

# GAZETA LEKARSKA.

## I. TRZYDZIEŚCI OŚM PRZYPADKÓW BŁONICY, LECZONYCH SUROWICĄ.

Podał

**Dr Henryk Fidler,**

nadetatowy ordynator szpitala Starozakonných w Radomiu.

Jakkolwiek niezbyt wielką jest liczba przypadków błonicy przezemnie spostrzeganych i jakkolwiek mogę się narazić na zarzut, iż zbyt pośpieszne wyciągam wnioski, nie wstrzymuje mnie to jednak od ogłoszenia ich; niemam bowiem zamiaru walczyć imponującą wielkością cyfr: chcę tylko przedstawić możliwie przedmiotowo wyniki ze stosowania surowicy. Wreszcie spostrzeżenia moje stwierdzają tylko fakty, gdzieindziej zdobyte na wielkiej liczbie chorych. Nie będę się tu również opierał na odsetce wyzdrowień i śmiertelności, gdyż brak mi danych porównawczych z lat poprzednich; nie wiem przeto, czy obecnie mam lepsze liczbowo wyniki, aniżeli dawniej. Z góry przeprosić winienem Szanownych Czytelników za zbytnią może rozwlekłość w przedstawieniu historii chorób; lecz sądzę, że w sprawie tak świeżej i tak doniosłej nie można się ograniczać do podawania suchych wiadomości, jak np. „lepiej lub gorzej“, a należy możliwie wyczerpująco przedstawić cały obraz i przebieg choroby, by czytelnik niejako miał przed swemi oczami danego chorego i mógł sam wnioskować o zaszłych zmianach.

Ta plastyka jest konieczną, według mnie, szczególnie tam, gdzie, jak w moim przypadku, liczba spostrzeżeń nie jest zbyt wielką<sup>1)</sup>.

Dzielię swoje przypadki na cztery grupy:

- 1) lekkie,
- 2) średnio-ciężkie,
- 3) ciężkie,
- 4) bardzo ciężkie.

Za podstawę do tego podziału przyjąłem wiek, rozległość i rodzaj zmian w gardzieli, zajęcie nosa lub krtani i oddziaływanie na stan ogólny.

<sup>1)</sup> Spostrzeżenia swoje prowadziłem w szpitalach Starozakonných i S-go Kazimierza, oraz w praktyce prywatnej.



I. Do lekkich postaci zaliczyłem te przypadki, w których sprawa miejscowa ograniczała się tylko do gardzieli i stan ogólny był względnie dobry.

II. Do średnio-ciężkich te, w których obok błonicy gardzieli już wystąpiły objawy zajęcia nosa lub krtani, lecz w niewielkim stopniu [kaszel suchy, szczełający, małe wciąganie międzyżebry], lub też w których sprawa gardzieli okazywała skłonność do gnilnego rozpadu i gdzie stan ogólny był znacznie upośledzony.

III. Do ciężkich, w których dzieci przybywały z silnie rozwiniętymi objawami zwężenia krtani, lecz z dobrem tętnem i bez sinicy obok mniej lub więcej rozległych zmian w gardzieli i gdzie jeszcze nie było natychmiastowego wskazania do operacyi.

IV. Do bardzo ciężkich wreszcie zaliczam daleko posunięte septyczne postaci; silnie rozwinięte zwężenie krtani, ze słabem tętnem, sinicą, gdzie wypadło robić operacyę natychmiast lub zaledwie w parę godzin, lub gdzie przy niezbyt silnych objawach zwężenia ogólny stan był zły [apatya, senność, słabe tętno i t. p.].

### G r u p a I.

№ 1. 8. I. 1895. H. K., lat 7. Chory od 4 dni uskarżał się na ból w okolicy gruczołu podszczękowego prawego, obecnie zaś uskarża się na ból przy polykaniu. Na prawym migdale mleczno-białe błony, pokrywające tylną część gruczołu. Błony przedzielone są pasemkami obrzękłej, przekrwionej błony śluzowej. Lewy migdał całkowicie pokryty mleczno-białymi błonami, także błony w niewielkiej ilości na tylnej ścianie gardzieli. Oba brzegi języczka obciążone temi samymi błonami, reszta błony śluzowej języczka obrzmiała i mocno czerwona.

Naloty powierzchowne.

Gruczoł podszczękowy lewy powiększony, wyczuwać się daje jako ciastowaty guz. Obok niego gruczoł szyjowy bardzo powiększony i twardy. Prawy gruczoł podszczękowy mało wyczuwalny. Ogólny stan dobry. Dziecko dość wesołe, bawi się. Ciepłota wieczorem [godz. 5] 38,1°, tętno 120, mocne.

Pod drobnowidzem mnóstwo laseczników LOEFFLER'a, obok nich gronkowce i bardzo mało przecinkowców. Godzina 7 wieczorem ciepłota 38,5°, tętno 120. Wstrzyknięto 1200 jednostek ochronnych BEHRING'a, płukanie roztworem kwasu borowego.

9. I. Ciepłota godzina 8 rano 37,5°, 5 wieczorem 37,5°, godzina 11 wieczorem 37,7°. W nocy chory spał dobrze. Na miejscu wstrzyknięcia żadnego śladu, ani bólu. Dziecko rano wesołe, chce jeść i ubrać się. W gardzieli: prawy migdał błydy, na tylnej jego powierzchni trzy punkcikowate błonki, na lewym przednia część błony śluzowej jeszcze zaczerwieniona i lekko obrzmiała, z tyłu zaś jest mała błonka szarawego koloru, luźno przylegająca do błony śluzowej. Tylna ściana gardzieli błyda, na niej trzy punkcikowate, błydo-szarawe błonki. Gruczoły podszczękowe, jak onegdaj. Wogóle stan się znacznie poprawił od dnia poprzedniego. Błony w znacznej części znikły, błona śluzowa również w znacznej mierze wróciła do stanu prawidłowego; ciepłota spada. Wieczorem tego samego dnia chłopiec wstał z łóżka. W gardzieli



i na prawym migdale widać bardzo nieliczne białawe pasemka. Na lewym także same. Tylne ściana gardzieli zupełnie wolna. Błona śluzowa gardzieli blada.

10. I. Dziecko zdrowe. W gardzieli niema nic nieprawidłowego. Błona śluzowa blada. Ciepłota 36,6°.

*Epicrisis.* Choroba po stosowaniu surowicy trwała 40 godzin. Błony pozycynały odpadać po 16 godzinach. Ciepłota po 14 godzinach była prawidłową.

№ 2. 30. I. 1895. E. R., lat 10. Przed czterema dniami wśród zmienionego od kilku dni humoru zapadł na wymioty, ból głowy i gardła ze stałą przylegającą gorączką. Dziś zauważono plamy w gardle przy ciepłocie rannej 39,5°. Popołudniu we śnie trochę majaczył. Obecnie [godzina 6 wieczorem] chory czuje się nieźle, lecz uskarża się na ból gardła. Ciepłota wieczorem 39°, tętno 120, miękkie, tony serca czyste, lecz głuche, w płucach objawy lekkiego niezytu oskrzeli. Na skórze żadnej wysypki niema, skóra lekko wilgotna. Migdały i łuki podniebienne, podniebienie miękkie i języczek równomiernie czerwone i obrzękłe. Na obu migdałach punkcikowate, żółtawe, grube złogi, na tylnej ścianie gardzieli ku prawej stronie podłużny, powierzchowny, szary nalot. Gruczoły chłonne podszczękowe obrzmiałe, więcej lewy — duży, lecz ruchomy. Nos zatkany bez wydzieliny. Pod drobnowidzem czyste kolonie lasecznika LOEFFLER'a. O godzinie 6½ wstrzyknięto 1200 jednostki ochronnych BEHRING'a.

31. I. Ciepłota rano 36,5°, tętno 80. Stan dobry, chłopiec żąda jeść. Język obłożony. Chory uskarża się na bolesność w miejscu wstrzyknięcia, która mu przeszkadza spać. Miejsce to dosyć bolesne, nie zaczerwienione, lekko obrzmiałe. Tylne ściana gardzieli, języczek i łuki podniebienne zupełnie blade, nalot na tylnej ścianie gardzieli znikł. Migdały obrzmiałe, nalot punkcikowaty bez zmiany.

1. II. Ciepłota rano 36,5°. Chory czuje się zupełnie dobrze. Złogi na prawym migdale odpadły, pozostawiając powierzchowne owrzodzenie, na lewym się zmniejszyły. Obrzęk gruczołów mniejszy.

2. II. Ciepłota rano 36,5°. Złogi zeszły i z drugiego migdała. Zresztą stan chorego zupełnie normalny.

Obok miejsca wstrzyknięcia kilka plam czerwonych, nie wystających nad powierzchnię (*erythema*), zajmujących przestrzeń wielkości dłoni. Na ucisk cała ta przestrzeń jest jeszcze bolesna.

3. II. Wieczorem bez gorączki. Chłopiec chodzi, czuje się zupełnie dobrze, lecz przy chodzeniu utyka na lewą nogę. Skarży się na bolesność w miejscu wstrzyknięcia przy dotykaniu. Zaczerwienienie skóry (*erythema*) zbladło.

4. II. Rano. Stan dobry. Czerwoność znikła. Utyka jeszcze na nogę.

6. II. Brat chorego zapadł na ból gardła z gorączką. Migdały i łuki podniebienne czerwone [o nim w końcu artykułu].

*Epicrisis.* Tu nastąpił krytyczny spadek ciepłoty w przeciągu 16 godzin. Błony poczęły odpadać również po 16 godzinach, a zeszły po trzech dobach.



№ 3. C. G., 17 lat, 15. II. Nianka dziecka № 18 zachorowała w nocy. Miała gorączkę i ból głowy. Dzisiaj uskarża się na ból gardła i kości. Na lewym migdale szare, grube naloty, pokrywające środkową część gruczołu. Błona śluzowa obu migdałów, języczka i tylnej ściany gardzieli mocno obrzmiała i czerwona. Chora chodzi i bawi chore dziecko. Ciepłota rano 37,8°, wieczorem 38,2°. Pod drobnowidzem laseczniki LOEFFLER'a. Wstrzyknięto 1200 jednostek ochronnych BEHRING'a o godzinie 4-ej po południu.

16. II. Cała błona śluzowa obu migdałów, języczka i gardzieli biała i nieobrzmiąta. Nalot na lewym migdale o połowę mniejszy. Stan ogólny dobry. Połykanie bez trudności. Bólu gardła niema. Ciepłota rano 36,8°, ciepłota wieczorem 37°.

17. II. Zupełnie zdrowa. Nalotów niema.

*Epicrisis.* Chora niewątpliwie zaraziła się od piastowanego dziecka. Wyłęganie trwało 4 dni. Po wstrzyknięciu skutek był niemal piorunujący, gdyż już nazajutrz, t. j. w 18 godzin, zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej gardzieli znikło, nalot o połowę zmalał, a 3-go dnia znikł zupełnie, podmiotowo zaś chora czuła się dobrze i mogła swobodnie łykać.

№ 4. J. K., lat 20. 24. III. 1895. Przed 5 dniami zachorowała na ból gardła. Miała przytem dreszcze, na co się i obecnie skarży. Godzina 2 popołudniu ciepłota 37,7°, tętno 90, miękkie. W gardzieli i prawy migdał mocno obrzmiały, wystaje do jamy ustnej i pokryty na całej przedniej powierzchni szaro-żółtą, grubą błoną. Takąż błona leży na tylnej ścianie gardzieli, bardziej ku lewej stronie. Języczek, lewy migdał, łuki podniebienne z obu stron silnie obrzmiały niemal fioletowego koloru. Chora połykać nie może, mówi przez nos. Pod drobnowidzem laseczniki LOEFFLER'a.

Stan ogólny względnie dobry. Wstrzyknięto 1000 jednostek ochronnych [Roux 25 ctm. sześć.]. Płukanie roztworem kwasu bornego. Ciepłota wieczorem 37,5°.

25. III. Błona śluzowa znacznie bledsza. Naloty prawie zeszyły. Połykanie swobodniejsze. Ciepłota rano 37°, wieczorem 37°.

26. III. Błona śluzowa całej gardzieli biała. Na lewym migdale niema nic. Na prawym płaski, powierzchowny, żółtawy nalot pokrywa środek gruczołu. Gruczoł powiększony, lecz bładny. Mówi wyraźnie, połyka dobrze.

27. III. Ciepłota rano 36,5°, wieczorem 36,4°. Nalot zeszedł. Zdrowa.

*Epicrisis.* Przypadek niniejszy ze względu na wiek chorej i brak septycznych objawów skończyłyby się prawdopodobnie pomyślnie i bez surowicy. Czy jednak tak szybko, wątpię. W istocie znamionym tu był wpływ surowicy na miejscową sprawę; gdy bowiem w chwili wstrzyknięcia cała gardziel, pomijając złogi, miała kolor niemal fioletowy, a błona śluzowa była silnie obrzmiała, w 24 po surowicy błona śluzowa zbladła, obrzęk znikł, a nalot nie tylko się nie posunął, lecz zaczął schodzić. Stan podmiotowy chorej tak znacznej uległ zmianie, iż chora, która się skarżyła na niemożność połykania, ból gardła, dreszcze, mówiła przez nos, nazajutrz już nie wspominała o swych dolegliwościach, była wesołą i mówiła znacznie lepiej. Po 4 dniach błony odpady.



№ 5. M. S., lat 24. 16. IV. Chory od 5 dni. Początek choroby: gorączka. ból gardła, ogólne niedomaganie. Poprzedniego dnia ciepłota 39,7°. Utrudnione polykanie, bezsenność, slinotok. Na lewym zaczerwienionym, lecz niepowiększonym migdale dwa podłużne złogi, barwy brudno-żółtej, leżą równolegle do siebie. Tylny ku dołowi rozszerza się w obszerną powierzchowną plamę wielkości grosza. Na prawej stronie tylko zaczerwienienie bez obrzęku i nalotu. Ciepłota o godzinie 3 po południu 38,9°. Pod drobnowidzem nalotu nie badałem.

Wstrzyknięto 2000 jednostek ochronnych [1000 jednostek ochronnych ARONSON'a — 1000 jednostek ochronnych BEHRING'a]. 17. IV. ciepłota rano 37,6°. Chory czuje się lepiej. Polyka łatwiej. Zaczerwienienie, gorączka bez zmiany Złogi znikły, z szerokiego dolnego został tylko wielkości ziarnka grochu, powierzchowny.

Dalszy przebieg był pomyślny.

*Epicrisis.* Gwałtowny spadek ciepłoty po 19 godzinach, zniknięcie do *minimum* nalotów, gdy przy miejscowym leczeniu sprawa 5 dni trwała, pogarszając się coraz bardziej: to przemawia dostatecznie na korzyść surowicy. Przypadek ten ze względu na wiek i stosunkowo niewielkie zmiany w gardzieli zaliczam do lekkich.

№ 6. R. F., 6 lat. 3. V. Onegdaj wieczorem skarżyła się na dreszcze i ból w lewym uchu. Dnia poprzedniego rano skarżyła się na ból gardła. Przy łykaniu ból niewielki. Ciepłota poprzedniego dnia wieczorem 38°. Dziecko wesołe chodzi. Ciepłota rano 37,7°, tętno 120. Na lewym migdale powierzchowny, gruby, żółty nalot, dość łatwo schodzący przy ścieraniu. Nalot pokrywa całą powierzchnię migdała. Prawy migdał, języczek i tylna ściana gardzieli znacznie zaczerwienione. Prawy migdał obrzmiały. Gruczoły podszczękowe z obu stron powiększone. Kaszel wilgotny. Głos czysty, oddech równy.

Pod drobnowidzem: laseczniki LOEFFLER'a w obfitości i obok nich długie, grube laseczniki, podobne do *oidium lactis*.

Wstrzyknięto 1000 jednostek ochronnych ARONSON'a. Ciepłota wieczorem 37,2°. Wieczorem nalot oddziela się strzępami. Dziecko płacze, uskarża się na ból w miejscu wstrzyknięcia. Miejsce to zaczerwienione i bolesne na ucisk.

4. V. Ciepłota rano 37. Stan dobry. Na nodze jeszcze stać nie może, lecz na ból się nie skarży. Miejsce wstrzyknięcia blade i niebolesne. Lewy gruczoł w dolnej części zupełnie czysty, w górnej pokryty jeszcze zropiałą błoną. Błona śluzowa gardzieli blada. Więcej dziecka nie widziałem, gdyż wyjechało.

*Epicrisis.* Tu wpływ surowicy uwidocznił się na sprawie miejscowej, gdyż, już po 6 godzinach błony poczęły schodzić, a po 24 godzinach zostały tylko ślady na bladej błonie śluzowej.

№ 7. B. P., 2 lata. 8. V. Zachorował poprzedniego dnia w południe. Dziś senny i gorączkuje.

Godzina 9 wieczór. Ciepłota 38,8°. W gardzieli na obu migdałach białe-żółte naloty, pokrywające całą przednią powierzchnię. Tylnej ściany gardzieli



nie można dobrze obejrzeć wskutek oporu dziecka. Dziecko senne, kapryśne. Wstrzyknięto 1000 jednostek ochronnych ARONSON'a.

9. V. 8 rano. Ciepłota 38,4°. Na obu migdałach duże, brudno-szare naloty. Tylnejściany gardzieli wskutek silnego oporu dziecka obejrzeć nie można. Gruczoły podszczękowe nie powiększone. Kaszel wilgotny w płucach nic.

Godzina 2 po południu. Ciepłota 39°C. O godzinie 1½ dziecko zbladło, paznogie miało niebieskie, poczem się spociło. Na całym ciele wysypka podobna do szkarlatynowej, rozlana, bez widocznych drobnych kropek, jak to bywa przy szkarlatynie. W gardzieli naloty trzymają się w górnej połowie migdałów, w dolnej zaś cienkie, z po za których prześwieca błona śluzowa. Dziecko dość wesołe. Ciepłota o 8 wieczorem 37,5°.

10. V. Ciepłota rano 38°. Dziecko do 5-tej nie spało, marudziło i było rozpalone. Potem się spociło i spało dobrze 2 godziny. Dzisiaj dziecko wesołe, siedzi u niańki na ręku i bawi się. Kaszle wilgotno. Na skórze w okolicy krzyża, pośladków i tylnej części obu ud jeszcze widać rozlane zaczerwienienie, znikające pod palcem, lecz nie widać pojedynczych drobnych kropek. Na plecach wysypka zeszła, lecz nie zostawiła po sobie marmoryzacji, jaka bywa, gdy znika wysypka szkarlatynowa i owego brudno-czerwonego zabarwienia z wyraźnymi, pojedynczymi, dużymi plamkami.

W gardzieli na prawym migdale u góry trzyma się biały nalot. Na lewym jest trochę większy, lecz odchodzi strzępami. W środku migdałów nalot bardzo powierzchowny. Ciepłota o 8 wieczorem 37,8°.

11. V. Ciepłota rano o 8 godzinie 37,5°. Spał dobrze w nocy. Na tułowiu dzisiaj znowu widoczniejsza czerwoność. W gardzieli cała błona śluzowa biała, na prawym migdale u góry zropiały, żółty, mały nalot, na lewym kilka punkcikowatych, żółtych, zropiałych czopków. Stan dobry, dziecko woła jeść. Ciepłota wieczorem 37,2°.

12. V. Dziecko wyszło na przechadzkę. W gardzieli niema nic.

15. V. Około miejsca wstrzyknięcia *erythema* na przestrzeni wielkości dłoni. Stan ogólny dobry. Ciepłota ciała prawidłowa. W gardzieli niema śladu cierpienia.

27. V. Skóra się nie łuszczy. Dziecko zdrowe.

*Epicrisis.* W dwanaście godzin po wstrzyknięciu nie było zmiany na lepsze, przeciwnie błony się rozszerzyły, lecz bynajmniej nie zgrubiały; w 18 godzin już poczynaly schodzić i zeszły po 3¼ dobach. Stan ogólny w 38 godzin po wstrzyknięciu był doskonały. Ciepłota spadła po 24 godzinach do normy. Czemu się jednak podniosła po dreszczach w 18 godzin po wstrzyknięciu, dokładnie nie wiem. Oskarżałem o to wysypkę, którą w pierwszej chwili wziąłem za szkarlatynową. Dalszy przebieg przekonał mnie o mylności mego zdania, gdyż wysypka nie składała się z drobnych pojedynczych czerwonych punktów, a przy znikaniu nie zostawiła charakterystycznej marmoryzacji, ani owego brudno-czerwonego koloru drobnych wysypek skóry. Wreszcie skóra się nie łuszczyła. Może ten rumień wywołała surowica, gdyż do żadnej znanej wysypki ta właśnie nie była podobna. Zdarza się podobna jednolita czerwoność ciała wogóle przy gorączkach u dzieci. Lasecznika LOEFFLER'a nie zna-



lazłem pomimo trzykrotnego badania, lecz tylko mnóstwo gronkowców. Przypisuję to niezmiernej trudności w zdjęciu błony do zbadania wskutek silnego oporu dziecka, tak, iż mogłem tylko zaledwie zetrzeć trochę śluzu z powierzchni chorych migdałów. Prawdopodobnie hodowle wykazałyby obecność lasecznika LOEFFLER'a, gdyż klinicznie był to niewątpliwy dyfteryt.

№ 8. J. M., 9 lat., 24 V. Chora od 5 dni. Była tego dnia na weselu z dziewczynką, która zaraz potem się rozchorowała na dyfteryt i do tej pory leży w łóżku. Chora na gardło poczęła narzekać wczoraj.

Godzina 9 rano. Ciepłota 39,2°. Oba migdały miernie obrzmiałe i zaczerwienione, na obu rozrzucone białe plamy wielkości ziarnka prosa. Tylne ściany gardzieli i języczka zaczerwieniona, lecz bez złogów. Ogólny stan dobry. Gruzoły podszczękowe nie obrzmiały. Badania drobnowidzowego nie dokonałem.

Wstrzyknąłem o 12-tej w południe 1000 jednostek ochronnych ARONSON'a. Ciepłota o godzinie 12 południe 39,1°. Ciepłota wieczorem o godzinie 8-mej 39°.

25. V. W nocy chora bredziła, miała silną gorączkę. Pociła się o 3-ej w nocy. Ciepłota rano 37,5°. W gardzieli naloty, co do ilości, bez zmiany, lecz błona śluzowa obu migdałów, a szczególnie prawego, również języczka i tylnej ściany gardzieli blade. Naloty bardziej płaskie. Ogólny stan dobry. Apetytu chora niema, uskarża się na ból w miejscu wstrzyknięcia.

26. V. Ciepłota rano 36,6°. Gardziel zupełnie blade, ani śladu nalotów. Żadnego bólu w miejscu wstrzyknięcia.

*Epicrisis.* Tu wpływ surowicy uwidocznił się przedewszystkiem na krytycznym spadku ciepłoty w przeciągu 24 godzin i na sprawie miejscowej, gdyż błona śluzowa zbladła, jakkolwiek naloty się jeszcze trzymały. Po 18 godzinach już nie było śladu nalotów. O ile się dowiedziałem, dziewczynka, która zachorowała przed naszą chorą i od której ta ostatnia prawdopodobnie się zaraziła, jeszcze w dniu 26 leżała w łóżku, a więc jeszcze nie była zdrową. Ta właśnie nie była leczona surowicą.

№ 9. Z. F., 3 lata. 29. V. Przed trzema tygodniami zapadł na odrę, która trwała dziesięć dni, wliczając i okres wylegania. Przez ten czas gorączkował. Po odrze był zdrow. Przed tygodniem zaczął stękać i dostał powtórnie gorączki. Przed czterema dniami był w szpitalu starozakonnych dla porady. Starszy ordynator stwierdził zapalenie płuc. Przy oglądaniu gardzieli okazało się, iż na lewym lekko zaczerwienionym migdale były trzy punkcikowate naloty, płaskie, które robiły wrażenie, jak gdyby siedziały pod błoną śluzową. Dzisiaj ciepłota rano 38,6°. Gruzoł podszczękowy lewy twardy i bolesny, wielkości małego orzecha włoskiego. Na lewym migdale u góry dość głębokie owrzodzenie wielkości  $\frac{1}{2}$  grosza, pokryte szaro-żółtym nalotem. W płucach trochę wilgotnych rżężeń. Polykać chory nie może i uskarża się na ból gardła. Stan ogólny dobry.

Pod drobnowidzem nie badałem. Wstrzyknąłem 500 jednostek ochronnych ARONSON'a. Ciepłota wieczorem 39°.

30. V. Ciepłota rano 37,5°, ciepłota wieczorem 37°. Stan ogólny dobry, chory spał dobrze. Dzisiaj chciał biegać, żąda jeść. Polyka dobrze bez bólu w mo-



jej obecności. W gardzieli stan ten sam, tylna część owrzodzenia poczyna się oczyszczać i owrzodzenie się nie powiększyło. Gruczoł podszczękowy jest mniejszym i mniej twardym.

31. V. Ciepłota rano 36,5°. Ciepłota wieczorem 37,5°. Owrzodzenie w tylnej części oczyściło się, czerwone, w przedniej pokryte powierzchownym, szarawym nalotem. Całe owrzodzenie i na głębokość i na szerokość znacznie mniejsze.

1. IV. Ciepłota rano 36,5°. Owrzodzenie całkowicie się wypełniło, pokryte tylko w dolnej części białawym, cienkim nalotem. Stan ogólny doskonały.

2. VI. Więcej dziecka nie widziałem, lecz wiem z pewnością, że jest zupełnie zdrowe.

*Epietisis.* Gdy dziecko pierwszy raz widziałem, nie przypuszczałem bez drobnowidzowego badania, iżbym miał przed sobą dyfteryt. Dopiero za drugim razem, gdy widział, że sprawa się szerzy, że już nastąpiło owrzodzenie zajętego poprzednio miejsca, postawiłem rozpoznanie dyfterytu i wstrzyknąłem surowicę w niewielkiej ilości [5 ctm. sz.] ze względu na lekką formę i ze względów oszczędnościowych. Wpływ się uwidocznił już w 24 godzin oczyszczaniem się owrzodzenia, zniknięciem bólu przy polykaniu i spadkiem ciepłoty, po 48 zaś godzinach już znaczna część owrzodzenia pokryta była czystą ziarniną. Cała choroba trwała 5 dni; lecz sądzę, że przy podwójnej dawce trwałaby krócej.

№ 10. J. G. 2 lata 30. V. Zachorował wczoraj, miał gorączkę, lecz chodził, jadł i bawił się. Dzisiaj to samo. Matka zauważyła poprzedniego dnia plamy w gardzieli i gruczoły powiększone na szyi. Matka tego dziecka chodziła często w odwiedziny do dziecka № 23 i ztamtąd pewnie przyniosła zarazę.

Gruczoł podszczękowy prawy mocno powiększony, lecz miękki; pod nim powiększony i twardy gruczoł szyjowy. Gruczoł podszczękowy lewy wielkości małego orzecha włoskiego—miękki. W gardzieli i na obu migdałach na całej ich powierzchni owrzodzenie, pokryte szaro-żółtym nalotem. Tylna ściana gardzieli wolna. Oba migdały powiększone, błona śluzowa czerwona i obrzmiała, łatwo krwawi. Głos czysty, kaszel wilgotny, w płucach nie osobliwego. Ciepłota o godzinie 6 wieczorem 37,6°.

Pod drobnowidzem nie badałem. Rokowanie dobre. Wstrzyknąłem 1000 jednostek ochronnych ARONSON'a.

31. V. Ciepłota rano 37,4°. Na prawym migdale dolna część zupełnie wolna od nalotu, na reszcie i na lewym migdale nalot szarawy, lecz powierzchowny. Owrzodzenia jakby się wypełniły.

1. VI. Ciepłota o 6 wieczorem 38,4°. Na prawym migdale u góry mały, cienki, białawy nalot, takież w dolnej części lewego migdała. Migdały nie powiększone i blade. Gruczoł podszczękowy prawy nieco jeszcze powiększony. Dziecko się łzawi. Kaszle i kicha. Prawdopodobnie będzie miało odrę, tembardziej, iż siostra chorego przechodzi w tej chwili odrę.

4. VI. O ile się dowiedziałem dziecko w istocie zapadło na odrę, lecz gardło ma czyste.

6. VI. Dziecko zupełnie zdrowe.



*Epicrisis.* Wpływ surowicy uwidocznił się już po 16 godzinach, gdyż błony poczęły znikać, a owrzodzenie wypełniać się, po 48 zaś godzinach zostały zaledwie ślady. Podniesienie ciepłoty zależało od poczynającej się odry.

[D. c. n.]

Z KLINIKI CHOROÓB DZIECIĘCYCH PROF. A. CZERNY'EGO W WROCZAWIU.

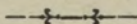
## II. BADANIA CHEMICZNE I KLINICZNE NAD T. ZW. MLEKIEM TŁUSTEM GÄRTNER'A (*Gärtner'sche Fettmilch*).

[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. 42].

Przypadek IV. Max Latt..., 6 miesięcy, dziecko nieprawe, 6 tygodni karmione piersią, następnie mlekiem krowim w rozcieńczeniu 1:3 owsianki, od 5-go miesiąca pije zupełną mączną z mlekiem. Początkowo dość częste wymioty i odbijanie, obecnie bardzo rzadkie, stolców 2—3 dziennie gliniastych.

Badanie 10. VI. wykazuje dziecko rozwinięte wcale dobrze, trochę niedokrwiste, *craniotabes*, różaniec krzywicy, żywy odruch rzepekowy, brak twarzewego, lekki obrzęk gruczołów pachwinowych, zębów niema. Mleko GÄERTNER'A podawano przez dni 39.

Dziecko waży 5390. Od d. 11 czerwca dostaje po  $\frac{1}{2}$  litra mleka dziennie.

11 czerwca, waga: 5400. Jeden raz wymioty śluzowe i jeden stołeczek gliniasty, białawy.

12     "     "     5460. Jeden raz były wymioty śluzowe i 2 stołeczki gliniaste, białawe.

13     "     "     5420. Dostaje po  $\frac{3}{4}$  litra mleka. Jeden raz były wymioty po mleku i dwa stołeczki prawidłowe.

14     "     "     5420. Jeden stołeczek gliniasty, białawy.

15     "     "     5460.     "     "     "     "

16     "     "     5530.     "     "     "     żółty.

17     "     "     5530. Dwa stołeczki gliniaste, białawe.

18     "     "     5460.     "     "     "     "     Dziecko dostało 1 litr mleka.

19     "     "     5530. Trzy razy wymioty po mleku i 4 stołeczki gliniaste, żółte.

20     "     "     5440.  $\frac{1}{2}$  litra mleka. Dwa stołeczki prawidłowe.

21     "     "     5610. 1 litr     "     i     "     "     "



22	czerwca,	waga:	5430.	Jeden stołeczek gliniasty, żółty.
23	"	"	5510.	" " " " $\frac{1}{2}$ litra mleka.
24	"	"	5620.	Dziecko dostało 1 litr mleka. Dwa stołeczki gliniaste, żółte.
25	"	"	5640.	Dziecko dostaje po $1\frac{1}{4}$ litr. mleka. Dwa stołeczki prawidłowe.
26	"	"	5620.	Dwa stołeczki gliniaste.
27	"	"	5650.	Jeden stołeczek prawidłowy.
28	"	"	5780.	Dwa stołeczki prawidłowe.
29	"	"	5930.	" " "
30	"	"	5750.	Trzy " "
1	lipca	"	5810.	Dziecko dostało $\frac{3}{4}$ litra mleka. Trzy stołeczki dyspeptyczne.
2	"	"	5780.	1 litr mleka. 3 stołeczki prawidłowe.
3	"	"	5800.	Odtąd dostaje po $1\frac{1}{4}$ litra mleka dziennie. Dwa stołeczki prawidłowe.
4	"	"	6000.	Dwa stołeczki gliniaste, białawe.
5	"	"	5900.	" " " żółte.
6	"	"	5810.	" " " prawidłowe.
7	"	"	5940.	Jeden stołeczek gliniasty, żółty.
8	"	"	6010.	Dwa stołeczki prawidłowe.
9	"	"	6060.	Dwa stołeczki gliniaste, żółte.
10	"	"	6010.	" " " białawe.
11	"	"	5980.	" " " "
12	"	"	6050.	" " " żółte.
13	"	"	6110.	" " " "
14	"	"	6070.	" " " "
15	"	"	6090.	" " " "
16	"	"	6180.	" " " białawe.
17	"	"	6120.	Jeden stołeczek gliniasty białawy.
18	"	"	6140.	" " " "

Jakkolwiek początkowa waga dziecka dość niska, w ciągu 39 dni wzrosła się jednak o 750 grm. [z 5390 do 6140], przyrost więc dzienny był zadawalający, pomimo iż równomiernym nie był: widzimy po każdym znacześniejszym przybyciu wahania w dniach następnych z ciągłą jednak tendencją do podnoszenia się.

Przytoczone powyżej 4 przypadki stanowią dzieci, których trawienie w chwili rozpoczęcia podawania mleka GAERTNER'a znajdowało się we względnym porządku, pomimo że anamneza wykazywała uprzednie zaburzenia w trawieniu, a waga ciała była zawsze niższą od cyfr, jakie podają badacze dla dzieci zdrowych odpowiedniego wieku. Zamieszczone poniżej przypadki rozpocząłem żywić mlekiem GAERTNER'a w warunkach daleko gorszych, bo wśród zaburzeń w trawieniu, trwających bądź to od niedawna, bądź też od długich miesięcy; przypadki te stanowi:



**Grupa b, niemowlęta z pierwotnymi zaburzeniami trawienia.**

Przypadek V. Alfred Hoff..., 10 tygodni, syn ślusarza, karmiony od urodzenia sztucznie mlekiem krowim w rozcieńczeniu 1:3, co 2 godziny, często wymiotował, stolce zawsze obfite 4-5 dziennie, dyspeptyczne. Z powodu tych zaburzeń trawienia [dyspepsy] leczony poliklicznie mlekiem kozim w rozcieńczeniu 1:4 i 1:3 w ciągu dni 10 bez poprawy, gdyż badanie 22. VI. wykazało: dziecko dość dobrze rozwinięte, skóra blada, tkanka tłuszczowa wiotka, ciemię bardzo szeroko otwarte, na potylicy i karku liczne drobne czyraki, zmian krzywiczych niema, brzuch wypukłony, twardy, odgłos bębniasty, częste, obfite, żółte, dyspeptyczne stolce. Waga pierwotna 4530 w ciągu podawania mleka koziego spadła niżej 4300, jak widzimy z niżej podanych cyfr, lecz od czasu rozpoczęcia diety GAERTNER'owskiej po jednokrotnem wahanu zależnem od zaburzeń w trawieniu [8-3 stolców płynnych, dyspeptycznych dziennie, 4-krotne wymioty mlekiem] następnie narastała prawidłowo tak, iż w ciągu 26 dni karmienia przyrost jej wyniósł 650 grm. [z 4400 na 5050], a przyrost dzienny przenosił cyfry średnie podane dla dzieci odpowiedniego wieku i wagi [20-26 grm].

12	czerwca:	waga 4540.	Dziecko otrzymuje $\frac{1}{4}$ litra mleka koziego dzien-
13	"	" 4530.	" " " " " "
14	"	" 4460.	" " $\frac{1}{3}$ " " " "
15	"	" —	" " " " " "
16	"	" 4490.	Dostaje $\frac{1}{4}$ litra mleka koziego dziennie.
18	"	" 4380.	Dostaje tylko herbatę.
19	"	" 4340.	" " " " " "
20	"	" 4270.	" $\frac{1}{4}$ litra mleka koziego dziennie.
21	"	" 4380.	" " " " " "
22	"	" 4470.	Tegoż dnia dziecko otrzymało 1 litr mleka GAERTNER'a dziennie. Dwa stołeczki prawidłowe.
23	"	" 4460.	Dwa stołeczki prawidłowe.
24	"	" 4430.	Raz jeden wymioty. Dziewięć stołeczków dyspeptycznych płynnych.
25	"	" 4350.	Dziecko dostaje $\frac{1}{2}$ litra mleka G. 4 razy wymioty po mleku. Trzy stoł. dyspeptyczne, płynne.
26	"	" 4250.	8 stołeczków dyspeptycznych płynnych.
27	"	" 4280.	Dostaje 1 litr mleka dziennie. 10 stolców zielonych, płynnych.
28	"	" 4360.	Raz jeden wymioty po mleku. 6 stołeczków dyspeptycznych, płynnych.
29	"	" 4360.	Dostaje tylko herbatę. 7 stolców dyspeptycznych, płynnych.
30	"	" 4450.	Dostaje odtąd po 1 litr mleka dziennie. 4 stolce gliniaste, żółte.
1	lipca	" 4470.	Trzy stołeczki prawidłowe.
2	"	" 4470.	Cztery " " " "
3	"	" 4590.	Trzy " " " "



4	lipca,	waga: 4610.	Pięć stołeczków płynnych, żółtych.
5	"	" 4710.	Jeden stołeczek prawidłowy.
6	"	" 4710.	Trzy stołeczki prawidłowe.
7	"	" 4810.	" " "
8	"	" 4780.	Cztery " "
9	"	" 4780.	" " "
10	"	" 4860.	Dwa " "
11	"	" 4900.	Jeden stołeczek prawidłowy.
12	"	" 4860.	Trzy stołeczki prawidłowe.
13	"	" 4890.	Dwa stołeczki gliniaste, żółte.
14	"	" 4950.	Trzy " " "
15	"	" 5050.	Dwa " " "
16	"	" 5060.	" " " "
17	"	" 5060.	" " " "
18	"	" 5030.	" " " " Raz wymioty po mleku.
19	"	" 5040.	Dwa stołeczki gliniaste, żółte. Raz wymioty po mleku.

Przypadek powyższy zaliczyć należy do najpomysłniejszych, a wynik karmienia nie ustępuje wynikom karmienia mlekiem matczynem.

Przypadek VI. Willy Br..., 3 miesiące, dziecko nieprawe, od urodzenia karmione sztucznie: do 4 tygodni życia mlekiem krowiem na pół z wodą, następnie mączką owsianą KNOR'a w rozcieńczeniu 1:3 mleka i w równej proporcji z mlekiem, co 2 godziny. Wymiotowała rzadko, miewała 3 stołeczki dziennie, przyłączył się i kaszel. Badanie 28. V wykazało dziecko drobne o niezna- cznej ilości tkanki tłuszczowej, *craniotabes*, szeroko rozwarte ciemię, obrzęk gruczołów pachwinowych, serce normalne, w płucach lekkie stłumienie tonu opu- kowego w górnej części lewego z tyłu i w dolnej części prawego, oddech wo- góle zaostroszony, w miejscach oznaczonych nieliczne drobno-pęcherzykowe rzę- żenia. Wobec widocznej tu niestrawności przewlekłej podawano po każdym ssaniu łyżeczkę 1%-ego roztworu kwasu solnego i rozpoczęto karmienie mle- kiem GAERTNER'a przy wadze początkowej 4290. Karmienie rzezonem mle- kiem trwało ogółem 53 dni.

Waga dziecka 4290. Od d. 28 maja dostaje po  $\frac{1}{2}$  litra mleka dziennie. Tegoż dnia miało jeden stołeczek gliniasty, białawy.

29	maja;	waga 4260.	Jeden stołeczek gliniasty, białawy.
30	"	" 4170.	" " ze zwiększoną zawartością tłuszczu.
31	"	" 4210.	Dwa stołeczki gliniaste, białawe.
1	czerwca,	waga 4260.	Dostało $\frac{3}{4}$ litra mleka. Dwa stołeczki gliniaste, białawe.
2	"	" 4230.	Dziecko dostaje znów pół litra mleka dziennie. Dwa stołeczki dyspeptyczne.
3	"	" 4260.	Jeden stołeczek gliniasty, białawy.
4	"	" 4280.	Dwa stołeczki gliniaste, białawe.
5	"	" 4300.	" " " " żółte.



6	czerwca, waga	4330.	Dostaje $\frac{3}{4}$ litra mleka. Trzy stołeczki śluzowe,
7	"	4310.	Pół litra mleka. 3 stołeczki gliniaste, białawe.
8	"	4330.	" " " 3 " " "
9	"	4220.	$\frac{3}{4}$ " " " 3 " " "
10	"	4200.	" " " 4 " " "
11	"	4140.	$\frac{1}{2}$ " " " 4 " " "
12	"	4120.	" " " Jeden stołeczek dyspeptyczny, zielony, śluzowy.
13	"	4030.	$\frac{1}{3}$ litra mleka. Trzy razy wymioty po mleku. 6 stołeczków dyspeptycznych, śluzowych, zielonych.
14	"	4010.	$\frac{1}{2}$ litra mleka. 6 stoł., dysp., śluz., zielonych.
15	"	3940.	5 razy wymioty po mleku. 4 stołeczki dyspeptyczne, śluzowe, żółte.
16	"	4040.	Dostaje po 1 litrze mleka dziennie. 3 stołeczki dyspeptyczne, żółte.
17	"	4060.	Dostaje po 1 litrze mleka dz. 3 stoł. dysp., żółte.
18	"	4110.	Dwa razy wymioty po mleku 2 " " "
19	"	4160.	Jeden raz " " " 4 " " "
20	"	4210.	Dostało $1\frac{1}{4}$ litra mleka. 6 stołeczków dyspeptycznych, płynnych i żółtych.
21	"	4240.	1 litr mleka. 4 stołeczki dyspeptyczne, płynne i żółte.
22	"	4290.	$1\frac{1}{4}$ litra mleka. Dwa razy wymioty po mleku. 6 stołeczków dyspeptycznych, płynnych i żółt.
23	"	4150.	1 litr mleka. 4 razy wymioty po mleku. 6 stołeczków dyspeptycznych, żółtych.
24	"	3930.	Dyeta wodą kakaową, 5 razy wymioty po tejże wodzie. Trzy stołeczki.
25	"	3840.	Żołądek przemyto. Pożywienie jedynie z wody kakaowej, 4 razy wymioty po tejże wodzie.
26	"	3820.	$\frac{1}{2}$ litra mleka. Jeden raz wymioty po mleku. Dwa stołeczki dyspeptyczne, płynne, śluzowe.
27	"	3820.	$\frac{1}{2}$ litra mleka. 3 stołeczki dyspeptyczne, śluzowe.
28	"	3780.	" " " 3 " " żółte.
29	"	3860.	$\frac{3}{4}$ " " " 4 " gliniaste, białawe.
30	"	3890,	$\frac{3}{4}$ litra mleka. 4 stoł., gliniaste, białawe.
1 lipca,	"	4010.	Odtąd po $\frac{3}{4}$ litra mleka. Dwa stołeczki dyspeptyczne, śluzowe. 1 raz wymioty po mleku.
2	"	3960.	Trzy stołeczki gliniaste, białawe.
3	"	4130.	Raz wymioty po mleku. 3 stołeczki gliniaste, białawe.
4	"	4110.	Raz wymioty po mleku. 3 " " białawe.



5	czerwca,	waga:	4130.	4	stołeczki	gliniaste,	żółte.	
6	"	"	4090.	4	"	"	"	
7	"	"	4010.	5	stołecz.	dyspeptycznych,	biaław., płynnych.	
8	"	"	3980.	1/2	litra	mleka. 4	stołeczki dyspeptyczne, bia- ławe, płynne. Trzy razy wymioty po mleku.	
9	"	"	3790.	1/2	litra	mleka. 2	razy wymioty po mleku. Pięć stołeczków dyspeptycz., zielonych, płynnych.	
10	"	"	3630.	1/2	litra	mleka. 2	razy wymioty po mleku. 5 sto- łeczków dyspeptycznych, zielonych i płynnych.	
11	"	"	3560.				Dziecko dostaje tylko herbatę. Trzy stołeczki dyspeptyczne, żółte i płynne.	
12	"	"	3560.				Dostaje odtąd po 1/4 litra mleka dziennie. 2 sto- łeczki dyspeptyczne, płynne.	
13	"	"	3570.				Dwa stołeczki dyspeptyczne, płynne.	
14	"	"	3610.				Jeden stołeczek gliniasty.	
15	"	"	3590.				Dwa stołeczki śluzowe, dyspeptyczne.	
16	"	"	3800.				Jeden stołeczek śluzowy, dyspeptyczny.	
17	"	"	3690.				Trzy stoł. śl., dyspept. 2	razy wymioty po ml.
18	"	"	3740.				" " " " 1	raz " " "
19	"	"	3810.				Dwa " " " 1	" " " "

Jak widzimy z powyższej tablicy, karmienie mlekiem GAERTNER'a w tym przypadku nie sprowadziło polepszenia: waga ciała, trzymając się w mierze pierwsze 10 dni [przy dziennej porcyi 1/2—3/4 litra i gliniastych stolcach], w następnym tygodniu, pomimo zmniejszenia ilości mleka do 1/3 litra dziennie przy wybitnych dyspeptycznych objawach [wymioty do 5 razy dziennie, do 6 dyspeptycznych, płynnych, śluzowych stolców], spada o 400 grm., by znów w ciągu tygodnia przy porcyi litrowej i poprawie wciąż jednak zbyt licznych stolców powrócić do dawnej wysokości [4290 grm.]. W dalszym przebiegu widzimy znów gwałtowny spadek i ciężkie dyspeptyczne objawy pomimo przemywania żołądka i wprowadzenia do diety wody kakaowej; niewielka następna poprawa była krótkotrwałą, znów nastąpiło pogorszenie z wymiotami i licznymi dyspeptycznymi, śluzowymi stołeczkami, po którem wahania nie świadczą o widokach stałego polepszenia.

Przypadek więc niniejszy do pomyślnych oczywiście nie należy: w trakcie diety GAERTNER'owskiej dziecko straciło ogółem przeszło 500 gram. na wadze, po 15 dniach stosowania mleka wystąpiły wymioty, powtarzające się z przerwami do końca, a wypróżnienia nigdy nie były prawidłowymi, ale gliniastymi, lub ciężko dyspeptycznymi ze śluzem i barwą zieloną.

[C. d. n.]



## CZY MEDYCYNĄ JEST NAUKA, CZY SZTUKĄ?

[Dokończenie. — Patrz Nr. 42].

Ile razy młodzi zwłaszcza lekarze oceniają w rozmowie wartość lekarzy starszych i sławnych, najczęściej jedną miarę do tej oceny stosują: co on zrobił dla nauki, co on napisał, gdzie wskażecie cytowane jego nazwisko? A jeżeli nie można kapitalnych literackich wskazać robót, jeżeli nazwisko jego w podręcznikach nie jest cytowanym, już go się uważa za człowieka bez zasług; jak gdyby cała działalność społeczna lekarza, cała wartość jego, na pracy literackiej, czy naukowej polegała. Ale po cóż my właściwie istniejemy, dla czego społeczeństwo wzywa nas i żywi? Ilekroć lekarz udzieli skutecznej rady choremu, ilekroć chory, dzięki tej radzie, życie zachowa, zdrowie odzyszcze, pozbędzie się kalectwa,—lekarz dokonał ważnego czynu, spełnił swe zadanie, i człowiekowi i społeczeństwu dobrze się zasłużył. Leczenie jest gruntem, istotą naszych czynności, najważniejszym naszym zadaniem. Prace piśmiennicze, naukowe, stanowią odmienną zasługę, są ozdobą lekarza, ale mają drugorzędne w zawodzie znaczenie. Można być lekarzem arcyznakomitym, wielce zasłużonym i na najwyższy szacunek zasługującym, bez zasług i sławy piśmienniczej. Z dwóch lekarzy, z których jeden znanym jest w nauce, drugi nieznanym, nie zawsze, wcale nie zawsze, ten pierwszy jest lepszym, świetniejszym i więcej zasłużonym lekarzem. Potęgą naszą, to działanie i leczenie. Obniżamy dobrowolnie znaczenie zawodu, lekceważąc nieraz prawie te istotne nasze czynności. Świetny chirurg, człowiek, który zasłużoną sławę zdobył sobie przez doskonałe leczenie i operowanie, publicznie swą wartość obniża, głosząc, że nie największa liczba własnoręcznie dokonanych operacji, ale pracownia naukowa o wartości chirurga stanowi. To może o wartości bakterjologa czy histologa stanowić będzie ilość dokonanych przez niego operacji chirurgicznych.

Jakiż to pogląd opaczny! Właśnie im więcej chirurg dokona operacji, a przedewszystkiem im lepiej je wykonywa, tem większym jest chirurgiem, tem lepiej spełnia swe zadanie życiowe. Nie tylko nie ma on obowiązku posiadać pracowni i badania naukowe w niej przeprowadzać, ale nie sądzę nawet, aby praca taka była dla niego możliwą. Czas jego czem innem jest zajęty i myśli jego zawodowe w innej krąży dziedzinie.

Jeżeli idzie o dokładne zbadanie guza, bakterji, czy wydzielin, a przedewszystkiem o dalsze obrobienie naukowe tego, co się znajdzie, lepiej to od niego skuteczni uczeni, mający naprawdę swą pracownię i badaniom naukowym oddany. Wszak żaden zawód ludzki nie jest zamkniętą w sobie całością, bez związku z innymi zawodami, wszak każdy do pomocy innych musi się uciekać. Żaden sprzęt wspaniały nie wyjdzie z pod ręki jednego człowieka; stolarz, tokarz, rzeźbiarz, tapicer — pominąwszy już całą rzeszę pracowników, którzy materiały przygotowywali—pracować musieli nad dokonaniem jednego przedmiotu. I w nauce czystej nie wszyscy uczeni w użyciu wszystkich metod naukowych zarówno są biegli i nieraz w sprawach szczególnych do pomocy bardziej wpra-



wnych badaczy uciekać się muszą, jak to niedawno miało miejsce z argonem. Dla czegoż lekarz rozmaite badania naukowe, dla rozstrzygnięcia wątpliwości jego potrzebne, ma koniecznie przeprowadzać osobiście?

W tem żądaniu od lekarza, aby był uczonym, w tem staraniu się, aby to miano uzyskać, jest bardzo często coś nieszczerego, jakaś obłuda. Jeżeli to usiłowanie jest szczerze, wytwarza często męczący, przykry rozłam w człowieku. Nęci go badanie, nauka czysta, uważa ją za swój cel właściwy, za najodpowiedniejsze, najmiłsze dla siebie zajęcie, a życie zmusza go do pracy zawodowej, do leczenia, które mu się, wobec umiłowanych badań, przykrem, nieraz wstrętnem, wydaje. Lekarze, oddani badaniom naukowym, wdychają znowu często do praktyki lekarskiej, bo ta jest dochodniejszą. I tworzą się w ten sposób połowiczni lekarze, którzyby swój zawód chętnie na badania naukowe zmienili — a przynajmniej tak głoszą — i połowiczni uczeni, którzyby czas swój i myśli swoje chętnie praktyce lekarskiej oddali. Czyżby nie było lepiej dla nich i dla ich zajęć, dla praktyki i dla nauki, gdyby każda miała ludzi całym sercem sobie oddanych? Kogo los na stanowisku lekarza postawił, powinien wzbudzić w sobie zamiłowanie do swych zajęć, polubić je i mieć dla nich szacunek, bo zawód lekarski sam w sobie, niezależnie od badań naukowych, może życie człowieka wypełnić.

Często z pewnością to zamiłowanie nauki jest u lekarza nieszczerze i prace jego naukowe nie naukę, ale poboczne cele, mają na względzie. Pisze się nieraz dla tego, że pisma wyrabiają sławę, a sława, choć nie jest sławą lekarską i o wyrobieniu lekarskiem nie świadczy, prowadzi do praktyki. „Pisałem dość dużo przed laty, ale odkąd praktyka mi się rozwinęła, nie widzę już potrzeby pisania“ — tak mi mówił z całą naiwną szczerością bardzo wzięty lekarz. Oczywiście prace naukowe, w takim celu i z taką myślą pisane, wartości naukowej mieć nie będą. Literatura lekarska współczesna, tak obfita, olbrzymia, nieograniczona prawie, często wzbudza podejrzenie, że bardzo wielka liczba piszących lekarzy myśli tak samo, jak ów szczerzy kolega.

Bardzo wielu lekarzy oddaje się rozmaitym umysłowym zajęciom po za swoim zawodem i postępują słusznie. Człowiek w jednym ograniczonym kole nie powinien zamknąć swej myśli i żyć, jak machina. Zajęcia takie rozszerzają zakres myślenia, pozwalają szerzej spojrzeć nawet na sprawy własnego zawodu, a odrywając człowieka od męczących stron tego zawodu, dają wytchnienie umysłowi.

Znamy lekarzy wziętych, którzy zajmują się astronomią, historią naturalną, nawet historią powszechną, rozmaitemi stronami działalności publicznej, nie mówiąc już o tych najliczniejszych, którzy w literaturze i sztukach pięknych wytchnienia szukają. Wielu lekarzy wybiera sobie jako takie zajęcia poboczne, jako drugi zawód, badania biologiczne. Każde tego rodzaju zajęcie, o ile spełnianiu obowiązków zawodowych nie staje na przeszkodzie, godnym jest pochwały. Ale te wszystkie zajęcia stoją po za zawodem, do obowiązków zawodowych lekarza nie należą i wymagać ich od niego nie można.

---



Lekarz musi posiadać bardzo liczne wiadomości z nauk biologicznych, ale te wiadomości nie stanowią jeszcze lekarza. Nieprawdą jest, że medycyna, że leczenie, to bezpośredni wynik wiadomości naukowych, proste ich zestawienie.

Potrzeba umieć wiadomości te zastosować, trzeba umieć zbadać chorego wszystkimi sposobami i przyrządami, trzeba umieć obchodzić się z chorym, używać środków lekarskich, a przedewszystkiem trzeba nabyć wprawy technicznej w użycie rąk swych do tak licznych czynności i w użycie narzędzi. Ktokolwiek z technicznymi zajęciami jest obznajmiony, wie, jak każdej techniki uczyć się potrzeba, aby czynność spełniać łatwo i dokładnie. Ta nauka nie jest z pewnością mniej ważną dla lekarza i nie jest łatwiejszą, niż nabycie wiadomości naukowych.

Kto nie posiada odpowiednich wiadomości z anatomii, fizjologii i patologii, złym będzie lekarzem—to pewna; ale kto o leczeniu i jego technice małe ma wyobrażenie, ten także z pewnością leczyć nie potrafi.

Lekarz, obok nauki, musi swe oko i rękę, a nawet, choć o tem mówi się mało, swą wolę i swoje uczucia dla zawodu swego odpowiednio skierować i wyćwiczyć.

Szkoła, która ma wydać lekarzy, musi w swych uczniach te obie strony rozwijać harmonijnie. Otóż dzisiejsza szkoła na tym punkcie grzeszy, bo cały środek ciężkości ku nauce czystej przechyliła z wielkiem zaniedbaniem praktycznego lekarskiego wyrobienia. Za dużo, za dużo dla potrzeb swego zawodu, wynosi lekarz ze szkoły wiadomości naukowych, a zamało tego, co mu przy spełnianiu obowiązków od pierwszej zaraz chwili najbardziej będzie potrzebnem.

Iluż jest lekarzy, którzy ani razu podczas studyów nie zastosowali cewnika, nie zrobili ani jednego cięcia, ani razu nie odwrócili powiek, nie obejrzelili wziernikiem dna oka, ani krtani. Niedokładność w opisie nabłonka, wyścielającego jaki kanał w organizmie, pozbawi studenta stopnia naukowego; umiejętności wsunięcia zgłębnika w ten kanał, umiejętności dla chorego ważniejszej, nikt od studenta nie wymaga.

I wyjeżdża młody lekarz na prowincję z głową pełną nauki, a bez znajomości najprostszych technicznych czynności swego zawodu. Może śmiało za Goethem powtórzyć: „to, czego nie wiem, jest mi właśnie potrzebne, a tego, co umiem, zużytkować nie mogę“. Mnóstwo wiadomości naukowych zaciera się w pamięci i znika u większej liczby lekarzy—dowód oczywisty, że wiadomości te, w wykonywaniu czynności zawodowych, roli nie grały. Iluż to rzeczy uczy szkoła, zdaje się tylko po to, aby z nich złożyć egzamin i zapomnieć potem. Z każdej setki kończących lekarzy jeden, dwóch, na początkowe lata może i trzech, poświęca się studyom naukowym w pracowniach. Zdaje się, że program naukowy tylko tych paru uwzględnia, a wszyscy inni do nich stosować się muszą.

Potrzebnych wiadomości praktycznych i wprawy nabywa lekarz zwykle sam, stopniowo, a zawsze pozostaną mu braki ważne; czynności, których się wreszcie nauczy, spełnia często niedokładnie, jak samouk. Nie mówię o małej liczbie lekarzy, którzy po ukończeniu uniwersytetu wyrobili się po szpitalach w jakiej specjalności, ale o całej rzeszy, o całym mnóstwie lekarzy prowincyo-



nalnych. Gdyby uniwersytet zadanie swoje wyrobienia lekarzy spełniał należycie, muiejby może lekarze mieli wiadomości do zapomnienia, ale też mniej byłoby kalek i przedwczesnych śmierci na świecie.

Nie o takich idzie lekarzy, którzy bezmyślnie wykonywać się nauczycii pewne czynności ręczne, nie o specjalistów, w ciągu jednego semestru, jakby w fabryce zrobionych. Niech lekarz dobrze spełnia swe zadanie, niech je rozumie, niech umie to wszystko, co jego działanie oświecić może. Biologia, o ile ma związek z medycyną, nawet w obszerniejszym zakresie, powinna lekarzowi być znaną. Ale niech w tej nauce zawód jego nie utonie, niech mu tej nauki nie wskazują, jako jedyne go celu, jako jedynej gwiazdy przewodniej, bo jego cel jest gdzieindziej i inna gwiazda ma go przez życie prowadzić. Bo nie tylko wiadomości nowych, a najważniejszych dla siebie, musi lekarz szukać po skończeniu uniwersytetu, nie tylko rękę swą musi wyrabiać, ale i zwalczyć musi w sobie narzucony mu kierunek myśli.

Medycyna jest nauką, badanie jest jej zadaniem właściwem i chlubą, a praktyka lekarska jest sprawą dla lekarza prawie podrzędną, a w każdym razie mniej szlachetną.

Z takimi myślami wchodzi lekarz w życie, i zaraz od pierwszego wstępu spotyka zupełnie inne od społeczeństwa żądania. Musi nastąpić w młodym lekarzu rozłamanie w sobie, sprzeczność i walka między dążeniami, jakie w niego szkoła wszczepiła, a żądaniami społeczeństwa. Czasami przez całe życie ta sprzeczność nie zniknie, lekarz czuje się wciąż obcym zawodowi, spełnia go z musu, a nauce poświęcić się nie może, bo go praktyka w swoja pochwyliła objęcia i cały czas mu zabrała. „Zwichnęli osadę mych skrzydeł i wyłamali do góry, że już nie mogłem na dół skrócić lotu“.

Przy otwarciu nowego wydziału lekarskiego, profesor w mowie uroczystej wskazuje uczniom ich przyszłe zadanie życiowe: nauka i badanie, jedynie nauka i badanie, mają być całem ich zajęciem i celem. I ani słowa o tem, że mają leczyć, że mieć będą stosunki z chorymi, że całe życie, wszystkie dni od rana do wieczora będą niemi zajęci, że tego od nich społeczeństwo wymagać będzie, a na studia biologiczne czasu im nie zostawi. Jeżeli student weźmie do serca gorącą i piękną mowę profesora, z jak połowicznym posagiem wejdzie do swego zawodu, do najcięższego ze wszystkich zawodu.

*Zygmunt Kramsztyk.*

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 86. W. Thorn. O krwotokach w jamie miednicy.

Nazwą tą autor obejmuje wszelkie guzy krwawe miednicy, powstałe tak wskutek krwotoków wewnątrz-otrzewnowych, jako też i zewnątrz-otrzewnowych.

Opiera się on na materyale z kliniki OLSHAUSEN'a, obejmującym 10000 chorych ginekologicznych z 98 krwotokami, i na materyale z własnej kliniki i ambulatoryumu w Magdeburgu, obejmującym 6006 chorych ginekologicznych z 59



takimi przypadkami. Cyfry te dają w obu razach jednakowy stosunek: 0,98<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, przyczem na krwotok wewnątrz-otrzewnowy przypada z pierwszej liczby 79, czyli 0,79<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, z drugiej 44, czyli 0,73<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, a na zewnątrz-otrzewnowy z pierwszej—0,19<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, z drugiej—0,25<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

Razem stanowi to 157 przypadków, z których jeden tylko skończył się śmiertelnie; w trzech nastąpiło zropienie z przedziurawieniem, dwa razy do kiszek, raz do pęcherza; sześć razy robiono laparotomię z dobrym wynikiem.

Co się tyczy przebiegu i zejścia, to z 59 własnych przypadków autor tylko w siedmiu, po przebyciu choroby, pozostały zaburzenia w miesiączkowaniach; reszta wyzdrowiała zupełnie.

Wśród tych 59 chorych, była tylko jedna niezamężna, 22-letnia z krwotokami w *lig. latum*; 6 było przez 1—15 lat niepłodnych, 10—więcej niż 3 lata przed zachorowaniem nie rodziły. Po wyzdrowieniu 12 chorych zaszło w ciążę, z tych 3 rodziły, pozostałe rodziły pomyślnie.

Co się tyczy stosunku omawianych guzów krwawych do ciąży zewnętrzno-macicznej, to pierwszy J. VEIT na 145 przypadków znalazł 28<sup>o</sup>/<sub>o</sub> takich, które uważać należało jako następstwo ciąży zewnętrzno-macicznej. WEISS podaje tylko 12<sup>o</sup>/<sub>o</sub> takich przypadków; autor zaś ze swoich chorych z Halli—28,5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, z Magdeburga—57,4<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, a licząc tylko wewnątrz-otrzewnowe nawet—66<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. W przypadkach zależnych od ciąży choroba po większej części zaczyna się nagle, przy czem mogą być oddzielne napady szybko po sobie następujące, a główne objawy: podrażnienie otrzewnej i ostra niedokrwistość, zupełnie nie odpowiadająca nieznacznemu krwotokowi na zewnątrz, wykluczając w każdym razie zwykle poronienie w pierwszych tygodniach. Wyczuwany wówczas guz krwawy różni się od wysięku po poronieniu tem, że ostatniemu towarzyszy zwykle znaczne podwyższenie ciepłoty ciała, czego przy pierwszym najczęściej nie ma wcale, albo też jest nieznaczne. Odróżnienie krwotoku od *retroflexio uteri gravidi* jest także bardzo łatwe; krwotoki bowiem miednicy rzadko bardzo powstają po 3-m miesiącu ciąży zewnętrzno-macicznej, najczęściej powstają w pierwszych 10 tygodniach, w tym zaś czasie tyło-pochylenie macicy ciężarnej nie daje jeszcze objawów uwięźnięcia. Zresztą decydować tu może badanie wewnętrzne, jakkolwiek z największą ostrożnością winno być wykonane.

Rokowanie przy tych guzach zwykle uważane bywa za gorsze, niż powinno być w rzeczywistości; podług autora procent śmiertelności wynosi 0,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Dlatego też, co się tyczy leczenia, postępowanie wyczekujące powinno być prawidłem i to *expectatio ad ultimum*. Laparotomia tylko przy ścisłych wskazaniach powinna być wykonana, mianowicie wznawiający się niebezpieczny krwotok może nas zmusić do operacji; laparotomia bowiem, pomimo wszelkich postępów na tem polu, pozostaje tu zawsze operacją niebezpieczną, a to dlatego, że nie zawsze udaje się znaleźć krwawiące miejsce, lub usunąć zupełnie skrzepy z pomiędzy starych zrostów. Nakłucie lub przecięcie przez pochwę jest niewłaściwe dla usunięcia krwi, wskazane natomiast przy zropieniu guza.

O wiele mniejsze znaczenie praktyczne mają krwotoki więzów szerokich, czyli zewnętrzno-otrzewnowe. Pochodzenie ich nierzadko należy przypisać ciąży zewnętrzno-macicznej, mianowicie jajowodowej, przyczem jajowód, pękając, roz-



dziela listki więzów. Rokowanie tu jest wogóle dobre, zabiegi operacyjne rzadko potrzebne.

W końcu autor streszcza swoje poglądy w następujący sposób: Nie jesteśmy dotychczas upoważnieni wszystkie wewnątrz-otrzewnowe krwotoki w jamie miednicy przypisać ciąży zewnątrz-maciczej. Powstawanie klasycznych *haematocèle retrouterinum* nie wymaga bynajmniej poprzednio istniejących zrostów w jamie DOUGLAS'a, przeciwnie, powstaje ono zwykle bez tychże. Rokowanie co do krwisteków miednicy jest pomyślne. W leczeniu zasadą powinno być postępowanie wyczekujące.

(*Ueber Beckenhaematome — Saml. Klin. Vor. 1895, Nr 119/120*). H. R.

**87. M. Paul Segond.** Nowy sposób operowania przetok odbytnico-pochwowych przy całym kroczu.

Autor spostrzegł przypadek przetoki odbytnico-pochwowej, której przyczyna jest dosyć oryginalną. Do opisanie tego przypadku, skłoniła go głównie chęć zapoznania szerszego ogółu lekarzy z nowym, przez niego wymyślonym sposobem zamykania przetok odbytnico-pochwowych. Pomimo nadzwyczaj mało sprzyjających warunków, sposób ten dał możliwość prędkiego zamknięcia przetoki, tak, iż autor nie waha się polecić go we wszystkich odpowiednich przypadkach.

Kobieta 31-letnia, w 15-ym roku życia z namowy przyjaciółki wprowadziła sobie do pochwy słoiczek od pomady. W 19-tym roku życia wyszła zamąż i dopiero w 1894 roku, t. j. w 16 lat później, wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej. Pod chloroformem, i to z trudem, udało się autorowi wydobyć *corpus delicti*. Po wyjęciu słoika okazało się, że tenże przetarł część tylnej ściany pochwy i wywołał przetokę odbytnico-pochwową. Przetoka owa znajdowała się bardzo wysoko w sklepieniu tylnym, zajmowała całą jego szerokość i przedstawiała się jako obszerna rozpadlina z brzegami mocno zgrubiałymi i twardymi. Górny brzeg przetoki tworzyła szyja maciczna, której warga tylna nawpół zmieniona, stwardniała i owrzodzona zlewała się z błoną śluzową kiszki; jej dolny brzeg miał kształt poprzecznego, grubo-zbliznowaciałego wałka. Badanie sondą macicy nie wykazało zwężenia szyi, warga zaś przednia macicy miała wygląd normalny; w przednim sklepieniu widać było jeszcze ślady owrzodzenia. Wszystkie te uszkodzenia łatwo było dostrzedz po założeniu wziernika, jednakże przystęp do przetoki był zbyt utrudnionym wskutek tego, że nie łatwo było ściągnąć przyrośniętej dosyć wysoko macicy ku dołowi. Krocze było całe. Autor twierdzi, że przy rozerwanem kroczu byłby zaszył przetokę, robiąc *colpoperineorrhaphiam* sposobem LAWSON-TAIT'a, w tym jednakże przypadku przy całym, niepodatnem kroczu nie miał odwagi go naruszać, tembardziej, że szerokość przetoki była tak znaczną, iż nawet po zupełnem przecięciu przegrody kiszkowo-pochwowej byłoby niemożliwem zbliżenie brzegów rany.

Rozejrzawszy się dokładnie we wszystkich możliwych i znanych mu sposobach zeszywania podobnych przetok kiszkowych [SAENGER'a, LOEWENSTEIN'a, FRITSCH'a, LE DENTU'a, HEYDENREICH'a, FELIZET'a i QUENU'a], autor doszedł do przekonania, że żaden z nich nie może być w danym przypadku zastosowa-



nym, gdyż nie daje najmniejszej gwarancyi bezpośredniego zbliżenia brzegów rany. Wpadł wtenczas na myśl szczęśliwą i zamknął fistułę w sposób poniżej opisany, a który mu się udał nadspodziewanie dobrze. Sam sposób operacyjny składał się z sześciu momentów:

1) Po uspieniu chorej, ułożono ją w zwyczajnem położeniu na grzbiecie i autor przystąpił przedewszystkiem do rozszerzenia otworu stolcowego za pomocą palców. Rozszerzenie to powinno być powolnem, jednostajnem, stosownie do zalecania RECAMIER'a i, o ile można, kompletnem.

2) Potem autor zrobił cięcie cyrkularne błony śluzowej kiszki na 2—3 milim. powyżej przejścia błony śluzowej w skórę. Cięcie to należy w tem miejscu robić, ażeby linia szwu następnego dobrze mogła być skrytą w zagłębieniu stolcowem. Następnie błona śluzowa, przy pomocy kilku małych cięć nożyczkami, została podcięta dalej na całą wysokości zwieracza.

3) Rozszczepienie przegrody kiszkowo-pochwowej wykonał autor jedynie za pomocą palca bez żadnych ostrych narzędzi aż do samej przetoki; mostek zaś, łączący odbytnicę z pochwą, przeciął nożem, i w ten sposób rozszczepił palcem na dwa otwory, nie zależne jeden od drugiego: jeden pochwowy, drugi kiszkowy. Uchwyciwszy palcami odseparowaną przednią ścianę kiszki poniżej przetoki, autor rozpoczął znowu rozszczepianie i separowanie przegrody odbytnico-pochwowej, łącząc je z jednoczesnem ściąganiem na dół kiszki aż do tego, póki część kiszki, odpowiadająca górnemu brzegowi otworu kiszkowego fistuły, nie została dostatecznie ściągniętą. Ażeby ułatwić sobie wyżej opisany moment operacyjny, autor wprowadził przez pochwę kleszczyki MUZEUX i niemi utrzymywał macicę. Po dostatecznem odseparowaniu i ściągnięciu przedniej ściany kiszki, autor przystąpił do podobnej czynności z boków i z tyłu. Odseparowawszy dostatecznie cały cylinder kiszki, autor odciął cały dolny odcinek tuż nad otworem przetoki. Rezekcja była skuteczniona w płaszczyźnie skośnej, idącej z góry na dół i z przodu ku tyłowi.

4) Ściągniętą i obciętą w ten sposób kiszkę autor przyszył do części pozostałej u otworu stolcowego błony śluzowej kilku szwami jedwabnymi, węzłkowymi.

5) Ukończywszy z kiszką, autor nałożył w pochwie kilka szwów katgutowych na brzegi rany pochwowej, by wydzielina z macicy i pochwy nie zaciekała między ranę, która się utworzyła po rozszczepieniu przegrody.

6) Do pochwy założono kawałek gazy jodoformowej, do odbytnicy zaś—gruby dren, by gazy swobodnie mogły odchodzić. Z wierzchu zwykły opatrunek, umocowany bandażem *en T*.

Rezultat operacji przeszedł oczekiwania autora. Z odbytnicy dren został usunięty na drugi dzień i dano chorej już po 24 godz. środek przeczyszczający. Szwy kiszkowe zdjęto po tygodniu, zagojenie *per primam*; w kilka dni później chora opuściła szpital, zupełnie wyleczona z przetoki.

Jak z opisu tego widzimy, nowa operacja przetok odbytnico-pochwowych SEGOND'a polega głównie na ściągnięciu ku dołowi kiszki stolcowej, resekcyi tuż nad przetoką dolnego jej odcinka i przyszyciu części pozostałej do otworu stolcowego. Operacja ta na-



dawać się ma szczególnie dla przetok odbytnico-pochwowych dużych przy całym kroczu, a więc nie wymagającym interwencji chirurgicznej.

(*Annales de gynécologie et d'obstétrique. Juillet. 1895*).

Gabryel Wawelberg.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne z dnia 1. X. 1895.

Prof. BRODOWSKI przedstawia rękę, amputowaną przez prof. KOSIŃSKIEGO [p. Gaz. Lek. № 41] z powodu *lipoma congenitum diffusum*, oraz zaznacza, że miękkość tego nowotworu zależy od znacznej zawartości oleiny.

SOBIERAŃSKI [z Marburga] mówił o zmianach, zachodzących w nabłonkach kanalików krętych podczas czynności nerek. Wykład swój S. poprzedza krótkim streszczeniem teorii BOWMAN-HEIDENHAIN'a i LUDWIG'a, iż obie te teorye przypisują ważną rolę nabłonkom *tubuli contorti*; punktem zaś spornym jest to, czy czynność owego nabłonka jest wydzielniczą [BOWMAN-HEIDENHAIN], czy też chłoniczą [LUDWIG]. Mówca zaznacza, że w ostatnich czasach teorya BOWMAN'a, dzięki HEIDENHAIN'owi, została niemal powszechnie przyjęta, jednakowoż S. na zasadzie swoich badań oświadczył się za teoryą LUDWIG'a. Szczególniej przeciwko twierdzeniom BOWMAN-HEIDENHAIN'a przemawiały doświadczenia z kofeiną, która podług S. paraliżuje owe chłonicze własności kanalików krętych. Fakt ten obok całego szeregu innych, dokładniej opisanych w pracy mówcy, umieszczonej w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego“ [Rok 1895. Zeszyt III] i w *Archiv f. experiment. Pathologie u. Pharmakologie*, zmusił S. do uznania obecnie panującej teorii za błędną. Przechodząc do budowy kanalików krętych, S. zaczyna swój zarys historyczny od HENLE'ego, który pierwszy zauważył różnicę w budowie rozmaitych kanalików moczowych, opisuje badania LUDWIG'a i ZAWARYKINA, następnie streszcza spostrzeżenia SCHWEIGER-SEIDEL'a, HEIDENHAIN'a i KRAUSE'go. Odkrycie obwódki szczoteczkowatej, leżącej w świetle nabłonka pałeczkowatego kanalików krętych, zawdzięczamy CORNIL'owi, choć kilka miesięcy przedtem J. NUSSBAUM podał w odnośniku luźną notatkę kilkuwierszową, że u niektórych ryb i amfibii na nabłonku *tub. contorti* znajduje się „*ein breiter Besatz kurzen Wimpern*“; lecz ta nieściśła notatka nie powinna mu dać prawa pierwszeństwa, o które walczył.

Opis obwódki szczoteczkowatej w nerce człowieka, podany przez CORNIL'a, długo nie był znanym; przeto odkrycie to najmylniej przypisywano później TORNIER'owi, a także niektórym patologom, którzy mieli sposobność obserwowania tej obwódki w nerkach patologicznych.

Występowanie sporadyczne tej obwódki, szczególnie w nerkach chorobowo zmienionych, dało pochoch do rozmaitego tłumaczenia jej znaczenia. Niektórzy więc twierdzili, że jest ona tworem czysto patologicznym; dopiero WALTHER KRUSE wypowiada zdanie, oparte na poszukiwaniu 150 nerek ludzkich, i dowodzi, że powierzchnia nabłonka kanalików krętych może się zmieniać na ob-



wódkę szczoteczkowatą, a więc podług KRUSE'go jest ona fizyologicznym objawem, który, nie wiadomo, w jakich warunkach powstaje. Później LORENZ i DISSE ogłaszają swoje prace, mało przyczyniające się do wyświetlenia zagadkowej roli obwódki szczoteczkowatej.

Przechodząc do opisanía swych doświadczeń, S. zaznacza, że do rozwiązania kwestyi czynności nabłonka kanalików krętych najodpowiedniejszymi mu się wydawały właściwe dyuretyki. Rzeczywiście już w poprzednich badaniach S. zauważył, że pod wpływem tych moczopędnych środków tak wygląd nabłonka, jak i światło kanalików krętych ulegały zmianie.

Najpierw mówca przedstawia trudności przy utrwaleniu tych delikatnych tworów i komunikuje, że najlepsze rezultaty dawał płyn, składający się z równych części 2% roztworu kwasu osmowego i nasyconego roztworu sublimatu z dodatkiem kilku kropel kwasu octowego lodowatego [15—20 kropel na 100 ctm. sz. mieszaniny]. Nerka w tym płynie utrwalona dawała bardzo wyraźny rysunek nabłonka *resp.* obwódki. Inne roztwory np. sublimatu, polecane przez LORENZ'a, wydały mniej dodatnie wyniki; względnie dobrym okazał się sublimat z dodatkiem kwasu octowego.

Doświadczenia swoje przeprowadził S. na królikach, gdyż zwierzęta te oddziałują na kofeinę w podobny sposób jak człowiek, tymczasem pies zachowuje się pod tym względem odmiennie.

Wiadomo, że rozmaite dyuretyki w odmienny sposób działają na nerki. Jedne, np. kofeina, jak przypuszczał SCHROEDER, pobudza do żywszej produkcji nabłonki kanalików krętych [a więc autor ten dał objaśnienia w myśl HEIDENHAIN'a], inne zaś, np. sól kuchenna, działają moczopędnie wskutek odciągania wody ustrojowi. Gdyby więc twierdzenie SCHROEDER'a było prawdziwym, to przy kofeinie powinny być być widocznymi pod drobnowidzem ślady wzmózonej sekrecyi.

Z tych to względów S. badał głównie działanie kofeiny i rozmaitych soli. Różnice w wyglądzie kanalików krętych, zauważone przytem, były tak znaczne, że już z pierwszego rzutu oka można było powiedzieć, czy dana nerka pochodzi od zwierzęcia, traktowanego kofeiną, czy też solą.

S. opisuje dyurezę solną i przedstawia przebieg takiego doświadczenia. Królikowi wprowadzono do żyły szyjowej lub nożnej 25 do 50 ctm. sześć. 5% roztworu *natrui nitrici* lub *natrui chlorati* z prędkością 25 ctm. sześć. w ciągu 10 minut, i gdy po kilku minutach dyureza znacznie się wzmogła, zwierzę zabijano. Nerkę zaś natychmiastowo rozcinano nożem na małe kawałki, których jedną część wrzucano do wyżej opisanej mieszaniny, drugą do płynu ALTMAN'a.

Obrazy drobnowidzowe były następujące: światło *tubuli contorti* duże, okrągłe i komórki nabłonkowe posiadają nadzwyczaj wyraźną obwódkę szczoteczkowatą. To okazywanie się obwódki szczoteczkowatej na t. z. pączkowatym nabłonku było tak stałe i charakterystyczne, że objaw ten przypisać należy wpływom soli. Zmiana ta nabłonka powodowana została przez skoncentrowany mocz, który odciągał wodę komórkom i nie dozwalał wypęcznieć.

S. często spotykał w świetle kanalików krętych siateczkę, składającą się z materyi białkowych. Ta siateczka, którą można wziąć za rodzaj wydzie-



liny, ukazywała się tylko wtedy, gdy większą ilość [50 ctm. sześć. 5% roz-  
tworu] soli wstrzyknięto i gdy w moczu ukazywało się białko lub nukleo-albu-  
mina. Znaczenie i pochodzenie tej siateczki jest dotychczas dla mówcy ciem-  
ne, lecz prawdopodobnie powstaje w zależności od produktów białkowych,  
które przedostały się przez kłębuszek, może jednak być też od produktów *tubuli contorti*. Jednakowoż występowanie tych siateczkowatych, białkowatych  
tworów nie zmusza nas do przyjęcia twierdzenia BOWMAN-HEIDENHAIN'a, że  
czynność *tubuli contorti* jest wydzielniczą, tembardziej, że tutaj chodzi o mocz-  
nik i kwas moczowy.

Przy dyurezie kofeinowej i mowy być nie może o działaniu podobnem do dzia-  
łania soli, t. j. o odciąganiu wody. Dokładniejszy rozbiór działania kofeiny podał  
S. w uprzednio wspomnianej pracy, tutaj zaś przedstawia tylko mikroskopowe  
obrazy nabłonka, powstałe pod wpływem tego dyuretyku. S. zaznacza, że rzad-  
ko tylko znajdował szczoteczkwatą obwódkę, przytem światło kanalików  
krętych było małe i nieokrągłe [wszystkie te zjawiska w przeciwstawieniu do  
spotykanych przy dyurezie solnej] podobne do przecięcia kiszki stwardniałej  
np. w alkoholu. Nerka kofeinowa w porównaniu z normalną ma tylko układ  
kanalików krętych więcej prawidłowy. W świetle niektórych *tubuli contorti*  
występowały twory kuliste, zawierające ALTMAN'owskie *granulae*. Twory te  
mogły imitować uorganizowaną wydzielinę, lecz przy dokładniejszym badaniu  
na skrawkach seryjnych okazały się integralną częścią komórki. Wreszcie  
opisuje mówca wpływ mocznika, który zajmuje pośrednie miejsce pomiędzy ko-  
feiną a solami. Obrazy otrzymywane tutaj zależały od ilości wstrzykniętego  
preparatu.

W dalszym ciągu swego wykładu S. opisuje zachowanie się ALTMAN'ow-  
skich *granulae*. Przy solnej dyurezie *granulae* te ułożone były w rzędy, odpo-  
wiadające pałeczkom HEIDENHAIN'a; przy kofeinie zaś *granulae* były więcej  
rozproszone i tylko w niektórych kanalikach można było spostrzedz owe sze-  
regi. Mocznik i tu dawał pośrednie obrazy, chociaż zawsze więcej przewa-  
żało prawidłowe ułożenie tych kuleczek.

Zbliżając się ku końcowi, mówca zaznacza, że w pracy tej przeważnie  
zwracał uwagę na *tubuli contorti*, gdyż one były powodem sporu i są powszech-  
nie uważane za organa, odgrywające główną rolę w czynności nerek. Dalej S. po-  
dnosi, że w ciągu swego wykładu parę razy porównywał kanaliki moczowe  
z kiszkami. Do tego porównania upoważniało S. podobieństwo, wyrażone  
w nabłonku i w części w muskulaturze. Nabłonek taki jest rodzajem włosko-  
watyh naczyń, które ułatwiają wchłanianie płynów, przeto podobne urządze-  
nie znajdujemy w narządach, których głównym zadaniem jest wysysanie. Mu-  
skulatura zaś, odkryta przez KOSTIURYNĄ, jest podobnie ułożona, jak w kisz-  
kach, przeto moglibyśmy nawet przypuścić, że kanaliki moczowe mogą wyko-  
nywać podobne do kiszek ruchy. Te i inne fakty zmuszają nas do twierdze-  
nia, że czynność kanalików krętych jest głównie chłoniczą. Obok własności  
chłoniczych kanaliki moczowe mogą posiadać, podobnie jak i kiszki, czynność  
wydzielniczą, lecz o tej ostatniej dotychczas prawie nie wiemy; pewnem  
jest tylko, że przy pewnych sprawach zapalnych produkują one białko. Od-



czyt był objaśniany preparatami drobnowidzowymi i rysunkami szematycznymi.

*Autoreferat.*

W dyskusyi prof. BRODOWSKI zaznacza wbrew twierdzeniu mówcy, że anatomo-patologowie rzadko mają sposobność obserwowania obwódki szczoteczkowatej, gdyż mogą badać narządy dopiero po 24 godzinach od chwili śmierci. Mówca obserwował omawianą obwódkę na preparatach PRZEWOSKIEGO; zdarza się widzieć obwódkę przy dyfteryście, lecz i tu zmętnienie zwykle nie pozwala widzieć dokładnego obrazu. Co się tyczy istnienia ruchów robaczkowych w kanalikach, to jest to hipoteza, którą należałoby przyjmować z wielką ostrożnością.

Prof. HOYER zaznacza, że doświadczenia prelegenta, jakkolwiek bardzo interesujące, wymagają dalszych w tym kierunku badań. Ważną by było rzeczą przekonać się, czy przy wstrzykiwaniu wody czystej nie występują omawiane brzegi, również zachodzi kwestya, czy także pętlice HENLE'go nie spełniają czynności chłonnej. Z drugiej zaś strony płaski nabłonek pętlic pozwala przypuszczać, że czynność ich podobną jest do czynności naczyń włosowatych. W naczyniach krwionośnych, jak o tem przekonały badania prof. HOYERA, transudacya ma miejsce tylko w naczyniach włosowatych, przy wstrzyknięciu bowiem masy iniekcyjnej, składającej się z alkoholu i żywicy, masa ta gęstnieje w tych miejscach, w których niema połączeń między tętnicą i żyłą, w razie istnienia takich połączeń przechodzi do żył. Nadto prof. HOYER zaznacza, że w przyszłych badaniach należałoby koniecznie uwzględnić wpływ nerwów naczynio-ruchowych. Co się tyczy ruchów robaczkowych w kanalikach, to kwestyę tę należy pozostawić przyszłości, gdyż nierozstrzygniętem dotychczas jest pytanie, czy podobne do nich z budowy naczynia włosowate mogą się kurczyć.

KRYSIŃSKI podnosi w odczycie SOBIERAŃSKIEGO fakt ważny, mianowicie, że kanaliki nerkowe spełniają raczej czynność chłonną, aniżeli wydzielniczą, wbrew panującej dotychczas teorii BOWMANN'a; zdanie zaś mówcy, jakoby kanaliki wykonywały ruchy robaczkowe, uważa za zbyt śmiałe.

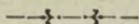
W odpowiedzi SOBIERAŃSKI zaznacza, że sam, mało mając okazji badania nerek, patologicznie zmienionych, opierał się głównie na twierdzeniu MARCHAND'a i LORENZ'a; o włóknach zaś mięsnych w ścianach kanalików, wspomniął na podstawie badań KOSTIURINA, że kanaliki mogą wykonywać dość znaczne ruchy, przekonał się przy podwiązywaniu moczowodów; nadto, za ruchliwością tych kanalików przemawia i ten fakt, że są one połączone bardzo luźną tkanką łączną i przy iniekcyach przez moczowód kanaliki się wyprostowują. Na pętlice HENLE'go S. mało zwracał uwagi, naczyniom zaś, oplatającym kanaliki, S. przypisuje mniejszą rolę w diurezie, aniżeli naczyniom i przestrzeniom limfatycznym.

JANOWSKI miał odczyt p. t.: „Wyniki leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi“. Mówca stosował w oddziale szpitalnym surowicę w 46 przypadkach wogóle, a w 32—niewątpliwej błonicy, stwierdzonej badaniem bakteriologicznem. Na 32 przypadki, w 14—zajętą była sprawą błonicową i krtań; śmierć nastąpiła w 3 przypadkach, powikłanych krupem. Opisując przebieg dyfterytu pod wpływem iniekcyi antydyfterytycznych, J. zaznacza, że przeciętnie stan



ogólny poprawiał się przed końcem drugiej doby i cechował się spadnięciem ciepłoty i poprawą tętna; jednocześnie natot się oddzielał, miejscowe oozmienia i zaczerwienienia znikaly. Powiększenie gruczołów J. obserwował w 23 przypadkach, a w 16 nie wyczuwało się ich już po dwóch dobach od czasu wstrzykiwania. Białkomocz występował w 7 przypadkach i trwał  $1\frac{1}{2}$ — $5\frac{1}{2}$  doby; porażenie dyfterytyczne J. widział dwa razy. Z powikłań, zależnych od surowicy, mówca obserwował 5 razy odczyn miejscowy dokoła miejsca wstrzyknięcia i 3 razy wysypkę w postaci rumienia i pokrzywki. W każdym przypadku najmniej zadawano 1000 jednostek odporniających, w cięższych przypadkach J. stosuje 1500—2000, w wyjątkowo ciężkich i zadawnionych [5—6 dni] jeszcze większą dawkę, przy krupie 2000—5000.

## Wiadomości bieżące.



— DANILEWSKY. „Własności krwiotwórcze śledziony i szpiku kostnego“; [na zasadzie badań SELENSKY'ego]. W pracy pod powyższym tytułem podaje D. rezultaty wstrzykiwań do jamy otrzewnej zwierząt wyciągu śledziony oraz szpiku. Doświadczeń z wyciągiem śledziony dokonano ogółem 8 [2 króliki, 6 psów]. Dla otrzymania wyciągu rozcierano w mózdzierzu świeżo wyciętą i pokrajaną śledzionę psa ze 150 ctm. sześć. roztworu fizyologicznego soli kuchennej; po przesączeniu wstrzykiwano płynu królikom 10—15 ctm. sześć., psom 12—20 ctm. sześć. Wstrzykiwań dokonywano w każdym doświadczeniu raz jeden; w ciągu pewnego czasu przed i po wstrzyknięciu określano codziennie lub co kilka dni liczbę czerwonych ciałek krwi oraz zawartość procentową wody we krwi. W kilku doświadczeniach wyciąg śledzionowy przed wstrzyknięciem poddawano gotowaniu przez 8—10 minut, a wstrzykiwano płyn po ostudzeniu do 40° C.. We wszystkich doświadczeniach stwierdzono wzmożenie się po wstrzyknięciu liczby erytrocytów o 10,5—48%, a zawartości hemoglobiny o 7,4—40% poprzednich ilości, podczas gdy zawartość wody we krwi zmniejszała się. W żadnym z doświadczeń nie zauważono ujemnego działania wstrzykiwań na przewód pokarmowy i nerki. D. mniema, że krwiotwórcze działanie wyciągu śledziony nie słabnąc po zagotowaniu tegoż, zależy prawdopodobnie głównie od zawartej w niem lecytyny. Wstrzykiwań wyciągu cięłego szpiku kostnego dokonano w sposób podobny na 2 psach. Ilość czerwonych ciałek po wstrzyknięciu wzmożła się w obu razach o 23 i 28,5% poprzedniej ilości, a zawartość hemoglobiny we krwi podniosła się z 18% do 21% i z 18,5% do 20,8%. Badania powyższe, przerwane z powodu śmierci SELENSKY'ego, mają według DANILEWSKY'ego, znaczenie terapeutyczne. (*Gflüger's Archiv*, 61 Bd. IV u. V Heft. 1895).

A. K.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

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

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дов. Ценаурою, Варшава, 12 Октября 1895 г. Друк К. Ковалевського. Warszawa, Mazowiecka 8.



## APTEKA

## E. GESSNERA

Aleja Jerozlimska 27 róg Kruczej

w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigulek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi 0,03	1) Dragées ferri albuminati 0,05
„ „ „ 0,05	„ „ carbo nici-Blaudii minor aa 10,00 =
„ „ „ 0,05 c. acid. arsenicos	100
0,001	„ „ „ -Blaudii major aa 15,00 =
„ kreosoti Fagi 0,10	100
„ „ „ 0,10 c. acid. arsenicos	„ „ „ Valleti
0,001	„ „ dialisati peptonati 0,05
„ kreosoti Fagi 0,15	„ „ lactici 0,05
„ „ „ c. balsam. tolutan aa 0,05	„ „ oxydulati Kirchmani (Eis magn.
„ acid. arsenicos 0,001	pill.)
„ aloes 0,10	„ guajacoli 0,05
„ balsam. peruviani 0,05	„ „ 0,05 c. acid. arsenicos 0,001
„ „ „ 0,05 c. acid. arsen	„ „ 0,05 c. extr. belladonae 0,0001
0,001	„ ichtyoli 0,05
„ chinini ferro-citrici 0,05	„ jodoformii 0,05
„ „ muriatici 0,05	„ „ 0,05 c. acid. arsenicos.
„ „ sulfurici 0,05	0,001
„ extr. Cascar. sagrad. fluid. 0,5	„ „ 0,05 c. morph. muriatic.
„ „ hydrast. Cenadens. fluid. 0,5	0,004
„ „ rhei comp. 0,05	„ pepsini 10,05 (c. acid. mriatic.)
„ „ rhei simpl. 0,05	„ picis 0,05
„ „ Valerianae spir. 0,10	

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.

Dragées czyli pigułki cukrem powlekane, pomimo swego pięknego wyglądu posiadają tę wyższość przed innymi formami lekarskimi, że zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem szlazowym i wyciągiem lukrecjowym, że zapobiegają rozkładowi lub też ulatnianiu się danego leku jakim podlegać może pod wpływem tlenu powietrza i długiego przechowywania, że znoszą nieprzyjemny smak lub zapach stosowanych środków leczniczych i że pozwalają z największą ścisłością dozowanie przepisane go leku.

Wszelkie zamówienia na draże z żądaną kompozycją jak najchętniej przyjmuje, lecz w ilości niemniejszej dwóch funtów, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) mniejszych ilości pigulek jest niemożliwym.



KSIĘGARNIA E. WENDEGO I SPÓŁKI

poleca: **O KRZYWICY,**

napisał

**D-r Seweryn Sterling**

3-1

Cena kop. 50

**D-r M. Misiewicz****Marszałkowska 116**ajmuje się specjalnie chorobami *dróg moczowych* oraz *wziernictwem* tychże  
Endo i cystoelektroskopią. 2-

KSIĘGARNIA E. WENDE I SPÓŁKI

(Krakowskie Przedmieście 9).

otrzymała na skład główny:

**D-r Wład. Janowski, Wyniki leczenia błonicy**

za pomocą surowicy krwi, oraz niektóre uwagi o tem leczeniu.

Cena kop. 40.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

2-1

**D-r M. Finkelkraut**

przyjmuje z chorobami szczęk, zębów i jamy ustnej.

12-9

**Gabinet Dentystyczny.**

Niecała 2.

**D-r Kazimierz Kruszyński,**

lekarz zdrojowy w Szczawnicy, obejmuje przez zimę kierownictwo

**Sanatorium dla chorób dróg oddechowych**

W ZAKOPANEM,

z dniem 20-ym Września 1895 roku

8-8

**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).

26-18

**Prywatny zakład leczniczy dla chorych chirurgicznych i wewnętrznych**

urządzony według wszelkich wymagań nowoczesnych i zaopatrzony we wszelkie środki pomocnicze.

Wiedeń, Schmidgasse 14 (dawniej D-r Eder).

Staranna opieka.

Ceny umiarkowane.

Wszelkich wiadomości udziela Właściciel i Dyrektor Zakładu

**D-r Julius Fürth.**

26-14