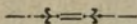


GAZETA LEKARSKA

LUDWIK NATANSON.

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.



Człowiek jest całością w sobie, a zarazem małą częścią wielkiej całości, społeczeństwa. Egoistyczne instynkty do społecznych w bardzo różnym u ludzi znajdują się stosunku. Cała wartość moralna człowieka i pożytek jego społeczny polegają na rozwoju i przewadze instynktów społecznych nad osobistymi i szczęśliwym jest społeczeństwo, które wielką liczbę takich jednostek posiada. W LUDWIKU NATANSONIE obywatelskie uczucia, potrzeba działalności społecznej, były w niezwykle wysokim stopniu rozwinięte; a że człowiekiem był wielkiej energii i czynności, więc działalność na bardzo różnych polach rozwijał; a że wiadomości miał rozległe i dokładne, więc na każdym polu pozostawił bardzo wyraźne ślady swej działalności. Ażeby w zupełności objąć zasługi NATANSONA, potrzebaby napisać obszernie studyum, potrzebaby bardzo wielu ludzi powołać, aby każdy część sobie znaną opracował. Wspomnienie pośmierne na wyliczeniu niektórych tylko zasług ograniczyć się musi.

Kiedy, po ukończeniu Uniwersytetu Dorpackiego, przybył NATANSON do Warszawy w r. 1843, życie naukowe w zupełnym tu niemal znajdowało się za-stoju. Kraj oddawna pozbawionym był uniwersytetu, ludzi naukowych było bardzo niewiele, a piśmiennictwo naukowe prawie nie istniało. NATANSON w r. 1847, bardzo młodym będąc człowiekiem, założył „Tygodnik Lekarski“, pierwsze po Pamiętniku Towarzystwa pismo lekarskie polskie; zapełniał je w znacznej części własnymi artykułami, rozpowszechniał nowe poglądy naukowe, zachęcał do pracy i stworzył w ten sposób jedno z niewiele ognisk naukowych w owym czasie.

Ludzie nauki z owej epoki na szczególne zasługują uznanie, bo były to światła, świecące w ciemności; ażeby ocenić naukową wartość człowieka, potrzeba go porównać z otaczającym społeczeństwem, należy ocenić, o ile od tła swego odbija.

Ludzi czynu nie można ocenić należycie jedynie z pism, jakie pozostawili, bo żywa działalność tylko nieznaczne ślady pozostawia w pismach; największa część wpływu rozprasza się i tylko przez naocznych świadków działalności może być oceniona.

Profesor HOYER opowiedział mi łaskawie o działalności i znaczeniu NATANSONA dla nauk lekarskich u nas w owej przeduniwersyteckiej epoce Warszawy.

„Kiedy w roku 1859 przybył do Warszawy, życie naukowe było tu bardzo zacofane; Akademia Medyczna zaczęła się dopiero rozwijać. Lekarze zbierali się w Towarzystwie Lekarskiem, a pewna liczba wybitniejszych zawiązała Komitet dla ułożenia słownictwa lekarskiego polskiego, którego brak czuć się bardzo dawał po otwarciu szkoły wyższej. Na tych wszystkich zebraniach spotykałem się z NATANSONEM, a wszędzie grał on bardzo wybitną rolę i odróżniał się dodatnio, wszędzie pobudzał, zachęcał, dawał impuls.

Był to człowiek wielkiej prawości, imponujący, a zarazem miły i serdeczny; zaraz po rozpoczęciu moich wykładów zbliżył się do mnie i zawiązał bliższe stosunki, za co byłem mu wdzięczny. Był to człowiek i lekarz bardzo wykształcony, obznajmiony dobrze z naukami przyrodniczymi, stał na stanowisku najnowszych poglądów; bardzo zasadnie naprzykład krytykował w rozmowie witalizm, jaki z teoryi VIRCHOW'a przegłądał.

Miał on wtedy praktykę olbrzymią, a czas miał na wszystko: na czytanie, pisanie, redagowanie pisma i rozmaite czynności publiczne.

„Tygodnik lekarski“ był na owe czasy pismem bardzo ożywionem; podawał w niem redaktor, obok prac oryginalnych, sprawozdania z prac obcych, wykłady, streszczenie całej patologii celularnej, tłumaczył obok tego LIEBIG'a i w ten sposób rozpowszechniał nowe kierunki naukowe.

W Towarzystwie Lekarskiem brał udział bardzo czynny i starał się nadać posiedzeniom cechy bardziej naukowe. Miał on na widoku nie tylko praktyczne zastosowania, ale przedewszystkiem naukę lekarską i podstawy medycyny; w Towarzystwie, jak i w Tygodniku, uprawiał głównie działy naukowe, między innymi histologię i rozumiał ich znaczenie. Za czasów jego prezesostwa rozpoczęło się w Towarzystwie prawdziwe życie naukowe; opowiadania przypadków kazuistycznych zastąpiły odczyty naukowe, do których NATANSON ciągle zachęcał.

Częściej, niż w Towarzystwie Lekarskiem, spotykałem się z nim w Komitecie, układającym słownictwo naukowe polskie. Komitet ten, do którego należeli HELBICH, KULESZA, CHALUBIŃSKI, MAJEWSKI i inni, zbierał się co tydzień w prywatnych mieszkaniach członków. NATANSON bardzo gorąco zajmował się sprawą języka, podawał dużo wyrazów i był pod tym względem bardzo szczęśliwym. Najprzód ukończono pracę nad słownictwem anatomicznem i NATANSON zebrał je i wydał w „Krótkim rysie anatomii ciała ludzkiego“. Pod względem językowym ta książka ma wartość źródłową. Komitet dla ułożenia słownictwa istniał, zdaje się, tylko do r. 1863; wyrazy tam przyjęte weszły do wykładów, do dzieł tłumaczonych i oryginalnych, słowem—przyjęły się i weszły w życie. Pomimo to NATANSON nie ustał w pracy nad słownictwem, jeszcze przez czas długi schodziło się u niego małe kółko lekarzy dla zebrania dopełnień i poprawek do słownika krakowskiego KREMER'a i SKOBLA“.

NATANSON napisał nie mało prac oryginalnych, mających znaczenie w nauce, odnosiły się one przeważnie do Fیزیologii. Niepodobna w krót-

kiej wzmiance ocenić znaczenia naukowego tych prac, rozebrać ich stosunku do dawniejszych i późniejszych poglądów; dokona tego zapewne kto inny; tu wymienię tylko niektóre z nich: O tonie mięśniowym, O wysłuchiwanu przelyku, Mechanika snu, Fizyologiczne zasady estetyki.

Z otwarciem i rozwojem Akademii Lekarskiej rozpoczęło się życie naukowe, które i do Towarzystwa Lekarskiego szerokim strumieniem wpłynęło, powstały nowe pisma lekarskie. NATANSON przestał wydawać „Tygodnik“ i zwrócił się, nie porzucając prac lekarskich i naukowych, na inne pola działalności społecznej, działalności bardziej praktycznej, na pole czynów społecznych.

Najwięcej pracy i usiłowań poświęcił sprawom higieny, przedewszystkiem higieny publicznej. Oprócz wielu prac mniejszych, napisał obszernie dzieło w tym przedmiocie. Był najczynniejszym członkiem Komitetu Higieny Publicznej przy Towarzystwie Lekarskiem i przez cały czas istnienia tego Komitetu pracom jego przewodniczył. Komitet zajmował się bardzo zczegółowym rozbiorem najważniejszych spraw higienicznych, jak: wodociągi, kanalizacya, dezynfekcyja, walka z epidemią, budowa szpitali, ocena produktów spożywczych. Prace tego komitetu miały znaczenie nie tylko rozpraw akademickich, ale w przeważnej części weszły w wykonanie, bo członkowie tego komitetu, a przedewszystkiem jego prezes, należeli do wszystkich wielkich przedsięwzięć higienicznych, jakie w tym czasie w mieście naszym się dokonywały; NATANSON był jednym z najgorliwszych członków komitetu kanalizacyjnego, był duszą komitetu budowy nowego gmachu dla szpitala Starozakonnych.

Po za higieną zajmowały go zawsze bardzo żywo sprawy pedagogiczne; nie tylko pisał o nich, ale stworzył takie instytucye, jak: szkoła rzemiosł, warsztaty rzemieślnicze, był jednym z założycieli Muzeum Przemysłowego. Trudnoby wreszcie wyliczyć te wszystkie sprawy publiczne, do których należał i których zawsze wielką część stanowił. W ostatnich latach 25 był prezesem gminy starozakonnych w Warszawie. Rozbiór tej działalności, tak ważnej pod względem społecznym, nie może znaleźć miejsca w naszej Gazecie; na tem stanowisku zyskał sobie NATANSON najwyższe uznanie i chwałę.

Wyliczenie w nekrologu tylu rozmaitych prac publicznych nie może dać pojęcia o istotnem znaczeniu NATANSONA w tych wszystkich komitetach i instytucjach. Wszak bardzo często pragną ludzie należeć do prac takich i do zgromadzeń takich, jedynie dla zadowolenia próżności; przeważna część członków takich komitetów poprzestaje na samym tytule. NATANSON pracy dla ogólnego dobra oddawał się cały. Tylko doskonały, pracowity gospodarz, tak starannie, tak czynnie krząta się około własnego swego dobra i majątku, jak zajmował się NATANSON sprawami publicznymi. Kiedy, w podeszłym już wieku, zajął się budową nowego szpitala, odbył specjalne studia i podróże, zwołał nieprawdopodobną ilość zebrań rozmaitych osób, które w jednym lub w drugim kierunku tę pracę ułatwić mogły, każde okno, każdy kąt w planach przemyślał i zmieniał drobne szczegóły, bywał codziennie na placu budowy i jednocześnie kierował tą całą wielką robotą.

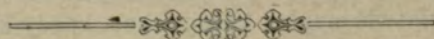
Budowa gmachów dla publicznych celów było to zawsze ulubione jego zajęcie. Rozumiał on, że gmach daje mocną podstawę każdemu zakładowi, że myśl w kamień ujęta jest trwała. Może żadne wielkie miasto nie jest tak ubogiem w nowe zwłaszcza budowle dla publicznego użytku, jak Warszawa; NATANSONOWI bardzo wiele miasto w tym kierunku zawdzięcza: zbudował on świątynię, gmach szkolny, muzeum, dom administracyjny, dom przedpo-grzebowy, a wreszcie prawie ukończył budowę wspaniałego szpitala.

NATANSON żył całkiem dla społeczeństwa, które umiłował, rozmowę zawsze kierował na te sprawy, które, zdaje się, że myśl jego wypełniały. Całą jego ambycją było popierać i wywoływać prace pożyteczne dla społeczeństwa. Był on do prac takich jakby stworzonym. Umysł szeroki i ścisły, wiadomości na rozmaitych polach miał bardzo dużo i dokładnych; nawet techniczne, obce zawodowi jego szczegóły, które do prac publicznych potrzebne mu były, umiał sobie przyswoić w zupełności. Wspaniała postawa, świetna wymowa, zapał, z jakim brał się do pracy, oddziaływały na ludzi, którzy kierunkowi jego zawsze chętnie się poddawali; oddziaływał jeszcze bardziej przykład jego niezmordowanej pracy. Gdy NATANSON do jakiej sprawy publicznej rękę przyłożył, gdy ją ujął w swe ręce, już wszyscy wiedzieli, że sprawa będzie załatwioną. A potrzeba pracy w tym kierunku tkwiła w nim bezustanku. W ostatnim jeszcze roku, gdy niezwykle silny jego organizm uległ ciężkiej chorobie, gdy wzrok prawie utracił, z dziwną sprężystością dźwigał się szybko po każdym pogorszeniu i brał się natychmiast, czy do pisania, czy do pracy nad budową szpitala; zdaje się, że dwie jego prace, z dziedziny słownictwa i higieny rzemiosł, znajdują się pod prasą.

NATANSON był wybitnym działaczem społecznym, który w zbyt ciasnych dla temperamentu swego żyć musiał warunkach; niełatwo w społeczeństwie brak jego się zapelni, a zapelni się pracą niejednego człowieka.

LUDWIK NATANSON urodził się w Warszawie w r. 1822, nauki gimnazjalne pobierał w Warszawie, studia uniwersyteckie odbywał w Wilnie, a następnie w Dorpacie; stopień Doktora Medycyny uzyskał od Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego. „Tygodnik Lekarski“ redagował od r. 1847 do 1864. Od r. 1863 do 1865 był prezesem Towarzystwa Lekarskiego, prezesem Komitetu Sanitarnego przez cały czas jego trwania. Od r. 1871 do końca życia piastował godność prezesa zarządu Gminy Starozakonnych w Warszawie. W dniu 6 czerwca 1893 Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wybrało go na swego Członka Honorowego, a liczne grono lekarzy warszawskich uczciło biesiadą 50-cioletni jubileusz jego lekarskiej działalności. Zmarł 6 czerwca r. b.

Zygmunt Krąszczyk.



I. PRZYPADEK PRZEMIJAJĄCEJ NIEDOSTATECZNOŚCI NEREK

(*insufficiëntia renum transitoria*).

Podał

Władysław Janowski,

asystent oddziału.

— ✂ —

W roku zeszłym spostrzegaliśmy na oddziale przypadek cierpienia nerek, który zasługuje na bliższe omówienie, z powodu iż, zdaniem naszym, wychodzi po za szemat obserwowanych zwykle klinicznie przypadków i nie może być podciągnięty pod zwykłą nazwę zapalenia nerek, pomimo iż wszystkie objawy kliniczne, z wyjątkiem tylko wyniku badania moczu, pozornie za tem przemawiały.

Przypadek ten był następujący:

J. J., lat 32, wyrobnik, przybył na oddział dnia 18-go grudnia roku 1895, skarżąc się na silne bóle głowy, obrzęki, umiarkowaną duszność oraz nudności. Bliższe wywiady dały nam następujące dane. Chory był do stycznia 1895 r. zupełnie zdrowym. Nie przypomina sobie przynajmniej, żeby do tego czasu na coś zapadał. W styczniu r. 1895-go zapadł na łuszczycę skóry (*psoriasis*), na którą leczył się z małemi przerwami do połowy września. Od tego czasu kurację [brał arsenik] przerwał i był zdrów do 12 grudnia. Od tego zaś dnia, aż do chwili zapisania się na oddział, a więc od dni 6-ciu, doznaje bólu głowy, który jest coraz przykrzejszy. Jednocześnie zauważył też obrzęk skóry, z początku na nogach, a potem idący coraz wyżej. W ciągu ostatnich 3-ch dni doznaje nadto umiarkowanej duszności oraz nudności, nie doprowadzających jednak do wymiotów.

Status praesens 19. XII. Dobrze zbudowany mężczyzna. Skóra wszędzie równomiernie blada, z pewnym żółtawym, woskowym odcieniem. Na rękach i nogach widać jeszcze ślady nie zupełnie wyleczonej łuszczycy. Nogi znacznie obrzękłe, i to powyżej kolan. Skóra na krzyżu także wyraźnie obrzękła. Badanie płuc wykrywa w nich tylko dość znaczną ilość suchych świstów na całej ich przestrzeni. Granice serca prawidłowe. Tętno jego czyste. Pierwsze są nieco głuche. Drugi ton u aorty znacznie wzmożony. Tętno twarde, 60. Wątroba jest nieco bolesna przy ucisku. Śledziona niewyczuwalna. Brzuch umiarkowanie wzdęty, niebolesny. Wypróżnienia prawidłowe. Łaknienie od czasu zachorowania bardzo umiarkowane. Chory sam zaznacza, iż oddaje niewiele moczu. Oddany na żądanie świeży moczu jest koloru jasno-żółtego, ciężaru właściwego 1022; cukru, ani białka [próbą HELLER'a, z kwasem octowym i żelazocyankiem potasu oraz z kwasem octo-

wym i zagotowaniem] nie zawiera. Centryfugowanie moczu nie wykrywa w nim prawie żadnego osadu. W każdym razie niema w nim ani jednego cylindra, ani leukocytów. Wobec podobnego wyniku badania moczu, nie mogliśmy trwać przy rozpoznaniu „*nephritis acuta*“, które się przy łóżku chorego przed zbadaniem moczu zupełnie jasnym i prostym przedstawiało. Ponieważ jednak pozostawało niewątpliwem zaburzenie sprawności nerek chorego, więc, bez względu na to, jaką uda się nam wykryć przyczynę tego zaburzenia czynnościowego, zaleciliśmy choremu wyłącznie mleczną dyetę ¹⁾, bez podawania jakichkolwiek środków leczniczych.

20. XII. Skargi chorego i stan jego obiektywny ten sam. Dobowa ilość moczu wynosi niespełna 700 ctm. sześć.. Ciężar właściwy 1020. Badanie na białko oraz na osad [zawsze za pomocą centryfugi] dało wynik ujemny.

21. XII. Chory twierdzi, że ma dziś nieco mniejszy ból głowy i niema uż nudność i. Tętno ciągle twarde, 60. Twardość tętna uwidocznia się wyraźnie i na krzywej sfigmograficznej. Moczu 1000 ctm. sz.; jest on koloru jasno-żółtego, ale trochę mętny. Ciężar właściwy 1015. Białka, ani cylindrów w osadzie niema zupełnie. Obrzęki na nogach wyraźnie się zmniejszyły. Na krzyżu obrzęk bez zmiany. Świsłów w płucach daleko mniej.

23. XII. Dziś ból głowy już nie jest silny. Moczu 1500 ctm. sz.. Ciężar właściwy jego 1013. Białka mocz niema. Cylindrów w osadzie niema. Obrzęk na nogach jest już nieznaczny, na krzyżu zaś trochę mniejszy. Tony serca czyste. Drugi ton u aorty wzmózony, choć nierównie mniej, niż w chwili przybycia chorego. Tętno 64, twarde.

24. XII. Stan zupełnie bez zmiany. Moczu 1500 ctm. sz.. Ciężar właściwy 1013. Tętno 64.

25. XII. Moczu 1500 ctm. sz.. Ciężar właściwy 1013. Białka, ani cylindrów mocz niema. Ból głowy już bardzo nieznaczny. Mdłości niema wcale. Obrzęków na nogach niema już zupełnie. Skóra na krzyżu tylko trochę obrzękła. Tętno 60, twarde. Świsłów w płucach niema. Wątroba na ucisk niebolesna.

26. XII. Moczu około 2200 ctm. sz.. Ciężar właściwy 1010. Białka ani cylindrów mocz niema. Tętno 58, twarde, choć mniej, niż dotąd. Nieznaczny obrzęk na krzyżu. Drugi ton aorty ciągle wzmózony. Bólu głowy od wczoraj wieczorem niema.

27. XII. Głowa zupełnie nie boli. Obrzęku ani na nogach, ani na krzyżu niema. Chory zachował 1500 ctm. sz. moczu, ale raz oddał go ze stołcem. Mocz jest przezroczysty, jasno-żółty, ciężaru właściwego 1010. Białka, ani cylindrów nie zawiera. Wątroby wyczuć nie można. Chory skarży się, że jest głodny.

28. XII. Obrzęków nigdzie ani śladu. Głowa nie boli. Tętno 60, na krzywej sfigmograficznej jeszcze wyraźnie twarde. Drugi ton u aorty i u wierz-

¹⁾ 8 szklanek mleka dziennie.

chołka serca umiarkowanie wzmożony. Mocz 1600 ctm. sz.. Niema w nim białka, ani cylindrów. Wątroba niewyczuwalna.

29. XII. Stan bez zmiany. Mocz 1800 ctm. sz.. Ciężar właściwy 1012. Odstawiona dyeta mleczna. Zaordynowano kąpiele.

30. XII. Mocz 2000 ctm. sz.. Tętno 60, twarde. Bólów głowy niema. Obrzęków niema. Mocz ani białka, ani cylindrów nie zawiera. Chory ma od 3-ch dni dobre łaknienie i chętnie zjada otrzymywaną od 2 dni zwykłą porcję szpitalną.

Chory pozostawał jeszcze potem przez 6 dni, t. j. do dnia 5. I. 1896 pod obserwacją. Czuł się przez cały ten czas zupełnie dobrze. Nie miał już wcale bólów głowy, ani nudności. Jadł chętnie. Obrzęków nie było wcale, pomimo iż chory nie leżał ciągle w łóżku. Ilość dobową moczu wahała się między 2500—1800 ctm. sz., a ciężar jego właściwy między 1012 — 1013. Białka, ani cylindrów, jak i do tego czasu, nigdy w moczu nie znaleźliśmy, pomimo iż badanie było w jednym i w drugim kierunku powtarzane codziennie. 6. I. 1896 pacjent zupełnie zdrow wypisał się do domu.

Jak wyżej zaznaczyliśmy, pierwsze zbadanie kliniczne powyżej opisanego chorego skłaniało nas do rozpoznania ostrego lub ostrawego zapalenia nerek. Zbytecznym byłoby tłumaczyć bliżej, dlaczego nie było w danym przypadku żadnego podejrzenia na jakieś cierpienie sercowe. Jasną jest więc rzeczą, że spotkany u chorego zbiór objawów [obrzęki, tętno twarde, nie częste, wzmożenie drugiego tonu aorty, ból głowy, nudności, zmniejszona ilość moczu], zdawał się upoważniać nas przed zbadaniem moczu do rozpoznania sprawy zapalnej w nerkach. Już pierwsze jednak zbadanie moczu chemiczne i drobnowidzowe kazało mi być w tej mierze oględnym. Gdy zaś i dalsze, systematycznie codziennie prowadzone badania moczu wskazywały nam zawsze na brak w nim białka oraz cylindrów, lub innych pierwiastków morfologicznych, przemawiających za odbywaniem się sprawy zapalnej w nerkach, trwanie w podejrzeniu sprawy zapalnej w nerkach wydawało się nam w danym przypadku zupełnie nieuzasadnionem już po kilku dniach obserwacji. Tymczasem, jak widać z przytoczonego opisu przebiegu choroby, przebiegała ona istotnie nawet w szczegółach swoich, jak zapalenie nerek średniego natężenia: przy stosowaniu samej diety mlecznej, kąpieli i zupełnie spokojnem leżeniu w łóżku, chory zaczął oddawać coraz więcej moczu, którego ciężar właściwy zmieniał się prawie że odpowiednio do jego ilości, a w miarę pełniejszej dyurezy zaczęły ustępować objawy zatrucia [ból głowy, nudności, brak apetytu] oraz zaburzenia w krążeniu [obrzęki]. Słowem, gdyby wyobrazić sobie, że chory nasz obserwowany był po za szpitalem i że mocz jego nie mógł wskutek tego być badany codziennie dokładnie, wtedy jednorazowy wynik ujemny badania możnaby położyć na karb pewnej jego niedokładności lub przypadku i możnaby z powodu typowego przebiegu klinicznego choroby trwać przy rozpoznaniu zapalenia nerek ostrawego lub ostrego o nieznacznem natężeniu.

Jakiem że mogło być nasze rozpoznanie kliniczne, skoro wiedzieliśmy, że mocz nie zawiera żadnych dowodów odbywającej się sprawy zapalnej

w nerkach i skoro nie mieliśmy żadnej podstawy do przypuszczenia, że cierpieć mogą w danym przypadku inne narządy, oprócz nerek? Sądzę, że rozpoznanie w tym przypadku, a raczej termin kliniczny dla niego, wypłynie wprost z zastanowienia się nad tem, co rozumiemy pod zwykłym naszym, a tak prostym, rozpoznaniem klinicznym, zapalenia nerek. Gdy w przypadku zwykłym, typowym mówimy, że chory dotknięty jest zapaleniem nerek, to tym jednym wyrazem „*nephritis*“ chcemy przed samym sobą lub otoczeniem zaznaczyć, że obserwowany w danej chwili zbiór objawów klinicznych, czyli zbiór zaburzeń czynnościowych, tak w krążeniu, jak i wydzielaniu jadowitych produktów przemiany, ma jasną dla nas podstawę anatomiczną, że podstawą tą jest szereg zmian, odbywających się w tkance nerkowej. To zdanie swoje opieramy zwykle na posiadanych przez siebie dowodach sprawy zapalnej w nerkach, a mianowicie na białku w moczu, które dowodzi, iż w nerkach znajduje się wysięk zapalny, oraz na leukocytach, cylindrach, komórkach nabłonkowych, lub innych jeszcze tworach, które są dowodem spowodowanego sprawą zapalną zniszczenia nabłonka nerkowego. Sama zaś całość objawów klinicznych, obserwowanych przy chorobie, którą anatomicznie nazywamy „*nephritis*“, jest dla badacza klinicysty, który jeszcze nie zdążył zbadać moczu, jako taka, tylko dowodem niesprawności nerek, *insufficiëntiae renum*.

Takie jest właściwie rozpoznanie fizyologiczne, jakie przy omawianym szeregu objawów klinicznych w umyśle swoim stawiamy, a dopiero postawienie sobie jego napewno lub z pewnem prawdopodobieństwem skłania nas do szukania bezpośrednio w moczu rzeczowych dowodów, które dałyby nam jedno proste anatomiczne objaśnienie całego szeregu tych nieraz zawitych objawów klinicznych. Zwykle, jak wiemy, dowody te po jednorazowym lub, najdalej, kilkakrotnem badaniu moczu znajdujemy; i wtedy od razu cały ten szereg obserwowanych przez siebie zaburzeń czynnościowych określamy mianem anatomicznem. Powiedzmy szczerze, że wogóle to szukanie anatomicznej podstawy spostrzeganych przez nas objawów klinicznych weszło nam, i słusznie, w tak odruchowe przyzwyczajenie, iż przy badaniu chorego w głowie naszej przez chwilę nawet nie postanie termin fizyologiczny dla interesującej nas sprawy, jeżeli tylko wiemy, że jej te lub owe zmiany w tym lub owym narządzie towarzyszą. Przenosząc uwagę tę na przypadki cierpień nerkowych, ani na chwilę nie myślimy o oznaczeniu spotykanego przy nich zbioru objawów klinicznych mianem fizyologicznem *insufficiëntiae renum*. Gdy zasługujący na to miano szereg objawów występuje, bezwiednie łączymy go z pojęciem o sprawie, która jest zwykłym podkładem tych objawów, i mianem tej sprawy cały obraz kliniczny oznaczamy.

Empirya wykazuje, że w tak olbrzymiej większości przypadków objawom „niedostateczności“ nerek towarzyszą dowody rzeczowe ich zapalenia, iż często stawiamy to ostatecznie rozpoznanie, zanim zdołamy jeszcze stwierdzić naocznie obecność przemawiających za tem z całą stanowczością składników w moczu.

Ta sama sprawa myślenia odbyła się mimowoli i w naszym przypadku, I tu, widząc tak wybitne i typowe objawy niedostatecznej sprawności nerek

byliśmy w pierwszej chwili prawie pewni, że powodem tej niedostateczności jest, jak zwykle, ich zapalenie. Ponowne jednak badanie moczu nie dało nam nigdy ani jednego dowodu na to, że sprawa zapalna w nerkach rzeczywiście się rozwinęła, a dalszy przebieg kliniczny całego przypadku wykazał nam stopniowe wyrównanie się niedostatecznej czynności omawianego narządu, przechodzenie jej w coraz doskonalszą, dochodzącą wreszcie aż do zwykłej. Sądzymy, iż wobec tego zmuszeni jesteśmy spostrzegany przez siebie zbiór objawów klinicznych oznaczyć mianem fizyologicznem, skoro na odszukanie dla niego podstawy anatomicznej nie się nie złożyło. Mieliśmy więc, krótko mówiąc, w naszym przypadku do czynienia z cierpieniem czynnościowem nerek, z niedostatecznością ich przemijającą, *insufficiëntia renum transitoria*, jako chorobą samoistną, a nie, jak zwykle, spowodowaną zmianami anatomicznymi w nerkach.

Podobnego terminu w nauce, o ile wiemy, nikt dotąd nie użył. Wprowadzamy go jednak do niej w przekonaniu, że bynajmniej zamieszania w niej to nie sprawi. Wszak wiemy dobrze, że istnieją przemijające zaburzenia w czynności serca. Wszyscy wiemy o przypadkach niedostateczności zastawek, które uważać musimy za czynnościowe z powodu, iż ta ich niedostateczność długi czas zupełnie się w nich wyrównywa i że im żadne zmiany w sercu, dziś dla nas wykrywalne nie towarzyszą. Wiadomem też jest, że wątroba może również być przemijająco w tej lub owej z ważnych swoich czynności niesprawną. Że wspomniemy tu o przemijającej jej niesprawności w czynności niszczenia cukru lub neutralizowania wyrabianych w ustroju jądów, z których to ostatnie zaburzenie gra tak ważną rolę w powstawaniu autointoksykacyi. Te objawy zaburzeń czynnościowych serca i wątroby mogą się klinicznie przedstawiać tak samo, jak w szeregu innych przypadków, w których wywołują je zmiany anatomiczne, i to nawet stałe, tych narządów. Analogicznym więc bywać może widocznie czasem, choć nierównie rzadziej, i stan nerek u danego osobnika; sprawność pierwiastków anatomicznych tego narządu może być już zaburzona, bo na to potrzeba, być może, czynników szkodliwych, dla nas dziś jeszcze nieuchwytnych, ale zmian w nim jeszcze nie będzie, bo dla ich spowodowania dany czynnik mógł być, w danych okolicznościach, za mały, zbyt słaby.

Czy w naszym przypadku owym czynnikiem, usposabiającym naszego chorego do nadzwyczajnej wrażliwości na drobne wpływy, nie było długie branie przez niego arszeniku, tego nie przesądzamy, chociaż nie możnaby chyba wykluczyć tego w zupełności. Czy tak, czy inaczej, chory nasz na jakies minimalne szkodliwości, o nieznaney nam naturze—przynajmniej chory nasz nie pijał wódki i nie pamięta, by miał w ostatnich czasach wyraźniejszą okazyę zaziębnienia się—reagował w sposób niezwykły. A mianowicie, dostał całego szeregu zwykłych objawów niedostateczności nerek już wtedy, kiedy zmian w nich, klinicznie do stwierdzenia możliwych, nie było. Drugą osobliwość tego przypadku stanowi wystąpienie wymienionych objawów *pr excellence* samodzielne, bez innego jakiegokolwiek cierpienia ustroju.

Te właśnie osobliwości naszego przypadku skłoniły nas do podania go do wiadomości publicznej. Być może, iż zwróci on uwagę innych na tego rodzaju przypadki, i że okaże się wtedy, że nasz chory nie stanowił bynajmniej szczególnej jakiejś osobliwości, jaką dziś przedstawia. *A priori* przynajmniej wyłączyć tego nie można.

II. MOCZÓWKA CUKROWA U DZIECKA SIEDMIOLETNIEGO.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Łódzkiego d. 6. V. r. b.]

Napisał

Seweryn Sterling.

— † —

We wstępie do pracy „*Casust. Beiträge zur Kenntn. des Diabetes mellitus im Kindesalter*“ powiada WEGELI ¹⁾: „Wówczas gdy o cukrzycy dorosłych mamy dużą liczbę poszukiwań i nader obfity materiał kazuistyczny, o cukrzycy w wieku dziecięcym małą tylko liczbę obserwacji znajdujemy“. Ten właśnie wzgląd małej względnie ilości ogłoszonych przypadków cukrzycy, u dzieci spostrzeganej, niech mię wytłomaczy, że przypadek ten ogłaszam, pomimo licznych w badaniu braków, niezależnie od mej dobrej woli powstałych.

W grudniu r. 1895 leczyłem na zapalenie oskrzeli rozlane Stasia Pr., 8 rok życia rozpoczynającego. Pacjent zdawał się być młodszym, wyglądał bowiem na lat 5 najwyżej; było to dziecko wychudłe, blade. Wywiady w przeszłości dziecka wykazały: 1) w wieku 3 miesięcy jakieś ropienie długotrwałe pod szczęką; 2) w wieku 1½ lat, porażenie obustronne kończyn dolnych i jednocześnie przykurczenie obu kończyn górnych, natury [dla opowiadających rodziców] niewiadomej; stan taki po kilku tygodniach przeszedł bez śladu; 3) w wieku lat trzech „dyfteryt“; 4) w wieku lat pięciu — „dyfteryt i krup“. Od ostatniej choroby dziecko ciągle niedomaga; pomimo dobrego apetytu, źle bardzo wygląda, chudnie; cierpi na silne zaparcie. Rodzice zupełnie zdrowi, troje młodszego rodzeństwa również zdrowe. Przy kilkakrotnem badaniu pacyenta nic prócz wspomnianego cierpienia nie wykryłem; na podstawie jednak wywiadów i wyglądu dziecka za prawdopodobne rozpoznanie poczynającą się gruźlicę uważałem. Zalecono, prócz środków wykrztuśnych, tran. Po jakich dwu tygodniach, w ciągu których stan był ciągle bezgorączkowy i kaszel się nieco zmniejszył, straciłem pacyenta z oczu.

D. 13. II. 1896 r., powołany zostałem do Pr.. Zastałem lekki obrzęk twa-

¹⁾ Arch. f. Kinderh. XIX. Zesz. 1 i 2.

rzy i kończyn dolnych, które to objawy tegoż dnia rano rodzice zauważyli. Tętno 96, stan bezgorączkowy. Dziecko biega swobodnie i bawi się. Szmer oddechowy słaby, lecz wszędzie pęcherzykowy; tony serca czyste, drugi ton nad tętnicą główną wzmocniony. Język, jama ustna i gardziel bardzo suche; z ust silny odór przykry; zęby wszystkie spróchniałe. Kaszel od kilku tygodni ustał zupełnie, jakkolwiek istnieje pewna duszność, szczególnie rano po przebudzeniu się dziecka, które przez pewien czas jest bez głosu [sucho w gardle]. Do dnia poprzedniego chodził znów pacjent do szkółki. Matka oświadcza, zanim się o to zapytałem, że dziecko oddaje moczu daleko mniej, niż dawniej. Zobaczywszy mocz barwy bardzo jasnej, z odcieniem zielonkawym i wykazawszy w nim, próbą odręczną przez gotowanie, białko, przypuściłem, że mam do czynienia z zapaleniem nerek przewlekłym. Mdły i aromatyczny zapach moczu skłonił mię do nieco bliższego rozbioru, który wykazał: odczyn silnie kwaśny, ciężar właściwy 1031, cukru ilość 6‰, białko bardzo wyraźne, odczyn GERHARDT'a.

Dnia 14. II. 1896 znalazłem obrzęk nieco większy, stan ogólny gorszy; dziecko położyło się do łóżka, lecz nie skarży się na żadne dolegliwości. Na zapytanie odnośnie dowiaduję się, że od czasu ostatniej choroby [difteryt i krup] dziecko piło nadmiernie, że się co noc kilkakrotnie budziło, skarżąc się na pragnienie, że, równocześnie oddawało bardzo duże ilości moczu; łaknienie, jak już wspomniałem, było do ostatnich czasów dobre, żarłoczności wszakże nie zauważono nigdy. Zapach przykry z ust trapił chorego i otoczenie przez cały ten czas; zęby zaczęły się psuć od tego czasu, do którego odnoszę początek choroby. Na bieliźnie chorego nigdy plam białych [cukier] nie zauważono.

Badanie moczu ponawiałem aż do 19. II. 1896 co dzień, znajdując: ciężar właściwy, zmniejszający się z 1032 stopniowo do 1021, ilość cukru spadającą do 1‰, ilość białka co raz to większą [do 1 ‰ według ESSBACH'a], bardzo piękny i wyraźny odczyn na aceton i kwas acetoctowy¹⁾. Ilość jednak moczu do badania brana była niezmiernie małą [czasem nie więcej nad 30,0], ponieważ pacjent, otrzymując środki przeczyszczające, oddawał mocz wraz z kałem. Z tego właśnie powodu żadnych innych części składowych moczu ilościowo określać nie mogłem. Co gorsza, nie znając zupełnie ilości oddawanego moczu [od otoczenia nawet o liczbie wypróżnień na dobę dowiedzieć się było trudno], nie jestem w możności podać choćby w przybliżeniu ilości cukru przez dobę wydzielanego. Dla badania na osad używałem resztek moczu, [po dokonaniu innych prób] z kilku dni, zlewając je kolejno do cylindra, w zimnym miejscu ustawionego: osadu żadnego nie otrzymałem. W ciągu tego czasu chory coraz to więcej obrzmiewał, skarżył się na duszność, bez kaszlu, na ból głowy, był

¹⁾ Cukier wykrywałem odczynnikami FEHLING'a i NYLANDER'a; ilościowo określałem jednocześnie odczynnikami FEHLING'a i przez fermentację w kolbecie EINHORN'a [wyniki oba drogami otrzymywane były nieco różne]. Z chwilą, gdy pacjent zaczął używać senesu, przestałem posługiwać się odczynem NYLANDER'a. Aceton i kwas acetoctowy wykrywałem próbami LEGAL'a i GERHARDT'a.

bardzo niespokojny, rzucał się, był pół-przytomny, śpiący, miewał halucynacje. Żadnego pokarmu, prócz kilku łyżek mleka w ciągu całej doby, nie przyjmował; nie skarżył się jednak na nudności, nie wymiotował. Od czasu do czasu chwyta się z jękiem za głowę; kilkakrotnie krwawienia z nosa.

20. II. 1896 drgawki tylko do kończyn górnych ograniczone [oczy w słup i tylko rękami trzepał] i wymioty dwa razy [jedyne w ciągu całej choroby]. Mocz u ani tego, ani dnia następnego nie badałem, ponieważ tylko wraz z kałem był oddawany.

21. II. 1896 [narada z kolegą D-r K. JONSZEREM]: stan nieprzytomny; tętno 96, napięte; stan bezgorączkowy [wieczorem 36,9° C.]; obrzęk całego ciała w stopniu bardzo znacznym; puchlina brzuszna; duszność wdechowa, przy krótkim wydechu; oddechów na minutę 20; oddech pęcherzykowy na całej przestrzeni płuc słyszalny, choć słaby; odgłos wypukowy płucny, szmer skurezowy u wierzchołka serca, rozmiary serca prawidłowe. Tegoż dnia popołudniu i w nocy drgawki ogólne kilkakrotne i śmierć.

Leczenie ograniczało się do diety mlecznej, kąpeli i środków przeczyszczających.

W przypadku powyższym mieliśmy do czynienia niewątpliwie z zejściem cukrzycy, której początek do piątego roku życia odnieść należy. W wywiadach znajdujemy: silne chudnięcie przy zachowanym łaknieniu, wielkie pragnienie, psucie się zębów, zły zapach z ust, suchość jamy ustnej i gardzieli. W chwili obserwacji widzimy: ciężar właściwy moczu wysoki, barwa jego jasna, obecność cukru, obecność acetonu i kwasu aceto-octowego.

Ponieważ kol. J. JAWORSKI poruszał niedawno kwestyę cukrzycy u dzieci [Gaz. Lek. 1894], ograniczę się do krótkiego rozbioru niektórych objawów spostrzeganych, dodając do danych kolegi J., że PAVY na 1360 przypadków cukrzycy miał tylko 8 dzieci do dziesiątego roku życia. WEGELI przytacza w swej pracy 108 przypadków z literatury zebranych, przyczem okres wieku dziecięcego rozciąga do 16 roku życia. Na 102 przypadki, w których podano wiek, było: do 5 roku życia przypadków 29; od 5 do 10—przypadków 31; od 10 do 16 przypadków 42. Śród 28 przypadków, których historye chorób W. podaje, było: do 5 r. życia—4; od 5 do 10—10; od 10 do 16—14. W przytoczonej przez W. statystyce SAUNDBY'ego na 159 przypadków było: kategorii pierwszej—30; kategorii drugiej—48; kategorii trzeciej—81.

Etyologia w danym przypadku sprowadzić się daje do błonicy, od tego bowiem czasu datują wywiady początek cierpienia. Nie bez wpływu na powstanie choroby musiało być i owo cierpienie nerwowe, jakie pacjent przeżył, mając 1½ lat. Urazu w wywiadach niema, przynajmniej rodzice o nim nie wiedzą.

Zmniejszanie się ilości cukru jest objawem spostrzeganym *sub finem*, szczególnie, gdy ilość białka wzrasta; może znikanie cukru zależało tu od diety prawie głodowej w ostatnim tygodniu życia. Czy białko, tak obfite, zależało od zapalenia nerek *sensu strictiori*—trudno orzec; przypominam, że

w osadzie ¹⁾ żadnych elementów organizowanych nie wykryłem ²⁾. Sądzę też, że białko pochodziło raczej z rozpadu komórek ciała, jako skutek zatrucia ustroju owem x , które jednocześnie i układ nerwowy i komórki innych tkanek ciała drażni.

Objawy ze strony serca różnie mogą być objaśnione: istnieją dane, przemawiające za tem, że powstawać mogą przy cukrzycy samoistne objawy chorobowe ze strony serca—bez choroby nerek ³⁾; może jednak objawy te zależały od zmian w naczyniach przez cukrzycę spowodowanych; mamy też liczne poszukiwania, dowodzące istnienia różnych postaci i stopni zapalenia nerek w przebiegu cukrzycy [objawy sercowe miałyby tu charakter wtórnych].

Aceton i kwas aceto-octowy świadczył o słuszności rozpoznania, jednocześnie zaś o masowym rozpadzie białka tkanek, o istniejącej inanicyi. Brak zapachu słodkawego oddechu zależeć mógł od wspomnianego odoru bardzo silnego, z ust pochodzącego.

Trudną kwestyę co w obrazie chorobowym, *sub finem vitae* spostrzeganym, przeważa: czy mocznica, czy też śpiączka cukrzycowa, rozwiązać należy na korzyść przeważnie objawów tej ostatniej; bo jeżeli za mocznicą przemawiało: obecność białka w moczu, obrzęki, ból głowy, to jednak drgawki wystąpiły tu w ostatnich 36 godzinach życia dopiero, wymioty zdarzyły się tylko dwa razy, na dzień przed śmiercią, tętno przez cały czas obserwacji nie było zwolnionem, duszność nie miała wcale właściwości dychawicy mocznicowej; senność jest obu postaciom właściwa, miotanie się częściej widzimy przy śpiączce cukrzycowej. Wyraźnie na korzyść śpiączki cukrzycowej przemawia: wysoki, bądź co bądź, ciężar właściwy moczu, obecność w nim cukru [choć w ilości zmniejszonej], obecność acetonu i kwasu aceto-octowego (*acetonæmia*), charakter duszności.

Czy popełniłem błąd lekarski, nie badając moczu, kiedym po raz pierwszy dziecko widział? Popeliłem go z dwu względów: 1-o. Nie znajdując u dziecka z przewlekłym zapaleniem oskrzeli nic, prócz wychudzenia, zbyt pośpiesznie przypuściłem gruźlicę, gdy nie wykluczyłem cierpienia nerek. 2-o. Przypuściwszy gruźlicę, a nie znalazłszy wyraźnego jej siedliska ani w płucach, ani w kiszka-
kach [stałe zaparcie], ani w gruczołach [nie powiększone], powinienem był sprawdzić stan nerek, badając moczu. Poszukiwać cukru na zasadzie tego jedynie, że dziecko chudnie, ma zaparcie, zapalenie oskrzeli, nie byłem obowiązany.

¹⁾ Czyli: w porcyi moczu ostrożnie z dna cylindra podejmowanej.

²⁾ Nie znalazłem też owych wałeczków, które EBSTEIN pierwszy spostrzegł, a którym KÜLZ i ALDEHOFF nadali pewne znaczenie patognomioniczne; zjawienie się ich ma poprzedzać napad śpiączki.

³⁾ CHARCOT, BOUCHARD-BRISSAUD. Wykłady patologii. Przekł. polski. 1893. T. I. Str. 605

III. O FENOLU SULFO-RYCYNOWYM,

stosowanym przy gruźliczych i przewlekłych cierpieniach

GARDZIELI, KRTANI I NOSA.

Podał

T. Heryng.

— 3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 24].

Zanim uwzględnię własny materiał doświadczalny, w kwestyi leczenia gruźlicy krtani za pomocą fenolu, muszę rozpatrzyć uwagi tego autora o działaniu jego środka, o technice stosowania, o wskazaniach i przeciwwskazaniach.

Mała broszura RUAULT'a zasługuje na uważne przeczytanie. Mamy tu do czynienia z owocem spostrzeżeń sumiennych, długi czas [6 lat] prowadzonych przez bystrego obserwatora. Jego wiara w doniosłość nowego leku, jego współczucie dla cierpiącego suchotnika, działa pobudzająco i zachęca do własnych prób. Naturalnie, że RUAULT dla pewnej liczby lekarzy będzie tylko entuzjastą, wobec ich pojęcia niewyleczalności suchot krtaniowych. Nie dla nich praca RUAULT'a jest przeznaczoną.

Ci koledzy zapomnieli, że dobre wyniki miejscowego leczenia suchot wymagają nie tylko długiego czasu, ale wprawy, doświadczenia i wielkiej cierpliwości, niemal poświęcenia. Pomimo tego są one bardzo nierówne, niepewne, ale w porównaniu z dawniejszymi, bez porównania lepsze. Niema dziś dwu zdań pod tym względem. Zarzuty czynione nieraz specjalistom laryngologom, że, patrząc tylko na krtani, zapominają nieraz o reszcie, t. j. o płucach chorych, są mało uzasadnione. Terapia suchot dyetetyczno-hygieniczna i klimatyczna znaną i stosowaną jest przez wszystkich. Jeżeli w suchotach krtani jest mniej skuteczną, to głównie dla zbyt późnego lub niewłaściwego leczenia towarzyszącej zwykle suchotom krtani dysfagii, której istnienie wszelkie zabiegi czyni nieskutecznymi, póki przez odpowiednie miejscowe leczenie nie uda się nam bólu przy łykaniu usunąć.

Rozejrzmy się tedy dokładniej, w jaki sposób stosuje RUAULT fenol sulforycynowy przy gruźlicy krtani. Najlepszym okazał się przy tem cierpieniu rozczyn fenolu 30-procentowy. Rozczyn 40-procentowy znoszonym bywa tylko w wyjątkowych przypadkach, a nie ma on ponad 30-procentowym żadnej wyższości. U bardzo wrażliwych pacjentów należy zacząć od 20% rozczynu fenolu.

Dla kolegów, nie uprawiających specjalnie laryngologii, uważam za stosowne podać kilka uwag praktycznych o technice leczenia, na wypadek, gdyby byli zmuszeni do zastosowania tego środka u swych pacjentów, jak to nieraz zdarza się lekarzom na prowincyi.

Fenol wprowadzamy do krtani za pomocą pędzelka z waty, który zupełnie wyrugował pędzel włosiany. Pędzelek z waty nadaje się tylko dla pewnych

okolice krtani, np. przy pędzlowaniu strun głosowych górnej powierzchni strun prawdziwych, nagłośni i górnej powierzchni tylnej ściany krtani. Dla okolicy międzynaławkowej, dla wolnych brzegów strun prawdziwych, dla przedniego kąta strun głosowych używam, jak większość kolegów, prętów miedzianych odpowiednio zakrzywionych, na końcu opatrzonych w 2—3 mm. długie nacięcia. Odpowiednio do potrzeby bywają one spłaszczone z boków, lub też zaokrąglone na końcu.

Na koniec pręta zakręca się silnie kawałek waty hygroskopijnej, odtłuszczonej i przyrząd nasz gotowy. Pędzelek lub pręt należy przed użyciem zdezynfekować.

Uskutecznia się to według LERMOYER'a najprędzej przez zanurzenie w absolutnym alkoholu, który zapalamy. Gdy wata na brzegach się zażółci, gasimy alkohol, reszta się ulatnia i pędzelek może być użytym. Dodawanie do alkoholu kwasu bornego nie jest koniecznym.

Pędzelek zawiera w sobie kilka kropel leku, którego nadmiar powinien być usuniętym, aby usta i część gardzieli nie zetknęły się płynem.

Fenol sulfo-rycynowy musi być stosowany pod kontrolą lustra krtaniowego. Są chorzy, którzy utrzymują, że nie znoszą miejscowych zabiegów w krtani. W większości przypadków, jak to przyzna każdy wprawny lekarz, owe nieznoszenie manipulacji jest częściej wynikiem niezręczności manipulującego, niż nadzwyczajnej nietolerancji pacjenta.

Nie przeceniając techniki i jej znaczenia przy miejscowym leczeniu, musimy jednak kłaść pewien nacisk na to, że w wielu przypadkach pożądanym skutkiem nastąpi tylko przy właściwym i zręcznym miejscowym stosowaniu pewnych leków.

Umiejętne pędzlowanie krtani jest zabiegiem o wiele trudniejszym, niż się to wielu kolegom wydaje. Nie tylko, że trzeba szybko i pewną ręką wprowadzać pędzelek, nie dotykając po drodze jakiegobądź punktu, lecz potrzeba się tak dalece wprawić, ażeby i bez lustra można było dokładnie zdać sobie sprawę, w jakich miejscach znajduje się pędzelek wprowadzony do krtani, czy po prawej stronie, czy po lewej, czy ponad lub pod strunami głosowymi, czy dotyka się też tylnej ściany, lub siedzi w przednim kącie strun. Prócz tego, musimy dokładnie umiarkować stopień ucisku, jakiego użyć potrzeba. Pędzelek powinien, jeśli tak wolno powiedzieć, stanowić przedłużenie ręki operatora i tworzyć z nią jedną całość.

Niektóre środki wymagają w rozmaitych okolicach krtani należytego wcierania. Musimy niekiedy wykonywać pędzelkiem szereg możliwie szybkich ruchów wzdłuż strun głosowych, bądź wzdłuż ich wolnych brzegów.

Te kilka sekund, podczas których chory jest w stanie znieść pędzelek w krtani, musi całkowicie wystarczyć do dokładnego zapędzlowania tych części, jakie tego w danym przypadku wymagają. Wszelkie zbyt szybkie podrażnienie, wszelkie przypadkowe dotknięcie zdrowych części silniejszymi lekami jest nie tylko niepotrzebne, lecz wprost szkodliwe.

Z przytoczonych tu wywodów wynika, że kurcz krtani, występujący nieraz po zapędzowaniu, którego się tak chorzy obawiają, może być wywołany przez niezręczność i brak doświadczenia lekarza.

W ostatnich czasach ogłoszono dwa śmiertelne przypadki kurczu krtani po zapędzowaniu kokainą. Co je spowodowało trudno określić. W każdym razie nie toksyczne działanie kokainy, ponieważ w krtani u tych chorych istniały zmiany zapalne, połączone z obrzękiem błony śluzowej. W takich przypadkach należy zachować niezwykłą ostrożność przy wprowadzaniu do krtani jakiegokolwiek narzędzia.

Kilka razy widziałem ostry obrzęk chrząstek nalewkowych, nagle występujący po niezręcznym pędzlowaniu, nawet gdy użyto słabo działających środków. Zdarzało się to u osób wyjątkowo do tego usposobionych.

Po tem krótkim zboczeniu od tematu rozpatrzmy objawy, jakie wywołuje fenol, stosowany w krtani.

W jamie ustnej i w gardzieli po fenolu występuje tylko lekkie zaczerwienienie. Natomiast w krtani zaczerwienienie jest o wiele mocniej wyrażone. I tu jednak jest ono przemijające, gdyż szybko występuje po niem bladeść tkanek. Gdy błona śluzowa jest przedtem już przekrwioną, odczyn jest mocniejszy i trwa dłużej [24 do 48 godzin].

Odpowiednio do zachowania się błon śluzowych, od stopnia odczynu i czasu jego trwania, środek ten w sposób rozmaity powinien być stosowany. Im silniejsze po pędzlowaniu fenolem występuje zaczerwienienie, tem rzadziej manipulacja powinna być powtarzana. W wyjątkowych przypadkach można stosować fenol na wet dwa razy dziennie; w innych byłoby wprost szkodliwem powtarzać pędzlowanie częściej, niż 2 razy tygodniowo. To samo tyczy się stopnia bolesności, jaka występuje po stosowaniu tego środka. Im więcej chory skarży się na ból po użyciu fenolu, tem dłuższe pauzy pomiędzy pędzlowaniem robić należy.

Niektórzy pacjenci zupełnie nie znoszą fenolu, a wszelkie usiłowania przekonania ich o jego potrzebie napotykają na opór nieprzyzwyczajony.

Błony śluzowe po użyciu fenolu nabierają białawego zabarwienia, które zwykle trwa 24 godziny. Krwawiące powierzchnie, rany, lub świeża ziarnina, pędzlowane fenolem, zabarwiają pędzelek na kolor brunatno-czerwony, z powodu krzepnięcia krwi i zmieszania jej z lekiem. Plwocina, wykrztuszona niezwłocznie po pędzlowaniu, jest ciąglą, ma konsystencję śmietanki, jest mętną, białą.

Wskazania do użycia fenolu sulfo-rycynowego RUAULT określa w sposób następujący.

Przy gruźliczych nadżarciach strun głosowych i tylnej ściany wystarcza powierzchowne pędzlowanie, stosowane mniej więcej dwa razy tygodniowo. Gdy krtani je dobrze znosi, a skutek wydaje się nieznacznym, środek powinien być stosowanym co drugi dzień.

¹⁾ Referowano w *Annales des maladies de l'oreille du larynx*, etc. 1896, 2.

W początkowych okresach ograniczonego gruzliczego nacieczenia nagłośni i strun głosowych bez owrzodzeń należy wobec znaczniejszego nieco przekrwienia tkanek zastosować odpowiednie nacięcia. Po ustaniu krwotoku, fenol trzeba wetrzeć dość silnie.

Gdy nacieczeniu towarzyszą owrzodzenia z wytworzeniem się ziarniny, należy ją przedewszystkiem usunąć za pomocą kiurety.

Przy rozległych nacieczeniach, powikłanych owrzodzeniami, energiczne wcieranie fenolu jest przeciwwskazane. Pędzlowania lekkie powierzchni owrzodzonych w zupełności wystarczają. Gdy te nie wywierają pożądanego skutku, wtedy jedynie wskazaną jest metoda chirurgiczna. RUAULT kładzie wielki nacisk na to, aby nasięki i ich produkty wycinano energicznie, za pomocą ostrych narzędzi, a nie wyskrobywano tylko powierzchnie.

Gruźlica nagłośni w formie początkowej znosi dość energiczne wcierania fenolu, które należy powtarzać codziennie, lub co drugi dzień. Tylko przy rozszerzonych, szybko rozpadających się owrzodzeniach RUAULT widzi wskazanie do chirurgicznego leczenia nagłośni i to przy zajęciu jej powierzchni krtaniowej¹⁾. Sklerotyczna i przerostowa forma gruźlicy krtani, jako też jej odmiana pachydermatyczna, wymaga przedewszystkiem leczenia chirurgicznego.

Przy prosówkowej gruźlicy krtani rokowanie jest tak rozpaczliwe, że leczenie miejscowe powinno mieć wyłącznie na celu zmniejszenie bolesnego łykania. Wszystkiego, co ból potęguje i tkanki drażni, należy unikać.

Chcąc wydać bezstronny sąd o leczniczej wartości fenolu, RUAULT radzi pierwsze próby stosować u chorych na gruźlicę, niezle jeszcze odżywianych, nie gorączkujących i z niezbyt daleko posuniętymi zmianami w płucach. Najlepiej nadają się, według niego, pacycenci bez duszności i utrudnionego łykania. Tacy chorzy stanowią naturalnie najlepszy materiał do próbowania jakiegokolwiek bądź metody leczniczej przy gruźlicy krtani. Sądzę tedy, że należy brać przypadki tak, jak je nam daje praktyka, jeśli chodzi o wypowiedzenie bezstronnego zdania o działaniu jakiegoś środka przy tem cierpieniu.

Używałem fenolu przy wszelkich formach gruźlicy i we wszelkich jej okresach, naturalnie z największą ostrożnością, wykluczając pacjentów z gorączką hektyczną i rozlanemi sprawami krtaniowemi z pod wszelkiej energicznej kuracyi.

Rozejrzyjmy się teraz zmianom, zachodzącym przy użyciu naszego środka w tkance gruzliczej, t. j. w owrzodzeniach i przy nasiękach gruzliczych.

Powierzchowne owrzodzenia gruzlicze o dnie, pokrytem zazwyczaj nalotem szarawo-białym, szybko się oczyszczają. Brzegi ich wypełniają się a zewsząd wytwarza się drobna, czerwona ziarnina.

1) Nie mogę pod tym względem w zupełności podzielić zdania RUAULT'a. Dokładne wskazania do chirurgicznego leczenia nagłośni będą uwzględnione w innem miejscu. Co do jednego punktu w zupełności się zgadzam z autorem, mianowicie, że leczenie tej formy należy do najtrudniejszych zadań chirurgii krtaniowej.

Głębokie owrzodzenia o czerwonym dnie, otoczone brzegami zazębionymi, stosunkowo szybko bledną przy odpowiednim traktowaniu fenolem. Obrzmienie szybko ustępuje, ziarnina staje się gąbczastą i znika czasami w bardzo krótkim czasie.

Nacieczenia nie owrzodzone często szybko zanikają, zarówno jak brodawkowate wyrosła. Czasami już po 10—20 dniach giną one bez śladu. Zmiany gruzlicze na strunach fałszywych, t. j. nacieczenia i owrzodzenia, często opierają się wszelkim naszym zabiegom. Objaśnić to się daje okolicznością, że zmianom błony śluzowej samej struny towarzyszą zakłócenia na błonie śluzowej wewnątrz kieszonki MORGAGNI'ego. W pewnych przypadkach wskazanem tu jest leczenie chirurgiczne. Otwiera ono zatokę, usuwa produkty gruzlicze i otwiera dostęp dla fenolu.

Szczególną własnością fenolu jest to, że nie pozostawia widocznych blizn na częściach zagojonych.

Nie jest łatwą rzeczą objaśnić sobie sprawę, jaka zachodzi przy działaniu fenolu na chore tkanki. Nie można przyjąć swoistego działania na laseczniki gruzlicze, ze względu na obszar i siedlisko nieraz bardzo głębokie gruzelków. Przy *chorditis tuberculosa* znalazłem pod drobnowidzem pojedyncze guziczki gruzlicze w głębi struny, lub poza mięśniem strun głosowych (*thyreoarytaenoid, internus*), czasami pomiędzy bardzo głęboko leżącymi gruczołami słuzowymi ¹⁾. Tak głęboko fenol może przeniknąć jedynie stopniowo.

RUault objaśnia działanie fenolu w ten sposób, że środek ten pobudza tkankę gruzliczą do zmian sklerotycznych i włóknistych. Przez swe wybitne własności antyseptyczne, fenol skutecznie zwalcza zakażenia mieszane ze sprawami ropnemi. Komórki, zdolne jeszcze do życia, nie zostają zniszczone przez fenol, lecz pobudzone są do hyperplazji. W okresach daleko posuniętych fenol przyspiesza eliminację tworów martwiczych, serowatych. Jest bardzo prawdopodobnem, że ogniska powierzchowne laseczników, leżące tuż pod nabłonkiem, zostają zniszczone ²⁾. RUault porównywa działanie fenolu z leczeniem chirurgicznym i poświęca mu osobny rozdział. Wyraża on zdanie, że fenol sulfo-rycynowy i leczenie chirurgiczne muszą się wzajemnie uzupełniać, aby wywołać zupełny skutek leczniczy.

Nie zapomina obok miejscowego leczenia krtani gruzliczej o wartości leczenia ogólnego, a specjalnie płuc. Jako środek antyseptyczny miejscowy zaleca ciepłe pulweryzacye słabych rozczyńców sublimatu. Kreozotowi, podawanemu w ilości od 0,06 do 1,0 *pro die*, nadaje znaczenie antyseptyczne odno-

1) HERYNG. „Chirurgiczne leczenie gruzlicy krtani“ Tabl. 2, fig. 1.

2) W pracy mej: „Elektroliza i jej stosowanie przy cierpieniach nosa i gardzieli ze specjalnem uwzględnieniem gruzlicy krtani“ [Therapeutische Monatshefte. 1893. Zeszyt 1 i 2] wspomniałem, że owrzodzenia gruzlicze pod wpływem leczenia elektrolitycznego wydzielają duże ilości laseczników gruzliczych wraz z ropą. Fakt ten, dowiedziony drogą badania drobnowidzowego, występuje również tak przy leczeniu fenolem, jak przy stosowaniu niektórych mocniejszych środków kaustycznych, pobudzających ropienie, jak to: kwasu mlecznego, chromnego, kreozotu glicerynowego, parachlorfenolu i t. d.

śnie do błony śluzowej ust i gardzieli, gdyż dezynfekcyę tych części uważa za ważną i pożyteczną dla chorych dotkniętych gruźlicą dróg oddechowych.

Tej skombinowanej terapii gruźlicy krtani z włączeniem leczenia chirurgicznego nadaje RUAULT nazwę „*Medication locale sulfo-ricinée*”.

Nazwa ta nie jest zupełnie ścisłą, gdyż nie uwzględnia faktu, że często oprócz fenolu stosować należy uprzednio lub po nim rękoczyny chirurgiczne.

Na szczególną uwagę zasługują wnioski RUAULT'a o znaczeniu i granicach leczenia miejscowego gruźlicy krtani. Poglądy jego są zupełnie bezstronne. Oto jego słowa: „*En face d'une maladie telle que la phthisie laryngée, le laryngologiste doit être modeste. L'abstention serait de sa part une désertion impardonnable; mais tout en luttant avec courage, il doit cependant s'astreindre à limiter, dans chaque cas, ses prétentions et ses espérances au maximum des résultats thérapeutiques locaux, utiles au malade*”.

Jeśli przyznajemy wszyscy, że w większości przypadków krtaiń zostaje zarażoną wtórną drogą, t. j. płwociną, wyrzucaną z płuc, to nie należy pominąć i tego faktu, anatomicznie stwierdzonego, że istnieją pierwotne suchoty krtani i że jej wydzieliną gruźlicza może również zarazić zarówno płuca, jak i narządy trawienia.

Bywają, niestety, okresy powikłanej gruźlicy płuc i krtani, w których nie można mieć żadnej nadziei co do wyleczenia. Że brak pożądanego skutku często jest spowodowany przez spóźnione leczenie lub wadliwe traktowanie zaburzeń polykania, jest faktem powszechnie wiadomym.

Wielki wpływ na rokowanie ma charakter anatomiczny cierpienia płuc. Do suchot włóknistych płuc często przyłącza się przewlekłe nacieczenie krtani sklerotyczne, mniej skłonne do rozpadu, które może przez dłuższy czas przebiegać bez wytwarzania owrzodzeń. Doświadczenie nauczyło nas wszakże, że i w tych razach zdarzają się wyjątki.

RUAULT widział nieraz poprawy i częściowe wyleczenie krtani, nawet u pacjentów z gorączką hektyczną, podczas gdy u pacjentów względnie dobrze odżywionych i niegorączkujących, z mało posuniętą gruźlicą płuc, sprawa w krtani niekiedy stale się pogarszała.

Według RUAULT'a, forma suchot krtani, zwana nieżytową, goiła się najprędzej; w drugiej linii ograniczone nacieczenia, *resp.* owrzodzenia.

Przenoszenie się sprawy na nagłośnię lub stawy obrączkowo-nalewkowe znacznie pogarsza rokowanie. Jak każdy lek, tak i nowy nasz środek ma pewną granicę działania na sprawę gruźliczą. Nacieczenia np. zmniejszają się do połowy, czasami jeszcze więcej, jednakowoż pozostają jeszcze zgrubienia pachydermiczne. Lecz i te mogą ustępować powoli bez dalszego leczenia. Dobre rokowania wogóle dają guzy gruźlicze i wykwity przerostowe lub brodawkowe, po uprzednich zabiegach chirurgicznych.

Wyniki leczenia gruźlicy krtani są: przemijające lub stałe poprawy, wreszcie zupełne wyleczenie.

Mnóstwo rozmaitych czynników wpływa na wyniki leczenia fenolem, niezależnie od podanego już charakteru anatomicznego cierpienia lub jego umiejscowienia.

Znaczny wpływ mają: dziedziczność, konstytucya, wiek pacyenta, warunki jego życia, stan narządów trawienia.

Leczenie szpitalne daje wogóle przy gruźlicy krtani niedostateczne lub złe rezultaty. Z wyjątkiem popraw, w pojedynczych przypadkach, uzyskanych zazwyczaj drogą chirurgiczną, rokowanie jest bardzo niepokojące. Jeśli dziś częściej niż dawniej, notujemy u siebie poprawy, to przyczyna tego tkwi może w wielkim materiale, pozwalającym wynaleźć przypadki odpowiednie do leczenia chirurgicznego.

Uwzględnię teraz pokrótce wyniki stosowania przezemnie fenolu w ciągu 1½ roku i poprę niektórymi kazuistycznymi danymi.

Liczba osób leczonych przezemnie za pomocą fenolu nie jest bardzo wielką, bo obejmuje zaledwie 80 pacjentów.

Nie mogę podać dokładnych cyfr, ponieważ pewna liczba chorych wogóle za krótko była obserwowana, by można było wyciągnąć jakiegokolwiek wnioski, ponieważ kilkunastu chorych traktowałem nie wyłącznie fenolem, lecz i innymi środkami, zresztą ponieważ u pewnej liczby chorych ze względu na niewyraźne skutki fenolu zmuszony byłem uciec się do zabiegów chirurgicznych.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 4 — 4 —

41. Artur Keller. Przyczynek do nauki o białkomoczu okresowym.

Białkomoczem okresowym nazywamy swoistą formę wydzieliny nerkowej, przy której białkomocz zjawia się w pewnych okresach czasu, na pewien czas znika i znowu się pojawia. Okres taki w normalnych warunkach życia przebiega w ciągu 24 godzin, tak, że moczu nocny nie zawiera białka, we dnie przeciwnie wydziela się białko w zmiennej ilości. Mogą jednak zjawiać się podczas białkomoczu okresowego dłuższe przerwy w wydzielaniu białka: przez dni parę i więcej. Ten okresowy, przepuszczający białkomocz bywa objawem albo pewnych chorób nerek, albo występuje jako zjawisko fizyologiczne; czasem samo zjawisko jest zagadkowym i nie może być wliczanem do żadnej z powyższych kategorii. JOHNSON zwrócił pierwszy uwagę, że w przebiegu zapalenia nerek, zwłaszcza podczas zdrowienia, brak jest białka w pewnych porcjach moczu dobowego i wydzielanie białka staje się okresowym, przepuszczającym. Zdanie to potwierdzają SENATOR, RECKMAN, LECORCHÉ, TALAMON i inni. LEUBE pierwszy zwrócił uwagę na fizyologiczne występowanie białkomoczu po ciężkiej pracy fizycznej, kąpielach i t. p., a także i na to, że białkomocz pojawia się w dzień, znika w nocy. Autor jest przeciwny zdaniu TEWEŚ'a, HEUBNER'a i PAVY'ego, że dla postawienia rozpoznania białkomoczu „okresowego“ należy dowieść, że w nerkach nie zachodzą żadne zmiany tkankowe, owszem uważa on, że białkomoczowi okresowemu towarzyszyć mogą zmiany patologiczne w tkankach nerek i że białkomocz okresowy przy tych ostatnich jest tą samą, tylko ciężką chorobą. Co się tyczy etyologii danej choroby, to nie można

jej postawić w zależności od przebywanych uprzednio chorób zakaźnych, a zwłaszcza płonicy; co więcej nawet istnieją spostrzeżenia, dowodzące, że choroba zakaźna, która wybucha podczas istnienia białkomoczu okresowego, nie wpływa w niczem na ten ostatni.

Badany przez autora w 7 przypadkach białkomoczu okresowego moczu wykazał: 1) ciężar właściwy 1003—1030, 2) reakcja była zawsze kwaśną, raz tylko zasadową, 3) ilość dobową moczu bardzo zmienna, 4) w moczu zawsze znajdowano cylindry, 5) w preparacie mikroskopowym znajdowano kryształki kwasu moczowego i szczawianu wapnia w dość znacznej ilości, 6) co się tyczy białka, to wydzielanie jego nie stało w żadnym stosunku do przyjmowania i trawienia pokarmów, ruchów ciała, kąpieli i t. d.; zachodziła tylko pewna zależność między stojącą i leżącą postawą ciała a wydzielaniem białka. Mocz nocny nie zawierał nigdy białka. Okresy wydzielania białka były zupełnie nieprawidłowe. Ilość białka, którą określano według metody LIBORRUS'a [strącanie białka za pomocą alkoholu] wahała się od 0,0^o/_o—0,18^o/_o i od 0,02—9,5 grama na dobę. Autor określał także różne gatunki wydzielanego białka i zawsze znajdował nukleoalbuminę, której obecność uważa OSSWALD za charakterystyczną dla białkomoczu okresowego. W samej rzeczy doświadczenia z przewiązywaniem tętnicy nerkowej, dokonane przez PICHLER'a, VOYTA i AUFRICHT'a, dowiodły, że po przewiązaniu tętnicy zjawia się zawsze nukleoalbuminuria i jednocześnie powstają zmiany w nabłonkach kanalików skręconych. Po 24 godzinach jądra tych nabłonków są wypełniane drobnymi ziarenkami; jeżeli zaciśnięcie tętnicy trwało dłużej, to jądra znikają zupełnie, a same nabłonki przedstawiały bezkształtną masę. Później daleko występowały podobne zmiany w kanalikach prostych i w kłębkach nerkowych. OBERMAYER badaniami swemi potwierdził istnienie nukleoalbuminuryi, uwarunkowanej zmianami w nabłonkach nerkowych. Ponieważ zaś przy białkomoczu okresowym wydziela się znaczna ilość nukleoalbuminy, ponieważ przy tej chorobie bezwąt-pienia są zajęte nerki [jak tego dowodzi obecność cylindrów i innych elementów uformowanych w moczu], więc podstawą zajmującej nas choroby są zmiany wsteczne w nerkach, którym jednak nie towarzyszy proces wysiękowy, charakterystyczny dla zapalenia nerek. Tem ostatniem objaśnić można brak objawów ogólnych. Przyczyną tych zmian wstecznych w nabłonku nerkowym mogą być albo zaburzenia w krążeniu [podobnie jak w doświadczeniach z przewiązywaniem tętnicy nerkowej], albo, co autor uważa za prawdopodobniejsze, wpływy chemiczne, zmiany w przemianie materii. Za tem ostatniem przypuszczeniem mówi zwiększona w moczu ilość kwasu moczowego i szczawianów.

II. Kamiński.

Zebranie lekarzy prowincjonalnych

W KUTNIE I W ŁĘCZYCY.

Sprawozdanie za rok II-gi (1895).

W № 21 Medycyny z r. 1895 kol. F. ARNSZTEIN podał sprawozdanie z zebrań lekarzy prowincjonalnych w Kutnie za rok I [1893 i 94.] ich istnienia. Nader pomyślny rozwój tych zebrań i w r. ubiegłym [II-im], żywy w nich udział nawet dalej zamieszkałych kolegów, ożywione rozprawy nad każdą poruszoną na zebraniu kwestyą naukową, aż nadto świadczą o wielkiej pożyteczności podobnych peryodycznych zebrań dla lekarzy prowincjonalnych. Sądzę że podawanie coroczne krótkich sprawozdań z zebrań naszych zachęci skutecznie kolegów z innych okolic do powzięcia podobnej uchwały i do wprowadzenia w życie tyle pożytecznych zebrań.

W ciągu r. 1895 odbyło się zebrań 5 [w styczniu, marcu, maju, wrześniu i w grudniu], z tych 2 w Łęczycy, 3 w Kutnie. W zebraniach brało udział 14 kolegów [z Kutna, Łęczycy, Żychlina, Krośniewic, Łowicza, Piątku, Lubienia, Ozorkowa, Barasie, Uniejowa].

Na 5 posiedzeniach [zwykle od godz. 7-ej do 12 wieczorem] odczytano i przedyskutowano 25 referatów [przez 9 lekarzy], a mianowicie:

1. F. ARNSZTEIN. O bezskuteczności chininy przy zimnicy w przypadkach idyosynkrazji [drukowany w № 4 Gazety Lekarskiej z r. 1895].

2. A. TROCZEWSKI. Przypadek *sarcomatis inoperabilis*. Próba leczenia za pomocą surowicy zwierząt uodpornionych przeciw róży (*Erysipelserum EMERICII*'a); wynik ujemny.

3. F. ARNSZTEIN. Dlaczego napaśtnica często nas zawodzi przy niedostatecznie wyrównanych wadach serca.

4. KUSZEL [Łęczycza]. Błonica ze stanowiska najnowszych badań bakteriologicznych, klinicznych i terapii.

5. ZIELIŃSKI [Piątek]. Przypadek *Para- et perimetritidis exsudativae; perforatio ad rectum et ad vesicam, sanatio relativa*.

6. KUSZEL. Sporysz jego skład, przetwory, działanie fizyologiczne i lecznicze.

7. F. ARNSZTEIN. O rozpoznawaniu zimnicy u dzieci, oraz kilka przypadków zimnicy u dzieci o nieprawidłowym przebiegu [drukowanej w № 36, 37 Medycyny z r. 1895].

8. A. TROCZEWSKI. Dwa przypadki zimnicy u dzieci o przebiegu nieprawidłowym.

9. F. ARNSZTEIN. O drgawkach u dzieci pod wpływem pierwszego ząbkowania i o roli pierwszego ząbkowania w etyologii chorób wieku dziecięcego [drukowany w № 11 Medycyny z r. 1895].

10. HANDELSMAN [Kutno]. Wskazania do użycia prądów elektrycznych w terapii.

11. A. TROCZEWSKI. Przypadek poprzecznego rozerwania cewki moczowej pod wpływem urazu, *urethrotomia* zewnętrzna, wyleczenie. Kilka uwag w kwestyi leczenia takich przypadków.

12. K. DZIERZBICKI [Krośniewice]. Przypadek błonicy gardzieli, wyleczony surowicą ARONSON'a.

13. HANDELSMAN. Przypadek mylnego rozpoznania *myelitidis transversae*.

14. F. ARNSZTEIN. Kilka słów o wewnętrznem stosowaniu kokainy.

15. ZALESKI [Łęczycza]. W kwestyi leczenia zakażeń ropnych, *resp.* położowych [drukowany w № 29 Medycyny z r. 1895].

16. NAWROCKI [Łęczycza]. Przyczynek do kazuistyki całkowitego pęknięcia macicy w czasie porodu.

17. A. TROCZEWSKI. Przyczynek do kazuistyki złamań czaszki z wgnieceniem odłamków i rozerwaniem opony twardej.

18. A. TROCZEWSKI. Przypadek niezwyklego ostrego obrzęku zapalnego całej kończyny dolnej.

19. F. ARNSZTEIN. Był lekarzy w miastach i osadach, przyczyny jego upadku i środki poprawienia.

20. HANDELSMAN. Przyczynek do kazuistyki *bronchitidis fibrinosae*. Kilka przypadków tego cierpienia.

21. F. ARNSZTEIN. Kilka rzadszych przypadków chorobowych [a) *Meningitis cerebro-spinalis sporadica*. b) *Perichondritis laryngea acuta purul.* c) Przypadek ropnia płuc, zakończony śmiercią wraz z uwagami o etyologii, rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu ropni płucnych wogóle].

22. A. TROCZEWSKI. Przypadek raka prącia z trwałem wyleczeniem? po operacyi. Kilka uwag w kwestyi etyologii i rozpoznawania tego cierpienia.

23. WIECZORKIEWICZ [Żychlin]. Trzy przypadki ciężkiej błonicy, wyleczonej surowicą warszawską.

24. HANDELSMAN. Projekt założenia pracowni chemiczno-drobnowidzowej w Kutnie.

25. F. ARNSZTEIN. O niektórych właściwościach epidemii tyfusu brzuszego w Kutnie w jesieni r. b..

Prócz komunikowania powyższych referatów na posiedzeniach demonstrowano również chorych.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

1) BREGMAN przedstawia chorego 38-letniego z kifozą górnej grzbietowej i szyjowej części kręgosłupa, zależną od *caries sicca* kręgow.

2) NEUGEBAUER demonstruje: a) kamień moczowy, wydobyty przez chora z cewki wraz z ligaturą jedwabną, dokoła której się wytworzył. U chorej tej przed 14 miesiącami wykonał N. laparotomię z powodu pęknięcia ciężarowego jajowodu. Powstałe po operacyi ropienie dało powód do eliminacyi ligatury przez pęcherz, pomimo że ściany tego ostatniego nie były zranione, ani też

uchwycone szwem. *b)* Macicę, ekstyrpowaną u 44-letniej panny z powodu raka trzonu. *c)* Chorą z wyciowaniem pochwy, symulującem wypadnięcie macicy; chora ta przed 2 $\frac{1}{2}$ laty miała przez KRAKOWA usuniętą macicę rakowatą.

3) STĘPKOWSKI przedstawia preparat wyciętej przez niego obustronnej puchliny jajowodowej (*hydrosalpinx*) niezwyklej wielkości [1 i 2 pięści dorosłego człowieka].

4) Prof. KOSIŃSKI przedstawia: *a)* pacjentkę po dokonanej przed 1 $\frac{1}{2}$ rokiem operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego z 26 kamieniami. *b)* Nerkę rakowatą, usuniętą przed paru dniami u chorego 36-letniego, który przed 15 laty miał zatrzymanie moczu i krwawienie z moczem, długi czas następnie był zdrów, a przed 8 miesiącami zaczął doznawać bólów i zauważył krew w moczu. Mocno powiększona wątroba utrudniała w danym przypadku rozpoznanie, a i przy dwukrotnem badaniu moczu nie znaleziono w nim komórek nowotworowych. *c)* Torbiel, pochodzącą z *parovarium*, a odznaczającą się tem, że nie miała żadnych zrostów.

5) JASIŃSKI demonstruje przełyk i płuca, pochodzące od 7-letniego chłopca, który przybył do Szpitala Dziecięcego z powodu niemożności połykania, zależnej, według opowiadania matki chorego, od oparzenia wypitym ługiem. Przy badaniu sondą J. znalazł rzeczywiście zwężenie przełyku w odległości 19 ctm. od zębów i zamierzał wykonać gastrostomię, gdy nagle przed dniem oznaczonym na operację chory zaczął z wielką łatwością przełykać pokarmy. Wobec tego rozpoznanie należało zmienić, a podstawę do nowego stanowiły znalezione u dziecka objawy gruźlicy płuc; rozpoznano zwężenie przełyku zależne od ucisku na ten narząd powiększonych gruczołów chłonnych, leżących w śródpiersiu tylnem. Rozpoznanie to, jak dowodzi przedstawiony preparat, było słusznem.

6) Wice-prezes SOKOŁOWSKI wygłosił odczyt p. n.: „Przyczynę do patologii i terapii przewlekłego zapalenia przerostowego krtani i tchawicy“, drukowany w №№ 17 i 18 „Gazety Lekarskiej“ z r. b..

W dyskusyi SREBRNY przemawia przeciw odrzucaniu zmian sklerotycznych w podobnych cierpieniach.

SOKOŁOWSKI zaznacza, że zmian sklerotycznych nie wykluczał; położył tylko w swej pracy nacisk na fakt, że i sprawy rozrostowe mogą wywoływać obraz kliniczny *laryngo-tracheitidis*.

Prof. BRODOWSKI sądzi, że przeziębienie nie należy do wybitnych momentów etyologicznych w podobnych cierpieniach; jest także za wykluczeniem twardzieli (*rhinoscleroma*), jako przyczyny, za którą natomiast uważa syfilis.

SOKOŁOWSKI odpowiada, że i on wypowiedział podobne przypuszczenie, mając jednak na myśli nie syfilis nabyty lub odziedziczony od rodziców, lecz przymiot w całym szeregu pokoleń danej rodziny.

Prof. KOSIŃSKI nie przypisuje przeziębieniu wybitnej roli w etyologii opisanej przez S. sprawy chorobowej.

LUBLINER zwraca uwagę na ogłoszoną przed 4 laty pracę swoją o zmianach syfilitycznych w krtani, dodając, że *syphilis hereditaria tarda*, nie dając przez długi czas żadnych innych objawów, może powodować zmiany w krtani. Leczenie swoiste, stosowane przez mówcę w jednym przypadku, nie spowodowało polepszenia.

SOKOŁOWSKI odpowiada, że zmiany w przypadkach, o jakich mówi L., są inne, niż w opisanym dzisiaj.

Prof. BARANOWSKI skłonny jest do uważania syfilisu za przyczynę zmian w danym przypadku.

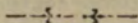
To samo z większą tylko stanowczością powtarza jeszcze raz prof. BRODOWSKI.

Przeciw tak stanowczemu twierdzeniu przemawia KRYSIŃSKI, według którego zmiany w przypadku S. można nazwać, co najwyżej, podobnymi do syfilitycznych.

SZTEYNER zwraca uwagę na to, że blizny w krtani leżały bardzo blisko od rany operacyjnej, a więc mogły być pochodzenia operacyjnego, nie syfilitycznego.

Na zakończenie dyskusji SOKOŁOWSKI zaznacza kategorycznie, że naciśku na zaziębienie nie kładł i że z pewnem zastrzeżeniem uważałby syfilis za przyczynę opisanego cierpienia, w których zmiany anatomiczne były odmienne od syfilitycznych, a podobne raczej do napotykanych przy twardzieli.

Wiadomości drobne.



— BEZSONOW i SMIRNOW. O wpływie włosogłówki (*trichocephalus dispar*) na stan ogólny ustroju. Włosogłówkę dotychczas uważano za nieszkodliwą. BEZSONOW i SMIRNOW w 18 przypadkach, u których w kale znajdowano jajka włosogłówki, prócz dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego [mdłości, ślinotok, brak apetytu, odbijanie, zgaga, niesmak i t. p.] obserwowali następujące objawy nerwowe: bezsenność, bóle i zawroty głowy, na mostku, kręgosłupie i goleniach punkty bolesne, wzmoczenie odruchów, niejednakową wielkość źrenic. U wielu chorych prócz wyżej wymienionych objawów spostrzegano drgawki, nerwobóle i swędzenie skóry. Że powyższe objawy zależą od obecności włosogłówki w przewodzie pokarmowym, dowodzi ustępowanie ich po zastosowaniu swoistego leczenia. W przypadkach współczesnej obecności włosogłówki i innych robaków [np. brzożdżogłówca] występowały przypadłości właściwe tylko włosogłówce, te bowiem po usunięciu brzożdżogłówca nie ustępowały, a znikaly dopiero przy leczeniu, zastosowaniem przeciw włosogłówce. Co się tyczy leczenia, to z wypróbowanych środków najskuteczniejszym okazał się tymol, podawany naczczo w kapsułkach, zawierających po 0,5, lub w emulsyi.

(Wracz 11, 1896)

I. Leon Gosztowt.

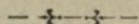
— H. SALOMON. O spiryllach w żołądku zwierząt ssących i o ich stosunku do komórek okładowych. Autor badał bliżej spirylle, o których wspomina BIZZOZERO w r. 1893, że znajdował je stale w żołądku psa. S. znajdował spirylle te, oprócz u psa, także u kota i u ssawca. Spirylla przedstawia śrubę różnej ilości obrotów od 2—24, najczęściej o 9—11. W żołądku spostrzegać się dają 3 jej postaci, róż-

zniące się między sobą zarówno kształtem oddzielnych obrotów, jak i długością oraz grubością śrub. W kropli śluzu żołądkowego spirylla ta znajduje się w ożywionym ruchu; przy silnych powiększeniach spostrzegać można na każdym z końców spirylli po jednym wyrostku. Przy ciepłocie 15—17° C. spirylle pozostają ruchomemi przeszło 24 godzin. Spirylla znajduje się przeważnie w śluzie żołądkowym, zarówno części odźwiernikowej, jako też dna; niema zaś jej w kiszkaach. Z doświadczeń, dokonanych przez S., wynika, że nie spotykamy nigdy spirylli u psów młodszych nad 4 tygodnie, t. j. u ssawców. Wogóle spirylle te nie są bardzo rozpowszechnione. Hodowanie spirylli na rozmaitych odżywkach nie udawało się. Spirylla daje się przenieść do żołądka białej myszy, próby zaś przenoszenia do żołądka ptaków [gołąb i t. p.] dawały zawsze wyniki ujemne.

(Centrbl. f. Bact. etc. Nr. 12—13. 1896).

Landau.

Wiadomości bieżące.



— Na Wystawie higienicznej od dnia 26 do dnia 29 czerwca członkowie poszczególnych wydziałów deżurować będą przez całe dni w celu udzielania specjalnych objaśnień dla przyjezdnych z prowincyi lekarzy i aptekarzy.

— Od D-ra W. NARKIEWICZA JODKI otrzymujemy z Frankfurtu nad Menem interesującą wiadomość o otworzeniu w tem mieście specjalnego zakładu leczniczego dla dyabetyków. Dyrektorem zakładu i stałym konsultantem jest prof. NOORDEN, badacz znany z licznych doskonałych prac fizyologiczno-chemicznych i klinicznych nad sprawami przemiany materji. Lekarzem miejscowym jest D-r LAMPE. Zakład otwarty został pół roku temu (*Sachsenhausen, Schiffergasse. 86*). Myśl sama wydaje nam się bardzo pożyteczną, kontrola bowiem lekarska stała, tak co do diety, jak i ogólnego zachowania się pacjentów u dyabetyków wielce pożądaną. Zakład prof. NOORDEN'a przeznaczony jest tymczasem na 8 chorych i urządzony jest z prawdziwym komfortem. Sprawozdania z leczenia cukromoczu w zamkniętych zakładach pozwolą najpewniej z czasem uzyskać niejedną pożyteczną wskazówkę terapeutyczną.

Zmarli: w Kijowie D-r ANTONI KRZYŻANOWSKI, b. adjunkt profesora kliniki chorób wewnętrznych;
w Paryżu: GERMAIN SÉE, prof. kliniki chorób wewnętrznych w szpitalu Hôtel Dieu;
w Paryżu: PAUL BLOCQ znany neuropatolog;
w Tübingenie: HENKE, prof. anatomii;
w Berlinie: WERNICH, znany higienista;
w Londynie: RUSSEL REYNOLD, zasłużony neuropatolog.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychle uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł” księgarni E. Wendego i S ki za miesiąc marzec 1896.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Друкъ ЦЕНТРУ (Ю, ЕДИНСТА, 31 Мая 1896 г. Друкъ К. Едваловскаго, Варшава, Мазовицка 8.

H. KUCHARZEWSKI,

Skład wód mineralnych naturalnych

przy aptece

Ulica Miodowa Nr. 4 (dawniej Senatorska wprost Miodowej).

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich Europejskich źródeł jako też i krajowe wody mineralne naturalne, oraz produkty lecznicze z tych źródeł, jako to: Szlamy, Ługi, Wyciągi, Mydła, Sole, i Pastyłki, również przetwory do robienia serwatki.

Co powion czas Skład świeżymi transportami zaopatrywany będzie. Broszury, Cenniki, Wskazówki zachowywania się przy wodach, dołączone będą na żądanie bezpłatnie.

O czem mam honor zawiadomić W.W. P.P. Doktorów i Szanowną Publiczność.

Wody z tego Składu znajdują się w Zakładach Kąpielowych oraz w wielu Aptekach tak Królestwa jak i Cesarstwa.

Telefon Nr. 274. H. Kucharzewski Mag. Farmacyi. 12—3

LEVICO

naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (rozbiór profesora Ludwika Hartka, Wiedeń) z silnem działaniem leczniczem w osłabieniu, niedokrwistości, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach peryodów i t. p. Składy w aptekach i Składach

wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia sprzedaje się w aptekach: Winc. Karpińskiego, Heinricha, H. Kucharzewskiego, L. Ziemińskiego, Suc. K. Lilpopa & E. Treutlera w Warszawie. 0—6

IWONICZ

Zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny, 8—6

położony w uroczym podkarpackiej okolicy wśród lasów szpilkowych (410 m. nad poz. morza) poleca znane ze swej skuteczności szczywy słońco-jodowe, kąpiele jodowe, borowinowe, zimne i zabiegi hydropatyczne, oraz zakład gimnastyki leczniczej. Urządzenia wzorowe, wszelkie wygody, dobre restauracye, tanie wiktuały, zdrowe czyste powietrze i wyborna woda źródlana do picia. Na sezon 1896 r. przybywa jeden dom mieszkalny o 44 pokojach. Nadto odno wiono gruntownie urządzenie łaźniok kl. I, rozszerzono znacznie oświetlenie elektryczne Zakładu i zakupiono znowu wielką ilość nowych mebli i t. p. Lekarzem zdrojowym jest dr. Kl. Dębiński (Lwów, Piekarska Nr. 8).

Sezon trwa od 29-go maja do końca września. W czasie od 20 czerwca do 20 sierpnia nie przyznają się zwolnienia od taksy zdrojowej, przed 20 czerwca i po 20 sierpnia ceny mieszkań są znacznie niższe.

Bezpośrednie połączenie kolejowe z Krakowem i Lwowem ze stacją Iwonicz. Poczta i telegraf w samym Zakładzie. — Broszury ze szczegółowym opisem, podawaniem wskazań leczniczych i cennikiem rozsyła bezpłatnie, tudzież wszelkie zgłoszenia załatwia Dyrekcya Zakładu zdrojowo-kąpielowego.

D-r KAZIMIERZ CIAGLIŃSKI

(z Siedlec)

ordynuje jak poprzednio w Ciechocinku, dom Wolzńskiego. 6—6

Dr. med. Fr. JANKOWSKI

5-4

ordynuje jak w latach poprz. dnich od 1-go maja w **Bad Nauheim.**

D-r Med. Henryk Frenkel

3-2

ordynuje jak corocznie we **Franzensbadzie Kaiserstrasse**
Prinzessin v. Oranien.

D-r Majkowski

6-3

starszy lekarz Szpitala Ś-go Mikołaja praktykuje w **Busku** przez cały sezon.
Tegoż do nabycia monografia Buska kop. 60.

D^R WŁADYSŁAW STAN

b. asystent prof. Jurasza w Heidelbergu, ordynuje jak lat zeszłych u wód
w **Reinerz na Ślązku.**

3-3

D^R BUJAKOWSKI

6-5

stale ordynuje w **Druskienikach.**

D-r Kazimierz Kruszyński

8-6

ordynuje jak lat poprzednich w **Szczawnicy** od 1-go Czerwea r. b.

D^R F. CHŁAPOWSKI

6-4

ordynaue w tym sezonie jak dawniej w **Kissingen** (w Bawaryi).

D-r med. Henryk RUPPERT

ordynuje jak zwykle w **CIECHOCINKU** (dom Mallera).

D-r KAROL DĘBICKI

4-3

ordynuje jak lat poprzednich
we **Francensbadzie.**

D-r FELIKS ARNSTEIN (z Kutna)

w sezonie letnim praktykuje

w Ciechocinku.

6-4

W IWONICZU

ordynuje począwszy od 20 Maja
jako lekarz zakładu

5-3

D-r Klemens Dębicki.

D^R WŁADYSŁAW HARAJEWICZ

ordynuje jak lat poprzednich w **Marienbadzie. Belvedere.**

10-6

D^R ROŚCISZEWSKI

ordynuje przez sezon kąpielowy w **Iwoniczu.**

∞
|
∞