

# GAZETA LEKARSKA.

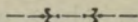
Z ODDZIAŁU D-RA A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU Ś-GO DUCHA W WARSZAWIE.

## I. PRZYCZYNEK DO ETYOLOGII

### ROPNIA OKOŁO-MIGDAŁKOWEGO.

Napisał

**August Logucki,**  
asystent oddziału.



Ropne zapalenie otoczenia migdałka podniebiennego — *peritonsillitis acuta purulenta* — należy do cierpień dość często u nas spostrzeganych. Na 4420 chorych, którzy zgłaszali się do ambulatoryum D-ra SOKOŁOWSKIEGO w ciągu lat 1890—1893, zanotowano 147 przypadków tego cierpienia; w roku zaś 1894 otwierano ropień okołomigdałkowy 56 razy. Sprawa ta, którą u nas wyczerpująco pod względem klinicznym i dyagnostycznym opisał D-r SOKOŁOWSKI w swej pracy „o bólu gardła“<sup>1)</sup>, w rozdziale o zapaleniu ropnem migdałka podniebiennego i jego otoczenia, przedstawia się klinicznie pod 2 postaciami, a mianowicie: 1) ropni, umiejscowionych pomiędzy przednim łukiem i migdałkiem, gdzie wypuklenie ku przodowi miękkiego podniebienia i łuku przedniego bywa bardzo wydatne, a obrzęk języczka bardzo duży i 2) ropni pomiędzy migdałkiem i tylnym łukiem, przy których objawy wyżej wskazane są mniej wyraźne; w tych ostatnich przypadkach sprawa trwa dłużej i przebieg jej bywa cięższy.

Z inicjatywy D-ra SOKOŁOWSKIEGO postanowiłem zająć się szczegółowo przeprowadzeniem bakteriologicznych badań, drogą hodowli ropy, powstałej przy powyższem cierpieniu w obu postaciach.

Aby otrzymać ropę li tylko z siedliska tejże, nie obawiając się jej zanieczyszczenia drobnoustrojami z jamy ustnej, postępowanie w moich badaniach było następujące: po uprzednim dokładnem oczyszczeniu za pomocą waty, napojonej 3% roztworem karbolu, w miejsca na przednim łuku po stronie zajętej sprawą wkładałem igłę wyjąłowiej szpryczki PRAVAZ'a, którą przed użyciem zawsze przestrzykiwałem jeszcze gorącą przegotowaną wodą, i wycią-

<sup>1)</sup> Ból gardła i jego znaczenie dyagnostyczne przy cierpieniach jamy gardzielowej. Odczyt kliniczny. 1894. r.

gałem część zawartości ropnia. Otrzymawszy w ten sposób ropę, część jej rozcierałem na szkiełkach przedmiotowych dla badania pod drobnowidzem, następnie część zaraz szczepiłem na żelatynie na płytkach PETRI'ego, część wreszcie ropy zlewałem do wyjąłowionej epruwetki, skąd zwykle w  $\frac{1}{2}$  godziny zaszczepiałem na agarze zwyczajnym i glicerynowym. Po rozwinięciu się hodowli przeszczepiałem każdy oddzielny gatunek na powierzchnie żelatynowe i agarowe w probówkach i robiłem ukłucia. Badania bakteriologiczne wykonałem częściowo w pracowni patologicznej prof. BRODOWSKIEGO, częściowo zaś w pracowni przy oddziale w szpitalu. Przystępując obecnie do podania wyników moich badań, zaznaczam, że dokładnie opisują obraz cierpienia w pierwszych 2 przypadkach, w następnych zaś poprzestają tylko na uwzględnieniu wywiadów i rozpoznania.

**Przypadek I.** F. lat 32, żona wyrobnika, przybyła do ambulatoryum 28 V. 1894 r. skarżąc się na ból gardła, gorączkę, ogólne rozbicie. Chora opowiada, że cierpi na ból gardła już od tygodnia. Początkowo odczuwała ból przy łykaniu to z jednej, to z drugiej strony; od 3 dni zaś mocny ból umiejscowił się przeważnie z prawej strony. Przelykać nie może od 2 dni nawet płynów, gdyż sprawia jej to niesłychanie silny ból, a płyn dostaje się do nosa. Przed 2 laty przecinano jej ropień w gardzieli; chora jednak nie pamięta, z której strony. Często przedtem zapadała na ból gardła. Chora wynędzniała, gorączkuje; mówi powoli głosem z charakterem nosowym. Gruczoły podszczękowe i szyjowe z prawej strony powiększone i bolesne na ucisk. Przy badaniu gardzieli znaleziono mocne zaczerwienienie prawej połowy podniebienia miękkiego, zaczerwienienie i obrzęk prawego łuku przedniego, który styka się z mocno obrzmiałym języczkiem. Po uchyleniu języczka widać na zaczerwienionym i powiększonym nieco prawym migdale w ujściach niektórych krypt białawą zawartość. Cała prawa połowa podniebienia miękkiego mocno wypukłona ku przodowi. Przy badaniu palcem wyczuwa się lekkie chelbotanie. Lewy migdał nieco zaczerwieniony. Rozpoznano ropień około-migdałkowy prawostronny. Wyciągnięto szpryczką część ropy. Przecięto ropień. Przez ranę wypłynęło dużo ropy. Zalecono 2% roztwór karbolu do płukania gardła. 30. V. chora czuje się zupełnie dobrze. Część ropy, roztartej i utrwalonej przez przeprowadzenie przez płomień na szkiełkach, zabarwionej płynami EHRlich'a, LOEFELER'a i *gentianavioleto*, przy badaniu mikroskopowem zawierała bardzo dużo komórek ropnych wielojądrowych, nieco czerwonych krążków krwi i znaczną ilość drobnych, bądź pojedynczych, bądź też zebranych w kępki i łańcuszki, koków.

Na płytkach żelatynowych po 2 dniach rozwinęły się dwa rodzaje kolonii; znaczna część ich przedstawiała się jako białe plamki, połyskujące z brzegami zupełnie równymi; pod drobnowidzem kolonie te miały kolor blade-orzechowy, brzegi zaś drobno ziarniste. Po kilku dniach rozpuściły żelatynę. Barwione na szkiełkach przedstawiały się jako drobne koki, zebrane przeważnie w gronka, metodą GRAM'a barwiły się. Na płaszczyźnie rozwijały się pod postacią białego, połyskującego nalotu i tu również rozpuściły żelatynę.

Przeniesione do epruwetki w ukłuciu rozwijały się wzdłuż ukłucia, przyczem po kilku dniach rozpuściły żelatynę. Na agarze przedstawiały się rów-

nież jako prawie białe plamki. Kolonii drugich była nieco mniejsza ilość. Na płytkach agarowych po 3 dniach, przy ciepłocie 37°, przedstawiały się jako biało-szarawe, małe punkciki przeświecalące; na żelatynie zaś jako małe, białawe punkciki, nie rozpuszczające żelatyny. Pod drobnowidzem kolonie te miały szaro-żółtawy odcień, brzegi równe, gładkie. W bulionie rozwinęły się pod postacią białawych strzępków, opadających na dno epruwetki; bulion przysiętem pozostawał przezroczystym. Wyhodowano więc typowe hodowle ropnych pasożytów gronkowca białego i paciorkowca (*staphylococcus pyogenes albus et streptococcus pyogenes*).

**Przypadek II.** S. 25 lat, szewc, przybył do ambulatoryum 15. VI. 1894 r., skarżąc się na mocny ból przy łykaniu, dreszcze, gorączkę. Chory od 8 dni od początku choroby ucywa ból stale z prawej strony. Od 3 dni nic przełknąć nie może; od tegoż czasu datuje się tępy ból w prawem uchu, gdzie od czasu do czasu chory odczuwa strzykanie. Często przedtem zapadał na ból gardła, lecz po raz pierwszy choroba trwa tak długo. Chory wynędzniały, gorączkuje; gruczoły podszczękowe i szyjowe z prawej strony bolesne, powiększone. Mowa nosowa, widocznie sprawia ból choremu. Niewielki szczękościsk. Przy badaniu gardzieli znaleziono: mocne zaczerwienienie błony śluzowej całej gardzieli; na tylnej ścianie znaczna ilość śluzu; prawa połowa miękkiego podniebienia obrzmiała, cokolwiek wypukłona ku przodowi; prawy migdał powiększony, czerwony; w ujściach krypt widoczne białawe czopy; języczek zaczerwieniony, nieco obrzmiały. Przy badaniu palcem chory odczuwa żywy ból; pod palcem stwardnienie. Rozpoznano głęboki ropień prawostronny. Wyciągnięto szpryczką część ropy.

Wykonano głębokie cięcie, ropy wyszło niewiele. Zalecono 2% rozczyzn karbolu do płukania. 16. VI. chory czuje się lepiej; ból przy łykaniu mniejszy; zaczerwienienie jednakowe; na miejscu przecięcia białawy nalot. Po wprowadzeniu i rozszerzeniu zgłębnikiem przecięcia wydobyło się dość dużo wodnistej ropy. 18. VI. chory czuje się dobrze.

Przy badaniu ropy pod drobnowidzem pośród wielojądrowych ropnych komórek znaleziono niewielką ilość pasożytów w postaci drobnych koków, zebranych w gronka. Z ropy wyhodowano gronkowca złocistego (*staphylococcus pyogenes aureus*).

**Przypadek III** dotyczy 19-letniej nauczycielki, która zgłosiła się do ambulatoryum 18. VI. 1894 r., skarżąc się na trwający od 2 dni ból gardła. Przy badaniu chorej znaleziono: gruczoły podszczękowe z obu stron lekko obrzmiałe, nieco bolesne; migdały zaczerwienione, obrzmiałe; w kryptach drobne, białoszarawe czopy. Rozpoznano *tonsillitidem lacunarem acutam* i zalecono rozczyzn tymolu do płukania. Po 3 dniach, 21. VI. chora zgłosiła się powtórnie, opowiadając, że ból stopniowo wzmaga się, szczególnie odczuwa go przy łykaniu z prawej strony. Po zbadaniu rozpoznano ropień około-migdałkowy z prawej strony.

Z ropy wyhodowano paciorkowca — *streptococcus pyogenes*.

**Przypadek IV.** Jadwiga K., 20 lat, służąca zgłosiła się do ambulatoryum 20. VI. 1894 r.; chora od tygodnia. Często przedtem zapadała na ból gardła.

Przed 3 laty otwierano jej ropień w gardzieli z lewej strony. Po zbadaniu rozpoznałem ropień około-migdałkowy, głęboko umiejscowiony z lewej strony. Z ropy wyhodowano gronkowca białego.

**Przypadek V.** Z., 43 lat, krawiec, zgłosił się do ambulatoryum 22. VI. 1894 r. stopniowo wzmagający się ból przy łykaniu odczuwa z lewej strony od 10 dni. Przedtem często zapadał na ból gardła.

Po zbadaniu rozpoznało ropień około-migdałkowy z lewej strony.

Po 3 dniach na żelatynie rozwinęły się 2 gatunki kolonii: jednych rozwinęła się bardzo wielka ilość; posiadały one wszystkie cechy gronkowca złocistego (*staphylococcus pyogenes aureus*); drugich natomiast było mniej; przedstawiały się na żelatynie jako biało-szarawe, grube punkciki, z brzegami gładkimi. Na szkiełkach przy barwieniu okazało się, że są to pojedyncze koki; metodą GRAM'a barwiły się.

Czysta hodowla czterodniowa, wstrzyknięta dwóm królikom pod skórę, ropienia nie wywołała; króliki pozostały zdrowe. Pasożyty te uznano za niechorobotwórcze.

**Przypadek VI.** Maryanna A., 26 lat, służąca zgłosiła się do ambulatoryum 25. VI. 1894 r.. Chora od 9 dni. Przed kilku laty wycinano jej prawy migdał z powodu częstych ropni w gardzieli z prawej strony. Często zapada na ból gardła. Po zbadaniu rozpoznało lewostronny około-migdałkowy ropień.

Z ropy wyhodowano gronkowca białego i złocistego (*staphylococcus pyogenes albus et aureus*); ostatni licznie przeważał.

**Przypadek VII.** P., 35 lat, wyrobnik, przybył do ambulatoryum 1. X. 1894 r. Chory od 2 tygodni. W ciągu kilku pierwszych dni choroby odczuwał ból przy łykaniu to z jednej strony, to z drugiej; od tygodnia ból stale z prawej strony; łykać od 2 dni nie może nawet płynów.

Po zbadaniu rozpoznało ropień około-migdałkowy z prawej strony. Z ropy wyhodowano gronkowca złocistego (*staphylococcus pyogenes aureus*).

**Przypadek VIII.** M., 16 lat, szewc, zgłosił się do ambulatoryum 5. X. 1894 r.. Chory od tygodnia. Ból odczuwa stale z lewej strony. Przedtem często zapadał na ból gardła. Z ropy wyhodowano paciorkowca i gronkowca białego (*streptococcus pyogenes et staphylococcus pyogenes albus*).

**Przypadek IX.** F., 30 lat, służący, zgłosił się do ambulatoryum 4. I. 1895 r. Chory od 5 dni. Ból, stopniowo wzmagający się stale z prawej strony. W dzieciństwie często zapadał na ból gardła.

Po zbadaniu rozpoznało ropień około-migdałkowy z prawej strony, umiejscowiony głęboko. Z ropy wyhodowano paciorkowca (*streptococcus pyogenes*).

**Przypadek X.** L. 28 lat, żona wyrobnika, zgłosiła się 20. II. 1895 r. Chora od 8 dni. Często zapadała na ból gardła. Przed rokiem przecinano jej ropień w gardzieli z lewej strony.

Po zbadaniu rozpoznało ropień około-migdałkowy z lewej strony. Z ropy wyhodowano gronkowca białego i złocistego (*staphylococcus pyogenes albus et aureus*).

**Przypadek XI.** M., 18 lat, służąca, zgłosiła się do ambulatoryum 4. III. 1895 r.. Chora od 6 dni. Często zapadała na ból gardła. Po zbadaniu rozpo-

znano ropień prawostronny. Z ropy wyhodowano gronkowca białego w przeważnej liczbie i paciorkowca (*staphylococcus pyogenes albus et streptococcus pyogenes*).

Przy drobnowidzowym badaniu ropa we wszystkich tych przypadkach przedstawiała cechy zwykłej ropy; składała się zawsze z komórek wielojądrowych, neutrofilowych z dobrze barwiącymi się jądrami i z obfitą w ziarnistość protoplazmą.

Zestawiając wyniki badań, widzimy, że na 11 przypadków ropnia około-migdałkowego wyhodowano z ropy 2 razy paciorkowce same (*streptococci*), 6 razy gronkowce (*staphylococci*) i 3 razy formy mieszane, t. j. gronkowce i paciorkowce.

Na podstawie 11 badanych bakteryologicznie i całego szeregu przypadków ropnia około-migdałkowego obserwowanych klinicznie pozwalałam sobie wypowiedzieć następujące wnioski:

1) Ropień około-migdałkowy jest, podług spostrzeżeń naszych klinicznych, zazwyczaj cierpieniem wtórnym; spostrzegać się daje u ludzi, którzy często zapadali na zwykłe ostre zapalenie migdałów; niekiedy ropnie około-migdałkowe powstają i przy dyfteryście. Wiadomo bowiem, że i po zapaleniach migdałów często bardzo pozostają żrosty powierzchni migdała z łukami, wskutek czego przy następnym zapaleniu migdała wydzielina z krypt, nie mając ujścia, drażni tkankę około-migdałkową, wywołując jej stan zapalny. Już na to zwracał uwagę CLARENCE RIC, cytowany u SALLARD'a <sup>1)</sup>. Autor ten na poparcie takiego tłumaczenia powstawania ropni około-migdałkowych przytacza fakt, że u małych dzieci sprawa ta spostrzegać się nie daje.

2) Obecność w ropie ropotwórczych pasożytów gronkowców i paciorkowców da się z łatwością wytłumaczyć; wiemy bowiem, że w kryptach migdałów niekiedy nawet u ludzi zdrowych znajdują się rozliczne, nawet chorobotwórcze drobnoustroje, pomiędzy którymi paciorkowce i gronkowce odgrywają ważną rolę przy cierpieniach migdałów (*tonsillitis lacunaris*, formy mieszane dyfterytu i t. p.).

3) Przy otwieraniu ropni około-migdałkowych w pierwszych dniach wytwarzania się ich znajdowano w ropie przeważnie paciorkowce, nieco później gronkowce i paciorkowce, w długotrwałych zaś sprawach przeważnie gronkowce. Być może, że i tu odgrywa rolę znany w bakteryologii fakt, że paciorkowce mogą być przerośniętymi przez gronkowce, a tem możnaby sobie wytłumaczyć, że sprawa, która zwykle w pierwszych okresach przyjmuje nieraz bardzo ciężki charakter, w ogromnej większości przypadków po otwarciu ropnia, czy to sztucznem, czy też samodzielnem, kończy się zazwyczaj pomyślnie, nie wywołując groźniejszych następstw [ropni w sąsiednich narządach, ogólnego zakażenia i t. p.].

---

<sup>1)</sup> A SALLARD: Les amygdalites aigues. Paris. 1892.

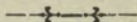
## II. BADANIA CHEMICZNE I KLINICZNE NAD T. ZW. MLEKIEM TŁUSTEM GÄRTNER'A (*Gärtner'sche Fettmilch*).

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

Przez

**D-ra Władysława Papiewskiego,**

lekarza chorób dziecięcych w Radomiu.



[Ciąg dalszy.— Patrz Nr. 41].

Badania, prowadzone w powyżej opisany sposób, dały wyniki następujące: Mleko GAERTNER'a na wygląd przedstawia się jak zwyczajne mleko krowie z widoczną warstwą śmietanki na swej powierzchni. Śmietanka ta przy kłóceniu miesza się równomiernie z dużą ilością mleka, lecz przy spokojnem pozostawieniu naczynia tworzy się szybciej, niż w mleku zwyczajnem: tak np. mleko GADDUM'a, centryfugowane z rannego udoju, dostarczane do kliniki o godzinie 9-ej rano, miało jej wyraźną warstwę, natomiast mleko SCHLEGEL'a widocznej śmietanki w tych warunkach nie miało. Smak mleka tłustego w porównaniu do zwyczajnego dużo mniej słodki, natomiast bardziej tłusty; ciężar właściwy mleka GADDUM'a wahał się pomiędzy 1016 a 1020, gdy mleka SCHLEGEL'a przechodził 1022, co w każdym razie znacznie je wyróżnia od zwykłego mleka krowiego. Oznaczenia tłuszczu i białka dokonywano co kilka dni w mleku świeżem; po dokładnem zmieszaniu go, do rozbioru chemicznego brano zawsze 2 porcyce mleka i tylko zupełnie zgodne ich wyniki uważano za badanie wiarogodne. Przy określaniu azotu metodą KJELDAHL'a czyniono również próby kontrolujące i otrzymywano rezultaty zgodne do 0,1 ctm. sz. użytego do miareczkowania ługu; przy określaniu cukru ścisłość ograniczałem do 0,01. Określeń prwyższych dokonałem wogóle 12, a mianowicie z mlekiem GADDUM'a 10 razy, z mlekiem SCHLEGEL'a, z którym doświadczenia kliniczne zacząłem prowadzić na innej seryi dzieci, do tego komunikatu nie należących, 2 razy.

(Patrz tablicę na str. 1090).

Z powyższej tablicy wynika, że mieliśmy do czynienia z 2-ma gatunkami mleka, które znacznie się różniły pod względem zawartości tłuszczu, natomiast białka zawierały ilości jednakowe; gdy bowiem mleko GADDUM'a (*Breslauer Molkererei*) istotnie zasługiwało na nazwę mleka tłustego, zawierając tłuszczu zawsze wyżej 3% z wahaniami od 3,1 do 3,5%, mleko SCHLEGEL'a (*Nippern*), badane dwukrotnie, wykazało 2,5—26% tłuszczu. Łatwo ztąd objaśnić sobie przyczynę różnicy w ciężarze właściwym dwóch tych gatunków, jak również brak warstwy śmietankowej na mleku SCHLEGEL'a.

Oto wyniki mych badań:

N-r	Data badania.	Firma mleka.	Z a w a r t o ś ć.				Inne badania.
			Tłuszczu. %	Azotu. %	Białka. %	Cukru. %	
1	5 VI.	<i>Gaddum</i>	3,4	0,312	1,925	2,34	na jałowość
2	9 VI.	„	3,5	0,28	1,75	2,45	na HCL
3	15 VI.	„	3,5	0,273	1,70625	2,45	na Lab
4	20 VI.	„	3,3	0,26775	1,674375	2,28	na jałowość
5	25 VI.	„	3,5	0,287	1,79375	2,42	na Lab
6	30 VI.	„	3,1	0,287	1,79375	2,0	na HCL
7	3 VII.	„	3,2	0,2695	1,684375	2,15	na Lab
8	8 VII.	„	3,4	0,273	1,70625	2,36	na HCL
9	18 VII.	„	3,5	0,2765	1,728125	2,42	na jałowość
10	20 VII.	„	3,4	0,2835	1,771875	2,36	na Lab
11	11 VII.	<i>Schlegel</i>	2,5	0,266	1,6625	2,5	na HCL
12	16 VII.	„	2,9	0,273	1,70625	2,5	na jałowość

Ponieważ serya badań klinicznych, jaką obecnie ogłaszam, czyniona była z mlekiem GADDUM'a, przeto niem się zajmę, przeprowadzając porównanie tegoż z mlekiem kobiecem.

Najnowsze badania nad składem chemicznym mleka kobiecego, dokonane przez JOHANNESSEN'a (l. c.), HOFFMANN'a <sup>1)</sup> i PFEIFFER'a <sup>2)</sup>, nie dały zgodnych wyników, gdy pierwszy bowiem pracując metodą KJELDAHL'a i przyjmując mnożnik HAMMARSTEN-SEBELIEN'a [6,37], otrzymywał w przecięciu 1,104% białka, rezultat prawie ten sam, jaki otrzymał HOFFMANN [1,03%], to z drugiej strony badacz tej miary, jakim w dziedzinie mleka jest PFEIFFER, posługując się dawną swą metodą <sup>3)</sup> na zasadzie 100 nowych rozbiórów chemicznych mleka kobiecego podaje w wątpliwości wynik rozbiórów HOFFMANN'a, gdyż najniższa zawartość białka wynosiła u niego 1,049% [№ 62, w 6-m miesiącu], a najwyższa aż 5,301% [№ 5 w 1-m miesiącu].

Przyjmuje on z 162 badań swych za przeciętną zawartość białka podług miesięcy karmienia, co następuje:

I miesiąc	2,979%	VII miesiąc	1,530%
II „	2,044	VIII „	1,689
III „	1,986	IX „	1,539
IV „	1,771	X „	1,714
V „	1,450	XI „	1,471
VI „	1,543	XII „	1,726

z tego ogólna przeciętna bez różnicy miesiąca 1,944%.

<sup>1)</sup> HEUBNER's Vortrag auf. dem VIII internationalen Hygienecongress in Pest. Berliner klinische Wochenschrift, 1894 № 37 i 38.

<sup>2)</sup> 100 Analysen von ausgebildeter menschlicher Milch aus allen Monaten des Stillens. Verhandlungen des 11-en Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde, str. 126.

<sup>3)</sup> Opisaną w jego Analysie der Milch. 1887. Wiesbaden.

Porównyując wyniki badań PFEIFFER'a nad mlekiem kobiecym z wynikami badań moich nad mlekiem GAERTNER'a widzimy, że różnica zawartości w nich białka jest bardzo nieznaczna bo gdy podług PFEIFFER'a waha się pomiędzy 2,979% [I-m] i 1,450% [V-m], w ogromnej większości przypadków wynosząc 1,5 — 1,8%, badania moje wykazują wahania pomiędzy 1,925% a 1,6625%, w większości zaś przypadków wykazują około 1,7%.

Gdybym był przyjmował mnożnik SEBELIEN'a, cyfry te byłyby jeszcze większe i prawie zupełnie nie różniłyby się od cyfr PFEIFFER'a. Jakkolwiek od cyfr podanych przez JOHANNESSEN'a i HOFFMANN'a są one wyższe, jednak w porównaniu z wysoką zawartością w mleku krowiem [podług KOENIG'a 3,55% białka] są bez porównania niższe, pod względem więc zawartości białka mleko GAERTNER'a istotnie jest wielce do kobiecego zbliżone i cel obniżenia tej zawartości metoda GAERTNER'a w zupełności osiąga.

Co się tyczy tłuszczu, to ostatnie rozbiory PFEIFFER'a oznaczają jego zawartość podług miesięcy, jak następuje:

I miesiąc	2,741%	VII miesiąc	3,281%
II "	3,371	VIII "	3,358
III "	2,714	IX "	2,414
IV "	3,912	X "	4,221
V "	3,365	XI "	3,590
VI "	2,789	XII "	5,304

skąd ogólna przeciętna dla całego roku karmienia 3,107%.

Określenia moje wykazywały zawartość tłuszczu zawsze wyższą od 3%, najwyżej i najczęściej 3,5%, najmniej 3,1%, czyli że mleko tłuste GADDUM'a odpowiada pod względem zawartości tłuszczu wynikom rozbioru PFEIFFER'a, a nawet nieco je powyższa, odpowiada również cyfrom podanym przez JOHANNESSEN'a [średnio 3,21%], natomiast mniejszą jest w niem zawartość tłuszczu od podanej dla mleka kobiecego przez HOFFMANN'a [4,07%]. I tłuszcz więc w mleku GAERTNER'a jest w ilości odpowiadającej mleku kobiecemu, a znacznie przewyższającej zawartość jego w zwykłym niezbiieranym mleku krowiem, dla którego dane KOENIG'a [3,69%] i GORUP-BESANEZ'a [4%] stanowczo należy obniżyć do 2,5% do 3%.

Nakoniec, wahania zawartości cukru w mleku kobiecym są, według PFEIFFER'a, względnie do miesiąca karmienia następujące:

I miesiąc	5,775%	VII miesiąc	6,891%
II "	6,334	VIII "	6,310
III "	6,431	IX "	6,616
IV "	6,683	X "	6,242
V "	7,329	XI "	6,661
VI "	6,826	XII "	6,090

czyli dla całego roku przeciętnie 6,303%, cyfra, nie odpowiadająca rezultatom JOHANNESSEN'a [4,67%], za to więcej zbliżona do podanej przez HOFFMANN'a [7,03%] i bardzo bliska cyfrze KOENIG'a [6,21%]. Moje rezultaty wykazują cukier w ilościach znacznie mniejszych, bo nie przekraczających 2,5% i wpły-



wa to na smak mleka GAERTNER'a, lecz nie jest ani trudnem do usunięcia przez dodanie odpowiedniej ilości cukru mlecznego, ani nawet w razie pozostawienia *in statu quo* tak ważnem dla odżywiania.

Zawartości soli w mleku GAERTNER'a nie określałem ze względu na drugorzędną wartość soli w odżywianiu niemowląt, przyjmując jednak wyniki KOENIG'a, które oznaczają zawartość ich w mleku kobiecem na 0,31%, w mleku zaś krowiem na 0,72%, należy mniemać, że w mleku GAERTNER'a ilość soli zmniejszona do połowy przez pierwotne rozcieńczenie mleka odpowiada ilości ich w mleku kobiecem, czyli że wynosi 0,3—0,4%.

Z powyższych zestawień wynika, że mleko GAERTNER'a w istocie co do składu chemicznego pod względem ilościowym jedynie na punkcie cukru różni się znacznie od kobiecego, za to pod względem zawartości tłuszczu, białka i soli jest z niem, jeżeli nie identyczne, to w każdym razie stoi najbliżej doń ze znanych dotąd preparatów mlecznych.

Co do własności fizyologicznych mleka tłustego, to badania moje wykazały [w 5 doświadczeniach oznaczonych na tablicy w rubryce uwag], że podpuszczka działa na nie w sposób więcej przybliżony do działania na mleko kobiece, niż na krowie: płatki powstałe po ścięciu mleka GAERTNER'a drobnymi rozmiarami i delikatnością budowy daleko więcej są podobne do ściętego sernika kobiecego, niż do grubych i ciężkich płatków sernika krowiego

Czterokrotne moje próby, które zawsze jedne dawały wyniki, stwierdzają przez to, że tłuszcz w zwiększonej ilości wpływa dodatnio na ścinanie sernika, co zresztą już BIEDERT zauważył, a ESCHERICH mechanicznie objaśnił. W każdym razie nie ulega wątpliwości wyższość mleka GAERTNER'a nad mlekiem zwyczajnem pod względem stosunku do podpuszczki.

Do badań na wiązanie kwasu solnego używałem 10 ctm. sz. mleka tłustego, do których dodawałem zbytek, bo 5 ctm. sz. ćwierć normalnego kwasu solnego, a po dokładnem zmieszaniu określałem wolny kwas solny metodą STOEQUIST-JAKSCH'a. Określeń tych dokonałem ogółem czterech, z nich 3-ch z mlekiem GADDUM'a i jednego z mlekiem SCHLEGEL'a. Wyniki ich nie są równomierne, a szczególnie pomiędzy obu gatunkami mleka tłustego znaczną znajdujemy różnicę, albowiem gdy przy 10 centymetrowych porcjach mleka

№ 2	związanego kwasu solnego	było	5,62	miligramów
№ 6	"	"	6,15	"
№ 8	"	"	7,59	"

Natomiast w № 11 [mleko SCHLEGEL'a] związanego kwasu było 12,86 miligramów. Różnica ta przemawia na korzyść mleka GADDUM'a, które już, jak widzieliśmy, i pod względem zawartości tłuszczu mleko SCHLEGEL'a przewyższało.

W porównaniu jednak z innymi gatunkami mleka zwierzęcego nawet mleko tłuste SCHLEGEL'a ma wyższość niezaprzeczoną, jak dowodzą badania porównawcze, których wyniki zawdzięczam D-rowsi KELLER'owi, wolontaryuszowi kliniki. Podług badań jego tą samą metodą, co i moje, dokonywanych 10 ctm. sz. mleka oślego wiąza 23,22 mlgr. kwasu solnego, a te same ilości mleka

krowiego aż 32,46 i 34,54 mlgr.. Tylko mleko kobiece nie ustępuje mleku GAERTNER'a, bo 10 ctm. sz. tegoż wiązą podług określeń KELLER'a 9,23 - 7,29 - 8,67 - 6,73 - 5,85 mlgr. kwasu solnego. Wielką więc przewagę ma mleko GAERTNER'a pod względem swego stosunku do kwasu solnego.

Badania bakteryologiczne mleka świeżego, którego do szczepienia używaliśmy ilości po 0,5; 0,25 i 0,1 ctm. sz., wykazały prawie zupełną jałowość obydwóch gatunków, jakkolwiek przewagę w tym względzie ma mleko SCHLEGEL'a [sterylizowane] nad GADDUM'a [pasteuryzowanym]. Liczba kolonii na płytkach żelatynowych PETRI'ego wahała się od 7-miu, ilości najniższej, jaką otrzymaliśmy z 3-go rozcieńczenia 0,1 ctm. sz. mleka SCHLEGEL'a po 24 godzinach w ciepłocie pokojowej, do 40—50 kolonii, jakie można było zliczyć w 3-iem rozcieńczeniu 0,5 ctm. sz. mleka GADDUM'a po 48 godzinach stania. Zawartość bakterii, wyłącznie niewinnych saprofitów, była dość stała i przy badaniu mleka, pozostawionego w szczelnie zatkniętej butelce na 24 godziny w miejscu chłodnym, bardzo małej ulegała zmianie. Pozostawione w piwnicy mleko tłuste kwaśniało najczęściej po 60 godzinach, pozostawione w ciepłocie pokojowej, pomimo nader silnych naonczas upałów, wytrzymało 48 godzin, wyjątkowo tylko psuło się po 24 godzinach.

Tak się przedstawia mleko GAERTNER'a według badań moich, stwierdzających wszystko, co o jego składzie i własnościach bądź powiedziano, bądź spodziewać się było można. Z własności tych wypływają wskazania co do używania go jako surrogatu mleka macierzyńskiego.

Oczywiście nie ma tu mowy o jakimkolwiek rozcieńczeniu tego mleka, ponieważ zmniejszenie zawartości sernika, cel, któremu służyło rozcieńczenie, jest tu osiągnięty jeszcze przed centryfugowaniem. Ma to doniosłe znaczenie praktyczne, gdyż czyni zbytecznym zastosowanie przy karmieniu bądź to nieracjonalnej metody procentowej, bądź też skomplikowanej metody wolumetrycznej, następnie odrzucając rozcieńczenie, unikamy tak ujemnie na jałowość mleka wpływającego przelewania do kilku naczyń; wystarcza tu bezpośrednie przelanie odpowiedniej na jedno ssanie porcji do flaszki [mamki] i po założeniu smoczka ogrzanie jej do 28°R. w kąpieli wodnej. Wobec jałowości mleka i możliwości otrzymywania go w miastach w stanie świeżym, zbytecznym jest powtórne ogrzewanie go przed użyciem w celach wyjąławiania. To są dobre strony praktyczne mleka tłustego, zalecające jego użycie wśród klas najmniej inteligentnych, gdzie karmienie dotąd znanymi metodami natrafiało na poważne przeszkody: mały dozór, brak uwagi i czasu na odpowiednie przygotowanie pożywienia, na koniec lekceważenie lub nierozsądek ze strony matek.

Przy mleku GAERTNER'a pozostaje wprowadzić do poprawy jeden punkt: mała zawartość cukru. Jak analizy moje wykazały, należałoby dla zrównania pod tym względem mleka tłustego z mlekiem kobiecym dodać jeszcze około 3% cukru mlecznego, w doświadczeniach moich klinicznych nie stawiałem jednak kwestyi słodzenia na pierwszym planie i, o ile dzieci chętnie piły mleko niesłodzone, nie dodawałem cukru wcale, gdy zaś piły je niechętnie, dodawałem cukier mleczny w ilościach minimalnych, o tyle, żeby smak mleka poprawić.

Poztrzygając, w jakich odstępach i w jakiej ilości na jedną porcję podawać należy mleko GAERTNER'a, nie trzymałem się żadnych dotychczasowych obliczeń, lecz starałem się stanąć najbliżej natury. Wobec blizkiego pokrewieństwa mleka GAERTNER'a z mlekiem kobiecym wydawało mi się najwłaściwszem pozostawić niemowlęciu określenie jednorazowej porcyi tak, jak określa ją ono przy karmieniu piersią; natomiast co do przestanków pomiędzy pojedynczym karmienia minimalnego (*Minimal-Dosis-Ernährung*), bacząc, żeby żołądek przed podaniem następującej porcyi był należycie zdezynfekowany i wypoczęty: w tym celu podawano mleko w odstępach 4-ro-godzinnych, a w ilościach, jakie dziecko dowolnie wypijało.

Materyał kliniczny i polikliniczny, jaki mogłem zużytkować do badań nad mlekiem GAERTNER'a, da się podzielić na następujące grupy:

a) niemowlęta zdrowe, ewentualnie tylko krzywicze z lekkimi zaburzeniami w trawieniu na tle tego cierpienia;

b) niemowlęta z zaburzeniami trawienia mniej lub więcej przewlekłym i o mniej lub więcej znacznem natężeniu (*dyspepsia acuta et chronica, enterocarrhus acutus et chronicus*).

c) niemowlęta lub dzieci leczone klinicznie z powodu chorób ostrych lub przewlekłych, u których zaburzenia w trawieniu występowały bądź to wtórnie, wikłając cierpienie zasadnicze, bądź też stanowiły właściwość danego narządu w zależności od zasadniczej choroby.

Znaczniejsza część obserwacji była prowadzona poliklinicznie: dzieci przynoszone w stałych godzinach codziennie badano, przyczem zwracano uwagę na ilość wypitego codziennie mleka, ilość wypróżnień, ich jakość [sprawdzaną naocznie], inne objawy ze strony narządów trawienia, jako to: wymioty, odbijanie, czkawkę, badano stan serca i płuc; nakoniec skrupulatnie codziennie ważono. Zdaniem mojem, polikliniczne spostrzeżenia mają tem donioślejsze znaczenie praktyczne, że są prowadzone w warunkach zwykłego domowego karmienia sztucznego dzieci z klas niezamożnych, jakie dostarczają głównego kontyngensu przy sztucznem karmieniu niemowląt. W razie niepomyślnego przebiegu karmienia, a szczególnie w przypadkach, w których był powód do przypuszczenia, że dziecko w domu jest zaniedbywane i wskazówki lekarskie źle wypełniane, przyjmowano niemowlę do kliniki, w której podawanie mleka podług rzeczonych zasad było prowadzone z całą ścisłością i kontrolą.

By nie rozciągać nadmiernie rozmiarów niniejszej pracy, przedsięwzięłem kliniczne rezultaty badań moich przedstawić w postaci tablic wagi ciała z oznaczeniem codziennej ilości podawanego mleka GAERTNER'a lub innego pożywienia oraz stanu trawienia [stolce, wymioty].

Tablice niektórych przypadków obejmują nie tylko czas, w którym niemowlęta karmione były mlekiem GAERTNER'a i niekiedy i długie miesiące wcześniejsze, gdy dziecko żywiono inną pożywką, i takie tablice ze względów porównawczych posiadają tem większe znaczenie. Przed rozpoczęciem podawania mleka GAERTNER'a dzieci trzymaliśmy przez 24 godziny na herbacie wyłącznie, dzień rozpoczęcia GAERTNER'owskiej diety jest na każdej tablicy oznaczony.

Przystępuję obecnie do przedstawienia materiału klinicznego rzezonym porządkiem.

**Grupa a: niemowlęta zdrowe lub krzywicze.**

Przypadek I. Martha Sch..., 1 $\frac{1}{4}$  roku, córka robotnika, do 4 miesiąca karmiona piersią matki, co 2 godziny, od tego czasu mlekiem krowiem w rozcieńczeniu początkowym równą częścią wody, następnie jedną wody na dwie części mleka. Od roku życia je wszystko z rodzicami. W 6-em miesiącu przechodziła biegunkę dość krótkotrwałą, zresztą zdrowa; przyniesiona do kliniki 6. V. z powodu krzywiczych zmian kośćca, leczona fosforem z tranem, bezpośrednio przed rozpoczęciem podawania mleka GAERTNER'a przechodziła znów zaburzenia w trawieniu, wskutek których straciła na wadze około 200 gramów.

6 maja: waga 7650

9 " " 7620

16 " " 7690

24 " " 7590

28 " " 7580.

Od 28 maja rozpoczęto dyetę GAERTNER'owską od pół litra mleka dziennie.

30 maja: waga 7630. Jeden stolec dyspeptyczny, zielony.

30 " " 7510. Stolca nie było.

31 " " 7570. Odtąd dawano mleko GAERTNER'a po  $\frac{3}{4}$  litra dziennie. Dwa stolce dyspeptyczne, zielone.

1 czerwca: waga 7590. Jeden stolec dyspeptyczny, zielony.

2 " " 7560. Nie było stolca.

3 " " 7680. Jeden stolec prawidłowy.

4 " " 7790. " " " "

5 " " 7850. Dwa stolce prawidłowe.

6 " " 7970. " " " "

7 " " 7810. Jeden stolec prawidłowy.

8 " " 7700. Dwa stołeczki dyspeptyczne, zielone.

9 " " 7760. Nie było.

10 " " 7840. Dwa stołeczki gliniaste, białawe.

11 " " 7790. Trzy stołeczki prawidłowe.

12 " " 7800. Odtąd po 1 litrze mleka G. 1 stoł. normalny.

13 " " 7910. Dwa stołeczki prawidłowe.

14 " " 7960. Jeden stołeczek prawidłowy.

15 " " 7960. Dwa stołeczki prawidłowe.

16 " " 7990. " " " "

17 " " 7930. Trzy " " "

18 " " 7880. " " " "

19 " " 7980. Dwa " " "

20 " " 8400. " " " "

21 " " 8000. Trzy " " "

22 " " 8010. " " " "

23	czerwca:	waga 8110.	Trzy	stołeczki	prawidłowe.
24	"	" 8110.	"	"	dyspeptyczne żółte.
25	"	" 8110.	Dwa	"	prawidłowe.
26	"	" 8170.	"	"	" żółte.
27	"	" 8170.	"	"	" "
28	"	" 8280.	"	"	" "
29	"	" 8240.	"	"	dyspeptyczne.
30	"	" 8310,	"	"	prawidłowe.
1	lipca,	" 8280.	"	"	"
2	"	" 8450.	"	"	"
3	"	" 8410.	"	"	"
4	"	" 8320.	Trzy	stołeczki	dyspeptyczne.
5	"	" 8410.	Jeden	stołeczek	dyspeptyczny.
6	"	" 8490.	"	"	gliniasty, żółty.
7	"	" 8420.	Dwa	stołeczki	dyspeptyczne, żółte.
8	"	" 8480.	"	"	prawidłowe.
9	"	" 8460.	"	"	"
10	"	" 8560.	Jeden	stołeczek	prawidłowy.

Nie wymiotowała nigdy.

Przypadek powyższy jest w mojej seryi jedynym, dotyczącym dziecka wyżej roku, o tyle jednak opóźnionego w rozwoju, że waga jego wynosiła tylko 7540 grm., gdy tymczasem waga sztucznie karmionych dzieci określaną jest przez CAMERER'a <sup>1)</sup> ku końcowi piątego kwartału na 10  $\frac{1}{2}$  kilo. Gdy przy żywieniu mlekiem krowiem waga ciała w ciągu maja wahała się pomiędzy 7600 a 7700 grm., a wskutek zaburzeń w końcu spadła do 7500, to podczas karmienia mlekiem GAERTNER'a podskoczyła, usunąwszy uprzednie zaburzenia w trawieniu, do 8000 w ciągu tygodnia, spadła następnie do 7700, by stopniowo znów wznieść się do 8550. Narastanie to wagi dość równomierne, bez żadnych zaburzeń w narządach trawienia, z wahaniami bardzo nieznaczными daję nam ogólnego przyrostu przeszło 1 kilo w ciągu 43 dni, co w porównaniu z przyrostem, przypadającym na 2-gi rok życia dziewczynek [2,14 kilo], stanowi już jego połowę, wynik bardzo zachęcający.

Przypadek II. Margarethe Stel..., 5 miesięcy, córka stolarza, od urodzenia karmiona sztucznie krowiem mlekiem w rozcieńczeniu 1 na 3 części wody owsianej, nie wymiotowała, jakkolwiek miała częste odbijanie, stolce przeważnie raz na dzień gliniaste, dość suche, w ostatnich kilku tygodniach bardziej płynne.

Badanie 22. VI. wykazało: dziecko niedokrwiste, duże ciemiej rozwarłe na 2 palce, *craniotabes* wyraźny z lewej strony potylicy, żywy odruch rzępkowy, brak odruchu twarzowego, zmian w klatce piersiowej; zębów niema, w płucach rozlane rzężenia.

<sup>1)</sup> Untersuchungen über Massenwachsthum und Längenwachsthum der Kinder, Jahrbuch f. Khk, t. 36, str. 259.

22 czerwca dziecko ważyło 4410. O tegoż dnia wzięte na mleko GAERTNER'a po  $\frac{1}{2}$  litra dziennie.

23	czerwca,	waga:	4340.	Trzy stołeczki gliniaste, białawe.
24	"	"	4410.	Odtąd dawano po 1 litrze, 2 stolce prawidłowe.
25	"	"	4430.	Jeden stołeczek prawidłowy.
26	"	"	4530.	Dwa stołeczki prawidłowe.
27	"	"	4560.	" " gliniaste, białawe.
28	"	"	4610.	" " " "
29	"	"	4630.	" " " "
30	"	"	4590.	" " " "
1	lipca	"	4670.	" " " "
2	"	"	4770.	Jeden stołeczek gliniasty, żółty.
3	"	"	4780.	Dwa stołeczki prawidłowe.
4	"	"	4750.	" " " "
5	"	"	4730.	" " gliniaste, białawe.
6	"	"	4710.	" " " zielone.
7	"	"	4750.	" " dyspeptyczne.
8	"	"	4750.	" " " "
9	"	"	4810.	" " prawidłowe.
10	"	"	4870.	" " gliniaste, białawe.
11	"	"	4770.	" " " "
12	"	"	4780.	" " " "
13	"	"	4750.	" " " "
14	"	"	4770.	" " " zielone.
15	"	"	4810.	" " " "

Nie wymiotowała.

Przypadek ten należy więc zaliczyć równie do pomyslnych, pomimo że dotyczył dziecka o małej wadze początkowej.

**Przypadek III.** Willy P... 6 $\frac{1}{2}$  miesiąca, dziecko nieprawie, od urodzenia karmione sztucznie pierwotnie mlekiem z owsianką w rozcieńczeniu 1:3, następnie zupełną mączną, rozcieńczoną do połowy mlekiem, wymioty miewał rzadko częściej odbijanie, stolce pozeważnie twarde 2 dziennie, w ostatnich czasach wolniejsze z krzykiem.

10. VI badanie wskazało: dziecko niedokrwiste, *craniotabes*, różaniec krzywicy na żebrach, zębów niema, odruchów wzmożonych niema, nieznaczne powiększenie gruczołów pachwinowych.

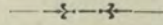
Dziecko wagi 5080. Od 10 czerwca otrzymywało po  $\frac{1}{2}$  litra mleka GAERTNER'a.

11	czerwca,	waga:	4960.	2 razy były wymioty po mleku. Stolca nie było
12	"	"	5030.	1 raz były wymioty śluzowe. Dwa stołeczki prawidłowe.
13	"	"	5010.	Od 13. VI. po $\frac{3}{4}$ litra mleka dziennie. Jeden raz były wymioty śluzowe. Dwa stołeczki prawidłowe.

14	czerwca,	waga:	5100.	Jeden stołeczek gliniasty, białawy.
15	"	"	5010.	" " " "
16	"	"	5130.	Dwa stołeczki prawidłowe.
17	"	"	5060.	" " gliniaste, białawe.
18	"	"	5060.	" " " " Dziecko otrzymuje po 1 litrze mleka.
19	"	"	5290.	Dwa stołeczki z większą zawartością tłuszczu.
20	"	"	5230.	Dwa stołeczki prawidłowe
21	"	"	5170.	" " "
22	"	"	5090.	" " "
23	"	"	5310.	Jeden stołeczek prawidłowy. Dziecko dostało tylko $1\frac{1}{2}$ litra mleka.
24	"	"	5380.	Dziecko otrzymało 1 litr mleka. Były 3 stołeczki gliniaste, żółte.
25	"	"	5310.	Dziecko otrzymuje po $1\frac{1}{4}$ litra mleka dziennie. Były dwa stołeczki prawidłowe.
26	"	"	5290.	Dwa stołeczki gliniaste, żółte.
27	"	"	5410.	Jeden stołeczek prawidłowy.
28	"	"	5410.	Dwa stołeczki prawidłowe.
29	"	"	5470.	Trzy stołeczki dyspeptyczne.
30	"	"	5510.	" " prawidłowe.
1	lipca	"	5500.	Dziecko otrzymało $\frac{3}{4}$ litra mleka. Trzy stołeczki dyspeptyczne.
2	"	"	5530.	Trzy stołeczki prawidłowe.
3	"	"	5610.	Dziecko otrzymało 1 litr mleka. 2 st. normalne.
4	"	"	5580.	Dwa stołeczki gliniaste, białawe.
5	"	"	5480.	Dziecko dostało $1\frac{1}{4}$ litra mleka. Jeden raz były wymioty. Dwa stołeczki gliniaste, białawe.
6	"	"	5590.	Trzy stołeczki normalne.
7	"	"	5600.	1 litr mleka G.. Dwa stołeczki gliniaste, żółte.
8	"	"	5700.	$1\frac{1}{4}$ litra mleka. Dwa stołeczki gliniaste.
9	"	"	5680.	" " " " " "
10	"	"	5530.	Dwa stołeczki gliniaste, białawe.
11	"	"	5660.	Trzy " " " "
12	"	"	5680.	Dwa " " " "
13	"	"	5640.	" " " " 1 litr mleka.
14	"	"	5580.	Dziecko otrzymuje znowu po $1\frac{1}{4}$ litra mleka dz. Dwa stołeczki gliniaste, białawe.
15	"	"	5740.	" " " " żółte.
16	"	"	5750.	Jeden stołeczek gliniasty, białawy.
17	"	"	5820.	" " " " zielony.
18	"	"	5830.	1 litr mleka. Jeden stołeczek gliniasty, zielony.

[D. c. n.]

### III. CZY MEDYCyna JEST NAUKĄ, CZY SZTUKĄ?



Przed laty wieloma odwiedziłem znany zakład okulistyczny, którego dyrektor był bardzo wyrobionym i bardzo słynnym lekarzem; asystent jego, obecny kierownik zakładu, który z kolei i sławę po poprzedniku swoim odziedziczył, zajmował się wtedy wyłącznie prawie anatomią patologiczną oka.

Przy rannej wizycie przedstawiał nam asystent świeżo przybyłego chorego, dotkniętego wrzodem pełzającym rogówki; przez pół godziny rozbierał szczegółowo poglądy, dotyczące związku pomiędzy wrzodem rogówki, a ropą w komórcie zebraną, poczem przeszedł do następnego chorego. Skoro kierownik zakładu przybył, przedstawiono mu z kolei tego samego chorego: „*Al Hypopionkeratitis, warum hat aber der Mensch noch kein Kataplasma?*“—i na tem swój wykład ograniczył. Zwrócił uwagę na jeden tylko szczegół, o którym asystent przy swoim wykładzie zapomniał.

Bo można na ten sam przedmiot z rozmaitego zapatrywać się stanowiska;—owszem, ludziom różnych zawodów muszą wobec tego samego przedmiotu rozmaite myśli napływać do głowy. Botanik uczony w lesie rozglądać się będzie po mchach i grzybach, leśnik zmierzy okiem grubość i wysokość drzew, oceni ich wartość i korzyść, jaką z nich można uzyskać; malarz obchodzi barwy i kształty, plamy świetlne i cienie; myśliwy upatrywać będzie zwierzyny, a dziecko szuka jedynie poziomek.

„Co mnie unosi, ich nawet nie ruszy... jak wilk, lub jak astronom, patrząc na niebo,—inny jest wzrok pasterza, kochanka, poety“.

Nauka i sztuka — to jakby dwie składowe części odruchu: przez pośrednictwo zmysłów dostają się wrażenia ze świata do umysłu naszego, który je podług praw swoich urabia, układa i w wiedzę zamienia; wiadomości, jako kierownik woli, zamieniają się w czyny i na świat zewnętrzny oddziałują.

Jak w odruchu obie jego części są koniecznie ze sobą związane, tak i nauka ze sztuką są ściśle splecione i jedna bez drugiej istnieć nie może.

Przedewszystkiem każde działanie nasze oczywiście od wiadomości nabytych zależy; sztuka jest córką wiedzy. Jeżeli wywierać mamy jakiegokolwiek działanie rozumne dla osiągnięcia świadomego celu, musimy o przedmiocie i o samem działaniu naszym już uprzednio coś wiedzieć. Tak, chcąc leczyć chorego, musimy znać chorobę jego i skutki stosowanych przez nas środków. Wiadomości nasze i pojęcia mogą być prawdziwe albo błędne, musimy w każdym razie posiadać je, wierzyć im i zgodnie z nimi działać. Inaczej, postępowanie nasze nie byłoby sztuką, nie byłoby działaniem świadomem, rozumnym, jak bezmyślne mahanie rękoma nie jest ruchem celowym, z rozumnym zamiarem do wyraźnego celu prowadzącym. Każdy lekarz, jak każdy człowiek czynu,



musi znać przedmiot swego działania i działanie samo: musi posiadać odpowiednią naukę.

Ale też i nauka istnieć nie może bez sztuki, bez czynów. Dopóki uczonej biernie patrzy i rozmyśla, może się obejść bez wszelkiego czynu, bez działania. Ale nauką nie jest jeszcze świadomość w umyśle badacza zamknięta, staje się nią wtedy dopiero, kiedy innym przekazaną zostaje. Ułożenie wiadomości w porządek, ujęcie ich w słowa, jest sztuką, która i zdolności i wyrobienia wymaga. Każdy wykład, każda praca piśmienna, jest sztuką, a bez tej sztuki nauka nie istnieje.

Ale i samo badanie nie ogranicza się jedynie na biernem patrzeniu i rozmyślaniu, na kontemplacji; już obserwacja wymaga zebrania materiału i badania go z różnych stron, a doświadczenia naukowe są często nader kunsztowne i wielkiego wyrobienia technicznego wymagają,—są sztuką wysoko wydoskonaloną.

Tak sztuka z nauką, jakkolwiek logicznie rozdzielić je można, są z sobą w każdej pracy naukowej i w każdym czynie ludzkim splecione ściśle i rozrwać ich nie można na odrębne dziedziny pracy ludzkiego umysłu. Więc i ściśle rozdzielanie tych dziedzin można uważać za sprawę jałową i niepożyteczną.

Cała też ważność tego pytania polega na względach subiektywnych, na pracownikach jednej albo drugiej z tych głównych i rozległych niw działalności ludzkiej.

---

Jakichkolwiek dróg używa uczonej dla rozstrzygnięcia swych wątpliwości, zawsze jedno pytanie ostatecznie tkwi w jego umyśle: dlaczego? Jeden cel ma działalność jego: poznać związek zachodzący między zjawiskami, dojść ich przyczyny.

Jakichkolwiek wiadomości szuka sztukmistrz wobec swego przedmiotu, zawsze cel ma przed sobą wyraźny: jak tego dokonać? przez jakie działanie cel swój osiągnąć?

I umysł w jednym albo drugim zwraca się kierunku: albo bada zjawiska, albo swoją wiedzę ku jakiejś pożytecznej zwraca działalności; wyrabia się człowiek myśli, albo człowiek czynu.

Żaden umysł ludzki nie posiada tej giętkości i tej sprężystości, aby od rozmyślań łatwo do czynu przechodził, albo po spełnieniu czynu ważnego— a każde leczenie za taki czyn ważny powinno być uważane, przedewszystkiem przez samego lekarza—od razu o nim i następstwach jego zapominał i o przyczynach zjawisk mógł myśleć. A jeżeli umysły takie zdarzają się niekiedy, są wyjątkowymi; tej sztuki i tej giętkości od zwykłego umysłu ludzkiego wymagać nie można. „Jedna tylko iskra jest w człowieku, raz tylko w młodocianym zapala się wieku“. Przez zdolności wrodzone, przez długą uprawę, może się umysł wyrobić w jednym albo drugim kierunku, może stać się badawczym, albo czynnym.

Rozmyślanie nie zawsze czyni pewniejszymi i skuteczniejszymi czyni, czasami je utrudnia. Szeroki widok, przewidywanie wszelkich związków i wszel-

kich możliwych następstw, nieraz obezwładniać musi rękę do czynu wyciągniętą. Rzeczą jest uczonego jak najszerzej wszystko obejmować, nie spieszyć z wynikiem, ciągle widzieć wątpliwości i nie wcześniej być pewnym, aż te wszystkie wątpliwości znikną z jego umysłu. Wątpliwości i wahanie stanowią konieczną cechę, zaszczyt prawdziwego uczonego. Dla człowieka czynu wiadomości jego nie są szczytem, celem jego pracy, ale punktem wyjścia, opoką; on wątpić nie powinien, jeżeli w działaniu ma być dzielny; musi wierzyć swym wiadomościom, pomimo wszelkich braków. Człowiek czynu postanawiać musi nieraz bardzo prędko, natychmiast, ze wszystkich możliwości wybrać szybko najprawdopodobniejszą, a wszelkie inne wiadomości i wątpliwości usunąć, stłumić w sobie, aby energii czynu nie osłabiała.

Jeżeli można mówić o jakimś celu, o jakimś najwyższym zadaniu ludzkości, to tym celem i tem dążeniem może być tylko zrozumienie świata, nauka. Jeżeli można mówić o najwyższym szczęściu ludzkim—tem szczęściem może być tylko spokój badacza. Wielkie zasługi naukowe dają sławę największą, najtrwalszą, a więc i najbardziej pożądaną.

Ale nauka nie stanowi jedynej potrzeby ludzkości, ani jest tą dziedziną, którą największa liczba pracowników uprawiać może. Ludzkość dążyć musi do zbadania świata, ale też wszystkie jej potrzeby muszą być zaspokojone. Jakiegokolwiek stanowisko zajął kto na świecie, pierwszym i najważniejszym jest jego obowiązkiem, nie ażeby jak najwięcej posiadał i nabywał nauki, ale ażeby zadanie swoje spełniał jak najlepiej.

Od ogrodnika nie żądamy wszakże głębokiej znajomości botaniki, ani nowych odkryć botanicznych, żądamy tylko najśodszych owoców, najlepszych jarzyn, najpiękniejszych i najwonnejszych kwiatów.

Ażeby się oddać badaniom, potrzeba odpowiednich warunków życiowych, warunków, których zawód lekarski nie dostarcza wcale. Uczony z zawodu, nauce jedynie oddany, po godzinach pracy resztę czasu odpoczynkowi koniecznemu poświęcić może. Lekarz jedynie te godziny, odpoczynkowi wyrwane, mógłby poświęcić nauce.

Badania naukowe wymagają przede wszystkim spokoju umysłowego: żaden obowiązek nie może być uczonemu ważniejszym od tych badań, spokojnych rozmyślań, żadne inne względy płoszyć z jego umysłu nie powinny.

Tego spokoju umysłu, tej podstawy badań i rozmyślań naukowych, lekarz nigdy nie zazna. Obowiązki zawodowe tem mocniej umysł pochłaniają, tem bardziej człowieka niepokoić muszą, im większa wobec innych ludzi odpowiedzialność ze spełnianiem zawodu jest związana. Pod tym względem zawód lekarza jest ze wszystkich najcięższym; jedynie dowódca wojsk w czasie wojny cięższą odpowiedzialność dźwiga na sobie. Niepokój przed ciężką, niepewną operacją, który często sen odbiera, niepokój przebiegu choroby, wieczna niepewność, połowiczny najczęściej, a w każdym razie rzadko idealny wynik leczenia, nieprzewidziane powikłania, wymówki i wyrzuty pacjentów i najbardziej przynębiające, choć niezasłużone, wyrzuty czynione sobie, jakieś uczucie winy i wyrządzonej krzywdy: to zwykle tło życia lekarza, to są jego codzienne myśli

i uczucia. Zadowolenie ze skutecznych kuracji, chociażby one swą liczbą sto razy niepomysłne przypadki przewyższały, nigdy nie zatrze żalu i zgryzot tych nieszczęśliwych przypadków.

Pracy naukowej poświęcać lekarz może tylko wyjątkowe chwile zupełnej swobody myśli, tak rzadkie w jego zawodzie, i z tego stanowiska prace naukowe lekarzy oceniać potrzeba.

Wobec ciężącego obowiązku, wobec odpowiedzialności za czyny, musi ważność każdego czynu osłabiać i niweczyć wszelkie naukowe, spokojne rozmyślenia. W chwili operacji, cięcie, jakiego ma lekarz dokonać, musi i powinno zdawać mu się ważniejszym, niż wszystkie teorie naukowe.

Gdy kto medycynę pomiędzy sztuki zalicza, uważają to często lekarze za ubliżenie dla siebie i dla swego zawodu. Słyszeć często można, że okres medycyny, jako sztuki, przeminął, że z biegiem czasu, w miarę udoskonalenia, zmieniła się ona w istotną naukę, jakby taka przemiana rzeczy, zgoła odmiennych, możliwą była.

Stosowanie nauki nie jest badaniem naukowym i nie jest wcale prawdą, że działalność lekarza zależy jedynie od sumy jego wiadomości naukowych.

Niech lekarz bezstronnie rozpatrzy swoją działalność praktyczną, najważniejsze, najpewniejsze korzyści, jakie przyniósł chorym, niech oceni, ile wiadomości naukowych w te czynności włożył, niech zapomni o głosach, jakie wsząd słyszy i do których przywykł, a wtedy niech dopiero oceni, czy działalność jego jest nauką, czy sztuką. Gdy idzie o przywrócenie wzroku zaćmionego przez kataraktę, o umożliwienie oddechu przy zatkanej krtani, o wsunięcie uwięźniętej pętlicy kiszki, czy o wydobycie płodu, który naturalnym sposobem urodzić się nie może: wszakże to wszystko czyny, proste czyny ręczne, to działanie, to sztuka. Gdy nie nożem i ręką, ale za pośrednictwem środków lekarskich działamy, gdy atropiną, nie narzędziem, rozrywamy przyczepy tęczy, gdy oczyszczamy żołądek lub kiszki, gdy nie żelazem rozpalonem, ale przetworami chemicznymi niszczymy szkodliwe bakterye: jesteśmy również działaczami i wykonywamy sztukę.

Medycyna nie jest jedną z tych sztuk wyzwolonych, gdzie zaletą i dążeniem jest nowość i oryginalność. W działaniu lekarskim starać się musimy najczęściej spełnić swe czynności dokładnie, podług zasad znanych i utrwalonych. Lekarze nie lubią, oburzają się najbardziej, gdy kto medycynę za rzemiosło uważa i rzemiosłem nazywa, a jednak najpotężniejsze skutki osiąga lekarz wtedy właśnie, gdy czynność jego jest prawie rzemieślniczą, gdy robotę, nieraz mechaniczną, zna dobrze i odrabia sumiennie. Jest to z pewnością rzemiosło najwyższe, bo organizm ludzki, najdroższa własność człowieka, sam człowiek, jest materialem, na który lekarz swą czynność wywiera, bo o największy skarb człowieka, o życie i zdrowie, idzie w tej czynności. Rzemiosło najtrudniejsze, bo przedmiot jego jest stokroć bardziej od innych zawiłym i wiele badań i namysłu nieraz musi łożyć lekarz, zanim obmyśli i postanowi sposób swego działania. Czynność od innych rzemiosł różna z tego względu, że lekarz daleko więcej, niż ktokolwiek, odczuwać musi swą działalność, bo ma zawsze

do czynienia z cierpieniem i z nieszczęściem. Ta moralna strona działalności lekarskiej w interesie chorych i samych lekarzy na największe zasługuje uwzględnienie.

„Jak może istnieć pytanie: czy medycyna jest nauką? wszakże jej uczyć się potrzeba“. I takie zdanie czytaliśmy niedawno. Naukę właściwą stanowi badanie świata, usiłowanie objęcia rozumem wszystkich jego zjawisk i ułożenia ich w konieczny ład przyczynowy. Ale uczyć się człowiek musi każdej swojej czynności. Muzyka, malarstwo, to sztuki niewątpliwe, a jak długo wiecej artyści tych sztuk swoich uczyć się muszą. Nawet, żeby ulicę zamieść prędko i dokładnie—i tej nawet sztuki potrzeba się nauczyć. Nie tylko o wprawę tu idzie, ale i o wiadomości. Bo każda czynność ludzka, każda sztuka, jest zastosowaniem pewnych poznanych własności ciał, pewnych zjawisk natury, dla zaspokojenia potrzeb człowieka, jest praktycznym zastosowaniem nauki. Z prawd, do których dochodzi nauka dla swych bezinteresownych, idealnych celów, ludzkość bardzo liczne praktyczne korzyści odnosi; owszem—pierwiastkowe badania naukowe głównie dla tych celów praktycznych były prowadzone. Im bardziej zawiła, im wyższą jest jaka czynność ludzka, tem więcej uprzednich wiadomości, tem obszerniejszej wymaga nauki.

Badania nad chemią organiczną dostarczyły przemysłowi wielu barwników; farbiarz nowoczesny znać musi dobrze odpowiedni dział chemii i z czynnościami chemicznymi doskonale musi być obznajmionym,—ale farbiarstwo jest sztuką, a chemia nauką. Elektryczność tysiączne usługi oddaje nam w życiu, ale elektrotechnika jest zawsze czem innym, niż nauka o elektryczności. Inżynier znać musi matematykę, mechanikę i wiele innych posiadać nauk, ale budowanie mostów nie jest badaniem naukowym. Lekarz musi bardzo wiele posiadać wiadomości o budowie i czynnościach organizmu, o zbooczeniach budowy i czynności, ale nie lekarze przeważnie te badania prowadzą.

Jeżeli przejrzymy historię wielkich odkryć naukowych w anatomii, histologii, fizyologii i chemii, nie tylko prawidłowej ale i patologicznej, przekonamy się niewątpliwie, że te wszystkie zdobycze zawdzięcza ludzkość mężom, którzy badaniom naukowym, nie praktyce lekarskiej, życie poświęcili. Sztukę lekarską, metody badania, leczenia i operowania uprawiają lekarze, choć i tu często pierwsze pomysły nie od praktycznych lekarzy pochodzą,—ale zastosowanie praktyczne, obrobienie szczegółów, jedynie lekarze, w ścisłym tego wyrazu znaczeniu, przeprowadzać muszą. Ci przodownicy, ci co sztukę lekarską doskonałą, mają swe specjalne, wyższe zasługi. Taki człowiek, obok zasług lekarskich, obok korzyści, jakie przynosi przez dobre, rozumne, sumienne spełnianie swych obowiązków, podaje jeszcze ludzkości nową broń do walki z chorobą; taki lekarz daleko wyższą, podwójną ma zasługę. Ale i ci, co tylko zawód swój dobrze spełniają, zupełnie zadaniu swemu zadosyć czynią i zasługują na całe uznanie.

[D. n.]

*Zygmunt Kramsztyk.*

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 84. Johannes Seitz. Toxinaemia cerebro-spinalis.

Autor zwraca uwagę na przypadki, opisywane jako *meningitis serosa* lub *hydrocephalus acutus*, w których, pomimo istnienia za życia ciężkich objawów mózgowych, sekcya wykazuje małe siosunkowo zmiany. W pewnych razach przypadki takie cechują się wszystkimi objawami chorób zakaźnych ostrych; w innych przebieg bywa ostrym, nawet przewlekłym, a zejście—śmiertelnem, w innych wreszcie, pomimo wybitnych objawów mózgowych, sprawa kończy się pomyślnie.

Że etyologia cierpienia, o którym mowa, jest różną, wskazuje opis poniżej przytoczonych przypadków:

Przypadek I. Dziecko 1½-letnie dostaje kataru, a w dwa dni potem i kaszlu; nie gorączkuje. Wprzeciągu dwu następnych dni stan jego poprawia się. Nazajutrz występują objawy wysokiej bardzo gorączki, w 24 godzin przyłączają się konwulsye, trwające około 10 minut. Wkrótce stan ogólny staje się bardzo groźnym: wysoka gorączka trwa ciągle, napady drgawek powtarzają się, przyłączają się wymioty, sztywność karku i kręgosłupa, źrenice nierównomiernie rozszerzone, od czasu do czasu występuje lekki zez, choć niema wyraźnego porażenia mięśni gałki ocznej, oraz przejściowe porażenie mięśni twarzy. Równocześnie stwierdzono ciężkie obustronne zapalenie płuc i biegunkę. Biegunka ustępuje wkrótce pod wpływem preparatów bizmutu; inne natomiast objawy żadnej nie ulegają zmianie; ciepłota ciała waha się pomiędzy 39,3° a 41° mimo stosowania kąpeli i fenacetyny, tętno 108—154 na minutę oddech 28—102 nieregularny, krótki. Kaszel wzmaga się. Po 25 dniach cierpienia od początku choroby następuje śmierć. Przy oględzinach pośmiertnych stwierdzono zapalenie włóknikowe, płatowe obu płuc; natomiast ze strony układu, mózgo-rdzeniowego, oprócz bardzo nieznacznej ilości płynu surowiczego w jamach mózgowych, żadnych innych zbroczeń ani przy makroskopowem, ani przy mikroskopowem badaniu nie wykryto.

Tak więc, mimo tak wyraźnych objawów mózgowych, trwających tygodniami—dodaje autor—żadnych nie było zmian namacalnych, prócz wątpliwego wodogłowia.

W danym przypadku badanie bakteryologiczne krwi, dokonane za życia, dało wynik ujemny; natomiast po śmierci z różnych miejsc płuc i mózgu udało się otrzymać czyste hodowle *bacterium coli commune*. Jeśli jednak jakościowo nie dało się odkryć żadnej różnicy pomiędzy drobnoustrojami, wyhodowanymi z mózgu i płuc, to pod względem ilościowym stosunek ich był bardzo różnym: gdy z ognisk płucnych otrzymano wielką ilość kolonii, a obecność drobnoustrojów w ogniskach z łatwością wykazywał drobnowidz na skrawkach, z cieczy mózgowej otrzymano tylko niewielką liczbę kolonii, a w tkance samej bakteryi nie wykryto.

Rozbierając patogenezę przypadku wyżej przytoczonego, autor jest zdania, że jakkolwiek udało się otrzymać z różnych miejsc mózgu *bacterium coli commune*

i jakkolwiek wiadomo, że drobnoustrój ten może być przyczyną ciężkich włóknikowo-ropnych i ropnych zapaleń opon, to jednak faktem tym nie można objaśnić obserwowanych za życia objawów mózgowych, gdyż i ilość wyhodowanych drobnoustrojów była zbyt małą, a w tkankach nie odkryto zmian żadnych.

Przyczyną omawianej sprawy, według zdania Serrz'a, były toksyny wydzielane przez *bacterium coli*, być może, częściowo w mózgu, przeważnie zaś w obszernych ogniskach płucnych.

Przypadki tego rodzaju autor podprowadza pod osobną grupę nozologiczną: *toxinaemia cerebro-spinalis*, *bacteriaemia cerebro-spinalis*.

Przypadek II. Student 23 lat, przedtem zdrów, po krótkotrwałem niedomaganiu wieczorem doznaje silnych dreszczy, a w nocy traci przytomność. Nazajutrz wieczorem—ciepłota 39°, znaczny upadek sił, silny ból głowy, halucynacje, nudności i wymioty żółcią, lekki ból i sztywność karku, na ciele wysypka w postaci drobnych plamek. W przebiegu, w klinice EICHHORST'a stwierdzono z początku średnie, nieprawidłowe nasilenie gorączki, następnie stan bezgorączkowy; źrenice zwężone, słabo oddziaływające; porażenie *n. abducentis sin.*. Śmierć nastąpiła wśród nagłej zapaści. Sekcja, oprócz znacznego wodogłównia, żadnych zmian nie wykazała. Ponieważ przypadek ten zdarzył się podczas epidemii influenzy z 1890 roku, autor przypuszcza, że działały tu toksyny influenzy.

Gdy oba powyżej podane przypadki wodogłównia powstały na tle ostrych cierpień zakaźnych, odmienną jest etyologia następującego:

Szklarz, lat 34, udał się w r. 1874 o pomoc lekarską do autora niniejszej pracy z powodu silnego bólu głowy, trwającego od dni 20. Cierpienie to dolegało choremu ciągle od lat dziecięcych. Przy mocniejszym stąpaniu ból głowy wzmagał się. Jednocześnie chory doznawał uczucia dzwonięcia w uszach i drętwienia ręki. W dziesięć lat później zjawia się znowu teże chory, skarżąc się na zawroty głowy, które dolegają mu od dwóch lat. Zawrót głowy występuje przy podnoszeniu przedmiotów ciężkich, przy kichaniu, śmianiu się, przy szybszych obrotach głowy, przy przeginianiu się w tył, przy kładzeniu się do łóżka lub patrzeniu do góry. Zawroty bywają niekiedy tak silne, że chory zmuszony szukać oparcia, by nie upaść i w przeciągu dwóch do trzech minut nie jest w stanie wyrzec ani słowa; bólów w ścisłem znaczeniu przytem nie odczuwa. Co kilka tygodni zrana zdarzają się wymioty. Pomimo braku objawów przedmiotowych, sprawa ma się ku gorszeniu, a po miesiącu obserwacyi następuje pierwszy napad bez gorączki, połączony z zupełną utratą przytomności, trwającą około kwadransa, bezwiednem wydzieleniem moczu i kału, oraz drgawkami mięśni twarzowych. Chory pokryty potem, ziewający, skarży się na bóle i *paresthesiae* w tyle głowy, rękach i łydkach, na nudności i ogólne osłabienie. Od tego czasu, oprócz zwykłych wymiotów, zawrotów i bólów głowy, zdarzały się i napady, podobne do dopiero co opisanego, a następowały one nieraz, jak się zdaje, skutkiem przyczyn zewnętrznych, np. po zakaszaniu się, usilnej pracy i t. d. Po dwóch miesiącach nagle wzmagą się ból w tyle głowy, rozprzestrzeniając się wkrótce po całej głowie, mowa staje się niewyraźną, a wśród raptownej zapaści następuje śmierć. Na sekcji, zamiast przypuszczalnego no-

wotworu mózgowia, wykryto znaczne rozszerzenie jam mózgowych i przepelnienie ich płynem surowicznym oraz pewien rozrost łączno-tkankowy opony miękkiej, wskutek czego przylega ona mocno do kory na powierzchni mózgu, a ependyma jam była jakby drobnitkiem piaskiem posypana.

Przypadek ten pod wieloma względami różni się od obu podanych: tam nagły początek z wysoką ciepłotą, tu sprawa, o ile się zdaje, trwa od dzieciństwa samego, jak na to wskazują ciągle bóle głowy; w 1874 roku następuje przejściowe pogorszenie, śmierć jednak dopiero w dziesięć lat przeszło później. Mowy tu być nie może o procesie zakaźnym, ostrym; również z wszelką pewnością można wykluczyć alkoholizm, syfilis i gruźlicę. Lekki rozrost opony miękkiej mózgu jest zapewne prędzej rezultatem długotrwałego procesu, niż jego przyczyną. Co jednak mogło być powodem powstania tego wodogłowia? Autor przypuszcza, że może jakaś sprawa zapalna w dzieciństwie. Zwiększanie się zaburzeń z czasem możnaby wówczas tłumaczyć zwiększeniem się przeszkód odpływu płynu z jam mózgowych, przeszkód, które się wzmogły wskutek zmian starczych w naczyniach. Trzeba się może zresztą liczyć i z pewną wrodzoną skłonnością w tym kierunku, a to tembardziej, że 24 letni syn jego przedstawiał wiele objawów podobnych do cierpienia ojca.

Czwarty wreszcie przypadek, któremu towarzyszyły objawy podobne do zaburzeń w pierwszym przypadku, zakończył się wyzdrowieniem.

Dziecko siedmio-miesięczne po początku, charakteryzującym ostre sprawy zakaźne, wśród wysokiej gorączki przez cały miesiąc było nieprzytomne; źrenice nierówne i słabo pobudliwe, wymioty, trudność w polykanii, sztywność karku, porażenie przejściowe mięśni, drgawki i t. d.. Wyzdrowienie w przypadku tym, dającym bardzo niepomyślne rokowanie, autor objaśnia brakiem znacznych ognisk zakaźnych, któreby wciąż nowych dostarczały toksyn, jak to miało miejsce w pierwszym przypadku.

Na podstawie poważnych obserwacji autor dochodzi do wniosków następujących: oprócz chorób z mniej lub więcej wyraźnemi zmianami anatomicznemi w mózgu, wywołane inwazyą przez różne drobnoustroje, istnieją cierpienia mózgo-rdzeniowe, zależne od zatrucia go już to produktami nieprawidłowej przemiany materii, jak to ma np. miejsce przy mocznicy, już też toksynami bakterii.

W ostatnim przypadku ma się do czynienia z t. zw. *toxynaemia cerebro-spinalis*. Tak więc do działu tego należy przypadek dziewczynki półtorarocznej, 23 letniego studenta. Przypadku szklarza tutaj wprost zaliczyć nie można, gdyż nic u niego nie wskazuje na istnienie infekcji. Czy jednak wodogłowie jego nie powstało wskutek jakiejś sprawy zapalnej, przebytej w dzieciństwie? Pytanie to musi pozostać bez odpowiedzi. Przypadek, dotyczący dziecka 7-miesięcznego, które wyzdrowiało, można zaliczyć do przypadków toksynaemii niewyjaśnionej natury, *meningitis cerebro-spinalis*. Gdyby jednak nastąpił był skon, a nie znaleziono-by żadnych zmian miejscowych anatomo-patologicznych, wówczas trzeba by było uważać ją bezwarunkowo za przypadek toksynemii. Gdyby zaś po latach miało się u niej rozwinąć wodogłowie, wówczas z wszelkiem prawdopodobieństwem trzeba by było czynić zależnem od tego zakaźnego cierpienia, które przeżyła w dzieciństwie. A. Manduk.

(*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, 1895, Nr 14 i 15.*)

**85. Siegel. Stomatitis epidemica choroba pyska i racic, [Maul-und Klauen-seuche<sup>1)</sup>].**

Typowy przebieg lekkiej formy *stomatitidis epidemicae* u człowieka jest następujący: z początku chorzy całymi tygodniami skarżą się na ogólne osłabienie i przygnębienie umysłowe, na brak chęci do pracy, niespokojny sen, brak łaknienia, odbijanie i nudności. Za okresem wylęgania następuje okres zwiastunów, poprzedzany przez silne dreszcze, w czasie których gorączka dochodzi do 39°—40° C.. W okresie tym na pierwszy plan występują silne bóle i zawroty głowy, bóle w okolicy wątroby i żołądka, pragnienie i nudności; do wyżej wymienionych objawów przyłącza się często uporczywa biegunka. Okres zwiastunów trwa mniej więcej 3 dni; po trzech dniach ciepłota spada do normy i ogólny stan chorych zwykle się poprawia, lecz wzamian występują niespodziewane swoiste, zewnętrzne objawy w postaci silnego, nieżyłowego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej i gardzieli. U niektórych chorych jednocześnie na wargach, nozdrzach, na błonie śluzowej jamy ustnej i gardzieli wysypują się pęcherzyki, a w rzadkich przypadkach [przeważnie u kobiet i dzieci] zauważyć się daje na tułowiu i kończynach efemeryczną wysypkę, bardzo zbliżoną do odrowej. Rozwolnienie ustępuje w tym okresie miejsca silnemu zaparciu stolca. Choroba trwa przecięciowo 4 tygodnie, poczem chorzy stopniowo powracają do zdrowia.

Nie zawsze jednak mamy do czynienia z tak lekkim przebiegiem: gorączka zamiast, jak zwykle, trzech dni może trwać do 2–3 tygodni, przytem, co stanowi ważną cechę rozpoznawczą od tyfusu brzuszego, napotykamy tutaj odwrotny typ gorączki (*typhus inversus*). W niektórych przypadkach występuje znaczne przyspieszenie tętna (*tachycardia*), trwające nawet w ciągu kilku miesięcy po wyzdrowieniu chorych bez żadnych przytem widocznych zбоcezeń ze stroży serca. Wyjątkowo, zamiast zwykłych wysypek na ciele, zjawiają się wybroczyny, podbiegnięcia, a nawet krwotoki (*Hämatombildungen*) w okolicy wielkich stawów, co daje obraz cierpienia, zbliżonego do plamicy krwawej.

Najbardziej charakterystyczne objawy *stomatitidis epidemicae* występują ze strony jamy ustnej w postaci nieżyłowego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej i gardzieli. Wskutek ucisku zębów na silnie obrzmiałą błonę śluzową języka i policzków, tworzą się na niej zagłębienia. Dziaśła obrzmiewają tak silnie, że zasłaniają prawie zupełnie zęby; najmniejsze dotknięcie do obrzmiałej błony wywołuje znaczne krwawienie. Język obrzmiały pokryty bywa grubym brudno-żółtawym, ozasami zupełnie czarnym nalotem; przy jednoczesnem zajęciu ślinianek występuje ślinotok i *foetor ex ore*. Co się tyczy pęcherzyków na języku, na błonie śluzowej jamy ustnej, w nosie i na miejscach przejścia błony śluzowej z tych miejsc w skórę, to wbrew mniemaniu ogólnie przyjętemu objaw ten autor nie uważa za swoisty dla *stomatitidis epidemicae*, gdyż pęcherzyki wspomniane zjawiają się zaledwie na 1/3 przypadków, mianowicie u osobników młodych, przeważnie u kobiet. Pęcherzyki te, wielkości od ziarnka konopnego do ziarnka

<sup>1)</sup> Maulweh, Aphthenseuche, Blasenseuche, grosse Schwämme; Fièvre aphtheuse; Cocotte; Maladie aphthogolaire; Fout and mouth disease.



grochu, posiadają zawartość mleczną i otoczone bywają ciemno-czerwonym wakiem; zasychają one w ciągu kilku godzin w postaci strupów, które przy odpadaniu obnażają zaczerwienioną błonę śluzową, nie zostawiając blizn po sobie. Błona śluzowa w ich sąsiedztwie złącza się na znacznej przestrzeni, lecz na miejscach złączenia nie pozostają blizny. Obrzmienie języka dochodzi w wielu przypadkach do tego stopnia, iż narząd ten nie jest w stanie pomieścić się w jamie ustnej i wystaje na zewnątrz, a następnie wskutek kurczenia tkanki łącznej może się zmniejszyć do nieznacznego strzępka. Ta sama następca sprawa w tkance łącznej ma miejsce i w obrzmiałych początkowo działkach, tak, iż w niektórych przypadkach zęby aż do wierzchołków korzeni pozostają obnażonymi. Udział w procesie sąsiednich gruczołów limfatycznych objawia się znacznym ich obrzmieniem, a niekiedy dochodzi do obrzmienia całej przedniej części szyi, tak, iż na pierwszy rzut oka możnaby przypuszczać *anginam Ludovici*.

Narządy trawienia przyjmują niepośledni udział w całej sprawie, a w wielu przypadkach, jak to ma miejsce często u dorosłych, objawy ze strony tych narządów występują na pierwszy plan.

Na szczególne zaznaczenie zasługuje fakt, że śledziona bywa nie powiększona, wątroba zwykle powiększa się i jest bolesną; żółtaczką wyjątkowo tylko występuje.

Co się tyczy narządów płciowych, to u mężczyzn w przebiegu choroby spotykał autor zapalenie jąder; u kobiet *stomatitis epidemica* wywołuje często zaburzenia w miesiączkowaniu.

Ze strony narządów zmysłów zaznaczyć należy nieżyty ucha wewnętrznego, zapalenie łącznicy oka, zбочzenia powonienia i smaku.

Przytoczone przez autora 3 przypadki ciężkiej psychozy, powstałej w przebiegu *stomatitidis epidemicae*, świadczą, iż układ nerwowy przyjmuje czasami wybitny udział w omawianem cierpieniu; w lekkich zaś przypadkach mamy zazwyczaj do czynienia z zawrotem głowy, parestezjami lub z drgawkami [u dzieci].

Jeżeli symptomatologia *stomatitidis epidemicae* pozwala wnioskować o zajęciu prawie wszystkich narządów, to jednak swoistych zmian dla omawianego cierpienia szukać należy w jamie ustnej, przewodzie kiszkowym i w wątrobie. Kiszka gruba jest w stanie silnego nieżytego zapalenia, ze znacznym obrzmieniem torebek limfatycznych i ich owrzodzeniem; w dolnym odcinku cienkich kiszek — zaczerwienienie i obrzmienie kępek Peyer'a; wątroba powiększona, miękka, w stanie przekrwienia.

Rozpoznawanie *stomatitidis epidemicae* nie należy do łatwych; zupełną pewność rozpoznania daje jedynie badanie bakteriologiczne. Przy różniczkowaniu od *stomatitidis aphthosae* należy zwracać uwagę na początkowe, ogólne objawy: gorączkę, bóle w okolicy wątroby, zawrót głowy; stan śledziony, zaparcie stolca, odwrotny typ gorączki — oto dane, które brać należy pod uwagę przy różniczkowaniu danego cierpienia od tyfusu brzuszego. Oprócz tego autor cytuje kilka przypadków, w których omawiane cierpienie oznaczano nazwą tyfusu płamistego, przymiotu i grypy.

Przy rokowaniu należy być bardzo ostrożnym; dotyczy to głównie rokowania co do zupełnego wyzdrowienia i nawrotów, stale prawie spotykanych przy omawianem cierpieniu i stopniowo wyniszczających organizm chorych. Bezpośrednią przyczyną śmierci bywają najczęściej krwotoki z błony śluzowej, jamy ustnej i przewodu kiszkowego, lub porażenie mięśnia sercowego, wywołane prawdopodobnie toksynami, wytwarzanymi w kiszkach.

Leczenie autor rozpoczyna od środków przeczyszczających [unikając kalomelu ze względu na istniejące zapalenie jamy ustnej]. Przeciw ogólnym objawom zaleca *Natrum salicylicum* do 6,0 *pro die*. Znaczną ulgę przynoszą chorym gorące kąpiele. Miejscowo przepisuje autor w lekkich przypadkach obojętne płukania i tylko w cięższych przypadkach stosuje roztwór 10%—30% kwasu chromnego, lub 10% azotanu srebra. W okresie długo trwającej rekonwalescencji dobre rezultaty daje sól karlsbadzka. Przeciw recydywom autor radzi zmianę miejsca zamieszkania.

Przechodząc do etyologii epidemicznego zapalenia ust, autor, na zasadzie swoich siedmioletnich badań, stawia ostatecznie w przyczynowym związku z tem cierpieniem twory, zajmujące pod względem formy miejsce pośrednie między ziarniakami i lasecznikami. Jako na cechę swoistą tego drobnoustroju, autor wskazuje na błyszczący punkt w środku, występujący jasno przy odpowiednim zabarwieniu [roczyn fuksyny w karbolu]. Forma ta hoduje się na żelatynie, agar-agarze, surowicy krwi, kartoflu, bulionie. Płynem GRAAM'a nie barwi się, nie wytwarza zarodników, nie rozpuszcza żelatyny — jest nieruchomą. U zwykle używanych do szczepień zwierząt, jako to: u psa, kota, królika, świnki morskiej, myszy, szczura — odczyn nie występuje, za to doświadczenia, wykonane na prosiętach, świniach, cielętach i krowach, dały autorowi wyniki dodatnie. Doświadczenia te w połączeniu z faktem, iż drobnoustroje owe znajdowane były we wszystkich badanych przypadkach i przytem nie tylko w jamie ustnej i przewodzie kiszkowym [w kale autor zawsze znajdował bardzo często hodowle swoistych drobnoustrojów], lecz i w narządach wewnętrznych tak u zwierząt, jako też i u ludzi — uważa autor za potwierdzenie swoich poglądów na etyologię omawianego cierpienia. Rezultaty badań w tym kierunku innych autorów [SCHOTTELIUS uważa za przyczynę *stomatitidis epidemicae*, pewien rodzaj streptocytów; KURTH stawia w przyczynowym związku z zarazą pyska paciorkowce; PIANA i FIORENTINI — pewien rodzaj pierwotniaków] — są dla autora mniej niż wątpliwymi, gdyż ich sposób przeprowadzania odnośnych badań pozostawia wiele do życzenia, a powtórne, wyniki ich szczepień były zawsze ujemne.

W końcu tej pracy autor formuluje swe poglądy i wnioski, mające na celu bezpieczeństwo zdrowia publicznego. Doświadczenie uczy, iż od czasu do czasu, pomimo możliwie surowej kontroli na granicach państw, przedostają się zwierzęta chore i wywołują w kraju lżejsze lub cięższe epidemie. Wypadki te, wobec całymi czasem tygodniami trwającego okresu inkubacyjnego u zwierząt, bez najmniejszych widocznych objawów, są wprost nieuniknione; jedynie bakteriologiczne badanie kału każdej sztuki transportu dawałoby pewną rękojmię bezpieczeństwa. Mleka zwierząt podejrzanych autor nie radzi używać bez

uprzedniego przygotowania, a zaniechać należy zupełnie takich produktów, jak: masło, śmietana lub ser. Oprócz tego autor żąda reformy obowiązujących dotychczas przepisów sanitarno-policyjnych, jako nie dających żadnej rękojmi bezpieczeństwa: izolacja chorych zwierząt w szlachtuzach nie nie znaczy wobec faktu, iż po zaszlachtowaniu wnętrzości chorych zwierząt idą na przygotowanie rozmaitych massarskich wyrobów [kiełbasy, serdelki], gdy tymczasem należałoby bezwarunkowo niszczyć kiszki, wątrobę i nerki chorego zwierzęcia.

(*Archiv für Laryngologie und Rhinologie von prof. FRAENKEL, III Band 1 und 2 Heft*).  
Aleksander Zięciakiewicz.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

**19. Jodoforminum. Jodoformina**—jest to nowy przetwór chemiczny, zawierający 75% jodoformu i odznaczający się zupełną bezwonnością.

Jodoformina przedstawia się pod postacią białego, bardzo delikatnego proszku, bez zapachu. Pod wpływem światła przyjmuje ona żółtawą barwę, nie ulegając jednak przytem rozkładowi.

Jodoformina nie rozpuszcza się w zwykłych rozczynnikach; można jednak z niej przygotować emulsję [nie zawierającą wody] i maście, jak również napoić nią muślin i watę.

W zetknięciu z płynami kwaśnymi, albo alkalicznymi z jodoforminy odszczepia się jodoform. Na tem właśnie polega działanie wzmiankowanego, nowego przetworu: pod wpływem wydzieliny owrzodzenia lub rany stopniowo z jodoforminy uwalnia się jodoform; ten zaś, jak już wiadomo, wskutek procesu redukcyjnego ulega dalszemu rozkładowi. Odszczepianie się jodoformu z jodoforminy stoi w odwrotnym stosunku do sprawy zablizniania, t. j. im dalej postępuje sprawa zablizniania, tem mniej odszczepia się jodoformu, a wraz z ukończeniem zablizniania jodoform zupełnie przestaje oddzielać się od jodoforminy. Z tego wynika, że opatrunki jodoforminowe nie dają żadnego zapachu, albo—zapach bardzo nieznaczny, jeśli tylko stosujemy opatrunki suche, i jeśli wydzielina owrzodzenia lub rany nie jest zbyt obfitą.

Z dotychczasowych obserwacji wnosić można, że jodoformina, obok działania jodoformu, posiada pewne szczególne zalety, stanowiące jej wyższość, a mianowicie: 1) najzupełniej nie drażni, 2) działa daleko dłużej, aniżeli jodoform [Prof. KOELLIKER], 3) wywiera wpływ silnie wysuszający. A zatem jodoformina łączy w sobie cenne własności jodoformu i dermatolu.

(*Therap. Monatsh.* 1895. 9).

Wiktor Grostern.

**20. O wpływie morfiny na przebieg porodu.** Morfina nie wywołuje skurczów macicy, a jednak często działa przy porodach w tem znaczeniu skutecznie, że poród przyśpiesza. Małe dawki morfiny potęgują zwolnienia mięśnia macicy po skurczu i przedłużają pauzę między bólami porodowymi, w ten sposób pozwalają następnym skurczom macicy wzmoocnić się znacznie, a więc i działać skutecznie.

czniej, czyli pośrednio przyspieszają poród. Prócz tego morfina znosi skurcz spastyczny szyi macicznej i zabezpiecza życie dziecka. Gwałtowne skurcze macicy, idące prawie bez przerwy jedne po drugich, przy wczesnem zwłaszcza odejściu wód płodowych, mogą spowodować przedwczesną śmierć dziecka, morfina więc, regulując skurcze macicy, zabezpiecza dziecko od zatchnięcia (*asphyxia*) i w ten sposób zmniejsza też potrzebę uciekania się do pomocy kleszczy.

W okresie wydalenia płodu kojące działanie morfiny przyczynia się również do szybszego ukończenia porodu; silna bolesność skurczów macicy zniewala rodzącą do powstrzymania się od wyrabiania bólów, skoro zaś morfina złagodziła bolesność skurczów, rodząca chętniej przyłoży się do wyrabiania bólów za pomocą tłoczni brzusznej.

Doświadczenia kliniczne w tym kierunku przeprowadził niedawno KEILMANN (*St-Petersb. Med. Woch. 1895. N. 31*) i przyszedł do przekonania, że morfina w pewnych granicach pozostanie środkiem nieocenionym do przyspieszenia i podtrzymania porodu. W okresie przygotowawczym skuteczną będzie przy zbyt krótkich pauzach, zbyt gwałtownych i nazbyt bolesnych skurczach i przy tężcu macicy.

W przypadkach nieznacznych zwiężeń miednicy morfina będzie również wskazaną; zabezpieczy bowiem mięsień macicy od przedwczesnego zmęczenia, dziecko zaś od zatchnięcia. Nawet w razie tak zwanych słabych bólów może morfina znaleźć niekiedy zastosowanie; znosząc bowiem zupełnie bóle na czas pewien, pozwoli rodzącej przespąć spokojnie godzin kilka. Bóle następnie wzmogą się silniej i poród prędzej ukończony zostanie. Dawka morfiny powinna być jednak w tym razie znaczniejszą.

W okresie wydalenia płodu morfina, przytępiając bolesność skurczów, pozwoli rodzącej na silniejsze wyrabianie bólów. Tylko w okresie łożyskowym morfina będzie w ogóle zupełnie przeciwwskazaną, za wyjątkiem rzadkich zresztą przypadków skurczu ust macicznych wewnętrznych, przeszkadzającego wydaleniu się łożyska z macicy na zewnątrz.

M. Zweigbaum.

## Wiadomości bieżące.

— Zmarł w d. 15 b. m. w Warszawie D-r LEON KONITZ, w 73 r. życia. Przez długi czas był to jeden z najwziętszych i najdzielniejszych akuszerów i ginekologów warszawskich. Przed kilku laty wycofał się zupełnie z praktyki. Cieszył się zmarły wśród publiczności i między lekarzami jak najlepszą opinią, na którą zasłużenie zapracował uczciwością i taktownem postępowaniem. Zmarły, wychowaniec uniwersytetu Berlińskiego, dopełniał swe studia w Wiedniu, Getyndze i Paryżu. Od r. 1843, w którym wydał swą pracę doktoryzacyjną, p. t. „*De trichomate*“, KONITZ wydrukował 56 prac, dotyczących przeważnie akuszeryi i ginekologii.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

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

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych i dawniejszych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ki za m. sierpień i wrzesień 1895.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Довѣ Цѣнаурою, Варшава, 6 Октябрю 1895 г. Друк К. Ковалевскаго. Варшава, Мазовіецка 8.