

# GAZETA LEKARSKA.

[Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PROF. BRODOWSKIEGO]

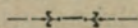
## I. PRZYCZYNA ŚMIERCI I ZMIANY W USTROJU KRÓLIKÓW PRZY PRZEGRZEWANIU ICH USZU.

DONIESIENIE TYMCZASOWE

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 18 IX r. b.].

Podali

**St. Markusfeld i J. Steinhaus.**



Ostatnie badania nad skutkami oparzenia wykazały we krwi i w narządach oparzonych obecność substancji jadowitych, wywołujących u zwierząt [wstrzykiwania podskórne] cały szereg objawów chorobowych, a nawet śmierć [WŁ. PEJSS, KIJANICYN]. W oparzonem ustroju substancje owe, jak to wykazały badania histologiczne ostatnich lat [WELTI], wywołują zmiany morfologiczne we krwi, zakrzepy w różnych narządach i, o ile zwierzęta nie giną natychmiast po oparzeniu, cały szereg objawów wtórnych z charakterem degeneracyjnym i zapalnym. Bliższem badaniem owych zmian we krwi, zakrzepów i t. d., zajęliśmy się w ciągu ubiegłego lata w pracowni prof. Brodowskiego. W obecnym szeregu doświadczeń szło nam wyłącznie o te zmiany, które występują przy oparzeniach, wywołujących śmierć natychmiastową; wtórne zaś sprawy, powstające później, jeżeli zwierzę przez dłuższy lub krótszy przeciąg czasu pozostaje przy życiu, stanowią przedmiot oddzielnej pracy.

Jednym z najprostszych sposobów wywoływania u królików oparzeń z natychmiastowem zejściem śmiertelnem jest stopniowe przegrzewanie ich uszu. Przy ciepłocie 56°—66°C. wody, w której grzeją się uszy, zwierzęta zwykle giną; tą to metodą posługiwaliśmy się w naszych doświadczeniach.

Z szeregu 6-in doświadczeń okazało się, że przy ciepłocie około 50°C. pojawiają się we krwi drobne kuleczki, zabarwione tak samo, jak krążki krwi, a 4—5 razy mniejsze od nich. Kuleczki owe powstają przez oddzielanie się kulistych wyrostków od krążków czerwonych.

Pomiędzy 50°C. a ciepłotą, przy której zwierzę ginie [56°—66°C], ilość kuleczek wzrasta, a jednocześnie pojawiają się mikrocyty i poikilocyty, a czerwone krążki krwi zaczynają się rozpadać.

W nerkach, wątrobie, płucach, mięśniu sercowym i w mózgu zwierząt, które zginęły przy tych doświadczeniach, znaleźliśmy zmiany następujące:

W zawartości naczyń: w wielu żyłach i tętnicach przepełnienie czerwonymi krążkami krwi (*globöse Stase*); często w żyłach, a bardzo często w tętnicach—blaszki Bizzozero, wypełniające całe światło naczynia, albo tylko jego część, podczas gdy resztę światła zajmują czerwone krążki i ich produkty [kuleczki, mikrocyty i t. d.] z większą lub mniejszą domieszką białych ciałek; do blaszek przyłączają się częstokroć gruboziarniste lub drobnoziarniste masy, niekiedy nawet ilość tych ostatnich przeważa lub nawet zupełnie blaszek nie ma, a tylko widać te masy ziarniste. Wreszcie niekiedy ziarnistość staje się tak niewyraźną, że masy, wypełniające światło naczynia, wydają się prawie jednorodnymi, szklistymi.

Naczynia włosowate we wszystkich narządach wewnętrznych zawsze były przepełnione czerwonymi krążkami (*globöse Stase*).

Ani w ściankach naczyń, ani w swoistych elementach badanych narządów zwykle zmian nie było. Tylko w mózgu obserwowaliśmy niekiedy mikroskopowe wybroczyny, przerywające na niewielkiej przestrzeni ciągłość tkanek; w nerkach zaś zawsze występowały w kanalikach prostych cylindry moczowe, niekiedy nawet krwawe.

W uszach, które bezpośrednio ulegały działaniu wysokiej ciepłoty, wszystkie tętnice i część żył wypełnione były zbitą masą czerwonych krążków (*globöse Stase*), reszta zaś żył zawierała masy drobnoziarniste lub prawie zupełnie jednorodne. Tkanki ucha były obrzękłe, a niekiedy nekrotyczne.

Termometr *in ano*, który przy rozpoczęciu doświadczenia wskazywał 40° C.—40,5 C., podnosił się w końcu doświadczenia do 43° C.—45° C., zależnie od tego, przy jakiej ciepłocie zwierzę ginęło. Jeżeli przyjmiemy pod uwagę, że samo leżenie skrępowanego zwierzęcia na stoliku CZERMAK'a obniża jego ciepłotę o 1 — 1½ stopnia w ciągu godziny, to ogólne podniesienie ciepłoty w naszych doświadczeniach, które przecięciowo trwały przeszło godzinę, musi być uznane za bardzo znaczne.

Cheąc usunąć to powikłanie, które mogło wyrzucić pewien wpływ na wyniki doświadczeń, w następnym szeregu doświadczeń ochładzaliśmy zwierzę strumieniem zimnej wody, tak, iż temperatura jego nie wznosiła się ponad normę pomimo grzania uszu; nie zmieniło to jednak w niczem wyników. Zwierzęta ginęły przy tej samej temperaturze, co i w pierwszej seryi doświadczeń, a zmiany były identyczne z otrzymanymi w tamtych doświadczeniach.

Żeby się ostatecznie przekonać, że śmierć zwierząt i wszystkie zmiany w ustroju zależą wyłącznie od działania wysokiej temperatury na krew, przepływającą przez naczynia uszne, a nie od wpływów nerwowych lub t. p., należało jeszcze za pomocą przewiązania tętnic i żył usznych usunąć wszelkie zetknięcie zmienionej w uszach krwi z resztą krwi. Zupełne wykluczenie takiego zetknięcia jest ze względu na liczne anastomozy włosowate niemożliwym. Musieliśmy się więc zadowolić ograniczeniem do *minimum* takiego zetknięcia, o ile to się dało skutecznie za pomocą przewiązania głównych pni naczyniowych. Ten trzeci szereg doświadczeń, w którym temperaturę wody podno-

siliśmy do 70%, a nawet do 75° C. wykazał, że, jeżeli krew, zmieniona w uszach, tylko w bardzo małej ilości przechodzi do ogólnego krwiobiegu, zwierzęta pomimo bardzo wysokiej ciepłoty nie giną w ciągu doświadczenia, ciepłota ich ustroju nie wznosi się, raczej opada nieco, a zmiany we krwi pojawiają się bardzo późno [powyżej 60° C.] i jakkolwiek jakościowo nie różnią się od zmian, spostrzeganych w poprzednich szeregach doświadczeń, ilościowo są one znacznie mniejsze. Zakrzepy w narządach tych zwierząt były również rzadkością.

Zestawiając wyniki powyższych doświadczeń, dochodzimy do wniosku, że przy oparzeniu powstają we krwi takie same morfologiczne zmiany, jak i przy nagrzewaniu krwi w wiszącej kropli pod drobnowidzem [F. E. SCHULTZE]. Wraz ze zmianami morfologicznymi odbywają się sprawy chemiczne; zjawiają się we krwi substancje, które w miejscach żastoju, powstałych prawdopodobnie pod wpływem nerwowym, wywołują zakrzepy blaszkowe z dalszą ich przemianą w drobnoziarnistą, a nawet w prawie zupełnie jednorodną masę. W żyłach usznych klasycznych zakrzepów blaszkowych nie widzieliśmy, lecz tylko drobnoziarniste i jednorodne, dlatego, że tutaj tworzą się zakrzepy najwcześniej, wcześniej więc niż w innych miejscach ustroju przekształcają się one w drobnoziarnistą lub jednorodną masę, tak, że zakrzepy, któreśmy znajdowali we wszystkich badanych narządach, a przede wszystkim w tak ważnym dla życia, jak mózg, lub specjalnie rdzeń przedłużony, stanowią dostateczne objaśnienie przyczyny śmierci zwierząt w naszych doświadczeniach.

## II. BADANIA DOSWIADCZALNE NAD BEZPOŚREDNIM WPŁYWEM DWUWĘGLANU SODU NA WYDZIELANIE SOKU ŻOŁĄDKOWEGO.

Przez

**Mikołaja Rejchmana.**

[Dokończenie. — Patrz Nr. 40].

### *II. Badania nad wydzielaniem soku w żołądku trawiącym u osób, które przed przyjęciem pokarmu wypijały roztwory dwuwęglanu sodu.*

Badania tego rodzaju wykonałem u czterech osób, które na pewien czas przed spożyciem próbnego śniadania, wypijały jednego dnia wodę przekroploną, następnego zaś dnia roztwór dwuwęglanu sodu.

1) Szło..., [patrz str. 1068]. Na 15 minut przed śniadaniem próbnym jednego dnia, wypijał 200 ctm. sześć. wody przekroplonej, drugiego zaś dnia roztwór 0,5 grm. dwuwęglanu sodu w 200 ctm. sześć. wody przekroplonej. Zawartość wydobywano z żołądka w godzinę po spożyciu śniadania próbnego. Wszystkich tego rodzaju doświadczeń wykonano u tej osoby osiem. Wyniki przedstawia następująca tablica [4].

T a b l i c a 4.

Doświadczenia z wodą przekroploną.			Doświadczenia z roztworem dwuwęglanu sodu.		
Nr.	Ogólny stopień kwaśności.	Ilość wolnego ClH.	Nr.	Ogólny stopień kwaśności.	Ilość wolnego ClH.
58	0,280%	0,188%	62	0,348%	0,264%
59	0,296	0,232	63	0,276	0,188
60	0,252	0,180	64	0,220	0,128
61	0,212	0,116	65	0,292	0,236
Średnio.	0,260%	0,179%	Średnio.	0,284%	0,208%

2) Post. ., [patrz str. 1070]. Badania takie same, jak powyższe, z tą różnicą, że osoba ta spożywała śniadanie próbne w 30 minut po wypiciu wody przekroplonej, lub roztworu dwuwęglanu sodu. Wyniki tych badań przedstawia następująca tablica [5].

T a b l i c a 5.

Doświadczenia z wodą przekroploną.			Doświadczenia z roztworem dwuwęglanu sodu.		
Nr.	Ogólny stopień kwaśności.	Ilość wolnego ClH.	Nr.	Ogólny stopień kwaśności.	Ilość wolnego ClH.
66	0,272%	0,200%	70	0,236%	0,140%
67	0,200	0,120	71	0,208	0,128
68	0,200	0,128	72	0,180	0,092
69	0,188	0,132	73	0,224	0,132
Średnio.	0,215%	0,145%	Średnio.	0,212%	0,123%

W pierwszej z tych dwóch ostatnich tablic widzimy najwyższy stopień ogólnej kwaśności [0,348%] i największą ilość wolnego kwasu solnego [0,264%] w doświadczeniu [62] z roztworem dwuwęglanu sodu. Również średni stopień ogólnej kwaśności i średnia ilość wolnego kwasu solnego przedstawiają większe cyfry w doświadczeniach z roztworem dwuwęglanu sodu, niż w doświadczeniach z przekroploną wodą. Przypatrując się jednak uważnie tej tablicy, widzimy, że nie zawsze stopień ogólnej kwaśności i ilość wolnego kwasu solnego były większe w pierwszym, niż w drugim razie. Natomiast na drugiej tablicy widzimy, że największy stopień ogólnej kwaśności i największą ilość wol-

nego kwasu solnego otrzymaliśmy w doświadczeniu [66] z wodą przekroploną, średni zaś stopień ogólnej kwaśności i średnia ilość wolnego kwasu solnego w doświadczeniach z roztworem dwuwęglanu sodu okazały się mniejsze, niż odpowiednie cyfry w doświadczeniach z wodą przekroploną.

3) Rozen... Laja, 35 lat wieku licząca. Cierpienie przewodu pokarmowego trwa już lat kilka: brak łaknienia, odbijania, zgaga, nudności naczeczo i po jedzeniu, czasem ból brzucha, stolce co drugi dzień. Naczeczo żołądek pusty. Po próbnym śniadaniu zawartość żołądka kwaśna, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,168\%}{0,204\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,100%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,146% f.

**Doświadczenie Nr. 74.** Ma 30 minut przed próbnym śniadaniem wypita ta osoba roztwór 0,5 grm. dwuwęglanu sodu w 200 ctm. sześć. wody przekroplonej. Zawartość z żołądka wydobyta w godzinę po jedzeniu okazała się kwaśną, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,220\%}{0,260\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,128%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,200%. Nazajutrz wykonano:

**Doświadczenie Nr. 75,** kontrolujące, w którym spożyła R. śniadanie bez uprzedniego wypicia roztworu dwuwęglanu sodu; w godzinę po tem śniadaniu wyciągnięto z żołądka zawartość, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,208\%}{0,220\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,124%.

4) Lew... Frajna, 38 lat wieku licząca. Cierpienie przewodu pokarmowego od 6-ciu lat. Co kilka tygodni napady bólów w dołku, czasem drapanie w dołku, zaparcie stolca, głośnie odbijanie. Naczeczo wydobyto z żołądka kilka ctm. sześć. śluzowego płynu, odczynu kwaśnego, z wolnym kwasem solnym; pod drobnowidzem wykrywa się w tym płynie ciała śluzowe, jądra komórkowe i komórki nabłonkowe płaskie. W godzinę po próbnym śniadaniu wydobyto 50 ctm. sześć. płynu kwaśnego, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,140\%}{0,180\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,024%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,120%.

**Doświadczenie Nr. 76.** Na 30 minut przed próbnym śniadaniem dano tej osobie roztwór 0,5 grm. dwuwęglanu sodu w 200 ctm. sześć. wody przekroplonej. Wyciągnięta w godzinę po spożyciu próbnego śniadania zawartość żołądkowa przedstawiała płyn kwaśny, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,096\%}{0,136\%}$  wolnego kwasu solnego nie można było wykryć.

**Doświadczenie Nr. 77.** Takie same jak poprzednie z 1 grm. dwuwęglanu sodu w 200 ctm. sześć. wody przekroplonej. Stopień ogólnej kwaśności = 0,096%, ilość wolnego kwasu solnego = 0.

**Doświadczenie Nr. 78.** Takie same jak № 77, z tą tylko różnicą, że roztwór dwuwęglanu sodu wypita badana osoba na godzinę przed próbnym śniadaniem. Stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,132\%}{0,172\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,020%.

**Doświadczenie Nr. 79.** Takie same jak poprzednie z tą różnicą, że badana osoba przyjęła przed śniadaniem 2 grm. dwuwęglanu sodu w 100 ctm. sześć.

przekroplonej wody. Stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,132\%}{0,172\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,020%.

Z wyników doświadczeń u tych dwóch ostatnich osób widać, że zarówno małe jak i większe dawki dwuwęglanu sodu, przyjęte na pewien czas przed jedzeniem, nie wywierają żadnego szczególnego wpływu na wydzielanie soku w żołądku trawiącym.

### *III. Badania nad wpływem na czynność wydzielniczą żołądka roztworu dwuwęglanu sodu, przyjmowanego naczczo przez czas dłuższy.*

1) Lew... Frajna [patrz str. 1095]. W godzinę po próbnym śniadaniu stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,140\%}{0,180\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,024%.

**Doświadczenie Nr. 8J.** Osoba ta przez 13 dni przyjmowała codziennie, zrana naczczo, na godzinę przed pierwszym jedzeniem, 0,5 grm. dwuwęglanu sodu w  $\frac{1}{4}$  szklance ciepłej wody. Nazajutrz po ostatniej dawce dostała próbne śniadanie; w wyciągniętej po upływie godziny zawartości żołądkowej stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,160\%}{0,184\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,040%.

**Doświadczenie Nr. 8I.** Przez następne cztery tygodnie osoba ta przyjmowała w dalszym ciągu codziennie takież sam roztwór dwuwęglanu sodu, w takież sam sposób. Nazajutrz po ostatniej dawce w wyciągniętej w godzinę po próbnym śniadaniu zawartości żołądkowej stopień ogólnej kwaśności = 0,164%, ilość wolnego kwasu solnego = 0,068%.

Dwa te doświadczenia zdawałyby się dowodzić, że przez dłuższy czas przyjmowany roztwór dwuwęglanu sodu usposabia przyrząd wydzielniczy żołądka do wzmożonej czynności. Zobaczmy, co o tem powiedzą dalsze doświadczenia.

2) Lask... Władysław, 35 lat wieku liczący. Brak łaknienia, stolce codziennie, często rozwolnienie, bóle głowy. Naczczo wydobyto z żołądka 25 ctm. sześc. płynu kwaśnego barwy żółtej, stopień ogólnej kwaśności = 0,096%, wolny kwas solny wykryć się dawał. W godzinę po próbnym śniadaniu wyciągnięto płyn kwaśny, stopień ogólnej kwaśności = 0,200%, ilość wolnego kwasu solnego = 0,104%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,184%.

**Doświadczenie Nr. 82.** Osoba ta przez dwa tygodnie przyjmowała codziennie, zrana naczczo, na godzinę przed pierwszym jedzeniem 1 grm. dwuwęglanu sodu w 120 grm. ciepłej, przegotowanej wody. Nazajutrz po ostatniej dawce, w godzinę po próbnym śniadaniu wyciągnięta z żołądka zawartość okazała stopień ogólnej kwaśności = 0,260%, ilość wolnego kwasu solnego = 0,160%, całkowitą ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,240%.

**Doświadczenie Nr. 83.** Przez następne dwa tygodnie osoba ta dalej przyjmowała dwuwęglan sodu, w takiejże samej ilości i w tenże sam sposób. Nazajutrz po ostatniej dawce, w godzinę po próbnym śniadaniu wyciągnięta z żołądka zawartość przedstawiała stopień ogólnej kwaśności = 0,240%, ilość wol-

nego kwasu solnego = 0,132%, całkowitą ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,224%.

I u tej osoby, dwuwęglan sodu, przez dłuższy czas naczczo przyjmowany, zdawał się usposabiać żołądek do wzmożonego wydzielania soku, jakkolwiek w drugich dwóch tygodniach wpływ ten mniejszym się okazał, niż w pierwszych, co—wobec niezbyt wielkich różnic w wydzielaniu soku w ogóle, zniewała być ostrożnym z wyprowadzaniem pewnych wniosków.

3) Wasil... Róża, 40 lat wieku licząca. Od bardzo dawna cierpi na przewód pokarmowy. Odbijania, nudności na czczo i po jedzeniu, bóle w dołku, wzdęcie górnej części brzucha po jedzeniu, zaparcie stolca, bóle głowy, obfite poty, sen niespokojny albo bezsenność, miesiączkowanie nieregularne; dolna granica czczego żołądka w odległości 12 ctm. od dolnego końca trzonu kości mostkowej, dolna granica umiarkowanie napełnionego żołądka w odległości 18 ctm. od dolnego końca trzonu kości mostkowej. W godzinę po próbnym śniadaniu zawartość żołądkowa kwaśna, stopień ogólnej kwaśności = 0,228%, ilość wolnego kwasu solnego = 0,132%.

**Doświadczenie Nr. 84.** Osoba ta przez trzy tygodnie przyjmowała codzień, zrana naczczo, na godzinę przed jedzeniem 0,5 grm. dwuwęglanu sodu w 120 grm. przegotowanej, ciepłej, rzecznej wody. Nazajutrz po ostatniej dawce dano próbne śniadanie; wyciągnięta w godzinę potem zawartość żołądkowa okazała stopień ogólnej kwaśności = 0,220%, ilość wolnego kwasu solnego = 0,096%.

4) Szab... Bazyli, 28 lat wieku liczący. Cierpi na przewód pokarmowy od lat trzech. Brak łaknienia, ściskanie w przełyku. Naczczo wydobyto z żołądka 25 ctm. sześć. płynu kwaśnego, w którym wolny kwas solny wykrywać się dawał. Po próbnym śniadaniu wydobyta z żołądka zawartość przedstawiała stopień ogólnej kwaśności = 0,332%, ilość wolnego kwasu solnego = 0,272%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,324%.

**Doświadczenie Nr. 85.** Chory ten przez 20 dni przyjmował co dzień, z rana na czczo, na godzinę przed jedzeniem 6 grm. dwuwęglanu sodu w szklance ciepłej, przegotowanej wody. Nazajutrz po ostatniej dawce wydobyta z żołądka w godzinę po próbnym śniadaniu zawartość okazała stopień ogólnej kwaśności = 0,324%, a ilość wolnego kwasu solnego = 0,260%.

**Doświadczenie Nr. 86.** Taż sama osoba przez następne 26 dni przyjmowała codzień, zrana naczczo, na godzinę przed jedzeniem 2 grm. dwuwęglanu sodu w szklance ciepłej, przegotowanej wody. Nazajutrz po ostatniej dawce, badanie zawartości żołądka po próbnym śniadaniu wykazało stopień ogólnej kwaśności = 0,328%, ilość wolnego kwasu solnego = 0,256.

5) Czern... Izaak, 17 lat wieku liczący. Od 1½ roku cierpi na przewód pokarmowy. Łaknienie zmienne, odbijania, zgaga, bóle brzucha, czasem rozwolnienie, czasem zaparcie stolca, wydymania, bóle głowy. Naczczo żołądek pusty, w przepluczynach odczyn kwaśny, wolny kwas solny obecny, jądra komórkowe w znacznej ilości. Po śniadaniu próbnym zawartość żołądka przedstawiała odczyn kwaśny, stopień ogólnej kwaśności = 0,304%, ilość wolnego

kwasu solnego = 0,232%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,298%. Innym razem zawartość żołądka po śniadaniu próbnym okazała stopień ogólnej kwaśności = 0,284‰, ilość wolnego kwasu solnego = 0,192‰, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,272‰.

**Doświadczenie Nr. 87.** Przez 4 tygodnie chory ten przyjmował codziennie, zrana naczczo, na godzinę przed jedzeniem 0,5 grm. dwuwęglanu sodu w pół szklance ciepłej, przegotowanej wody. Nazajutrz po ostatniej dawce wydobyta w godzinę po próbnym śniadaniu zawartość żołądka przedstawiała stopień ogólnej kwaśności = 0,272‰, a ilość wolnego kwasu solnego = 0,180‰.

U trzech ostatnich osób, zarówno u tej, u której wydzielanie soku żołądkowego okazało się normalnem, jak i u tych, u których czynność wydzielnicza żołądka okazała się wzmożoną, po dłuższym przyjmowaniu małych [0,5 grm.] i dużych [6 grm.] dawek dwuwęglanu sodu wydzielanie soku żołądkowego było nieco mniejsze, niż przedtem, ale temu żadnego nie można przypisywać znaczenia, gdyż różnice były bardzo małe, w granicach fizyologicznych wahań i błędów, nie dających się uniknąć przy badaniu chemicznem, jak to np. widać u chorego Cz., u którego bez dwuwęglanu sodu w drugim badaniu wydzielanie soku żołądkowego okazało się mniejszem, niż w pierwszym. To samo powiedzieć należy i o dwóch pierwszych w tej grupie doświadczeń chorych, u których stwierdziliśmy nieznaczne zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego po przyjmowania przez pewien czas roztworu dwuwęglanu sodu.

#### *IV. Badania nad wpływem dwuwęglanu sodu, przyjmowanego wkrótce po jedzeniu, na wydzielanie soku żołądkowego.*

Badania te były wykonane u sześciu chorych w sposób następujący. W pół godziny po śniadaniu próbnym przyjmowali ci chorzy dwuwęglan sodu w opłatku, albo w roztworze, następnie po upływie 30 minut, t. j. po upływie godziny od spożycia śniadania, zawartość z żołądka wydobywano i w sposób wiadomy badano.

1) Gruz..., 23 lat wieku liczący. Od dawna cierpi na przewód pokarmowy. Brak łaknienia, zgaga, bóle w dołku w kilka godzin po jedzeniu, zaparcie stolca. W godzinę po próbnym śniadaniu wydobyta z żołądka zawartość posiadała stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,284\%}{0,312\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,212‰, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,244‰.

**Doświadczenie Nr. 88.** Po spożyciu próbnego śniadania przyjął 4 grm. dwuwęglanu sodu w opłatku. Wyciągnięta z żołądka zawartość, badana lakmusem, okazała odczyn słabo ługowy, badana fenoltaleiną okazała odczyn słabo kwaśny, stopień kwaśności = 0,04‰.

2) Grzel... Antoni, 28 lat wieku liczący. Burkotanie w przelyku, burkotanie w brzuchu, zaparcie stolca. Zawartość żołądka po śniadaniu próbnym okazała stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,300\%}{0,320\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,260‰, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,284‰.



**Doświadczenie Nr. 89.** Po śniadaniu 4 grm. dwuwęglanu sodu w opłatku. Płyn z żołądka wydobyty posiada odczyn kwaśny, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,068\%l}{0,076\%f}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,012, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,048%.

3) Szat... Józef, 21 lat wieku liczący. Brak łaknienia, nudności po jedzeniu, burkotanie w brzuchu. Zawartość żołądka po śniadaniu próbnym przedstawiała stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,284\%l}{0,306\%f}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,216%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,260%.

**Doświadczenie Nr. 90.** Po śniadaniu 2 grm. dwuwęglanu sodu w opłatku. Płyn z żołądka wydobyty posiada odczyn kwaśny, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,024\%l}{0,064\%f}$ , wolny kwas solny wykazać się nie daje.

4) Rozen... Laja [patrz str. 1095]. Stopień ogólnej kwaśności płynu wydobytego z żołądka po próbnym śniadaniu =  $\frac{0,168\%l}{0,204\%f}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,100%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,146% f.

**Doświadczenie Nr. 91.** Po śniadaniu 2 grm. dwuwęglanu sodu w opłatku. Płyn z żołądka wydobyty posiada odczyn kwaśny, stopień ogólnej kwaśności = 0,020%, wolny kwas solny wykazać się nie daje.

**Doświadczenie Nr. 92.** Po śniadaniu 1 grm. dwuwęglanu sodu w opłatku. Zawartość żołądkowa kwaśna, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,140\%l}{0,164\%f}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,032%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,104% f.

**Doświadczenie Nr. 93.** Po śniadaniu 0,5 grm. dwuwęglanu sodu w 200 ctm. sześć. wody przekroplonej. W godzinę od chwili spożycia próbnego śniadania żołądek okazał się pustym.

5) Lew... Frajna, [patrz str. 1095]. Po śniadaniu próbnym zawartość żołądka posiadała odczyn kwaśny, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,140\%l}{0,180\%f}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,024%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,120% f.

**Doświadczenie Nr. 94.** Po śniadaniu 2 grm. dwuwęglanu sodu w opłatku. Zawartość żołądka posiada odczyn słabo ługowy.

6) Wojtal... Tomasz, 25 lat wieku liczący. Odbijanie po jedzeniu, nudności po jedzeniu, czasem ściskanie w dołku, bóle brzucha. Zawartość żołądka po próbnym śniadaniu posiada odczyn kwaśny, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,308\%l}{0,355\%f}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,220%.

**Doświadczenie Nr. 95.** Po śniadaniu 2 grm. dwuwęglanu sodu w opłatku. Wydobyty z żołądka płyn przedstawia odczyn kwaśny, stopień ogólnej kwaśności = 0,128%, ilość wolnego kwasu solnego = 0,064%.

**Doświadczenie Nr. 96.** Po śniadaniu 4 grm. dwuwęglanu sodu w opłatku. Zawartość żołądka przedstawia odczyn ługowy.

Ze wszystkich powyżej przytoczonych doświadczeń okazuje się, że przyjęcie dwuwęglanu sodu wkrótce po jedzeniu zmniejsza w sposób bardzo wy-

datny i stopień ogólnej kwaśności i ilość wolnego kwasu solnego w zawartości żołądkowej, i to tembardziej, im większą jest ilość przyjętego dwuwęglanu sodu. Doświadczenia, na początku tej pracy przytoczone, w których dokładnie oznaczono ilość chloru, wydzielanego z sokiem żołądkowym po wprowadzeniu do żołądka czystej przekroplonej wody i roztworów dwuwęglanu sodu, dowodzą, że ten skutek dwuwęglanu sodu nie zależy od szczególnego wpływu na wydzielanie soku żołądkowego, lecz jest rezultatem powstawania związku chemicznego, w jaki kwas solny wchodzi z sodem, czyli, krócej mówiąc, jest wynikiem zobojętniania tego kwasu przez tę sól ługową.

*V. Badania nad wpływem dwuwęglanu sodu, przyjmowanego po jedzeniu przez czas dłuższy, na wydzielanie soku żołądkowego.*

Osoby, do tych badań służące, przyjmowały po jedzeniu przez dłuższy czas mocne roztwory dwuwęglanu sodu. Czynność wydzielniczą żołądka badano tak przed rozpoczęciem doświadczeń, jak i bezpośrednio po ich ukończeniu.

1) Dwor.... Symcha, 23 lata wieku liczący. Od kilku lat cierpi na przewód pokarmowy. Brak apetytu, odbijanie, gnęcenie w dolku, bóle brzucha, zaparcie stolca. W godzinę po próbnem śniadaniu wydobyto z żołądka płyn kwaśny, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,314\%}{0,32\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,216%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych =  $\frac{0,24\%}{0,256\%}$ . Innego dnia zawartość żołądka po próbnem śniadaniu przedstawiała stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,288\%}{0,324\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,192%.

**Doświadczenie N. 97.** Przez dwa tygodnie chory przyjmował cztery razy dziennie, po jedzeniu, 8 grm. dwuwęglanu sodu, mianowicie w ten sposób, że we 2 godziny po jedzeniu przyjmował 4 grm. i w godzinę potem drugie 4 grm. w  $\frac{1}{2}$  szklance wody ciepłoty pokojowej. Codziennie więc przyjmował 32 grm., przez 2 tygodnie zatem wyżył 448 grm. dwuwęglanu sodu. Nazajutrz po ostatniej dawce, wydobyta w godzinę po próbnem śniadaniu zawartość wykazała żołądkowa stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,256\%}{0,328\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,160%, całkowitą ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,244%.

**Doświadczenie N. 98.** Taż sama osoba, przez następne dwa tygodnie, przyjmowała codziennie także same ilości dwuwęglanu sodu od początku zatem, przez 4 tygodnie, osoba ta przyjęła 896 grm. dwuwęglanu sodu. Nazajutrz po ostatniej dawce zawartość żołądkowa posiadała stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,300\%}{0,360\%}$ , a ilość wolnego kwasu solnego = 0,208%.

2) Gr... [patrz str. 1098]. Wydobyta z żołądka zawartość w godzinę po próbnem śniadaniu przedstawiała stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,284\%}{0,312\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,212%, całkowitą ilość kwasu solnego i soli kwaśnych =  $\frac{0,241\%}{0,214\%}$ . W innym dniu stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,352\%}{0,384\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,268%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,284%.

**Doświadczenie N. 99.** Chory ten przez trzy tygodnie przyjmował po jedzeniu, trzy razy dziennie po 8 grm. dwuwęglanu sodu, mianowicie w ten sposób, że we 2 godziny po jedzeniu brał 4 grm. dwuwęglanu sodu i w godzinę potem dru-

gie 4 grm. w pół szklance ciepłej wody. Na dobę więc przyjmował 24 grm. dwuwęglanu sodu, a przez trzy tygodnie przyjął 504 grm. tej soli. Nazajutrz po ostatniej dawce, wydobyta z żołądka, w godzinę po próbnem śniadaniu, zawartość przedstawiała stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,280\%}{0,300\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,192%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,252%.

**Doświadczenie N. 100.** Chory ten przyjmował dalej dwuwęglan sodu w takiż sam sposób i w tejże samej ilości przez 4 tygodnie, a właściwie z początku przez dwa tygodnie, potem przez 10 dni pauzował, i znowu przez dwa tygodnie przyjmował dwuwęglan sodu. Przyjął więc przez te cztery tygodnie 672 grm., a od początku 1175 grm. dwuwęglanu sodu. Nazajutrz po ostatniej dawce stopień ogólnej kwaśności płynu z żołądka wydobytego =  $\frac{0,244\%}{0,272\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,180%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,204%.

3) Grzel... Antoni [patrz str. 1098]. Zawartość żołądka po śniadaniu próbnem silnie kwaśna, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,300\%}{0,20\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,260%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,284%.

**Doświadczenie N. 101.** Chory ten przez trzy tygodnie przyjmował trzy razy dziennie po 8 grm. dwuwęglanu sodu po jedzeniu, mianowicie w ten sposób, że we 2 godziny po jedzeniu brał 4 grm. i w godzinę potem drugie 4 grm. dwuwęglanu sodu w  $\frac{1}{2}$  szklance wody. Codziennie więc brał 24 grm., a przez 3 tygodnie przyjął 503 grm. Nazajutrz po ostatniej dawce zawartość żołądkowa po śniadaniu próbnem przedstawiała stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,332\%}{0,384\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,224%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,308%.

**Doświadczenie N. 102.** Tenże sam chory przyjmował w dalszym ciągu przez następne trzy tygodnie, w sposób powyżej wzmiankowany, codziennie po 24 grm. dwuwęglanu sodu. Przez te trzy tygodnie przyjął więc również 503 grm. dwuwęglanu sodu. Nazajutrz po ostatniej dawce zawartość żołądka po próbnem śniadaniu przedstawiała odczyn silnie kwaśny, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,08\%}{0,361\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,240%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,276%.

**Doświadczenie N. 103.** Tenże sam chory przez następne szesnaście dni przyjmował codziennie, w tenże sam sposób, taką samą ilość dwuwęglanu sodu; przez te 16 więc dni przyjął 384 grm., a przez cały czas od początku doświadczeń wybrał 1396 grm. Nazajutrz po ostatniej dawce zawartość żołądka, po śniadaniu próbnem, przedstawiała takiż sam silnie kwaśny odczyn, stopień ogólnej kwaśności =  $\frac{0,244\%}{0,106\%}$ , ilość wolnego kwasu solnego = 0,240%, całkowita ilość kwasu solnego i soli kwaśnych = 0,320%.

Ta grupa doświadczeń przekonywa nas, że dwuwęglan sodu, przyjmowany przez czas dłuższy, w ilościach bardzo dużych, nie wywiera żadnego wpływu na czynność wydzielniczą żołądka, czyli, dokładniej mówiąc, na wydzielanie soku żołądkowego.

\*

\*

\*

Na tem pracę niniejszą zakończyć mogę i pozwolę sobie twierdzić, że badania moje przedstawiają we właściwym świetle ważną kwestyę wpływu środków ługowych na wydzielanie soku żołądkowego. Pomiąłem tutaj bardzo wiele innych badań, które wykonałem nie z czystymi alkaliami, lecz z mieszaninami dwuwęglanu, siarczanu i chlorku sodu, tak w dużych ilościach, jak i w tak małych, w jakich się one w wodach mineralnych zawierają; nie chciałem bowiem badań moich, do tej pracy odnoszących się, czemkolwiek komplikować, a postanowiłem tylko z tych badań wnioski wyciągnąć, do których używałem wyłącznie dwuwęglanu sodu. Zauważyć jednakże muszę, że te solne mieszaniny, przez długi czas stosowane, nie sprowadzały też żadnej trwałej zmiany w czynności wydzielniczej żołądka. Badania moje mam prawo dlatego uważać za rozstrzygające daną kwestyę, że były wykonane u znacznej liczby osób, z rozmaitemi ilościami dwuwęglanu sodu i w najrozmaitszych warunkach, w jakich się żołądek znajdował. Jedno tylko ograniczenie możnaby było do wyników moich badań zastosować, mianowicie to, że odnosić je należy tylko do osób chorych [co zresztą najbardziej nas obchodzi], gdyż osoby, u których badania wykonywano, były, bądź co bądź, chore. Zdaje mi się jednakże z tego, com widział u chorych, u których czynność wydzielnicza żołądka była prawidłową, pomimo objawów dyspeptycznych, że u ludzi zdrowych nie w inny sposób działa dwuwęglan sodu, do żołądka wprowadzony, tylko tak, jak to się okazuje z moich doświadczeń. One zaś dowodzą, że dwuwęglan sodu wcale na wydzielanie soku żołądkowego nie wpływa, bez względu na to, czy go w dużych, czy małych użyjemy ilościach, czy jedną dawkę do żołądka wprowadzimy, czy zalecimy choremu przez dłuższy czas środek ten przyjmować. Dwuwęglan sodu działa nie na czynność wydzielniczą żołądka, lecz na wydzielony już sok, mianowicie zobojętnia i alkalizuje ten sok, a z nim i całą zawartość żołądka. Niewątpliwy ten fakt nie zgadza się z poglądem, że alkalia wpływają na czynność wydzielniczą żołądka, z poglądem, który przyjęły wszystkie nowoczesne podręczniki medycyny wewnętrznej i farmakologii, jakoteż większość dzieł, specjalnie chorobom żołądka poświęconych. Wyznać muszę, że ten pogląd nigdy nie trafiał do mego przekonania, nie dlatego, żeby mi się wydawał nieprawdopodobnym, ale jedynie z tego powodu, że w żadnej z odnośnych prac nie znalazł niezbitych dowodów na to, że środki ługowe bezpośrednio wpływają na wydzielanie soku żołądkowego u chorych lub zdrowych ludzi.

Pomimo to nie mam jednakże zamiaru odmawiać środkom ługowym ważnego znaczenia w lecznictwie chorób żołądka. Już sam wpływ zobojętniający, lub nawet alkalizujący kwaśną zawartość żołądka ma wielkie w tym względzie znaczenie, tembardziej, jakeśmy się przekonali, że to alkalizowanie zawartości można podtrzymywać dopóty, dopóki ona zupełnie żołądka nie opuści. Jest to działanie bardzo korzystne i dla usuwania dotkliwych objawów chorobowych i nawet dla radykalnego wyleczenia pewnych chorób żołądka. Prócz tego wątpić o tem nie można, że słabe roztwory ługowe, *resp.* odpowiednie wody mineralne, pomyślnie wpływają na stan chorobowy samej błony śluzowej żołądka. Bardzo często spostrzegamy ten fakt, że w pewnych przypadkach chorobowych, pod

wpływem leczenia alkaliami, lub wodami mineralnemi alkalicznemi, ustępują przykre objawy chorobowe, jak: bóle w dołku, zgaga, odbijanie, wzdęcie lub uczucie pełności w dołku po jedzeniu i t. p., chociaż badanie wykazuje, że w wielu z tych pomyślnie wyleczonych przypadkach chemizm żołądka wcale się nie poprawił. Dla wody karlsbadzkiej stwierdził również ten fakt JAWORSKI <sup>1)</sup>, o czym znajdujemy wzmiankę w ostatniej jego pracy o chorobach żołądka. Nie należy więc alkaliom odmawiać znaczenia w lecznictwie chorób żołądka, ale powinniśmy znaczenie to dokładnie pojąć i do właściwych sprowadzić granic.

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 13. *Ascaris lumbricoides* w guzie pachwinowym prawym.

Dnia 4 kwietnia 1893 r. zgłosił się do mnie Miron Apcz..., lat 28, parobek z majątku Chylin, powiatu Chełmskiego. Chory skarży się na guz w prawej pachwinie; guz ten nie boli go, jednak przeszkadza w chodzeniu. Od lat dzieciennych, o ile pamięta, nigdy nie chorował, nawet chwilowo. Dwa tygodnie temu zaczęło mu coś zawadzać w pachwinie. Wtedy zauważył wystający „wałek“, niebolesny. Stopniowo „wałek“ się podnosił, rósł. Dwa dni temu chory znalazł na pościeli rano nieżywą glistę.

Obecnie u danego osobnika, zupełnie zdrowego pod każdym względem, znajduje się w prawej pachwinie guz, wielkości wydłużonego gęsiego jaja pośrodku, po bokach [zewnątrznym i wewnątrznym] wydłuża się w wałki, grubości małego palca ręki, z jednej strony ku kolcowi biodrowemu górnemu, z drugiej ku osadzie prącia. Skóra na guzie ciemno-wiśniowego koloru, ścięńczona. Guz, ułożony wzdłuż *lig. Poupartii*, długości 16 ctm., zajmuje całą przestrzeń od kolca górnego biodrowego prawego do podstawy prącia, a nawet opuszcza się nieco do moszny. Przy najdokładniejszym badaniu nie mogłem wyczuć chęłbotania, co mnie mocno dziwiło, gdyż pierwotne oględziny pozwalały napewno przypuszczać ropne zapalenie gruczołów pachwinowych, charakteru bardziej przewlekłego [brak bólów]. Zacząłem mocniej naciskać i wtedy spostrzegłem u podstawy prącia, na wewnątrznym krańcu guza pojawiającą się małą kropelkę jasno-żółtego, przezroczystego płynu, a zaraz za tem pojawiło się jakby małe ziarnko dyni, wychodzące szerszym końcem. Schwyciłem to szczypczykami, a pociągając, wydobyłem dużą żywą glistę (*ascaris lumbricoides*). Przez ten sam otworek, cokolwiek go nożem rozszerzywszy, wprowadziłem pod skórę zglębnik żłobkowy i rozciąłem guz w całości. Na dnie otwartej jamy leżały wyciągnięte wzdłuż od brzegu do brzegu jeszcze trzy żywe glisty. Po wyjęciu na stół kręciły się w obecności chorego w ciągu  $\frac{1}{2}$  godziny. Cała wewnętrzna powierzchnia jamy była wypełniona zdrową ziarniną. Przy najdłuższym i szczegółowem badaniu zglębnikiem nie udało mi się wykryć żadnego

<sup>1)</sup> Podręcznik chorób żołądka. Kraków, 1893.

kanalu, ani najmniejszego otworu, idącego wgłęb ękanalu pachwinowego lub do jamy brzusznej. Przy dalszem opatrywaniu zwykłem, w ciągu 2½ tygodni, rana zagoiła się w zupełności i pacjent jest zdrow zupełnie.

W jaki sposób glisty z przewodu pokarmowego mogły przeniknąć pod skórę, a tembardziej żyć tam jakiś dłuższy przeciąg czasu bez dostępu powietrza koniecznego dla ich istnienia, tego rozstrzygnąć nie jestem w stanie. Jedyne możliwe przypuszczenie przejścia ich w czasie zapalnego zlepnego uwięźnięcia kiszek w kanale pachwinowym, z następczem przedziurawieniem, zostaje usunięte stanowczo, ponieważ Miron Apeh... nigdy nawet lekko nie chorował. O wyjaśnienie tej kwestyi nie kuszę się nawet, a podaję fakt<sup>2</sup>goly tak, jak go obserwowałem.

Miałem wątpliwości co do rodzaju glist znalezionych, choć zewnętrznie przedstawiały się jako typowe *ascar. lumbricoides*. Oddałem glisty, zachowane w spirytusie, do przejrzania Dziekanowi BRODOWSKIEMU i prof. PRZEWOSKIEMU, którzy raczyli łaskawie je obejrzeć i przyznali, że glisty te są istotnie askarydami.

Józef Karpiński [z Rejowca].

#### 14. Ciało obce w ścianie brzusznej.

W początkach czerwca r. b. oglądałem chorego Fr. Lug..., lat 44. Dwa miesiące temu pacjent dostał wieczorem bardzo silnych boleści brzucha, które przychodziły co jakiś czas i pomimo rozmaitych lekarstw nie ustępowały. Chory [z zawodu lokaj] pomimo to chodził i zajmował się robotą prawie ciągle. W czasie bólów dostawał czasami wymiotów. Z rozmaitemi przerwami, występowały silne boleści, następnie zaczęły słabnąć w natężeniu, a po miesiącu prawie ustąpiły. Jednocześnie chory zauważył w okolicy pępka stwardnienie bolesne, a bóle występowały tylko przy dotykaniu ubraniem lub przy innym urazie. Guz, pomimo stosowania rozmaitych środków lekarskich, rósł ciągle. Łaknienie chorego stopniowo się zmniejszało, a głównie chory bał się jeść z tego powodu, że każde obfitsze pożywienie sprowadzało powroty bólów.

Chory małego wzrostu, z prawidłową budową kostną, ze słabo rozwiniętymi mięśniami, przedstawia upadek odżywiania w wysokim stopniu. Wycieńczenie ogólne, jak przy nowotworach złośliwych. Oddech szybki, tętno 120 na minutę, drobne i miękkie. Przy badaniu wewnętrznych narządów żadnych zmian nie znajduję. Stolce utrudnione, chory często używał środków przeczyszczających. Pośrodku brzucha, naokoło pępka, widać koliste wzniesienie nad poziom ściany brzusznej, pokryte zdrową niezmienną skórą. Przy obmacywaniu wyczuwam guz równy, gładki, kulisty, twardości prawie chrząstkowatej, bardzo bolesny przy dotknięciu. Skóra na guzie nieruchoma. Od spodu można palcami podejść pod guz, który daje się przesuwac we wszystkie strony, ale w bardzo małym stopniu. Średnica guza 22 ctm.; grubości określić nie można.

Pępek niezmienniony zajmuje środek guza. Nie mogąc określić rodzaju guza, na razie zaleciłem choremu ciepły okład z ceratką, dla zmniejszenia bolesności i ochrony od tarcia ubrania, gdyż chory położył się nie chciał, bojąc

się opuścić zajęcie. Mając w anamnezie ostry początek choroby, nie miałem zasady przypuszczać, że mam do czynienia z nowotworem, ale trudno mi było objaśnić sobie przyczynę tak wysokiego charłactwa. Chory w każdym razie żywił się mlekiem i innymi płynnymi pokarmami. Po kilku dniach, nie znajdując żadnej zmiany, oprócz mniejszej bolesności, zaleciłem plaster DE VIGO na całą powierzchnię guza, jako lepiej ochraniający od tarcia i działający, jak kaptaplazm. Widziałem chorego w 10 dni potem. Bolesność o wiele mniejsza występuje tylko przy mocniejszym ucisku; skóra na guzie słabo zaczerwieniona; inne cechy bez zmiany. Chory lepiej jada i poprawił się znacznie. Tętno jednak około 100 na minutę. Po upływie tygodnia znalazłem skórę sinawego koloru, ścięcioną znacznie, a na lewo od pępka wyraźne chelbotanie na przestrzeni dużej dziesiątki miedzianej. Szukając chelbotania, poczułem pod palcem ostry przedmiot. Pomimo oporu stawianego przez chorego, a zależnego od bólu przy ucisku, nacisnąłem mocno okolice, bliską ostrego przedmiotu, z dwóch stron i wtedy dojrzałem wysuwający się cienki kolec przez skórę. Wyjąłem tą drogą ciało obce, z kształtu zupełnie podobne do wykalączki od zębów, wrzeionowate, grube po środku, a bardzo ostre i ścięzione na obu końcach. Długość 10 ctm., konsystencya przedmiotu kostna, sprężystość znaczna<sup>1)</sup>. Ropy wyszło niewiele [około uncyi]. Odtąd chory zaczął się szybko poprawiać, bolesność ustąpiła. Ropienie ustało po 5 dniach, a po miesiącu guz znikł doszczętnie. Chory ma się doskonale.

*Józef Karpinski [z Rejowca].*

#### 15. *Hernia inguinalis sinistra incarcerata, gangraena, anus praeternaturalis sanatio spontanea.*

W maju 1893 r. zostałem wezwany do chorej A. K., lat 78 liczącej, w wsi Kanie, pow. Chełmskiego gub. Lubelskiej. Znalazłem staruszkę prawidłowej budowy, wyniszczoną w wysokim stopniu, z sinicą na twarzy, rękach i nogach. Kończyny zimne, pokryte potem. Chora jęczy nawpół przytomna i skarży się na silne bóleści w całym brzuchu. Tętno 160 nitkowate, słabe. Z anamnezy dowiedziałem się, że chora od 10-ciu dni nie miała stolca, brała rozmaite środki bez skutku. W dzień mego przyjazdu dopiero pojawił się rzadki stolec bardzo częsty i obfity, który chora oddaje pod siebie. Nie mogą nadażyć zmieniać podkładów. Powietrze w mieszkaniu straszne. Po obnażeniu chorej, ujrzałem całą dolną lewą stronę brzucha pokrytą czarnym strupem zgorzelinowym. Granice zgorzeli: ku górze linia idąca od pępka do kolca biodrowego przedniego górnego; na wewnątrz linia od pępka do środka spojenia łonowego; na zewnątrz linia zygzakowata, nie dosięga granic kości miednicy, od dołu przechodzi na przednią powierzchnię uda, poniżej kanału udowego. Na wysokości kanału udowego lewego znaczna wypukłość, wielkości jaja gęsiego, bardzo bolesna [chora nie daje się dotknąć]. Na miejscu, odpowiadającym przebiegowi kanału pachwinowego lewego, wyniosłość znaczna; u wewnętrznego końca jej znajduje się otwór, wielkości dziesiątki srebrnej. Z otworu tego wydziela

<sup>1)</sup> Badanie drobnowidzowe kawałka kolczastego, okrągłego pręcika, długości  $2\frac{1}{2}$  ctm., wykazało wysuszoną tkankę kostną (nie rybią).

się obficie żółty, rzadki kał. Brzuch cały wzdęty, nadzwyczaj bolesny, przy dotknięciu brzucha pojawia się czkawka i wymioty kałem. Mamy więc do czynienia: z przepukliną pachwinową, a prawdopodobnie i udową lewą [wypukłość na miejscu *canalis cruralis*] z przepuklinami uwięźniętymi, z następczą zgorzelą i sztucznym, samoistnie wytworzonym odbytem. Zaleciłem okład dezynfekcyjny i aromatyczny na okolicę zgorzeli, czyste utrzymywanie rany. Do wewnątrz przepisałem morfinę dla złagodzenia bólów. W dwa tygodnie później znów wezwano mnie do tej samej chorej. Znalazłem całą powierzchnię, dawniej zajętą przez zgorzel, teraz pokrytą zdrową i piękną ziarniną. Ani śladu sztucznego odbytu. Chora czuje się dobrze, chce jeść. Wypróżnienia dwa razy dziennie, papkowate. Stan ogólny nie przedstawia nic do życzenia. Zaleciłem opatrunek rany pyoktaniną, zmieniłem ściśłą dyetę, jaką dotąd zachowywano, na posilniejszą. W dwa miesiące potem, będąc w Kaniem, dowiedziałem się, że chora jest na weselu syna. Przez ciekawość kazaliśmy jej przyjść. Zamiast spodziewanej jeszcze rany, znalazłem mocną i trwałą bliznę, idącą przez całą długość *lig. Pouparti*; po za tem zmian żadnych. Ogólny stan staruszki doskonały. Jada już wszystko, wypróżnienia miewa prawidłowe codziennie.

Podanie niniejszego przypadku uważam za właściwe z dwóch względów. Popierwsze, z powodu samoistnego wyleczenia przepukliny uwięźniętej i uległej zgorzeli z wytworzeniem się odbytu sztucznego. Powtóre, ze względu na stan chorej, w jakim zastałem ją przy pierwszej wizycie: wiek 78 lat, sinica znaczna kończyn, tętno nitkowate, czkawka, wymioty, chora nawpół przytomna. Nie przypuszczałem na razie, aby podobny stan mógł uleść poprawie, a tembardziej zupełnemu wyleczeniu.

Józef Karpiński [z Rejowca].

## ODCINEK.

### O DOŚWIADCZENIU LEKARSKIM.

Lekarz początkujący inaczej zachowuje się wobec chorego, aniżeli starszy. Lekarz młody waha się, namyśla, jest niepewny, u starszego spostrzegamy natomiast pewność siebie, szybką decyzję, co tak dodatnio oddziaływa na chorego i budzi jego zaufanie. Młody lekarz uczył się jednak i posiadać może wszystkie wiadomości, które wyraźnie ująć w słowa i innym przekazać można; widocznie więc te wiadomości, które starszemu lekarzowi wyższość nadają, są tego rodzaju, że ich innym oddać, że ich napisać nie można; stanowią one osobistą wyłącznie własność lekarza, stanowią to, co nazywamy doświadczeniem osobistem. O istocie i wartości tego doświadczenia osobistego chcę właśnie pomówić.

Z zakresu tego doświadczenia wyłączyć należy przedewszystkiem doświadczenie ręki i oka, to jest wprawę, jakiej nabywają stopniowo mięśnie i zmysły, w pewnym kierunku stale używane.



Zmysły wprawnego człowieka rozróżniają daleko łatwiej niewyraźne szczegóły, do zakresu zawodowych jego czynności należące, aniżeli zmysły innych, w danym kierunku nie wyrobionych ludzi. Myśliwy daleko łatwiej dojrzy zdaleka i rozpozna zwierzyńkę; lekarz, zajmujący się chorobami oczu, dojrzy od razu drobne ziarnko, utkwione w rogówce, którego człowiek niewprawny napróżno przez długie chwile będzie upatrywał. Przyczyną tej łatwości nie jest zaostrenie zmysłu, wzmożenie jego siły, bo sprawność zmysłów ma swoje granice, po za które sięgnąć nie może, bo wreszcie ta sprawa odnosi się tylko do sfery zwykłego zajęcia; najwprawniejszy myśliwy tę samą spotka trudność przy dostrzeżeniu ciała obcego w rogówce, jak okulista, gdy na polu upatrywać zechce zająca. Istotą wprawy zmysłowej stanowi zapewne ta okoliczność, że coraz wyraźniej, z coraz drobniejszymi szczegółami maluje się w pamięci obraz przedmiotu, na który zmysły najczęściej i z największym kierują się natężeniem; dla jednego będzie to obraz pola, dla drugiego obraz rogówki. A na tym obrazie najłatwiej uchwyci oko szczegóły, ważne dla zawodu: myśliwy dopatrzy zająca, skulonego pod miedzą, a nie spostrzeże, nie zwróci uwagi na drzewo wśród pola; okulista ujrzy drobny pyłek żelaza na rogówce, a pominie bez porównania większe wrodzone plamy na tęczycy, które go, jako lekarza, nie zajmują. Bo jest to ogólna zasada fizjologiczna, że wrażenia zmysłowe o tyle tylko łatwo i dokładnie do świadomości naszej dochodzą, o ile dla poznania przedmiotów zewnętrznych użytkować je możemy. Przywykliśmy pomijać te wszystkie wrażenia, które dla poznania świata znaczenia nie mają.

Jak zmysły, tak i ruchy, stopniowo i nieświadomie wprawy nabywają.

Każdy, kto nad ruchami swoimi się zastanowi, spostrzeże, jak się one doskonalą, jak coraz łatwiej ich dokonywa, choć nie wie, na czym to ułatwienie polega. Tak chód, mowa, pisanie stopniowo, a nieświadomie się doskonalą. Lekarz, który dla badania, czy dla operacji, stosować musi pewne manipulacje, wykonywa po pewnym czasie bez żadnych trudności, nieświadomie, takie ruchy, które na początku zawodu z największą przychodziły mu trudnością. Widząc pierwsze kroki swych uczniów i asystentów, dopiero się o swojej wprawie przekonywa; a gdy chce opisać, w jaki sposób pewną czynność uskutecznić należy, spostrzeża, że wcale tego nie wie i opisać nie umie; musi na przód dobrze przyjrzeć się swoim rękóm i od samego siebie tych ruchów się nauczyć, musi je sobie naprzód uświadomić, zanim innych nauczyć zdoła. Więc wprawa ręczna, doświadczenie nieświadome, nauczyły nas stopniowo wykonywać czynności zawite, choć umysł ze swą świadomością nie kierował prawie tą nauką, a przynajmniej kierował niewyraźnie i w pamięci przejściowych okresów nie wyrzył.

Jeżeli jednak przypomnieć sobie zdołamy, w jaki sposób dochodziliśmy do wprawy, albo z umyślnie w tym kierunku zwróconą uwagą całą tę sprawę śledzić będziemy, to można łatwo zrozumieć, jak się wprawa mięśni, wprawa ręki, stopniowo wyrabia.

Każdy ruch, przez wolę w pewnym celu często wywoływany, jest za każdym razem inny, odmienny, z ruchem poprzednio w tym samym celu dokona-

nym nie jest identycznym. Zboczenia te dla danego celu nie mogą być obojętne: są szkodliwe, albo pożyteczne, utrudniają, albo ułatwiają osiągnięcie celu, który osiągnąć zamierzaliśmy. Zboczenia pożyteczne powtarzają się coraz częściej, bo je wywołać pragniemy; stopniowo utrwalają się i stanowią stałą część składową zawilej czynności.

Całe to stopniowe doskonalenie przypomina dobór naturalny w teorii DARWINA, i jak rozwój gatunków, tak i wprawa ręczna, dokonywa się nieświadomie; nieświadomość jest cechą tej całej sprawy, bo najlepiej wtedy zawile ruchy wykonywamy, kiedy myślimy tylko o celu, który pragniemy osiągnąć, a na szczegółowe czynności rąk naszych żadnej nie zwracamy uwagi.

Doświadczenie właściwe, doświadczenie umysłowe, nabywa się i rozwija w ten sam sposób, jak wprawa mięśni; przypadek niepożądany, zużytkowany odpowiednio, stanowi podstawę tego doświadczenia. Przed stu laty jeszcze operowano kataraktę jedynie przez zepchnięcie jej w głąb gałki ocznej, skutkiem czego źrenicę się odsłaniało. Przy podobnej operacji, przez DAVIEL'a dokonywanej, wpadła raz katarakta do komórki przedniej. Chcąc się jej pozbyć, zmuszony był szeroko rozciąć rogówkę, kataraktę pociąć na kawałki i stopniowo wydobyć. Od tej chwili rozpoczął DAVIEL systematycznie wydobywać kataraktę i w ten sposób narodziła się jedna z najświetniejszych operacji lekarskich. Największa chluba nowszej medycyny, aseptyka, powstała z rozważania nieszczęśliwych powikłań.

Sądzę, że istotne zdobycze naszej nauki przeważnie takie mają źródło i dlatego o doświadczeniu w medycynie można twierdzić z równą słusnością, jak o doświadczeniu życiowym, że ma smak gorzki. Ten взгляд utrudnia też zarazem postęp i doświadczenie, bo lekarz w tych nieszczęściach udział ma wielki, czuje je mocno i nie ma potrzebnego do rozważań spokoju.

Ale ta właśnie świadomość odróżnia istotne, umysłowe, doświadczenie od wprawy ręcznej; świadomość jest cechą wszystkich czynności umysłowych; ubierają się one w słowa, mogą być w pismo ujęte, a w ten sposób innym przekazane umysłem. Doświadczenie, przez jednego lekarza nabyte, staje się własnością powszechną; lekarz młody od nauczyciela lub z książki o tym nowym postępie może się dowiedzieć. Takie doświadczenie nie jest więc owem doświadczeniem osobistym, stanowiącem indywidualną jedynie własność lekarza starszego, o którym właściwie chcę mówić.

Wprawa oka i ręki stanowi istotną wyższość nieco starszego lekarza nad zupełnie młodym. Jeżeli lekarz wprawny dostrzeże jaki objaw, którego młody nie widzi, można mu ufać; można też ufać, że lepiej dokona rękoczynów zawilich, operacji. Ta wprawa zależy bardzo od wrodzonej sprawności ręki i zmysłów i nabywa się dość prędko; nieraz dziwić się potrzeba, jak lekarz względnie młody do mistrzostwa dochodzi w operowaniu.

Ale po za okiem i ręką, po za świadomą, wyraźną nauką, czy ma lekarz starszy, przez sam wiek swój, wyższość nad młodym? Czy można rzeczywiście ufać niejasnym, nieświadomym pojęciom i poglądom, jak ufamy wprawnym zmysłom i ręce? Czy lekarzowi starszemu równie można wierzyć, kiedy zape-

wnia, że chory wyzdrowieje, albo że mu pewien środek pomoże, jak mu wierzymy, kiedy niewyraźną plamkę w prawym okiem dostrzeże? Czy niejasne, niesformułowane, osobiste doświadczenie, ma istotnie jakiegokolwiek znaczenie w sprawach, które ma rozstrzygać wiedza z całą świadomością, oparta na faktach i rozumowaniach niewątpliwych, które i w wyrazy ująć się dają i przez wszystkich mogą być sprawdzone?

Ta pewność siebie, która starszego lekarza cechuje i ubiera się chętnie w pozory tego mistycznego nieco doświadczenia osobistego, ma niewątpliwie inne zupełnie podstawy.

Widząc jakiś mniej zwykły przypadek, lekarz zrazu waha się, namyśla, w jaki sposób leczyć chorego; przed umysłem jego przesuwa się cały szereg rozmaitych środków; po niejakej chwili wreszcie zdecydować się musi i daje jakąś radę. Spostrzegając następnie podobne przypadki, już lekarz krócej się waha, bo namysł poprzedni już mu drogę ułatwił. Z czasem coraz szybciej, coraz bardziej stanowczo, z coraz większą pewnością, w podobnych przypadkach to samo zaleca postępowanie. Chociażby lekarz tych chorych nie widział już więcej po pierwszej poradzie, ta szybkość decyzji, ta pewność siebie, pozostaje mu jednak; widocznie więc nie wiedza jego się rozszerzyła, nie sięga on głębiej w zagadkę, którą ma przed oczyma, tylko w umyśle jego zaszły pewne zmiany, które mu ułatwiają zadanie. Jeżeli po środku zaleconym nastąpiło pogorszenie, zapewne lekarz w podobnych przypadkach będzie go unikał; jeżeli jednak chory był zadowolonym, już pewna rada z pewnym stanem chorobowym zrosła się i zrastała coraz silniej, tak, że jej następnie rozerwać już nie można. I bardzo często nie ogólny stan ustroju był przytem ściśle brany pod rozwagę, ale jakieś pojedyncze zjawisko, jeden objaw, który lekarza uderzył i utkwiał mu w pamięci. „Przy podobnych zapaleniach oczu największe usługi oddawał mi siarczan cynku, ale wtedy tylko, jeżeli przynajmniej drachmę nalewki makowca dodawałem na 6 uncyi roztworu“ — tak mnie zapewniał kiedyś lekarz bardzo doświadczony. Nie ulega wątpliwości, że podstawą tego mocnego przekonania był przepis pierwotny; ponieważ po raz pierwszy zapisał lekarz taką właśnie receptę, ponieważ przez szereg lat przywykł ją zapisywać, dlatego mu cała ta formuła tak się zrosła z danym stanem chorobowym, że najmniejszej już w niej zmiany wprowadzić nie może.

Lekarz ma więc pewność siebie, imponującą choremu, ma pozory bardzo doświadczonego, a tymczasem jest on już od dawnego czasu do żadnego doświadczenia niezdolnym, bo nie ; orównywa, nie szuka, nie odrzuca, nie doznaje rozczarowania; jest jakby przyrządem działającym automatycznie: za nazwiskiem choroby odruchowo w umyśle jego odzywa się nazwa lekarstwa i czasem jednego z tych wyrazów używa zamiast drugiego. To nie doświadczenie, ale owszem, to jego zaprzeczenie, to zamknięcie drogi dla doświadczenia i postępu. Zapewne nie wszyscy lekarze w ten sposób są urobieni i postępowanie swoje na takim pierwotnym opierają doświadczeniu; jest ich dziś mniej może niż dawniej. Ale nie sądzę, aby ktokolwiek zaprzeczył, że tacy lekarze istnieją, czy istnieli, że są możliwi, że więc pozory doświadczenia nie przesądzają o istotnem jego posiadaniu. A nie wątpię, że lekarze, którym się zdaje, że od tego typu zupełnie

odbiegli, że nic z nim nie mają wspólnego, wielką jednak część swego zadania w ten sam sposób rozwiązują, że bardzo często całym motywem pewnej rady jest to jedynie, że jej lekarz nie raz w podobnych przypadkach udzielał — bez krytycznego rozbioru jej skutków pomyślnych.

Nabyta w ten sposób wprawa, pamięć dokonanych już poprzednio czynności, słowem — rutyna, stanowi niejako równoważnik doświadczenia, zastępuje je, w jego pozory się stroi. Nie jest ona wszakże jedynym czynnikiem, który zadanie to spełnia, nie jest nawet pierwotnym. Bo musiała istnieć przyczyna pewna, jakaś siła, która uwagę lekarza w tę, a nie inną stronę, ku temu właśnie zaleceniu skierowała. Bo chyba najrzadziej tę czynność spełnia prosty przypadek, a wtedy lekarz radę swoją jedynie w ten sposób usprawiedliwić może, że „przy takim języku najbardziej pomaga chorym taka mikstura“, motyw wreszcie zupełnie wystarczający, gdyby był tylko prawdziwym.

Najczęściej jednak nie przypadek, ale inne potęgi, inne powagi, na postępowanie lekarza wpływają.

Zwykłym, naturalnym niejako kierownikiem lekarza jest jego pierwszy nauczyciel kliniczny. Wszystkie wiadomości praktyczne, cały sposób badania, wzięcie się do chorego, wszystkie manipulacje, słowem to wszystko, czego tylko przy bezpośrednim stosunku do nauczyciela i wobec chorego nauczyć się można, całą tradycję niejako zawodu, nabywamy zwykle od jednego przewodnika, bo nabywamy dość szybko. Młody, pierwszy raz na nowe pole wstępujący człowiek, nie ma możliwości tego, co widzi i słyzy, porównywać z dawniejszymi wiadomościami, a więc i poddawać krytyce. Świeży umysł, z dobrą wiarą i z pewnym zapalem biorący się do zawodu, chwytą i stara się wrazić w pamięć wszystkie szczegóły, które widzi i słyzy. Jest to wzgląd, który na tych pierwszych przewodników, choć nie profesorów urzędowych, wkłada nie małe obowiązki przedstawiania rzeczy prawdziwie i krytycznie. Przez czas długi te pierwsze wpływy kierują lekarzem, pozostają dla wielu jedynym, czy głównym w życiu przewodnikiem, a nie sądzę, aby ktokolwiek pozbył się ich zupełnie, chociaż dumnie samemu sobie, a nie przewodnikom, całą swą przypisuje wiedzę. „Jaglicę leczę zawsze podług zasad GRAEFE'go i nie miałem powodu tego żałować“ — pisze niemłody już lekarz. Rzecz dziwna! Choroba wlokła się zawsze bardzo długo, często przez całe lat dziesiątki, wielu chorych oślepiło, a lekarz nie czuje nawet niezadowolonia, tego pierwszego bodźca do postępu, — bo spełnił, co za swój obowiązek uważał, bo, jak średniowieczny jego kolega, zasadam szkoły wiernym pozostał.

Bardzo często przy wyborze środków kieruje się lekarz swoimi poglądami naukowymi, stara się wyrozumować swoje postępowanie. Stopniowo środek lekarski razem z należącym do niego rozumowaniem powtarza się przy podobnych przypadkach i coraz łatwiej utorowaną już w umyśle drogę przebiega.

Wyrozumowanie pierwotne z następnem przyzwyczajeniem już tak mocno sprzęgą dane objawy z pewnem postępowaniem, że ich dalsze obserwacje nie są w stanie rozerwać. Że lekarz postępowanie swoje zawsze wyrozumuje, to tylko pozorną nadaje mu wyższość nad prostym rutynistą, bo i tu środek lekarski wraz z należącym do niego poglądem stanowi już niewzruszoną własność umysłu, a zarazem przeszkodę do dalszego doświadczenia i rozumowania.

Ale dziś mają nauczyciele i racjonalizm i rutyna i wszystko wogóle, czem lekarz kierować się może, silnego, niezwalzonego prawie rywala w ogromnie rozwinętem piśmiennictwie, zwłaszcza w centralblatach i tak rozpowszechnionych krótkich referatach. Te pisma, te referaty, tem pożądańsze, im krótsze, im mniej czasu i namysłu ich przeczytanie wymaga, te, najbardziej wreszcie poszukiwane, bo gotowe, przepisy nowych lekarstw, są dziś powszechnym prawie dla wszystkich lekarzy przewodnikiem. A ponieważ każdy zeszyt pisma, a przynajmniej każde półroczce, przynosi dla każdej niemal choroby jakiś nowy środek, dlatego wszystkie umysły jednocześnie i jednostajnie, jak fale zboża za powiewem wiatru, w jedną, to w drugą zwracają się stronę. Nie używać środka nowego, albo używać go jeszcze, kiedy przed tygodniem centralblaty o nowszym doniosły, to zacołanie, to grzech wobec nauki, nieznajomość, czy nieuznawanie jej „ostatniego wyrazu“ Nauka postępuje, nowe środki muszą się pojawiać i wypróbować je trzeba; ale wszyscy wszystkiego jednocześnie doświadczać nie mogą i nie powinni. Niech nowy środek wypróbuje kilku lekarzy, a inny środek znów inni, — niech sobie wiadomości zakomunikują, a środek wejdzie w użycie, albo zniknie — bez rozczarowania i bez niezасłużonego rozgłosu. Wobec despotyzmu centralblatów środek nowy przez wszystkich jest stosowany, owszem wszystkim najlepsze oddaje usługi, — a po paru miesiącach, za pierwszym hasłem centralblatów do odwrotu, ten sam środek, w tych samych rękach, zmienia się w truciznę. Stąd powstaje dziwna, rażąca jednostajność w radach wszystkich lekarzy; do kogokolwiek w danej chwili chory się zwróci, tę samą radę wszędzie usłyszy, tę na dziś właśnie przepisaną. Co najdziwniejsza i co przykre sprawia wrażenie, że nie tylko młodzi, ale nieraz i najstarsi lekarze, za tym prądem co chwila w inną zwracają się stronę, świadcząc, że pewnego kierownika w życiu nie znaleźli i ścisłej w sobie nie wyrobili krytyki.

A nie mówię tu o tych jedynie środkach, co zdają się nowe drogi otwierać nauce i mogą nawet mocne głowy na jakiś czas odurzyć; mówię o tych zwykłych, codziennych wynalazkach, których jedni poszukują i ogłaszają przed wypróbowaniem, aby nie stracić okazji do sławy, które inni stosują bez planu i krytyki i co prędzej znowu swoje drukują zachwyty, zanim ktoś nie ochłodzi zapału i nagle głośny środek pograży w zupełnem zapomnieniu. A tymczasem cała wielka rzesza przez kilka tygodni wyłącznie i jedynie nowy środek stosuje i w jednej chwili, za pierwszym hasłem, od razu porzuca.

Tak jednostajni, tak podobni sobie,  
Jak kłosa w jednym uwiązane sнопie,  
Jako rosnące na polu konopie,  
Jak karty książki, jak skiby zagonów...

Pierwotna, surowa rutyna, racjonalizm, należenie „z dumą“ przez całe życie do pewnej szkoły, czy też fanatyzm „ostatniego wyrazu nauki,“ pomimo pozornie wielkich różnic, mają w istocie wiele wspólnego. Są to wszystko powagi, którym lekarz ulega, drogowaskazy, którymi się kieruje. Dzięki tym powagom, zyskuje oparcie, nabywa pewności w postępowaniu, ma pozory człowieka na doświadczeniu opartego; a tymczasem te wszystkie powagi nic z doświadczeniem

nie mają wspólnego, owszem, dając już z góry podstawy pewne, doświadczenie osobiste zbytecznym czynią, miejsca dla niego nie zostawiają.

I nie może lekarz, przy dzisiejszym stanie jego nauki, obejść się bez powag takich, na których się opiera, na które się powołuje, którym ufa. Organizm, choroby, wpływ różnych szkodliwych, czy leczniczych czynników, wszystko to tak jest zawile, że niewątpliwymi jedynie nabytkami doświadczenia i wnioskami, które z koniecznością z tych nabytków wypływają, niewielką tylko część swego zadania lekarz rozstrzygnąć może; najczęściej takich niezbitych brak mu dowodów i jednej a najprostszej drogi prawie nigdy jasno przed sobą nie widzi. Uleganie powagom rozmaitym jest rzeczą niemłą i upokarzającą może do pewnego stopnia, ale jest rzeczą konieczną, bo „ktoby chciał rozumem wszystkiego dochodzić, i zginie i nie będzie umiał w to ugodzić“.

Podstawę istotną całej nauki stanowi doświadczenie, ale doświadczenie wyrażne, które wszystkim może być znane i przez wszystkich może być sprawdzone. Każda w ten sposób przez kogokolwiek na drodze doświadczenia zdobyta prawda staje się własnością powszechną i włączoną zostaje do nauki.

Zapewne nie wszyscy i nie wszystko, co wiedzą, ogłaszają drukiem; nie jeden więc lekarz mógł zdobyć jakąś drobną prawdę, o której inni nie wiedzą, której może sam dla siebie wyraźnie nie sformułował i w wyrazy nie ujął. Ale odnosi się to do nielicznych i małej wagi szczegółów.

Ogromna większość przypadków przebiega przed oczyma lekarza bez pozostawienia śladu w jego umyśle; bardzo nieznaczna tylko część uderza umysł i do pracy pobudza i trwale pozostaje w pamięci: te tylko nieliczne przypadki stanowią istotny przybytek doświadczenia osobistego. Przy naradach ze starszymi lekarzami można często stwierdzić tę prawdę, bo przy każdej prawie naradzie, do jakiegokolwiek odnosi się ona choroby, przypomina często lekarz te same, parę tych samych zawsze przypadków, które widział przed lat dziesiątkami i które jedynie w pamięci jego mocno utkwily.

Doświadczenie utajone, przez sam czas nabyte, doświadczenie, z którego lekarz z pożytkiem dla chorego może korzystać, choć go innym przekazać nie może, ów mistyczny instynkt lekarski, którego doniosłości ani granic zmierzyć nie można, bo siedlisko jego znajdować się ma w tych nieświadomych głębiach umysłu, do których nie ma przystępu,—ten instynkt jest tylko pozorem. Wygodnie jest powoływać się na ten czynnik nieujęty, nie podpadający krytyce, a będący osobistem wyłącznie i niepodzielnem bogactwem. Ale istotnie lekarz starszy wahać się będzie w rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu, wobec tych samych przypadków, które są niepewne dla młodego, ale wykształconego nauczyciela i wyrobionego lekarza; bo czego nauka nie wie z pewnością, czego napisać wyraźnie i innych nauczyć nie można, tego nie wie na prawdę ani młody, ani stary. Wiara przesadna w doświadczenie osobiste przypomina ironiczne zapewnienie złośliwego asesora, że „ciocia Telimena lepiej zna się na łowach, niż myśliwi młodzi;—tak to nauka sama z latami przychodzi.“

*Zygmunt Krasiński.*

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

**92. I. P. Władimirow. Przyczynek do nauki o udziale mleka zwierząt dojnych w etyologii epidemii błonicy.**

Od czasu, kiedy badania wykazały, że mleko może być przenośnikiem chorób zakaźnych i że tą drogą powstawać mogą nawet całe epidemie, zwrócono no też baczniejszą uwagę na szerzenie się dyfterytu za pośrednictwem mleka, szczególnie w Anglii opisywano tego pochodzenia [mlecznego] epidemie dyfterytu [POVER, THURSFIELD]. Chociaż weterynaryja nie zna u krów błonicy naturalnej, jednak prof. KLEIN w przypuszczeniu, że choroba ta prawdopodobnie przebiega u krów w postaci skrytej, przedsięwziął szereg doświadczeń w tym kierunku. Z doświadczeń [szczepienia] KLEIN'a wyprowadzić można wnioski następujące:

1) Krowy mogą zapadać na błonicę, która ma przebieg długi i skryty.

2) Ważnym objawem wówczas jest wysypka na wymionach, podobna do opsy krowiej: objaw ten wskazuje, że zarazek drogą krwi z miejsca zaszczenia przeniesionym być może na wymię.

3) Mleko jednej z krów zarażonych było w stanie szerzyć zarazę, gdyż ko ty, karmione tem mlekiem, zapadły na dyfteryt.

Doświadczenia KLEIN'a powtórzył ABBOT i przy szczepieniu podskórnem nigdy nie był w stanie wykazać w mleku laseczników LOEFFLER'a, nadto i wysypki na wymionach nie obserwował.

A zatem naukowo nie stwierdzono, żeby epidemie dyfterytu powstawać mogły za pośrednictwem mleka.

Nasuwa się przypuszczenie, czy epidemie dyfterytu nie mogą się szerzyć w ten sposób, że zarazek przez przewody mleczne wnika do gruczołów i tam w mleku, znajdując dogodne warunki, pomyślnie się rozwija, przyczem zwierzę mogłoby być względnie zdrowe, a mleko cech zewnętrznych prawie nie tracić.

Prace COHN'a, NEUMAN'a, LEOPOLDA SCHULZ'a, HUGO KNOCHENSTIERN'a wykazały, że mikroby istnieją w mleku w samym gruczole mlecznym, że z zewnątrz wnikają tu przez przewody mleczne.

Następnie badania A. GUILLEBEAU, prof. M. NENCKIEGO, przy współudziale HERZ'a, SZAFFER'a, BONDZYŃSKIEGO, DZIERZGOWSKIEGO, BISCHLER'a i MACFADYEN'a wykazały:

1) że jedne bakterye, dostawszy się do gruczołu mlecznego zwierzęcia [właściwie do mleka w gruczole zwierzęcia], szybko się tam mnożą i przy dojeniu zostają mniej lub więcej dokładnie wydalone z pierwszemi porcjami mleka, sam zaś gruczoł nie ulega zmianom, ani też mleko nie traci swych zasadniczych cech; 2) że i inne bakterye przeciwnie wywołują zmiany w gruczole i zmiany w mleku nie tylko pod względem cech fizycznych, lecz i składu chemicznego; 3) że nakoniec inne bakterye, wywoławszy szybko przemijającą spr-

wę zapalną w gruczole, powodują na razie większe lub mniejsze zmiany w mleku; bakterye te długo pozostają w gruczole, mnożą się w mleku i przy każdym udoju zostają wydalane. Wówczas mleko, na pozór nie przedstawiając żadnych zmian, może szerzyć zarazę, jeżeli bakterye były chorobotwórcze.

WŁADIMIROW, mając na uwadze wyżej wymienione wyniki badań i idąc za radą prof. NENCKIEGO, przedsięwziął szereg badań w tymże kierunku odnośnie do dyfterytu i postawił sobie za zadanie, aby na drodze doświadczalnej znaleźć odpowiedź na następujące pytania:

1) Jaki jest odczyn zwierząt [tak ogólny, tak i miejscowy ze strony wymienia] po wprowadzeniu lasecznika KLEBS-LOEFFLER'a do gruczołów mlecznych?

2) Jakie zmiany przy tem zachodzą w mleku, tak pod względem cech fizycznych, jakoteż składu chemicznego?

3) Jak długo po wprowadzeniu laseczników mleko posiada własności zarażania, t. j. jak długo laseczniki pozostają w wymieniu jako zdolne do rozwoju?

4) Czy mleko podlega zmianom chemicznym i fizycznym, jeżeli choroba zwierzęcia wywołaną została przez wstrzyknięcie laseczników KLEBS-LOEFFLER'a pod skórę i czy mleko wówczas nabiera własności zarażających, lub czy też tylko staje się szkodliwym?

Pracując nad rozwiązaniem powyższych zagadnień, doszedł autor na podstawie własnych doświadczeń do następujących wyników:

1) Laseczniki KLEBS-LOEFFLER'a, wprowadzone przez brodawki w przewody i zatoki mleczne jednej połowy wymienia zwierząt dojnych, mnożą się w mleku, tam się znajdującem, wywołując jednostronne ostre zapalenie gruczołu; produkty życiowej działalności laseczników, wessane w krew, wywołują mniej lub więcej natężony ogólny stan chorobowy zwierzęcia i zdaje się, że krowy są bardziej czule na zarazek błonicy, niż kozy.

2) Mleko, wytwarzające się w tej połowie wymienia, do której wprowadzony został zarazek błonicy, różni się w porównaniu z mlekiem, pochodzącem z drugiej połowy wymienia: przybiera ono kolor zielonawy, w ciągu pierwszych dni ścina się przy gotowaniu, po ustaniu wytwarza osad z ciałek ropnych, posiada wyraźnie odczyn alkaliczny i zawiera znacznie mniej cukru i więcej ciał białkowych [kazeiny i albuminy]; ilość tłuszczu nie ulega zmianie.

3) Zmniejszenie ilości cukru powstaje wskutek rozkładu jego pod wpływem laseczników błonicowych, przyczem powstaje kwas mleczny, który zostaje wysany z wymienia, to ostatnie jednak drażni i wywołuje katar; zwiększenie zaś ilości ciał białkowych, strącanie się mleka podczas gotowania, odczyn alkaliczny zależą od obecności ropy wskutek nieztytu gruczołu.

4) Laseczniki błonicowe znajdują się w gruczole stosunkowo w przeciągu krótkiego czasu [4—8 dni], ilość ich w ciągu tego czasu stopniowo się zmniejsza, a równolegle w miarę zmniejszenia się ilości laseczników i skład mleka zbliża się do normy.



5) Po wstrzyknięciu laseczników błonicowych krwi pod skórę występuje ogólny, dosyć ciężki stan chorobowy zwierzęcia, podobnie jak to opisali prof. KLEIN i ABBOT, stan ten jednak w doświadczeniach autora kończył się wyzdrowieniem; wysypki na wymieniu nigdy nie widziano; również i mleko nie ulegało zmianom, nie zawierało laseczników błonicowych, ani też przez nie wytworzonych produktów trujących.

Na podstawie powyższych wyników własnych doświadczeń dochodzi autor do przekonania, że mleko *in vitro* nie przedstawia gleby lepszej w porównaniu z innymi ciałami spożywczymi, gdyż wytwarzany pod wpływem laseczników kwas mleczny gromadzi się i powstrzymuje dalszy ich rozwój. A zatem rola mleka zanieczyszczonego zarazkiem błonicowym równa się pod względem szerzenia zarazy udziałowi w tym kierunku innych produktów spożywczych.

Ponieważ po wstrzyknięciu krwi zarazków pod skórę mleko nie zawiera laseczników błonicowych i miejscowa sprawa na wymieniu nie istnieje, a zatem trudno przypuścić, ażeby błonica mogła się szerzyć od krów chorych.

Jeżeli jednak zarazki błonicowe dostaną się z zewnątrz do gruczołu mlecznego przez hodowlę, to znajdują warunki dogodne do rozwoju; wydane wówczas mleko, zawierając dużo laseczników, nie ulega znów tak widocznym zmianom, ażeby zmieszane z mlekiem zdrowym mogło być z łatwością wyróżnione od produktu zupełnie zdrowego. Mleko takie szerzyć może zarazę dopóty, dopóki nie wyginą laseczniki, znajdujące się w gruczole mlecznym. Dlatego też przyszli badacze epidemii błonicowych winni mieć na uwadze możliwość szerzenia w podobny sposób zarazy i winni mleko podejrzone [zebrawszy je przy zachowaniu ostrożności antyseptycznych] badać chemicznie na zawartość cukru, a bakteryologicznie na zawartość laseczników błonicowych.

(*Dysertacya doktorska. Petersburg. 1894.*)

J. Bączkiewicz.

### 93. D-r Karol Klecki. O wykluczeniu (*Darmausschaltung*) jelita.

Zabieg ten, przez SALZER'a na XX zjeździe chirurgów niemieckich zalecony, w niektórych razach, zdaniem jego, z powodzeniem stosowanym być może. Wskazania doń stanowią pewne przypadki kałowej lub na tle noworowem powstałej przetoki, przypadki niedrożności, zwężenia i grzlicy jelit, jak również swoistego przewlekłego cierpienia tychże [np. promienica], wreszcie sprawy ropne, wewnątrz jamy brzusznej przebiegające. Rękoczyn sam wykonywano w sposób różnorodny: jedni bowiem po poprzecznym przecięciu jelita w dwóch miejscach i połączeniu szwem odcinka doprowadzającego z odprowadzającym wszywali oba końce wykluczonej w ten sposób pętlicy do rany brzusznej; inni — po wszyciu tamże jednego końca, zaszywali drugi na ślepo; inni znów — spoiwszy ze sobą szwem oba końce wykluczonego odcinka, opuszczali powstały stąd zamknięty pierścień do jamy brzusznej; niektórzy wreszcie pozostawiali w jamie ową pętlicę z zaszytymi na ślepo dwoma końcami tejże. Obawa złych następstw, zależnych od ciśnienia wrzekomo nagromadzającej się w wykluczonym odcinku wydzieliny, oparta na wyniku doświadczeń HERMANN'a i jego uczniów, którzy po upływie kilku tygodni znajdowali w ta-

kich odcinkach znaczną ilość kałowej zawartości, uważanej przez nich za wydzielinę błony śluzowej, skłaniała chirurgów [HOCHENEGG, FRANK, EISELSBERG, BARĄCZ] do wykonywania przeważnie pierwszych dwóch odmian omawianego zabiegu, niejednokrotnie uwieńczonego wynikiem pomyślnym. Że jednak obawa ta nie jest dostatecznie uzasadnioną, przekonać się o tem można z doświadczeń D-ra KLECKIEGO, który wykluczenia kiszek na zwierzętach dokonywał niejednokrotnie i pogładowi HERMANN'a czyni zarzuty: 1) bezzasadności dosłownego przeszczepienia na głębię fizjologii wniosków z danych, osiągniętych na wykluczonej pętlicy, w tej ostatniej bowiem powstają zazwyczaj stosunki nieprawidłowe, 2) z małej stosunkowo ilości odpowiednich przypadków, 3) wreszcie z powodu braku należytego uwzględnienia wpływu zmian chorobowych w ścianie wykluczonego jelita i nieodłącznego od zabiegu urazu błony śluzowej na ilość wytwarzającej się zawartości kałowej. Przeciwnie, prace autora wykazały, że prawidłowa błona śluzowa кишки cienkiej wytwarza nieznaczną tylko ilość wydzieliny, która w każdym razie szkodzić wynikom zabiegu nie może; tak np. w jednym przypadku 77-go dnia po zabiegu z wykluczonej 12 ctm. długiej pętlicy zebrano zaledwie 11,0 kałowej cieczy, przyczem ściany кишки były zupełnie zdrowe. Dalej, że tylko wtedy w wykluczonej pętlicy nagromadza się większa ilość obfitującej w gazy wydzieliny, gdy ściany jelita poważną sprawą chorobową dotknięte zostały, lub gdy oczyszczenie [dezynfekcyja] światła tegoż przeprowadzono podczas zabiegu w sposób niewystarczający. Wogóle rzecz należy, że nasilenie się zmian chorobowych w ścianach wykluczonej кишки nie znajduje się wcale w związku z jakością lub ilością zawartości światła tejże, że więc ułatwianie odpływu wydzieliny na zewnątrz i, co za tem idzie, narażanie chorego na przykre następstwa niezagajanej przetoki nie jest wcale koniecznem, a pozostawianie w jamie brzusznej na ślepo zaszytego odcinka stanowi zabieg bardziej uzasadniony.

Ujemne strony zabiegu autor widzi w innych czynnikach, mianowicie: w nader nieznaczonej długości [10—14 ctm.] wykluczanych odcinków i uszkodzeniu podczas zabiegu błony surowiczej tychże, w nieruchomości dzięki warunkom operacyjnym wykluczonej pętlicy, o którą zbliżka ociera się reszta jelita, co wszystko, razem wzięte, wywołuje zrosty otrzewnowe z jego smutnymi dla kiszek skutkami [niedrożność i t. p.]. Na stole sekeyjnym znajdowano w tych razach nierzadko kłęby: pozlepianych ze sobą kiszek, a oddzielenie ich długiego nieraz wymagało zachodu; zrosty te uciskają naczynia krętkowe wykluczonej pętlicy i zamykają zupełnie światło tychże [co łatwo przy oględzinach pośmiertnych stwierdzić było można], prowadząc następnie do ciężkich zaburzeń w krwiobiegu, do zgorzeli i przedziurawienia ściany jelita; w świetle takich też właśnie pętlic otrzymywano większą ilość cieczy kałowej, niekiedy z wysiękiem, uległym rozkładowi, zmieszanej. Nadto, wobec istnienia poważnych zmian zapalnych w ścianach wykluczonego narządu, wpływ znajdujących się w świetle tegoż drobnoustrojów staje się bardzo niebezpiecznym; te ostatnie bowiem nader łatwo do jamy otrzewnej przez zmienione ściany przenikać mogą, wywołując tamże zapalenie gnilne, na co już BOENNECKEN w swych spostrzeżeniach zwracał uwagę. Aby więc uniknąć zrostów, doradza

autor wyciąć dłuższe kawałki kiszek, oraz zaniechać omawianej operacji tam, gdzie ściany wycięciu uleż mającego jelita wykazują daleko posunięte na-przód zmiany chorobowe. W tych razach enteroanastomoza bezwarunkowo bardziej jest wskazana.

Przy takim stanie rzeczy ilość wskazań dla nowej tej operacji staje się nader szczupłą, bo też w istocie dokonywaną być winna, podług autora, w razach wyjątkowych tylko. Zresztą przyszłość i większa ilość spostrzeżeń klinicznych rozstrzygnie o słuszności takiego poglądu, opartego przeważnie na wiwisekcyi, jakkolwiek już dziś orzec, zdaje się, można, że wykluczenie w porównaniu z enteroanastomozą, jako pochłaniające więcej czasu i bardziej, niż ostatnia, dla ustroju niebezpieczne, postępu w dziedzinie chirurgii kiszek nie stanowi bynajmniej.

(Wien. klin. Wochenschr. 25. 1894).

K. Niedzielski.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— 1 —

### Badanie zbiorowe postępowania przy brodawczakach (*papillomata*) krtaniowych u dzieci.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Zajmując się w ostatnich czasach leczeniem brodawczaków krtaniowych u dzieci, zauważyłem, że w kwestyi tej nie ma zgodności pomiędzy autorami. Rozumie się, że nie może być mowy o jednakowych zabiegach w każdym przypadku; należy bowiem uwzględnić własności indywidualne. Sądzę jednak, że można będzie zgodzić się na pewne ogólne kwestye podstawowe, jakoto: czy sprawy te lepiej leczyć za pomocą operacji endolaryngealnej, zabiegów czysto chirurgicznych, czy też za pomocą jakiegokolwiek innej metody.

Aby jednak wyprowadzić wniosek co do wartości różnych sposobów leczenia, należy zebrać możliwie największą liczbę obserwacyi.

W tym celu udaję się z prośbą do Szanownych Kolegów o łaskawą odpowiedź na pytania następujące:

- 1) Wiek i pochodzenie dziecka, stanowisko ojca.
- 2) Objawy i obraz laryngoskopowy.
- 3) Sposób i data operacyi.
- 4) Wynik operacyi [śmierć — przyczyna? Recydywy — po jakim czasie? Wyleczenie — data ostatniego badania].
- 5) Czy przypadek ten był już ogłoszony i gdzie?

Z góry przesyłam serdeczne podziękowanie tym Kolegom, którzy, odpowiadając na powyższy kwestyo-ariusz, zechcą mi łaskawie dopomódz w kwestyi mnie zajmującej.

Berlin, N-W, Mittelstrasse. 55.

D-r A. Rosenberg,

asystent kliniki chorób gardła i nosa na wydziale lekarskim.

## Wiadomości bieżące.

— ROZENBLAT z laboratoryum Uskow'a, na podstawie 30 doświadczeń z wycięciem gruczolu tarczowego u psów, podaje następujące wyniki badań anatomo-patologicznych: 1) Substancye trujące, wytwarzające się w organizmie po tyreodek-

tomii, będąc usuwane przez nerki, powodują klejowate [koloidalne] zwyrodnienie nabłonka kanalików moczowych. Kanaliki moczowe są wypełnione kulami, które dają wszystkie odczyny koloidu. Zatrucie organizmu jadem, zależnym od tyreodektomii, a zarazem substancjami trującymi, powstającymi wskutek przemiany materii, stanowi przyczynę śmierci. Środki moczopędne przedłużają życie osobnika. 2) Znajdowany obrzęk i wylewy krwawe w mózgu autor czyni zależnymi od klejowatego zwyrodnienia ścian naczyń. 3) Co do zmian w *hypophysis cerebri*, to autor uważa je za degeneracyjne, zależne od zmian w naczyniach, a odmawia im wszelkiego charakteru zastępczego. Pomyślnie wyniki stosowania preparatów gruczołu tarczowego przy *tetania strumipriva* lub *myxoedema* autor kładzie na karb moczopędnych własności substancji, wchodzących w skład gruczołu. Wogóle zmiany w nerkach autor uważa za pierwszorzędne. (*Arch. biol. de l'inst. exper. à St. Peters.*)

— W d. 6 b. m. obchodzono w Warszawie uroczyscie jubileusz 50-letniej działalności społeczno-nauczycielskiej prof. KAROLA JURKIEWICZA. Podczas wieczery w licznych toastach przypomniano zasługi jubilata jako nauczyciela b. gimnazjum realnego, jako przełożonego prywatnego zakładu naukowego, profesora mineralogii w byłej Szkole Głównej, a następnie w uniwersytecie warszawskim, jako prezesa Towarzystwa ogrodniczego, i jako tłumacza licznych dzieł. W wieczery tej brała udział znaczna liczba i lekarzy Warszawskich, między którymi wielu jest uczniów jubilata. Korzystając ze sposobności, przesyłamy Szanownemu Jubilatowi niniejszem nasze życzenia.

— Do oddziału dla chorych cholerycznych w szpitalu starozakonnym dnia 1 października przybyły 3 chore ze Szczęśliwic [z cegielni za Ochotą] w okresie tyfoidu cholerycznego. Matka, lat 30 mająca, z córeczką 5-letnią i 58-letnia kobieta, mieszkająca w tymże domu, lecz w innym mieszkaniu. Ta ostatnia pielęgnowała w początku choroby wyżej wymienione chore w ich mieszkaniu. Wszystkie 3 chore zmarły: dwie w dniu przybycia do szpitala, a trzecia we 2 dni później. Od otoczenia dowiedziałem się, że w domu, z którego przybyły wyżej wymienione chore, zapadło następnie jeszcze dwoje dzieci i te zmarły.

*St. Pechkranc.*

— Dnia 23 września odbył się w Wiedniu kongres chemików i mikroskopistów dla ułożenia kodeksu międzynarodowego w celu ujednostajnienia badań materiałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku. Z Warszawy zaproszeni zostali do udziału w obradach D-r ALEKSANDER FABIAN, prof. KOWALKOWSKIJ i D-r LEON NENCKI. D-r FABIAN mówił o urządzeniach sanitarno-policyjnych w Królestwie; przedstawił szereg tablic, uwidoczniających sposoby zafalszowania herbaty oraz referat o winach ruskich. Na kongresie tym postanowiono utworzyć we wszystkich krajach stałe komisye, któreby swoje wnioski i uwagi w ciągu lat 2 przesyłały do głównego biura w Wiedniu i za pośrednictwem jej głównej siedziby mogły się nawzajem porozumiewać. Jedną z takich komisji utworzoną została w Warszawie: do składu jej weszli, oprócz p. Inspektora Urzędu Lekarskiego, prof. TROICKIEGO, Pp. D-r FABIAN, prof. KOWALKOWSKIJ, D-r ŁAWIAGIN, LEPPERT, MILICER, D-r LEON NENCKI, TRZCIŃSKI i ZNATOWICZ. W r. 1896 ma się odbyć w tej sprawie II kongres, na którym mają być ostatecznie zatwierdzone przepisy badań materiałów spożywczych (*codex alimentarius internationalis*), we wszystkich krajach obowiązujące.

— Z powodu usunięcia się Sir J. LISTER's z areny nauczycielskiej zawiązały się w Londynie, Glazgowie, Edyburgu komitety dla obmyślenia sposobów wyrażenia uczuć wdzięczności i uznania wynalazcy antyseptyki.