tego napadu skrzywienie kręgosłupa boczne zmieniło się na homologiczne, co trwało 18 godzin, poczem nastąpił powrót do zwykłej postawy typowej. Samoistnie nie można było nigdy osiągnąć zmiany kierunku skrzywienia. Podobnież nie udawały się nigdy próby biernego wyrównania kręgosłupa skrzywionego.

Chory opuścił Warszawę, bez rzeczywistej poprawy, z zamiarem udania się do kąpieli słonych w Druskienikach ¹⁾.

¹⁾ Chory zawiadamiał mię listownie, że podczas napadu bólów, jaki miał miejsce po powrocie jego do domu, miała miejsce analogiczna zmiana kierunku skrzywienia kręgosłupa. Skolioza homologiczna trwała podobno przez całe dwa dni.

Porównywając tylko co opisany przypadek z mojem dawniejszem, wyżej w krótkości zacytowanem spostrzeżeniem, widzę rzucające się w oczy podobieństwo obu. Tu i tam nerwoból kulszowy był dość uporczywy; tak tu, jak i tam ogarniał on nietylko splot krzyżowy, lecz mnogie gałązki splotu lędźwiowego; tu i tam wiele objawów klinicznych przemawiało raczej za zapaleniem splotu (*neuritis*), niż za zwyczajnym nerwobólem. Również widoczne jest podobieństwo obu przypadków pod względem rodzaju skrzywienia kręgosłupa i jego właściwości: skolioza w obu spostrzeżeniach była skrzyżowana, a gwałtowny napad bólu sprowadzał mniej lub więcej długotrwałe przecięcie kręgosłupa w kierunku dotkniętej kończyny. Przy uciskaniu pewnych w zakres splotu lędźwiowego wchodzących punktów bolesnych miało miejsce w drugim przypadku dość ciekawe zjawisko, że znikająca już skolioza homologiczna na nowo wybitnie się wzmagala — zjawisko, z którym się spotkamy niżej w jednym przypadku PHULPIN'a. Sądzę, że nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż raptowna i przejściowa zmiana skrzywienia, cechująca nasze przypadki, odbywała się na podstawie nieco odmiennych praw mechanicznych i polegała na innych zupełnie momentach etyologicznych, niż to miało miejsce w nader interesującym przypadku REMAK'a. Chory REMAK'a przechylał czasami tułów swój na stronę cierpiącą, czynił to jednak dlatego, że ułomność go żenowała. Robił to przytem dobrowolnie, niezależnie od czasu i natężenia bólów; przeciwnie, u mego chorego odbywało się to niezależnie od jego woli i zawsze wśród gwałtownego napadu bólów. Względy indywidualne [kawalerzysta, ogrodnik i t. p.], na które zwracają szczególną uwagę REMAK i inni autorzy, mają w naszym przypadku podrzędne znaczenie.

Bardziej już zbliżone do naszego spostrzeżenia są przypadki PHULPIN'a, zwłaszcza jego przypadek III [str. 80], o którym chcę w krótkości nadmienić. Siedemnastoletni mężczyzna [szermierz] zapisał się do kliniki prof. DEBOVE'a z powodu zadawnionej, prawostronnej rwy kulszowej, której towarzyszyły bóle w pośladku, w dole biodrowym w dwóch ostatnich przestrzeniach międzyżebrowych oraz w zwykłych miejscach klasycznych. Prócz tego stwierdzono skoliozę homologiczną, jednakże bez kompensacyjnego skrzywienia grzbietowego. Rozpoznano *ischias scoliotica* w następstwie zapalenia nerwów krzyżowo-lędźwiowych (*neuritis lumbo-sacralis*). W tydzień czasu, kiedy już ustąpiły bóle samoistne, rozwinęła się na dobre skolioza skrzyżowana. Uciskając silnie niektóre punkty bolesne, można było wówczas jednakże wywołać bóle neuralgiczne, poczem skrzywienie kręgosłupa homologiczne wracało. Kiedy pacjent pozbywszy się bólów, opuszczał szpital po 25 dniowym pobycie w nim, stwierdzić można było jeszcze bardzo wyraźną, typową, skrzyżowaną skoliozę; lecz obecnie nie udawało się już zmienić jej na homologiczną, ani przy pomocy naciskania na miejsca bolesne, ani też za pomocą jakichbądź innych rękoczynów.

Drugi przypadek [str. 81] PHULPIN'a tyczył się 36-letniego, nałogowego pijaka, który zachorował przed 10 dniami na nerwoból krzyżowo-lędźwiowy; skrzywienie kręgosłupa boczne, homologiczne, było znacznie rozwinięte; objawów spastycznych nie było. Po trzech tygodniach bóle oraz skrzywienie kręgosłupa zmniejszyły się bardzo znacznie. W jakieś 1½ miesiąca potem stwier-

dzono u chorego jeszcze wyraźne ślady rwy kulszowej pod postacią nieokreślonych bólów w krzyżu i udzie, a nadto lekki stopień skoliozy skrzyżowanej.

Podobnie rzecz się miała i w przypadku trzecim [str. 81], w którym stolarz, cierpiący na rwę kulszową i skrzywienie kręgosłupa boczne, jednoimienne, po upływie 5 miesięcy przybył na ambulans, gdzie obok wyraźnych śladów nerwobólu kulszowego stwierdzono wybitne skrzywienie kręgosłupa skrzyżowane.

Z powyższego wynika jasno, że PHULPIN miał słuszność, zaliczając przypadki swoje do działu skoliozy zmiennej, opisanej przezemnie, i przeciwstawiając je spostrzeżeniu REMAK'a.

Winienem jednak zwrócić uwagę na ten ciekawy szczegół, że w przypadkach PHULPIN'a skrzywienie kręgosłupa, towarzyszące rwie kulszowej, zmieniało swój kierunek stopniowo i pozostawało nadal w tym stanie, w moich zaś przypadkach przemiana skrzywienia skrzyżowanego na jednoimienne odbywała się nagle i była przejściową. Tu i tam odbywała się ta przemiana samoistnie i zależała niezaprzeczenie od natężenia bólów.

Na tem kończę krótkie swe uwagi co do strony klinicznej tej ciekawej, a ze względu na rzadkość, mało ocenionej postaci skoliozy kulszowej. Z umysłu nie poruszam tu patogenezy skrzywień.

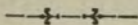
Na brak mniej lub więcej udatnych hipotez, siłących się wytłumaczyć powstawanie skrzywień w przebiegu nerwobólu kulszowego, uskarżać się dotychczas nie możemy. Niejedna z nich jest wprawdzie wyssana z palca, inne jednakże, opierają się na dużym materiale klinicznym, względnie na dość licznych danych doświadczalnych.

Najbardziej znane są z dawniejszych teorie: ALBERT'a [1886], NICOLA-DONI'ego [1886], CHARCOT-BABIŃSKIEGO [1886], KOCHER-SCHUEDEL'a [1889], GUSSENBAUER'a [1890], BRISSAUD'a [1890], GORHAN'a [1890], REMAK'a [1891], i MASURKE'a [1891], z nowszych teoria BRUHL-SOUPAULT'a [1892], FISCHER-SCHRENWALD'a [1893], FRANÇON'a [1893], MAUN'a [1893] i GUSE-LESSER'a [1894]. Główniejsze z tych teorii omówiłem dostatecznie w wyżej przytoczonej pracy swojej; zwalnia mnie to poniekąd od powtarzania się. A zresztą, ostatnie trzy lata nie przyniosły w tej dziedzinie nic pozytywnego.

III. MEDYCYNA NAUKĄ JEST, CZY SZTUKĄ?

Podał

H. Nusbaum.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 40].

W XVIII dopiero wieku zawrzało na arenie zdobyczy naukowych, jakkolwiek pierwsze w tym kierunku kroki, wielce doniosłe, poczynił wiek XVII. Niezwykły geniusz WILIAMA HARVEY'a [wiek XVII], pozostającego pod wpływem głębokich wskazówek BACON'a, dotyczących badania i wnioskowania naukowego,

wywołał olbrzymi przewrót w pojęciach fizjologicznych. Zwalił on, jak wiadomo, przekonanie od czasów GALLENA, z małemi zmianami panujące w medycynie, jakoby krew wytwarzała się w wątrobie i wsysana była przez prawe serce, jakoby serce lewe wysało z płuc powietrze, które we wnętrzu jego zamienia się na ducha, rozchodzącego się za pośrednictwem tętnic do mięszu organów— jakoby tu duch ten odżywiał się krwią drobnych żył i nadawał mięszowi energię żywotną. Wykazał HARVEY, że w tętnicach nie duch żaden, ale krew krąży, że czynnym momentem ruchów serca nie jest rozskurecz, wsysanie, ale skurecz, popychanie; że krew tętnicza płynie odśrodkowo, krew żylna dośrodkowo w wielkiem krążeniu, a odwrotnie w małym. Wszakże, w jaki sposób krew tętnicza przedostaje się do najdrobniejszych żyłek? Tego HARVEY nie był w stanie zbadać, bo brakło mu metody odpowiedniej, skutecznej sztuki badania; odpowiedział więc tylko hipotezą, że krew przesącza się tylko przez pory mięszu ciała.

Tutaj przybył w pomoc dzielny MARCELLO-MALPIGHI, który, podjąwszy metodę badania drobnowidzowego, bystrym darem spostrzegawczym odkrył naczynia włosowate, odkrył krążki krwi i zdołał, w uzupełnieniu odkryć HARVEY'a, *ad oculos* przedstawić na cienkich błonach żywych żab i jaszczurek, jako krew w naczyniach włosowatych przebiega z tętnic do żył.

W tym samym czasie ALFONS BORELTI, porzucając wszelką mistykę, usiłuje rozjaśnić czynności ustroju na podstawie praw fizyki i mechaniki, świetnie się też wywiązuje z tego zadania w kwestyach, dotyczących czynności mięśni i znaczenia stawów i kości, w znakomitem swem dziele: „*de motu animalium*“ Rzym, 1680.

W przejściu z XVII do XVIII w. ANTONY v. LEEUWENHOEK udoskonała mikroskop i przyczynia się znakomicie do poznania budowy drobnowidzowej tkanek.

W XVIII już wieku znakomity przyrodnik, nawet nie lekarz, LAZARO SPALANZANI, rozjaśnia mnóstwo kapitalnych kwestyi fizjologicznych: on to odkrywa sok trawiący żołądka i wyjaśnia wiele kwestyi, dotyczących krążenia i zapładniania. Obok niego FELICE FONTANA rozwija naukę o drażliwości i o zmianie powietrza przez oddechanie.

Niestrudzony ALBERT HALLER bystrym umysłem stwarza syntezę poszukiwań dokonanych to przez anatomów, to przez fizyków i naturalistów i wydziela niejako, pierwszy, naukę fizjologii jako odrębną w sobie całość. Z drugiej strony JAN BAPTYSTA MORGAGNI drogą licznych sekcji ciał zmarłych i porównywania napotykaných zmian z objawami chorobowymi za życia, stwarza anatomie patologiczną.

W tymże czasie JÓZEF PRIESTLEY odkrywa tlen i wkrótce potem wyopowiada, że gaz ten jest warunkiem gorzenia i oddechania, co potwierdza wkrótce i rozwija LAVOISIER, stwarzając zasady teoryi o przemianie materyi i źródle ciepła zwierzęcego.

Genialny fizjolog KASPAR FRYDERYK WOLF wzbogaca mnóstwem przyczynków naukę o tkankach ustroju, stwarza teoryę epigenetyczną rozwoju jaja i posuwa znakomicie naprzód naukę embryologii, a niestrudzony i iście genial-

ny JOHN HUNTER rozwija naukę patologii, zestawiając ją z prawami fizyologicznymi, a przez rozszerzenie zakresu poszukiwań anatomicznych do licznych rodzajów zwierząt, do różnych gromad zoologicznych należących, stwarza naukę anatomii porównawczej i zakłada podwaliny szerszej pojmowanej biologii; on to wypowiada pierwszy wielkiej biologicznej doniosłości pogląd: iż oddzielne okresy w rozwoju płodu podobne są do oddzielnych przedstawicieli świata zwierzęcego—najwcześniejsze okresy mianowicie do zwierząt najniższych i tak dalej kolejno i równolegle.

Pomimo atoli wielkich zdobyczy XVII i XVIII wieku, zbyt młodą jeszcze była nauka fizjologii i biologii, by mogła dać dostateczne oparcie sztuce, która byłaby w stanie zawładnąć potężnymi czynnikami życia, choroby i śmierci. Ból wszakże, pragnienie życia i wstręt do niebytu, tak samo w owej dobie, jak w kolebce rozwoju kultury, wołały o środki ratunkowe, a lekarze, chcący zadość uczynić tym domaganiom się lamentującej ludzkości, poczęli tym razem z niedojrzałego owocu nauki to wyciskać soki, to wyluszczać pestki, to ścierać łupinę, podając je za właściwy, błogosławiony produkt, nieomylny środek zbawienia. I powstały jednostronne teorie patologiczne i odpowiednie im zasady terapeutyczne: nowych chemiatriów i jatrofizyków, stimulistów i kontrastimulistów, witalistów i magnetystów i balamuciły tak dzielne umysły, jak: HOFFMANN'a, BOERHAVE'a, BROWN'a, CULLEN'a i innych.

Zrodziły się wreszcie słuszne aspiracye do stworzenia ściślejszych metod badania chorych. Jako najważniejszą metodą nauk przyrodniczych jest obserwacya, a więc rozpoznawanie i porównywanie zjawisk, starano się nauczyć ściślej obserwować i rozpoznawać zjawisko chorobowe za życia. Celowi temu odpowiedziały dzielne badania przedewszystkiem CORVISART'a, który wskrzesił i rozwinął prace AUENBRUGGER'a, kilka dziesiątków lat wcześniej dokonane, dotyczące metody rozpoznawania zmian chorobowych za pomocą opukiwania; dalej genialne prace LAËNNEC'a, dotyczące dyagnostycznej metody osłuchiwania, zwłaszcza odnośnie do chorób płuc, BOUILLAUD'a odnośnie do chorób serca, wreszcie FORBES'a, PIORRY'ego i innych. Aby zaś z dostrzeganego materiału obserwacyi dojść do najprawdziwszych wniosków o wzajemnym związku przyczynowym zjawisk tak w patologii, jak w terapii, uznano, wobec wielkiej różnorodności warunków, potrzebę ściślejszej, bardziej naukowej metody, niż wnioskowanie z wrażen osobistych; zaproponował też jako taką, ścisłym wymaganiom nauki odpowiadającą—metodę statystyczną, ALEKSANDEB LOUIS, a rozwinął ją JULES GAVARET.

Tymczasem badania nad fizjologią i chemią w związku z nią czynią wciąż olbrzymie postępy [LEGALLOIS, MAGENDIE, FLOURENS, G. PROCHASKA, J. ŚNIADECKI, PURKYNIE, E. H. WEBER, J. MUELLER, E. BAER, T. TIEDEMAN i GMELIN, JUSTUS LIEBIG], geniusz BICHAT'a stwarza system anatomii i patologii ogólnej, a tuż potem niestrudzona działalność ROKITAŃSKY'ego wznosi gmach prawie skończony anatomii patologicznej.

Nic dziwnego, że z jednej strony, wobec niezaradności usiłowań lekarskich tylko co wspomnianych wyżej jednostronnych i fantastycznych szkół terapeutycznych, wobec naiwnych wskazówek RADEMACHER'a, który jednakże tak

wielki wpływ wywierał i tak wielu zyskiwał zwolenników; wobec zgubnych rezultatów terapeutycznych BROUSSAIS'go z jego mniemaną patologią fizyologiczną—z drugiej strony, wobec tak olbrzymiego wzrostu poznania zjawisk dotyczących życia i choroby, nic dziwnego, że odnośnie do sztuki leczenia rozwinął się sceptycyzm w umysłach trzeźwych i głębiej myślących, przejętych pozytywizmem COMTE'a. Gdy zaś wielu z tych myślicieli przykładało szczupłą, niepewną, zawodną treść zasobów sztuki lekarskiej do olbrzymiej, ścisłej, stanowczej treści nauki, dotyczącej zjawisk życia i śmierci, zdrowia i choroby, nic dziwnego, że wpadli w zrozpaczony sceptycyzm odnośnie do sprawności wykonawczej i pożytkowej medycyny, jako sztuki. Na czele tej szkoły sceptyków, wyznawców nihilizmu terapeutycznego, stanął dzielny badacz na polu diagnostyki i patologii klinicznej, JÓZEF SKODA prof. w Wiedniu. Doświadczenia wszakże jego, które jakoby uzasadniały jałowość zupełną zabiegów terapeutycznych, z powodu wadliwości odnośnych metod ówczesnych, nie wytrzymują krytyki. Wybitnym szkoły tej filarem był prof. DIETEL w Krakowie.

I stosunki się zmieniły: dawniej lekarze stwarzali teorie naukowe, li tylko w tym celu, aby mogli leczyć skutecznie—w XIX wieku spotykamy lekarzy, którzy dlatego tylko zajmują się chorymi i chorobami, aby mogli przyczynić się do rozwoju teorii naukowych. Bo i cóż się stało? Na szerokich podstawach zdobywszy na polu fizyki, chemii i chemii organicznej, na olbrzymim materiale dawniejszej systematyki botanicznej i zoologicznej—dźwignęła się w ostatnim stuleciu wspaniała gałąź ludzkich dociekań—biologia.

Biologia jest nauką o życiu, obchodzą ją też wszelkie przejawy życia, wszelkie jego formy; zadaniem jej: badanie metodami ścisłymi wszelkich należących tu zjawisk. Tym sposobem znaczna część przedmiotów, wchodzących w zakres studyów lekarskich, stała się jednocześnie częścią składową nauki biologii, nauki w ścisłym znaczeniu tego wyrazu.

Anatomia i fizjologia istot ożywionych, a więc i człowieka, stanowi najgłówniejszą podstawę nauki biologii.

Nieodłączną częścią fizjologii, raczej tylko jedną z metod jej badania, to doświadczalne badanie oddziaływania ustroju i składowych jego części na wszelkie możliwe czynniki. Metodą badań fizjologicznych, a więc i biologicznych, jest przeto farmakologia doświadczalna.

Dość wskazać np. na usługi, jakie dało poznanie zachowania się ustroju zwierzęcego wobec kurary, dla postępu fizjologii; przecież większa część kwestyi fizjologicznych, które rozjaśnić mogą tylko wiwisekcyę, nie mogłyby wcale uleść rozwiązaniu gdyby do metodologii badań fizjologicznych nie wprowadzono użycia kurary. Ileż to światła na fizjologię innerwacyi serca rzuciły farmakologiczne studia nad digitaliną, atropiną, na innerwacyę i czynność gruczołów—studya nad pilokarpiną, atropiną i t. d.. Wszakże rozjaśnienie jeszcze ciemnej do niedawna sprawy wydzielania potu najbardziej może zawdzięczamy badaniom farmakologicznym, dotyczącym działania pilokarpiny, atropiny, muskaryny, fizostigminy i t. d.. Nawet na mechanizm czynności duchowych rzucają pewne światło doświadczalne badania farmakologiczne, dotyczące działania na oddzielne władze duchowe takich środków, jak: wyskok, eter, chloroform, morfina

i inne [WARREN-KRAEPELIN]. Farmakologia staje się jedną z metod analizy psychologicznej (!), a farmakologia wszakże, *kategorochen*, wchodzi w zakres medycyny.

Choroba, to forma życia w pewnych szczególnych [teleologicznie niepo-myślnych] warunkach, choroba jest zjawiskiem biologicznym, już przez to samo każde studium choroby, jest studium biologicznem, naukowem. Co więcej, choroba jest doświadczeniem, wytworzonym przypadkowo przez samą naturę, rzuca ono często światło na stosunki fizyologiczne, które żadną inną metodą badania ustroju zdrowego nie dałyby się wyjaśnić. Za przykład postawię tu tylko: ogniska chorobowe we wnętrzu mózgowia, które tak znakomicie wyjaśniają fizyologiczne czynności oddzielnych części mózgowia, lub światło, jakie na czynność fizyologiczną śledziony i gruczołów limfatycznych rzuca sprawa chorobowa, znana pod nazwą leukemii, albo na znaczenie fizyologiczne gruczołu tarczowego, sprawa chorobowa znana pod nazwą: *myxoedema* i t. d.

Nauka o życiu chorem, czyli patologia, wymaga współdziałania wielu metod badawczych, stanowiących oddzielne gałęzie nauki lekarskiej; należą tu: anatomia patologiczna, obserwacja kliniczna, patologia doświadczalna, geografia i statystyka lekarska; wszystkie one są metodami badań biologicznych, środkami rozwoju czystej nauki, jakkolwiek wyłącznym studium lekarzy.

Czem farmakologia doświadczalna jest wobec ustroju zdrowego, tem jest czynność terapeutyczna wobec ustroju chorego. Czynność przeto terapeutyczna, wykonywana jedynie przez lekarza, jest jedną z metod badań biologicznych. Wskazuje ona, jak się zachowuje ustrój chory wobec najrozlicniejszych czynników chemicznych, fizycznych, mechanicznych i t. d. Bierzemy tu terapię w najobszerniejszem znaczeniu, obejmując nią i chirurgię. Czynimy to na zasadzie, że ostatecznie chirurgia jest tylko metodą terapeutyczną; zresztą, wprowadzone dziś tak szeroko metody mechaniczne leczenia chorób wewnętrznych, jak: elektryczność, masaż, zawieszania, gimnastyka, leczenie chirurgiczne chorób układu nerwowego i trzew wewnętrznych, zacierają w istocie ściśle rozgraniczenie farmakodynamiki, którą dawniej wyłącznie stosowali terapeuci, od mechanoterapii, którą stosowali chirurgowie.

Sama już, znana i stosowana nierzadko, metoda: *e juvantibus et nocentibus*, zamienia czynność terapeutyczną na czynność dyagnostyczną i przyczynia się do rozwoju nozografii — i tak np. dziwaczne formy malaryi ulegają zdemaskowaniu przez stosowanie chininy, uzupełniając tym sposobem odmiany klinicznego obrazu tego zakażenia, to samo ujawnia się w syfilisie przez zastosowanie rtęci; niektóre formy chorobowe układu nerwowego, pozornie pochodzenia organicznego, okazują się być tylko funkcyjalnemi nerwicami pod wpływem zabiegów terapeutycznych. Nie bez wpływu na liczne teorie chorobowej sprawy, znanej pod nazwą choroby BASEDOW'a, były rozmaite wyniki stosowanych zabiegów terapeutycznych. Fakt zwiększania się liczby czerwonych krążków krwi, przy terapeutycznym stosowaniu klimatu górskiego, rzuca ciekawe światło na fizyologiczne stosunki, zachodzące pomiędzy zmniejszonym ciśnieniem tlenu w pęcherzykach płuc, a zwiększaniem się kompensacyjnem pracy gruczołów, krew wytwarzających, stwierdzające jeszcze raz biologiczne prawo samosterownictwa

ustroju. Wszakże antyseptyka i aseptyka chirurgów szła w parze z rozwojem nauki bakteriologii i nie jedno pytanie owocorodne i nie jedno naukowe skienienie jej rzuciła. Cała wreszcie terapia surowicowa i metoda szczepień ochronnych jakie ważne rzuca oświetlenie na doniosłe, ogólne, kwestye biologiczne!

Terapia dzisiejsza jest stanowczo jedną z metod naukowych dociekań. Dopiero w chwili gdy terapia przestanie czynić jakiegokolwiek postępy, gdy będzie skrytalizowanym kodeksem postępowania leczniczego, wyposażonym skończonemi i stałemi prawidłami i uwarunkowaniami—będzie ona wyłącznie sztuką i nie z cech nauki posiadać nie będzie.

Widzimy z powyższego, że medycyna jest dzisiaj częścią składową nauki biologii, że jest więc nauką i to ściłą, opartą na metodach dokładnych, zgodnych z zasadami indukcyjnej i dedukcyjnej logiki.

Ale ból i cierpienie, obawa śmierci i przywiązanie do życia, które to uczucia u najbardziej ukulturowanych jednostek mogą być li funkcją głębokiej miłości i wysokiego poczucia obowiązku—wołają bez przerwy wielkim głosem o pomoc. Cała ludzkość cierpiąca wzywa pomocy i zbawienia i domaga się nie nauki, nie prawdy filozoficznej, nie bogactwa wiadomości i poznania, ale umiejętności niesienia pomocy, sztuki leczenia. W każdym szczególnym przypadku zwraca się z tem do lekarza, a wogóle wyciąga ramiona do medycyny, do fakultetów, do korporacji lekarskich. A zaprawdę, gdy na jedną szalę położymy interes nauki, na drugą bezpośredni interes walki z cierpieniem, ta ostatnia znakomicie przeważy. Ideał dobra o całe niebo jest dostojniejszym od ideału prawdy, a ten ostatni ma wartość przede wszystkim dlatego, że służy za trwały piedestał dla ideału dobra.

Zapatrując się na rzeczy ze stanowiska najpilniejszych interesów ludzkości—a z tego stanowiska chyba należy na wsze rzeczy się zapatrywać—ostatecznym celem wszech nauk, uprawianych przez wydziały lekarskie, jest sztuka lekarska, medycyna praktyczna, której wszystkie gałęzie razem wzięte nazywamy terapią.

Terapia powinna być istotnie po, higienie najdonioślejszym przedmiotem studyów lekarskich, rozwój jej i nauczanie — najwyższą troską szkół lekarskich.

Terapia, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, jest bezwątpienia nie tylko umiejętnością wykonawczą, wzniesioną na fundamencie zbudowanym ze wszystkich jej nauk pomocniczych, ale jest sama i to w szerokim zakresie nauką badającą, jest swojego rodzaju metodą obserwacji i poszukiwań naukowych. Ta to naukowa, a konieczna strona terapii wpływa wysoce na pewne lekceważenie humanitarne jej przede wszystkim zadania. Bo zadanie terapii jest wysoce i wyłącznie natury humanitarnej, a o tej wyłączności jej zadania zamało się dzisiaj pamiętać.

Niewątpliwy fakt, że terapia ma dwa zadania: praktyczne i naukowe, nie przeczy wcale zasadzie, że zadaniem terapii jest przede wszystkim humanitarność, tylko że praktyczna jej strona jest bezpośrednio humanitarną, strona zaś jej naukowa—humanitarną pośrednio; ostatecznym wszakże celem nauki jest rozwój humanitarności.

Odnosnie do terapii, zaznaczyć tu jeszcze należy parę uwag, zwłaszcza wobec tego, że dziś, niestety, nie jeden z uczonych lekarzy w zbyt niemiernym uniesieniu fanatyzmu naukowego, szukając nowych dróg lub faktów, lub, co gorsza — tylko sławy, nie jeden chirurg zawołany w zbyt niemiernym zamiłowaniu swego kunsztu, w pogoni za nową metodą lub efektem mistrzowskim, obrażają zbyt dotkliwie najkapitałniejsze zadanie swojego powołania: zadanie ludzkości.

Jakkolwiek celem nauki winna być idea humanitarna, wolno może jednak każdej innej nauce żądać ofiarności ludzkiej dla wielkich celów przyszłości, dla tryumfów geniuszu ludzkiego — może wolno jej być chwilowo niehumanitarną. Czy to chodzić będzie o wyprawy na biegun północny, czy o walki z dzikimi plemionami dla interesu cywilizacji, czy o pracę nad trującymi związkami w pracowniach chemicznych, czy o poszukiwania w celach naukowych w głębiach oceanów i t. p..

Terapii natomiast, jako spełniać mającej zadanie humanitarne *kategetischen*, wolno, gdy ma na celu szukanie prawdy, nie spełniać na razie zadania humanitarnego, ale nie wolno jej przynigdy zadania tego obrażać, być niehumanitarną.

Inne dziedziny nauki nie plamią się obłudą, żądając ofiar: one ofiar żądają otwarcie i płacą je chlebem, złotem lub sławą. Na sztandarze terapii widnieje napis: zbawienie i ulga wszystkim cierpiącym; bez tego napisu byłaby sama w sobie sprzecznością i nie mogłaby istnieć; terapii przeto pod karą splamienia się obłudą tworzyć ofiar nie wolno.

Kto w terapii powoduje się wyłącznie interesem naukowym, poświęcając mu interesy tych, którym ona służyć ma, przeczy sam sobie i kłamie nieszlachetnie tym, którzy mu wierzą, bo i mniemana troska o interesy pokoleń przyszłych nie jest tu usprawiedliwieniem, gdy fatalnym jest błędem bezustanne i bezwzględne poświęcanie interesów pokoleń żyjących dla pokoleń przyszłych, mnożenie cierpień w dniu dzisiejszym, dla mniemanego szczęśliwego jutra.

Ktoby chciał w terapii upatrywać tylko zadanie wykonawcze, a nie widzieć w niej metody naukowej, ten uwłaczałby celom humanitarnym terapii, bo terapia dzisiaj i długo jeszcze, przestając być nauką, przestaje się doskonalić, pozbywać błędów, przestaje wzmacniać własne podstawy — pożyteczności jej stawałaby więc szranki.

Przyznanie, że terapia sama jest jedną z metod badań naukowych, nie obowiązuje wcale każdego terapeuty, by czynność jego terapeutyczna spełniała zadanie metody badań naukowych. Owszem, zadanie humanitarne przeważa znakomicie w terapii, a lekarz, spełniający to zadanie ze znajomością rzeczy i z poczuciem swego powołania, zasługuje na bezwarunkowe uznanie i cześć, na równi z tym, który pracuje w warsztacie poznawania.

Szkoda tylko, że wielu lekarzy ani w chwili wyboru zawodu, ani w czasie studyów, ani w dobie spełniania czynności zawodowych, nie zdaje sobie dość jasno sprawy z obowiązków, związanych z wybranym dowolnie zawodem.

Wielka tu jest wina szkół lekarskich, które, rzecz iście zadziwiająca, najbardziej po macoszemu traktują praktyczne wykształcenie słuchaczy, tak przez nieodpowiedni plan nauk, jak i przez niezawsze odpowiedni dobór sił wy-

kładowych — o ile się nie mylimy, najmniej zarzut ten odnosi się do fakultetów we Francji.

Fakultety lekarskie, jeżeli pamiętają dobrze o tem, że medycyna jest nauką, to stanowczo zbyt mało przykładają wagi do tego, że medycyna jest sztuką, i o tem, że jęcząca w bólach i cierpieniach ludzkość żąda przede wszystkim, i ma słuszne do tego prawo, aby uwzględniono w medycynie, jej praktyczną dla społecznych interesów doniosłość. Reforma w tym względzie fakultetów lekarskich jest rzeczą nader ważną.

Gorąca miłość ludzkości obowiązuje każdego śmiertelnika, ale jeszcze bardziej obowiązuje ona lekarza—a do tego lekarza obowiązuje ona nie tylko jako miłość ludzkości w pojęciu jej zbiorowem, co może wystarczać dla reformatora społecznego, prawodawcy, filozofa, pisarza, ale jako miłość odnosząca się do wszystkich jednostek napotykanych w sferze jego wpływu bezpośredniego. Wzniosłość powołania lekarza w tem jeszcze leży, że warunkuje ona miłość bezwzględną, miłość człowieka wyższą po nad wszelkie namiętności, instynkty i racje polityczne, narodowe, plemienne, religijne, społeczne i filozoficzne. Gdy lekarz po za zawodem swoim może, ba, nawet powinien być człowiekiem stronnictwa, najwdzięczniejszą, najszczytniejszą cechą jego działalności zawodowej jest to, że w spełnianiu zawodu swojego, zwalcza w sobie człowieka stronnictwa i wznosi się na stanowisko człowieka-bliźniego. Dzięki obowiązkowemu usiłowaniu, a więc i nabytej wprawie wznoszenia się na piedestał bezwzględnej miłości bliźniego, lekarz doskonali się i jako człowiek społeczny, bo w namiętności swej mniej będzie pochopnym do przekraczania granic humanitarności, a podmiotowe wzruszenia i zaślepienia będą hamowane i oświetlane analizą i krytycyzmem przedmiotowym.

Słowem, gdy dostojeństwo medycyny jako nauki jest wielkiem, gdy zglębia ona najwyższą zagadkę bytu, bo zagadkę życia, dostojeństwo medycyny jako sztuki jest niemniej wielkiem, gdy zdąża ona do zaradzenia najwალniejszemu potrzebom ludzkiego życia, bo do zwalczenia najpotężniejszego zjawiska tu na ziemi—zjawiska cierpienia i bólu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

83. Alfred Kirstein. Autoskopia dróg oddechowych.

Dotychczasowy, ogólnie przez laryngologów przyjęty sposób badania dróg oddechowych, przy pomocy lusterek, daje nam możność otrzymywania tylko lusterkowych odbić odpowiednich części; autoskop zaś, którego opis i sposób użycia podajemy poniżej, ma na celu [jak to już sama nazwa narzędzia wskazuje] umożliwienie bezpośredniego badania dróg oddechowych, co dotychczas powszechnie uważano za niepodobne do wykonania. Budowa autoskopu jest bardzo prosta: składa się on ze stalowej półtrąbki, mającej około 12 ctm. długości, 3 ctm. szerokości i 1—2,5 ctm. wysokości i połączonej pod kątem prostym z rękojeścią; w górnej części rękojeści znajduje się lampka elektryczna,

z której światło, przy pomocy odpowiednio umieszczonej w niej soczewki i pryzmatu, pada w zagłębienie rynny autoskopu, *resp.* oświetla drogi oddechowe. W braku elektryczności możemy skierować w rynienkę światło z jakiegokolwiek bądź źródła przy pomocy zwykłego reflektora. Badanie za pomocą autoskopu uskutecznia się w następujący sposób: stajemy naprzeciwko siedzącego pacjenta i wprowadzamy, trzymając za rękojść, rynienkę autoskopu do jamy ustnej, kierując się prawidłami, obowiązującymi przy wprowadzaniu zwykłego szpatla. Nacisnąwszy na język, widzimy jamę ustną i część polykową gardzieli (*partem oralis laryngis*): pierwsza pozycja (*Pharyngoskopia*). Następnie wsuwamy narzędzie dalej do samej nagłośni i, uciskając stale na język, podnosimy rękojść autoskopu ku górze: teraz widzimy dokładnie przednią powierzchnię nagłośni, jamę języko-nagłośniową, część tylnej i bocznych ścian gardzieli: druga pozycja [autoskopia głębokich części gardzieli]; często już w tej pozycji widzimy chrząstki nalewkowe i zatoki gruszkowate. Przy przejściu do trzeciej pozycji [autoskopia krtani i tchawicy] unosimy rękojść autoskopu ku górze, aż do zetknięcia się brzegów rynny z górnymi zębami i uciskamy jednocześnie przednim, tęnym końcem rynny na wiąz języko-nagłośniowy środkowy, wskutek czego nagłośnia kładzie się w rynnę autoskopu; teraz widzimy dokładnie całą tylną ścianę gardzieli, część krtaniową gardzieli, zatoki gruszkowate, chrząstki nalewkowe, chrząstki SANTORINI'ego, fałdy nalewkowo-nagłośniowe, tylną powierzchnię nagłośni, struny wrzekome i prawdziwe, oraz tylną ścianę krtani. Jeżeli w tym momencie każemy pacjentowi wyciągnąć szyję ku przodowi, ujrzymy dokładnie, oprócz wyżej wymienionych części, całą tchawicę z rozdwojeniem oskrzeli.

Mówiąc o autoskopowaniu wogóle, autor nie ukrywa, iż dla początkującego przedstawia ono nieraz poważne trudności i wymaga pewnej rutyny oraz obycia się z narzędziem ze strony badającego, za to jednak obrazy, otrzymywane przy autoskopii dróg oddechowych, stoją pod względem dokładności i jasności bez porównania wyżej od najdokładniejszych nawet danych otrzymywanych przy pomocy lusterek krtaniowych. Co się tyczy chorych, to dane z tej strony mniej przemawiają na korzyść nowego narzędzia: o ile po kilkukrotnem zastosowaniu autoskopu chorzy przyzwyczajają się do narzędzia, o tyle z początku zmuszeni jesteśmy często uciekać się do kokainy. Jest to okoliczność, która ze względu na uboczne działania tego środka i możliwość zatrucia stanie zapewne na przeszkodzie szerszemu zastosowaniu autoskopu.

[Badania z autoskopem KIRSTEIN'a przeprowadzamy w ambulatoryum D-ra W. WRÓBLEWSKIEGO w szpitalu Ewangelickim. *Przyp. spraw.*].

(*Therapeutische Monatshefte. Juli. 1895.*)

A. Zięciakiewicz.

VII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

—*—*—
[Dokończenie. — Patrz Nr. 40].

ZIEMBICKI, opowiadając o wykonanej przezeń cholecystektomii z zejściem śmiertelnem [prawdopodobnie spowodowanem przez wiek podeszły i wycięczenie chorej], stawia wniosek, że w takich, jak jego, przypadkach lepiej jest ograniczyć się cholecystostomią. Zwraca też uwagę ZIEMBICKI na tę krępującą chirurgów okoliczność, że często, pomimo bardzo ciężkich objawów kamicy żółciowej i następczego nawet zakażenia ogólnego, choroba skończyć się może bez interwencji chirurga zejściem zupełnie pomyślnem.

Dyskusya ożywia się niespolicie przez to, że przyjmują w niej udział interniści; przed uszami słuchaczy, mocno zainteresowanych przedmiotem, rozwijają się tedy poglądy jasne, nie zamącone jednostronnością, od zapału operatorskiego częstokroć zależącą.

GLUZIŃSKI często widywał samodzielne ustępowanie bardzo groźnych nieraz przypadłości, połączonych nawet z niewątpliwym stanem zakażenia ogólnego. Nie przypisuje on w tych razach żadnego znaczenia lekcom wewnętrznym, sądzi jednak, że lekarz internista, namawiając chorego do operacji, nie powinien ukrywać przed nim możliwości wyzdrowienia bez niej. Z drugiej strony niepodobna ukrywać przed chorym, że bez operacji łatwiej naraża się na zejście śmiertelne, najczęściej wywołane przez przedziurawienie, czy to przewodów żółciowych, czy wreszcie przewodu pokarmowego. W każdym razie wskazania konieczne do operacji widzi GLUZIŃSKI tam, gdzie napady szalonych bólów doprowadzają chorego do rozpacz, lub tam, gdzie stwierdzić można całą grozę i niebezpieczeństwo objawów miejscowych. OBALIŃSKI nie zgadza się z mówcą, twierdzi, że szanse operacyjne największe dotyczą przypadków wcześniej do chirurga skierowanych, że zabieg sam przez się do niebezpiecznych nie należy; że chory zawsze bezwarunkowo zyskuje poddając się operacji, bo go ona uchroni od niedających się przewidzieć, a zawsze mu grożących następstw obecności kamieni, to jest późniejszych przedziurawień, zatknięć przewodu i t. d.

RYDYGIER popiera ten pogląd, szczególnie o ile dotyczy on przypadków już od początku ciężkich i dokuczliwych, gdyż nie przeczy, że mogą kamienie żółciowe istnieć, nie wywołując żadnych dolegliwości, jak o tem liczne sekcye, we wszystkich prosektoryach dokonywane, świadczą wymownie.

KORCZYŃSKI w świetnie wypowiedzianej przemowie podziela zdanie chirurgów, stawiając zasadę, że nie beznadziejne, lecz poważne stany, obecnością kamieni żółciowych wywołane, powinny być zawsze przez chirurga leczone. Trudną rzeczą, niewątpliwie trudną, jest postawienie w wielu przypadkach stanowczych wskazań do operacji i jasne odgraniczenie kategorii tej choroby. Nikt przeczyć nie może, iż duża odsetka chorych może wyzdrowieć bez pomocy chirurgicznej, nie każdy więc kamień żółciowy koniecznie ręką wydobyć trzeba. Konieczność ta pojawia się tam, gdzie lekarz zaczyna się obawiać poważnych na razie lub groźnych w przyszłości powikłań i skutków, oraz tam,

gdzie kamienie wywołują ciężkie dolegliwości, nie pojawiają się wcale w wypróżnieniach lub nie mogą przepchnąć się przez przewód żółciowy. Wodę Karlsbadzką, krople DURAND'a i cały arsenał podobnych specyfików uważa KORCZYŃSKI za środki, niczem nie różniące się od t. zw. leków sympatycznych.

GLUZIŃSKI zaznacza zgodność poglądów swoich z poglądami prof. KORCZYŃSKIEGO [który przybył na posiedzenie później, tak, że mowy GLUZIŃSKIEGO nie słyszał].

ZIEMBICKI chciałby jeszcze rozszerzyć zakres wskazań operacyjnych, wytknięty przez GLUZIŃSKIEGO i KORCZYŃSKIEGO, chciałby mianowicie dodać do tych wskazań przypadki, w których kamienie, chociaż nie wywołują na razie ani zbyt ciężkich dolegliwości, ani następczych ostrych zakażeń, stają się jednak powodem przewlekłych lub nawrotowych objawów zakaźnych. KORCZYŃSKI uzupełnia wykład swój uwagą, że dreszcze przy kamieniach żółciowych nie zawsze są dowodem zakażenia, że bardzo często są objawem nerwowym, odruchowym tak, jak przy kamicy nerkowej. CYBULSKI dodaje, że nawet białko, w moczu znalezione w tych przypadkach, nie dowodzi zakażenia, gdyż białkomocz występuje u zwierząt po prostem przewiązaniu przewodu żółciowego, jak tego dowiodły doświadczenia, wykonane przez ROSNERA.

20) RYDYGIER przedstawia chorego z nawrotem promienicy po operacji. Chory ten tym razem został wyleczony przez BARĄCZA i RYDYGIERA za pomocą dużych dawek jodku potasu stosowanych wewnątrznie, a pod koniec w postaci wstrzykiwań jednoprocetowego roztworu tegoż środka pod skórą. Wynik tego leczenia okazał się wyśmienitym, choć działanie tego środka w promienicy zdaniem obu tych chirurgów objaśnić się dotąd nie daje, gdyż wiadomo jest, iż jodek potasu grzybków promienicy nie zabija.

21) GABRYSZEWSKI niezmiernie dowcipnie opowiadał o sprytnych pomysłach swoich, dotyczących plastycznego upiększania ludzi, których niewątpliwie twarz szpeci. Pokazał tedy konterfekty [szematyczne] tych upośledzonych, acz zacnych, którym karykaturalne powaby los popsuć były gotowe. Wskazania do tych, w istocie bardzo trudnych rękoczynów, były bardzo poważne, a z zadania swego GABRYSZEWSKI wywiązał się z podziwu godną precyzją i sprytem. Wycięcie kombinacji klinów z kaktusowatego nosa udało się wybornie; chory z poczwały stał się przeciętnie możliwym; tyle tylko, że ma nos przekreślony białym bliznowym krzyżem. Kilka tego rodzaju operacji na nosach i uszach świetnie się GABRYSZEWSKIEMU udało.

BARĄCZ i JASIŃSKI opowiedzieli przy tej sposobności o kilku swoich pomysłach, użytych przy operowaniu uszu odstających.

22) BOSSOWSKI wypowiedział długi odczyt „o leczeniu operacyjnym radykalnym przepuklin u dzieci“ zaopatrzonej wyczerpującym obrazem historyczno-literackim, dotyczącym danego przedmiotu. Autor wykonał w 10 przypadkach operacji doszczętniej w przepuklinach u dzieci, z tych 8 metodą BASSINI'ego. W jednym przypadku zmuszony był wyciąć jądro, gdyż przeciął przy operacji naczynia powróżka nasiennego. Po operacji nakłada BOSSOWSKI na szew kilka warstw muślinu jodoformowego i przykleja je kollodionem. Według zebranych przez mówcę danych statystycznych, pokazuje się, iż u dzieci

zrobiono dotąd [ogłoszonych] 145 radykalnych operacji przepukliny, z tej liczby 5 operował SZUMAN, a 10 BOSSOWSKI. W całej powyższej liczbie niema ani jednego zejścia śmiertelnego, a zanotowano 2 powroty pomimo operacji. BOSSOWSKI chciałby raz na zawsze wyrzucić pasek przepuklinowy z praktyki chirurgiczno-pediatrycznej, a zastąpić go w każdym przypadku operacją doszczętną.

W dyskusyi okazało się, że SCHRAMM dokonał 5, a DROBNIK kilka [cyfry nie określił] tych operacji. DROBNIK oddziela powrózek nasienny przed otwarciem worka, potem odpreparowuje worek i między dwiema przewiązkami odcina. Do zaszycia używa drutu srebrnego. SZUMAN nadmienia, że z pośród pięciu swoich [wspomnianych przez BOSSOWSKIEGO] chorych u jednego doczekał się powrotu przepukliny. SKOWROŃSKI broni paska, bo w licznych przypadkach widział niewątpliwie wyleczenie przepukliny przy pomocy jego; sądzi też, że doszczętna operacja powinna być u dzieci stosowaną li tylko przy uwięźnięciu. OBALIŃSKI twierdzi, że jedynie operacja może dać pewność wyleczenia i uchronić od uwięźnięcia i że nawet tu i ówdzie spostrzegane powroty nie powinny powstrzymywać od stosowania tej metody. BOGDANIK popiera zdanie OBALIŃSKIEGO na zasadzie kilku przezeń dokonanych operacji. GABRYSZEWSKI pokazuje preparat z człowieka, który z innej przyczyny umarł w kilka lat po dokonaniu operacji BASSINI'ego. Widać na tym preparacie, że uzyskano wyborną bliznę bez śladu powrotu zagłębienia otrzewnej w tem miejscu.

23) KRYŃSKI „O leczeniu wynicowanego pęcherza“. Odczyt ten obiecany został przez autora Gazecie Lekarskiej. Nie mogą jednak powstrzymać się od najtreściwszego przynajmniej zaznaczenia tej jego świetnej obserwacji. RYDYGIER nie tylko na każdym kroku zachęcał go w pracy nad powziętym przezeń pomysłem, ale pozwolił nawet plan obmyślany na chorym klinicznym własnoręcznie zastosować. A plan był zręczny i śmiały. Wyciął KRYŃSKI cały wynicowany pęcherz u dorastającego człowieka, zostawiwszy tylko trójkąt LIEUTOD'a z ujściami moczowodów i trójkąt ten wszył do kiszki prostej. Ścianę brzuszną zaszył. Chory, przedstawiony na Zjeździe ma się wybornie, mocz oddaje razem z kałem, ale nie bezwiednie, ani nie ciągle, lecz prawidłowo; wygląda wybornie i nie ma wcale objawów groźnych, któreby zależały od wysysania powrotnego części składowych moczu. Szereg doświadczeń, wykonanych na psach, ośmielił KRYŃSKIEGO do tego przedsięwzięcia. Łatwo sobie wyobrazić, jak gorąco obecni na Zjeździe koledzy zaznaczyli KRYŃSKIEMU jego tryumf. OBALIŃSKI przytoczył przypadek, w którym MAYDL wszył moczowody do kiszki. Zejście było śmiertelne.

24) SKOWROŃSKI przedstawia chorego z guzowatą postacią trądu, z obrzmieniem dłoni, palców, stóp i z rozsianymi na kończynach guzami wrzodziejącymi.

25) KRYŃSKI przedstawia chorą, której przedtem wycinano gruczoły serowate na szyi. Przyłączyło się potem zapalenie płuc i ropień w śródpiersiu tylnem. Wówczas RYDYGIER, trzymając się ściśle metody NASSIŁOWA, wyciął na-prawo od kręgosłupa kilka kawalków żeber, by się do śródpiersia tylnego dostać.

Nie obeszło się przytem bez otwarcia opłucnej, powstał więc otok jej ropny, który także sposobem zwykłym operowano.

Przebieg zupełnie prawidłowy i niczem już odtąd nie powikłany. ZIEM-BICKI przy tej sposobności zwraca uwagę na to, że miał już sposobność skruszyć kopię w obronie praw pierwszeństwa NASIŁOWA, dotyczących podania metody mediastinotomii.

26) KRASSOWSKI przedstawił chorego, któremu, po wycięciu nowotworu złośliwego z przedramienia, ranę załatał skórą, wziętą z piersi.

27) DROBNIK opisuje dalsze udoskonalenia swej metody operacyjnej protezy porażenia mięśni przy porażeniach dzieciennych. Po mistrzowsku obchodzi się teraz DROBNIK z takimi mięśniami: rozdziela np. mięsień [nie tylko ścięgno] wyprostny palucha na trzy części, z których jedną nadal zostawia paluchowi do dyspozycji, z drugiej daje pomoc mięśniowi strzałkowemu (*peroneus*), a trzecią gołeniowemu przedniemu (*tibialis anticus*), wszczepiając je w te porażone mięśnie.

Nad takimi naprawianymi mięśniami DROBNIK powiezi [przeciętej poprzednio] nie zeszywa. Zeszywa tylko skórę. W opatrunkach wpuszcza taśmę gumową (*à la SAYRE*) wszytą w plaster lepki, by utrzymać stopę w korygowanem ustawieniu.

28) KOZŁOWSKI, streszczając prace HOFFMEISTER'a i KOCHER'a, dotyczące szpotawości biodra (*coxa vara*), przedstawia paru chorych z tem kalectwem.

29) RYDYGIER proponuje osteotomię szyjki kości udowej przy szpotawości biodra.

Tutaj nadmienić muszę, że nazajutrz po ukończeniu Zjazdu, RYDYGIER wykonał operację na jednej z tych chorych. W ostatniej jednak chwili, po wspólnych debatach, zmienił plan swój i ograniczył się, po otwarciu stawu przez cięcie przednie, do odrabiania tych nienormalnych występów kostnych, które, opierając się przy ruchach o brzegi panewki biodrowej, hamowały ruch wyprostny i odsiebny uda. Wynik funkcjonalny już na stole operacyjnym okazał się wyborynym.

30) TRZEBICKY „O zastosowaniu jodku skrobi (*amylum jodatum*)“. Mówca otrzymywał dobre wyniki, posypując tym przetworem ziarniny gruźlicze.

31) KOZŁOWSKI przedstawia rozmaite sposoby wyjaławiania katgutów [BRATZ'a, PEPIN'a, KROENIG'a i własny]. Katgut przechowywa w bulionie wyjałowionym, żeby się o jego bezwzględnej czystości przekonywać.

32) WEHR zaleca do oczyszczenia katgutów, szczotek, paznogi i t. d. formalinę, czyli formaldehyd, który w roztworze 0,5 na 1000 wstrzymuje już rozwój drobnoustrojów. Na jajach kurzych przedstawia szybkość oraz sposób, w jaki formalina wywiera swe działanie konserwujące. KOZŁOWSKI dodaje, że formalina jest wyborynym środkiem do oczyszczania katgutów, szczotek do rąk i cewników.

33) RYDYGIER przedstawia znaczną liczbę chorych po dawniej wykonanych wypłowaniach i wycięciach stawów gruźliczych, a zastanawiając się nad osiągniętymi wynikami, dochodzi do wniosków, potwierdzających poglądy wygłoszone przezeń w odczycie klinicznym p. t.: „o leczeniu gruźlicy stawów“

[patrz „Odczyty kliniczne“, wydawane przez „Gazetę Lekarską“, serya VII, zeszyt 6 i 7, r. 1895].

Po wyczerpaniu całego programu zjazdu, koledzy BARĄCZ i JASIŃSKI wykonali w instytucie patologii anatomicznej rektora BROWICZA operacye antrattikotomii na trupie, pierwszy metodą STACKE'go, a drugi metodą OREA i JASIŃSKIEGO. Pomimo iż trup miał wyrostki sutkowe niezwykle twarde [eburnowane], obaj operatorzy zdołali utorować sobie dogodną drogę do kosteczek słuchowych, z uniknięciem groźących po drodze powikłań.

Nazajutrz uczestnicy Zjazdu zwiedzali Instytut higieniczny BUJWIDA, w którym tenże demonstrował im całe postępowanie, dotyczące szczepień wściekliczyny i surowicy przeciwbłoniczej. Wreszcie w klinice chirurgicznej asystowaliśmy RYDYGIEROWI przy trzech operacyach jego pomysłu, wykonywanych na chorych, a mianowicie: 1-o operacya biodra szpotawego, 2-o wycięcie dużego mięsaka macicy przez pochwę i przez ścianę brzuszną, 3-o wycięcie kiszki prostej z tymczasowem odpilowaniem kości krzyżowej i przemieszczeniem rzyci przez mięsień pośladkowy.

Tak się skończył VII Zjazd chirurgów w Krakowie, pozostawiając w umysłach uczestników miłe, niczem nie zamącone wspomnienia, oraz pobudzając w nich prawdziwe zadowolenie, gdyż rozjeżdżali się z tem przekonaniem, że wszystko to, co im na Zjeździe przedstawiono, nosiło na sobie cechę wytworów usilnej, ucziwej, prawdziwie naukowej pracy.

Sprawozdawca,
Roman Jasiński.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE,

Posiedzenie kliniczne z d. 24 IX. 1895.

JASIŃSKI przedstawił dziecko dwuletnie, u którego dokonał operacji z powodu rany klutej długości 14 ctm., wywołanej upadnięciem na drut, stojący pionowo. Począwszy od moszny po stronie lewej, rana przechodziła poniżej prawego więzu POUPART'a, następnie pomiędzy *fascia transversa* i mięśniami brzucha, tworząc kanał, w połowie którego zatrzymał się kawałek koszuli; ani jądro, ani naczynia krwionośne, ani otrzewna nigdzie nie uległy skaleczeniu. Po otworzeniu kanału i usunięciu ropy nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

SAWICKI przedstawia dziewczynkę lat 10, u której z powodu *torticollis* wyciął cały mięsień mostko-sutko-obojęzyczny metodą MIKULICZA. Wynik tej operacji o tyle był pomyślny, że możliwymi się stały prawie wszystkie ruchy szyi i że skrzywienie szyjowej części kręgosłupa znacznie się zmniejszyło.

Prof. KOSIŃSKI przedstawia 17-letniego chłopca z *lipoma congenitum volae manus diffusum* znacznych rozmiarów. Nowotwór ten obejmował całą dłoń, zniepodobnił 2 i 3-ci palec, odsunął znacznie wielki palec; palec 4-ty i mały prawidłowe.

BORSUK przedstawia chorego, który po dokonanej trepenacyi, z powodu wylewu podkorowego, obecnie jest zdrow zupełnie, oraz może pracować tak fizycznie, jakoteż i umysłowo.

SOBIERAŃSKI [z Marburga] mówił o wpływie środków farmakologicznych na siłę mięśniową u ludzi.

Rzecz ta będzie wydrukowaną w Gazecie Lekarskiej.

W dyskusji KRYSIŃSKI zadaje zapytanie, czy prelegent w doświadczeniach swoich podawał kofeinę po kokainie i czy otrzymywał przy tem wzmoczoną czynność mięśni?

SOBIERAŃSKI zaznacza, że badań swych nie ograniczył tylko na kofeinie i kokainie, że próbował działania wielu innych środków, oraz że po wyczerpaniu mięśnia pod wpływem kofeiny kokaina w istocie, choć w mniejszym stopniu, wzmagała czynność jego.

KRYSIŃSKI nadmienia, że według zdania jego jest to fakt pierwszorzędnej doniosłości, gdyż wiadomo, że mięsień przy czynności swej wyczerpuje się, przyczem wytwarzają się produkty, które działają trująco na nerwy, sprawiają ból i inne objawy; można by przeto wyprowadzić wniosek, że kokaina, wywołując miejscowe znieczulenie, może dać jeszcze skurcze miejscowe, których jednak kofeina sprawić nie powinna. Doświadczenia jednak prelegenta dowodzą, że kokaina i kofeina okazują na mięśnie wpływ jednakowy. Ztąd rodzi się pytanie, w jaki sposób działają te oba środki, czy na sam mięsień, czy wreszcie wyzwalają więcej energii, działając na ośrodki mózgowe.

W odpowiedzi SOBIERAŃSKI zaznacza, że nie wydaje mu się, aby kokaina w doświadczeniach jego mogła wywoływać silne znieczulenie, gdyż dawka [0,01] była bardzo małą, a osobniki, nad którymi przeprowadzał doświadczenia, zaznaczały, że czują to samo zmęczenie mięśni. Kwestya dróg działania powyższych środków nie wchodziła w zakres jego badań, zdaje się jednak, że działanie tutaj jest tak ośrodkowe, jakoteż i obwodowe, że obok zmniejszonej świadomości, wywołanej znieczulającym działaniem kokainy, przeważnie mamy do czynienia z wyzwalaniem się energii nerwowej ośrodkowej.

Co się tyczy alkoholu [w odpowiedzi na zapytanie prof. BRODOWSKIEGO], to używka ta rozcieńczona [45%], zadawana w dawce 8—10 ctm sz., wywołuje zwykłą czynność mięśniową. Środki, nad którymi przeprowadzał doświadczenia [w odpowiedzi prof. BARANOWSKIEMU], o ile się zdaje, przeważnie działają na układ nerwowy ośrodkowy. Za tem przemawia fakt, że układ nerwowy ośrodkowy szybciej się męczy przy pracy ergograficznej, aniżeli mięsień i że mięsień zmęczony więcej czasu potrzebuje do odzyskania swej sprawności, aniżeli układ mięśniowy. Z tego też powodu, gdy mięsień skurczów samodzielnych nie jest w stanie wykonać, bodźce elektryczne mogą go do dalszej pobudzić pracy.

Wiadomości bieżące.

— Z powodu wyczerpania Dyagnostyki BIEGAŃSKIEGO, zniewoleni licznymi zapotrzebowaniami, przystąpiliśmy do wydania drugiego tego dzieła, którego druk przy końcu bieżącego miesiąca ukończonym zostanie. Wydanie to obejmować będzie pięćdziesiąt kilka arkuszy druku. Jest ono uzupełnione licznymi dodatkami i rysunkami autora, oraz działem chorób gardła i krtani, szczegółowo opracowanym przez kol.

SOKOŁOWSKIEGO. Cena książki wynosi rs. 5; przedpłatę przyjmuje Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

— Kol. JACZEWSKI, ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu Ś-tego Józefa w Lublinie, zawiadamia nas, że tłumaczy na język polski Dermatologię JOSEPH'a, według II wydania, które przed paru tygodniami opuściło prasę.

Dnia 2 Października r. b. zmarł w Krakowie prof. JÓZEF OETTINGER, przeżywszy lat 77. OETTINGER urodził się w Tarnowie r. 1818, stopień D-ra medycyny otrzymał w r. 1836, od r. 1850 — 1852 zastępczo wykładał na Uniwersytecie Jagiellońskim historię medycyny i medycynę publiczną. Ze względów politycznych usunięty przez władze austriackie od zajmowanych obowiązków, dopiero w r. 1868 mianowany zostaje profesorem historii medycyny z wielkim dla nauki pożytkiem.

Liczne prace OETTINGERA dotyczą historii medycyny, medycyny praktycznej oraz językoznawstwa, zwłaszcza ze szczególnem zamiłowaniem zmarły opracowywał historię medycyny polskiej. OETTINGER należał do pierwszych założycieli Przeglądu Lekarskiego i przez pierwsze lat 8 był redaktorem tego pisma; w r. 1881 wydał opracowany z JANIKOWSKIM i KREMEREM „Słownik terminologii lekarskiej polskiej“. Zmarły przyjmował czynny udział w życiu społecznem i na tem polu wielkie położył dla kraju zasługi. Nadto spełniał gorliwie obowiązki posła do rady państwa, reprezentanta gminy izraelskiej, radcy m. Krakowa, członka Rady szkolnej krajowej. Był to niepospolity pracownik na niwie wiedzy lekarskiej, zasłużony badacz języka polskiego, miłośnik prawdy i wolności, zacny obywatel. Cześć jego pamięci!

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy tych Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довѣ. Цензурою, Варшава, 28 Августа 1895 г. Друк К. Ковалевскаго. Варшава, Мазowiecka 8.

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska № 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE,

ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy podawania leków pod postacią win, przygotowała cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

- Wino Kakaowo-chinowe** (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, flaszka 1.10 kop.
- Wino chinowe czyste** na Maladze, flaszka 1.50 kop.
- „ „ z żelazem zawiera 1% żelaza, flaszka 1,75 kop.
- Wino Condurango czyste** na Xeresie, flaszka 1.75 kop.
- „ „ z żelazem zawiera 2% żelaza, flaszka 2 ruble.
- Wino Coca** (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, flaszka 1.50 kop.
- Wino goryczkowe** (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, flaszka 1.50 kop.
- Wino Kola** (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny, flaszka 2.25 kop.
- Wino Kwassyjowe** na winie węgierskiem wytrawnem, flaszka 1.50 kop.
- Wino Kwassyjowe** na Xeresie, flaszka 1.50 kop.
- Wino pepsynowe słodkie** na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny flaszka rs. 2.
- Wino pepsynowe wytrawne** na Xeresie zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.
- Wino przeczyszczające** z korą *Cascaræ Sagradae* na Maladze, flaszka rs. 2.
- Wino rabarbarowe czyste** na Maladze, flaszka 1.75 kop.
- Wino rabarbarowe** z korą chinu królewskiej na Maladze, flaszka 1.75 kop.
- Wino senesowe** (*fol. Sen. alex. sine resina*) na Xeresie, flaszka 1.75 kop.
- Wino manganowo-żelazne z peptonem** (*Vinum ferro-mangani peptonati*) na Xeresie, zawiera 1% *ferro-mangani peptonati*, flaszka rs. 2.
- Wino peptonowe** na Maladze, zawiera 5% peptonu, flaszka rs. 2.
- Wino piotunowe** (*Vin de Vermuth*) na białem francuzkiem winie, flaszka 1.50 kop.

Butelka zawiera 420,o do 450,o.

Schlesischer Obersalzbrunnen

Oberbrunnen



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

Analizy i szczegółowe wiadomości o źródle wysyła bezpłatnie pocztą:

Kantor transportowy książęcych mineralnych wód w Obersalzbrunnen.

Furbach i Striboll, Salzbrunn na Szląsku. Składy we wszystkich aptekach i magazynach aptekarskich. 10—8

DOM ZDROWIA D^{ra} K. DOBRSKIEGO.

Warszawa. Aleja Róż 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem chorych obłąkanych), mieści się w osobnym, odpowiednio do celu urządzonej domu.

O warunkach pobytu wiadomość u K. Dobrskiego, Królewska 10. 0—10

MAGAZYN OPTYCZNY

G. GERLACHA

w Warszawie, ulica Czysta Nr. 4

przyjąwszy reprezentację Instytutu Optycznego

E. HARTNACK

poleca

Mikroskopy

teżże firmy po cenach fabrycznych.

3—1

J. RUTKOWSKI

Apteka i Pracownia Chemiczno-farmaceutyczna

w Warszawie, ulica Długa Nr. 16. Telefonu Nr. 155,

poleca:

Przetwory chemiczno-farmaceutyczne specjalnie Ekstrakty lecznicze (*Extracta fluida, spissa et sicca in vacuo paratae*), wyrabiane przez perkolację i wyparowanie w próżni.

Nowe środki lekarskie sprowadzane z pierwszych źródeł z chwilą pojawienia się w handlu.

Czyste przetwory chemiczne do celów analitycznych.

Barwniki Dra G. Grübera w Lipsku do badań mikroskopowych.

Różne przyrządy pomocnicze do robót mikroskopowych, jako to: szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, miseczki, flaszki, igły, szpadle, pincety i t. p.

(dla aptek i szpitali ceny hurtowe).

26—16