

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Od redakcyi. — Przypadek zupełnego pęknięcia macicy podczas porodu z wypadnięciem płodu do jamy otrzewnej; laparotomia, całkowite wycięcie macicy, opisał K. Jasiński. (Dokończenie), O sposobach badania mleka kobiecego, napisał B. Polikier. — **Streszczenia i wyciągi.** 161. Gruźlica gardzieli, 162. Przyczynę do nauki o nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego. 163. Odmiana odczynu Uffelmann'a na kwas mleczny. 164. Udar i porażenie, jako jedyne objawy guzów mózgowych. 165. Przyczynę do nauki o nietypowym przebiegu choroby Basedow'a. 166. Myocarditis alcoholica z następstwem porażeniem wątroby i przejściowym białkomoczem. 167. O stosowaniu bromoformu. — Przegląd bibliograficzny. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Jasiński — Un cas de rupture complète de l'utérus pendant le travail. Laparotomie; extirpation totale de la matrice. 2) D-r B. Polikier — Les méthodes d'analyse du lait de femme.

Redaction. Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r K. Jasiński — Ein Fall von Uterusruptur intra partum. Laparotomie, extirpation uteri totalis. 2) D-r B. Polikier — Ueber die Methoden der Untersuchung der Frauenmilch.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

OD REDAKCYI.

Nie tajem jest zarówno współpracownikom, jak i czytelnikom naszych pism lekarskich, że brak miejsca, względami wydawniczymi spowodowany, staje na przeszkodzie rozwinięciu programu i krępuje najpożyteczniejsze dążenia kół redakcyjnych.

Nie możemy powiększyć odpowiednio do potrzeby rozmiarów pism naszych i rywalizować z zagranicznymi dlatego, że nie mamy na to środków; albo, nazywając rzeczy po imieniu, że nie mamy takiej liczby prenumeratorów, któraby rozchody, na ten cel poniesione, pokryć mogła, pomimo tego, że każde z pism naszych mogłoby mieć daleko większą liczbę prenumeratorów, aniżeli ma obecnie.

Z drugiej strony, brak dostatecznej liczby prenumeratorów wpływa po części ztąd, że właśnie dla braku miejsca nie w całej rozciągłości możemy uczynić zadość potrzebie naszych czytelników. Jest to więc prawdziwy *circulus vitiosus*, z którego wyjście wcale nie jest łatwe, zwłaszcza w obec dziwnego i niczem usprawiedliwić się nie dającego zwyczaju, na mocy którego ogół czytelników chciałby specjalne pisma polskie mieć za bezcen, gdy tymczasem niestosunkowo wyższe ceny dzienników zagranicznych go nie zrażają.

Ten system obniżania ceny swej własnej pracy nietylko na nasze peryodyczne publikacje się rozciąga; czujemy go dotkliwie i w naszych wydawnictwach książkowych. Gdy wielu z nas na dzieło, dajmy na to niemieckie, bez wahania pokażną kwotę wyłoży, — tegoż samego dzieła polskiego, starannie wydanego, kosztującego połowę lub nawet mniej niż połowę tego co niemieckie, nie nabywa. Brak więc poparcia ze strony szerszych kół staje się powodem, że niejedna cenna praca oryginalna nie może ujrzeć światła dziennego, lub też, że niejedna przekład, godny najszerzego spopularyzowania, musi być zaniechanym, gdyż wydanie

takich nawet dzieł lub przekładów, w największej liczbie przypadków straty za sobą pociąga.

Atoli, pomimo takich niekorzystnych warunków wydawniczych, wnikając w potrzeby naszych czytelników i odczuwając coraz dotkliwiej brak miejsca w piśmie z powodu napływającego materiału, postanowiliśmy rozmiary „Medycyny” z rokiem przyszłym powiększyć, dając zamiast 20 kolumn, z jakich się numer składał, kolumn 24. A chociaż przez usunięcie zbyt drobnego pisma, na które się czytelnicy żalili, stracimy nieco miejsca, to jednak przy tem powiększeniu zyskujemy 13 arkuszy druku, co w obec sporego formatu „Medycyny” nie jest rzeczą bez znaczenia. Że takie zwiększenie pisma o jedną piątą część jego dotychczasowej objętości, musiało za sobą pociągnąć zwiększenie prenumeraty, jest rzeczą jasną. Możemy jednak upewnić naszych czytelników, że podniesienie prenumeraty o jednego rubla, zaledwie pokryje koszt druku, papieru i honoraryów autorskich; że więc na tem podniesieniu ceny, merytalnie nic nie zyskujemy.

ZE SZPITALA TOW. AKC. K. SCHEIBLERA W ŁODZI.

Przypadek zupełnego pęknięcia macicy podczas porodu z wypadnięciem płodu do jamy otrzewnej; laparotomia, całkowite wycięcie macicy.

Opisał **K. Jasiński**, ordynator szpitala.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 49).

Po przejrzeniu piśmiennictwa, dotyczącego się leczenia operacyjnego pęknięć macicy, podczas porodu powstałych, przekonałem się, iż całkowite wycięcie macicy przy pomocy laparotomii dokonane zostało pięć razy, a mianowicie:

A. W dwóch przypadkach przez **W. H. KRAJEWSKIEGO**.

W 1-yim przypadku ¹⁾ pęknięcie było zupełne, prawostronne, wzdłuż całej szyi macicy i górnej części pochwy. **KRAJEWSKI** wyciął macicę w całości, jajniki zaś wraz z jajowodami pozostawił. Chora wyzdrowiała.

W 2-im przypadku ²⁾ pęknięcie rozpoczynało się w szyi macicznej i przechodziło na tylny listek więzadła szerokiego, a następnie na tylną powierzchnię trzonu macicy i sięgało jej dna. **KRAJEWSKI** wyciął całą macicę wraz z lewym jajnikiem i jajowodem; prawy zaś zostawił. Chora wyzdrowiała.

B. W dwóch przypadkach przez **J. GROMADZKIEGO** ³⁾.

W 1-yim z nich szyja maciczna była odluszczona od pęcherza, otrzewna w zagłębieniu pęcherzowo-moczowem i przodowe listki obu więzadeł szerokich uległy rozdarciu; szyja maciczna z lewej strony była rozdarta na całej długości; pochwa oderwana od macicy na bardzo znacznej przestrzeni. **GROMADZKI** wyciął całą macicę; jajniki z częścią jajowodów pozostawił. Chora wyzdrowiała.

¹⁾ Odczyty kliniczne. S. IV. Zeszyt 12.

²⁾ Przegląd chirurgiczny. Tom I. Zeszyt 1.

³⁾ Medycyna N. 38 i 39 r. b.

W 2-im przypadku pęknięcie przebiegało na przodowej powierzchni macicy na całej długości szyi i trzonu.. Przodowy listek więzadła lewego był również rozdarty. Oba listki obu więzadeł szerokich skrzepami krwi rozparte. Otrzewna na przodowej powierzchni była odluszczona na $\frac{3}{4}$ dolnych trzonu macicy. GROMADZKI wyciął całą macicę; jajniki i jajowody pozostawił. Chora zmarła.

C. W jednym wreszcie przypadku przez NATANSONA, o czym znajduję wzmiankę w pracy GROMADZKIEGO ⁴⁾, z zejściem śmiertelnem.

KRAJEWSKI i GROMADZKI twierdzą, iż w przypadkach tak znacznych uszkodzeń, jak wyżej opisane, zwłaszcza zaś przy prawdopodobieństwie uprzedniego zakażenia, jedyną racjonalną metodą jest całkowite usunięcie macicy; KRAJEWSKI jest nawet zdania, iż większość chorych, które wyzdrowiały po częściowem wycięciu macicy, mogłyby wyzdrowieć i bez usunięcia macicy.

O całkowitem wycięciu macicy od strony jamy brzusznej, z powodu pęknięcia podczas porodu, przez operatorów innych narodowości, nigdzie żadnej wzmianki znaleźć nie mogłem. Natomiast są doniesienia o zupełnem usunięciu pękniętej macicy przez pochwę (VEIT, NEUGEBAUER i CHROBAK), z zejściem jednak we wszystkich przypadkach śmiertelnem.

Co się dotyczy rodzaju postępowania w przypadkach zupełnego pęknięcia macicy z wypadnięciem części lub całego płodu do jamy otrzewnej, zdania autorów wielce się różnią. PISKACEK na przykład, przy wypadnięciu tylko kończyn dolnych do jamy brzusznej, radzi założyć kleszcze na pozostałą w macicy główkę, wobec żyjącego płodu; wymóżdżenie zaś, gdy płód nie żyje. Jeżeli płód w całości wypadł do jamy brzusznej, radzi obrót na nóżki tylko w takim razie, gdy nóżki dają się łatwo dosięgnąć, gdzie niema nadto obawy powiększenia szczeliny podczas wydobywania płodu. W przeciwnym razie—cięcie brzuszne, zeszyte macicy; zabieg zaś PORRO tylko przy zwężeniu miednicy ⁵⁾. FEHLING ⁶⁾, przy wypadnięciu znaczniejszej części płodu do jamy otrzewnej, nie radzi dokonywać obrotu, ani też usiłowań wydobywania płodu drogą naturalną, a to z obawy powiększenia rozdarcia; zaleca zaś jedynie laparotomię i szew macicy lub operację PORRO.

MERZ, ⁷⁾ przy zupełnem rozdarcu, jeżeli główka pozostaje w macicy, zaleca kleszcze lub wymóżdżenie, a następnie laparotomię i szew macicy. Jeżeli macica silnie poszarpana—operację PORRO. RUNGE ⁸⁾ zaleca przy niezupełnem wypadnięciu płodu do jamy otrzewnej, rozwiązanie przez pochwę; przy zupełnem przez laparotomię; operację PORRO odrzuca. JOHANNOWSKY ⁹⁾ z Reichenbergu zaleca laparotomię. Przy brzegach równych rozdarcia — szycie; przy poszarpanych, lub powikłaniach innego rodzaju — operację PORRO; część pozostałą macicy zaleca umieszczać po za jamą otrzewnej. Macicę i więzadła szerokie przewiązuje *en masse*, co ułatwia operację do tego stopnia, iż może być ukończona w przeciągu 8—10 minut. Propozycję VEIT'a — usunięcia macicy przez pochwę—odrzuca, ze względu na niemożność oryentowania się co do rozległości i rodzaju rozdarcia, a zatem i wyboru leczenia zachowawczego lub doszczętnego.

⁴⁾ L. o.

⁵⁾ Intern. klin. Rundschau. 1889. N. 2.

⁶⁾ Sammlung klin. Vorträge. 1892. N. 54.

⁷⁾ Archiv für Gynaekologie. Bd. XLV. Heft 2.

⁸⁾ Geburtshülfe r. 1894.

⁹⁾ Prag. med. Wochenschrift. 1894. N. 28.

GESSNER ¹⁰⁾ twierdzi, że przy całkowitem pęknięciu macicy postępowanie operacyjne jest jedynie racjonalne, a mianowicie: laparotomia i zeszywanie macicy przy mniejszych uszkodzeniach, operacja PORRO — przy większych.

Wreszcie FRITSCH ¹¹⁾, przy wypadnięciu częściowem płodu do jamy brzusznej, radzi wydobyć go przez pochwę, jeżeli niema zbyt znacznych trudności; w przeciwnym razie lub przy silnem krwawieniu — laparotomię. Tampowanie i ucisk nie są dostateczne do powstrzymania krwotoku, jak również obklucie od strony pochwy; tylko laparotomia i podwiązanie naczyń daje wyniki pewne. Odcięcie trzonu macicy wskazane jest tylko przy zakażeniu wnętrza macicy lub przy mięśniaku.

Dziwna rzecz zaiste, dlaczego, wobec społecznego wydoskonalenia techniki operacyjnej i bijącej w oczy korzyści, nie przyszło nikomu na myśl, oprócz KRAJEWSKIEGO i GROMADZKIEGO, aby w przypadkach rozległych uszkodzeń, powstałych wskutek rozszerzenia się pęknięcia macicy: jednocześnie na dolny jej odcinek i trzon, na więzadła szerokie i sklepienia pochwy, dokonać całkowitego wycięcia macicy od strony jamy brzusznej.

Wprawdzie J. VEIT i FEHLING proponowali zupełne usunięcie macicy przez pochwę, a NEUGEBAUER i CHROBAK dokonali tego rękoczynu; lecz, jak słusznie twierdzą KRAJEWSKI, GROMADZKI i JOHANNOWSKY, metoda ta jest o tyle nieracjonalna, że: 1) wobec trudnego oryentowania się co do rozległości uszkodzeń, można usunąć macicę w tych razach, gdzie mogłaby być zachowana; 2) operując przez pochwę, nie jesteśmy w stanie opanować krwotoku przez przewiązanie broczących naczyń, i 3) sposób ten bezwarunkowo nie może być stosowany, w razie niemożności wydobywania płodu drogą naturalną.

Nadpochwowe odcięcie macicy pękniętej podczas porodu, niezawsze zadość czyni tym wskazaniom, jakimi powinniśmy kierować się, przystępując do operacji, gdyż: 1) niezawsze rękoczyn ten, wstrzymuje krwotok, którego źródło może znajdować się poniżej przewiązki elastycznej; 2) często bywa usuwany zdrowy trzon macicy, a pozostawiany dolny jej odcinek, poszarpany i niewątpliwie uległy zakażeniu; a wszakże przeczy to wszelkim zasadom nowoczesnej chirurgii, dążącym do doszczętnego usuwania części chorych z pozostawieniem zdrowych na miejscu, a nie odwrotnie.

O trudnościach technicznych, wynikających ze zbyt długiego trwania operacji, nie może być mowy; przeciwnie, technika operacyjna, wobec wysoko uniesionych w górę, a temsamem łatwo dostępnych więzadeł szerokich, łatwo oddzielającej się otrzewny i braku krwawienia przy przecinaniu części uprzednio podwiązanych, nikogo od zupełnego usunięcia macicy od strony jamy brzusznej odstraszyć nie może.

Tu przytoczę zdanie SCHAUTA'y ¹²⁾, który na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego w Wiedniu, z dnia 26 marca r. b., podaje opis wycięcia całkowitego macicy od strony jamy brzusznej u rodzącej, z powodu zmian międnicy, od osteomalacji pochodzących, i unosi się nad łatwością tego zabiegu operacyjnego. Stosował metodę tę w 4-ch przypadkach przy daleko posuniętej ciąży i zawsze z wynikiem pomyślnym. CHROBAK ¹³⁾ jest tegoż samego

¹⁰⁾ Centralblatt für Gynaekologie r. 1885. N. 2.

¹¹⁾ Bericht über die Verhandlungen der sechsten Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie in Wien vom 5 — 7 Juni 1895; Centralblatt für Gynaekologie. 1895. N. 25.

¹²⁾ L. c.

¹³⁾ L. c.

zdania, gdyż stosował sposób zupełnego wycięcia ciężarnej macicy w kilku przypadkach osteomalacji, także z pomyślnym wynikiem. Jestem przekonany, iż w opisanym przezemnie przypadku wcześniejsze o kilka godzin wezwanie lekarza, a temsamem i wcześniejsze dokonanie zabiegu operacyjnego mogło przyczynić się do ocalenia chorej.

Na zakończenie, nieco ze statystyki odnośnie wyzdrowień przy leczeniu pękniętej macicy. Według PISKACEK'a ¹⁴⁾, z liczby 26 laparotomii, dokonanych z powodu pęknięcia macicy podczas porodu, 14 zakończyło się śmiercią; z liczby 57 przypadków bez laparotomii — 32. Według SCHAEFER'a, przy 48 laparotomiach — wyzdrowień 31. Według WINCKEL'a, przy 38 laparotomiach wyzdrowień 26. FEHLING do roku 1892 zestawiał 23 przypadki, w których dokonana została laparotomia; z tych 13 zakończyło się pomyślnie (z tych 3 operowano metodą PORRO), 10 zaś śmiercią (z tych jeden metodą PORRO). R. BRAUN v. FERNWALD ¹⁵⁾ z Wiednia zestawiał 19 pęknięć macicy z liczby 38,000 porodów w ciągu lat 12-tu (od roku 1880—1892). W 7-iu przypadkach z tych 19-tu, płód w całości lub częściowo przedostał się do jamy otrzewnej; wszystkie zakończyły się śmiercią. Z innych 7-iu, w których pęknięcie znajdowało się na przodowej powierzchni macicy (bez wypadnięcia płodu), tylko jeden zakończył się wyzdrowieniem. Z 19-tu pęknięć — 15 było drążących, 4 niezupełne. Z pierwszych zakończyło się pomyślnie 5; z ostatnich 2. W trzech przypadkach, powikłanych wypadnięciem płodu do jamy otrzewnej, rozwiązanie dokonane zostało drogą naturalną; w trzech przy pomocy laparotomii; w jednym śmierć nastąpiła przed zastosowaniem rękoczynów. W dwóch przypadkach pęknięcia zupełnego, po rozwiązaniu drogą naturalną, zastosowano lód i makowiec; z tych jeden zakończył się śmiercią. Z liczby 7-iu przypadków, leczonych tamponowaniem gazą jodoformową, 3 chore wyzdrowiały, 4 zmarły. W 4-ch przypadkach wykonano laparotomię; w dwóch z nich zeszyto macicę, i te zakończyły się śmiercią; w dwóch innych zrobiono operację PORRO, z tych w jednym zejście śmiertelne.

Statystyka niezbyt zachęcająca. Czyż więc wobec takich wyników dotychczasowego postępowania, nie należy szukać dróg nowych, mogących dać lepsze wyniki? Za taką nową drogę uważam, przy pęknięciu macicy zupełnem, powikłanem rozległemi uszkodzeniami w więzadłach szerokich i sklepieniach pochwy, całkowite wycięcie macicy przy pomocy laparotomii.

O sposobach badania mleka kobiecego,

napisał B. Polikier.

W sprawie badania mleka kobiecego, jak w wielu innych kwestiach w medycynie, istnieje dziś jeszcze dużo punktów niedostatecznie wyjaśnionych i spornych. Z tego powodu badanie mleka kobiecego nie budzi takiego zainteresowania wśród ogółu kolegów, jakiego możnaby się spodziewać, sądząc choćby z ilości prac, tej sprawie poświęconych, i z ilości metod, w tym

¹⁴⁾ L. o.

¹⁵⁾ Wien. Joseph Safar. 1894.

celu proponowanych. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest także, według mego zdania, z jednej strony—błędne mniemanie wielu lekarzy, że istniejące metody badania mleka kobiecego są mniej pewne i znacznie trudniejsze niż wiele innych zabiegów, stosowanych w medycynie; z drugiej strony—nieznajomość lub przynajmniej niedostateczne uwzględnienie najrozmaitszych warunków, od których zależą wyniki badania. Z tej przyczyny wielu kolegów, rozporządzających odnośnym materiałem, nie przyczynia się do wyjaśnienia niektórych kwestyi praktycznych z tej dziedziny, które tylko przy współudziale większości lekarzy mogą być rozwiązane. Mam tu na myśli nietylko klinicystów, ale tych wszystkich, dla których medycyna nie jest ani samą nauką, ani samą sztuką, ale zarazem nauką i sztuką. Z tej racji pozwolę sobie skierować uwagę kolegów na tę niezaprzeczenie ważną, choć stosunkowo zaniechaną dziedzinę, tembardziej, że w języku polskim niema, o ile mi wiadomo, żadnego obszerniejszego opisu metod i przyrządów, używanych do badania mleka kobiecego, jakkolwiek nie brak i u nas prac o surogatach mleka kobiecego, że wspomnę prace: J. KRAMSZTYKA, L. NENCKIEGO i J. ZAWADZKIEGO, PAPIEWSKIEGO i in.

W tym celu postaram się naszkicować obecny stan naszych wiadomości o badaniu własności i składu chemicznego mleka kobiecego, nie pomijając i czynników, oddziałujących na nie, i zastanowię się nad rozmaitymi sposobami, w tym celu zalecanymi, uwzględniając szczególnie te zabiegi, które — jak przekonały mię własne spostrzeżenia — dają się zastosować i po za pracownią chemiczną.

Szczegółowego opisu własnych spostrzeżeń (o których w paru miejscach w ciągu niniejszej pracy wspominam) nie podaję, gdyż otrzymane przeze mnie dotychczas wyniki nie dodają prawie nic nowego do spostrzeżeń tych autorów, którzy na większym materiale opierają swoje wnioski; mój materiał stanowiły wyłącznie przypadki z praktyki prywatnej, w których zmuszony byłem zadawałniać się jednorazowem (w rzadkich tylko razach dwukrotnem i wyjątkowo trzykrotnem) zbadaniem mleka karmicielki. Rozumie się, że o ile badanie mleka kobiecego częściej byłoby stosowane i weszło, że tak powiem, w modę, o tyle warunki badania tego byłyby mniej utrudnione, niż dotychczas.

Z góry jednak zaznaczyć mi wypada, że istniejące metody badania mleka kobiecego pozostawiają jeszcze wiele do życzenia, gdyż żadna z nich (nawet najściślejsza analiza chemiczna) sama przez się nie daje w każdym przypadku bezwzględnej rękojmi, że dana kobieta kwalifikuje się do karmienia dziecka. Pomimo to badanie takie daje w niektórych razach pewne wskazówki i punkty oparcia, wobec różnych ważnych kwestyi praktycznych, dotyczących karmienia niemowląt.

Czy dana kobieta (matka lub mamka) jest zdalna do karmienia dziecka? Czy kobieta, która dotąd karmiła dziecko, może je karmić w dalszym ciągu, gdy ją lub dziecko zaskoczyła choroba? Czy przyczynę choroby dziecka przypisać należy kobiecie karmiącej? Czy niemowlę oprócz piersi powinno otrzymywać jeszcze jakie pożywienie? Czy skład i własności mleka kobiety karmiącej zmienić można przez stosowne zmiany w dyecie, trybie życia? i t. d.

Odpowiedź na tego rodzaju pytania daje do pewnego stopnia staranne zbadanie kobiety karmiącej, oraz, gdy nią jest mamka, zbadanie jej dziecka, a także stan ogólny dziecka karmionego, zachowanie się jego podczas ssania

i po niem, wygląd jego wypróżnień, i co najważniejsza, systematyczne ważenie ssawca.

Nie we wszystkich jednak przypadkach wystarcza badanie karmiącej i niemowlęcia, gdy chodzi o jedno z powyższych pytań. W tych razach zbadać zmian, zachodzących w własnościach i w składzie chemicznym mleka kobiecego, jako uzupełnienie oględzin karmicielki i dziecka, staje się pożądane w interesie karmionego niemowlęcia; im więcej bowiem stosujemy metod badania, tem więcej zyskujemy danych trafnego rozpoznania w pojedyńczym przypadku.

Potrzebę omawianych badań odczuwali i odczuwają ci wszyscy, którzy zajmowali się sprawą karmienia niemowląt. DONNÉ przeszło pół wieku temu pisał: „wiadomo, że nawet zupełne zdrowie niezawsze warunkuje dobre przymioty karmicielki i własności pożywne jej mleka... a zatem w mleku samem należy szukać jej złych lub dobrych stron“. CONRAD (1) również zaznacza wielką doniosłość badania mleka kobiecego.

Niemniej wymownie o doniosłości omawianych badań świadczą liczne poszukiwania i rozbiory chemiczne różnych badaczy, przeważnie francuskich i niemieckich.

I.

Zanim przystąpię do wyszczególnienia metod badania mleka kobiecego, opiszę własności i skład chemiczny mleka kobiecego, oraz czynniki, wpływające na te ostatnie. Przedtem jednak słów kilka podam o pochodzeniu mleka kobiecego. Kwestya ta nie została jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Jedni przypuszczają, że mleko jest wysiękiem, a kulki tłuszczowe zawdzięczają swoje pochodzenie białym ciałkom krwi (HEIDENHAIN, RAUBER); inni utrzymują, że kulki są wytworem rozpadu tłuszczowo zwyrodnionych komórek gruczołowych (VOIT, FUERSTEBERG). Że mleko nie jest przesiękiem, dowodzi skład jego; zawiera ono bowiem dużo sernika i cukru, których niema ani we krwi, ani w limfie, i jeszcze więcej tłuszczu, którego ślady zaledwie znaleźć można we krwi ¹⁾; także popiół mleka kobiecego i osocza krwi nie są identyczne. Nie dowiedziono również, że mleko jest wytworem tłuszczowego zwyrodnienia komórek gruczołów mlecznych, gdyż porównyując wagę gruczołów piersiowych z wagą mleka wydzielanego przez dobę, możnaby dojść do wniosku, że odnowa gruczołów dwukrotnie się odbywa w ciągu dnia. Istnieje przypuszczenie, że zmiany morfologiczne komórek gruczołowych, towarzyszące czynności gruczołów mlecznych, przedstawiają pewną analogię ze sprawami, zachodzącymi przy wytwarzaniu soków trawiennych.

Własności fizyczne i skład chemiczny mleka kobiecego.

Barwa mleka kobiecego jest zazwyczaj biała lub niebieskawo-biała ²⁾. Przez pierwszych tylko dni kilka po porodzie, mleko, noszące nazwę siary (*colostrum*), ma barwę żółtą i wygląd, zbliżony poniekąd do wody z mydłem. Smak mleka kobiecego bywa słodkawy.

¹⁾ BABCOCK znajdował podobno w mleku i włókniak; czy fakt ten został jeszcze przez kogo stwierdzony—nie wiem.

²⁾ Jako odcienie białej notowano: nasyconą białą, niebieskawo białą i żółtawo-białą; odmiany te, jak się zdaje, nie mają ważnego znaczenia.

Ciężar gatunkowy świeżego mleka kobiecego waha się w prawidłowych warunkach w dość obszernych granicach, przeciętnie wynosi około 1,030 lub 1,031 przy 15° C. BOUCHARDAT i QUEVENNE (2) (na mocy 58 rozbiórów) znaleźli c. g. 1,031 (1,025—1,036), w 2-ch przypadkach nieprawidłowego mleka 1,020 i 1,043. VERNOS i BECQUEREL (3) na 89 rozbiórów 1,032, MAYMOTT TIDY (4) na 20 rozbiórów 1,030 (1,027—1,034). CONRAD na 130 średnio 1,031, 20 razy niżej 1,029 i 12 przeszło 1,033 (1,025 — 1,035). EMMET HOLT (5) 1,029—1,032 przy 70° F., więc przeciętnie 1,031, nieprawidłowego 1,017—1,036. BAGINSKY (6) 1,027—1,037. W 7-iu przypadkach, badanych przezemnie laktodensymetrem QUEVENNE'a, c. g. wynosił średnio 1,0294.

Wahania c. g. zależą od różnych warunków, wpływających na wzajemny stosunek części składowych (tłuszczu i stałych części składowych).

Według MONTI'ego (7) istnieje stosunek prosty między c. g. i zawartością tłuszczu.

Miesiączkowanie nie wywiera znacznego wpływu ani na c. g., ani na ilość tłuszczu. MONTI utrzymuje, że c. g. mleka kobiet młodych i silnych wynosi 1,030—1,035, starych i słabych 1,025—1,029. Na c. g. ma wpływ i okres karmienia. Nieznaczne wahania nie mają wielkiego znaczenia, znaczniejsze wpływają ujemnie na rozwój dziecka.

W porównaniu z mlekiem krowiem c. g. mleka kobiecego jest nieco niższy, co jest do pewnego stopnia naturalne wobec faktu, że według nowych rozbiórów, mleko kobiece jest znacznie uboższe w ciała białkowe, niż krowie.

BOUCHARDAT i QUEVENNE przytaczają następujące cyfry: c. g. mleka ko-biety = 1,0310, krowy 1,03328, oślicy 1,0349, kozy 1,0439.

Odczyn świeżego, prawidłowego mleka jest zazwyczaj zasadowy (BOUCHARDAT i QUEVENNE, DONNÉ, FLEISCHMANN, GRENSER, PAYEN). CONRAD badał mleko 150-iu kobiet karmiących i znalazł u wszystkich zaświeża odczyn zasadowy, nawet w mleku nieprawidłowym. W kilkunastu przypadkach, badanych przezemnie, w których posługiwałem się czułym papierkiem lakmusowym, napotykałem tylko odczyn zasadowy, raz nawet po 24 godzinach przy ciepłocie pokojowej. Jeżeli więc niektórzy autorowie wspominają o odczynie obojętnym³⁾ i nawet kwaśnym, to nie jest niemożliwe, jak przypuszcza CONRAD, że albo posługiwali się słabym papierem odczynnikowym, albo badali nieświeże mleko, albo przykładali papier bezpośrednio do brodawki, na której mogły pozostać resztki rozkładającego się mleka, maści i t. p.

Części składowe mleka kobiecego. Mleko kobiece zawiera: wodę, ciała białkowe, tłuszcz (masło), cukier mleczny i sole. Według KÖNIG'a skład mleka kobiecego przedstawia się jak następuje: wody 87,02%, sernika (kazeiny) 0,59%, laktalbuminy 1,23%, tłuszczu 3,94%, cukru mlecznego 6,23%, soli 0,45%. MENDES de LEON (8) podaje następujące cyfry: wody 87,79, stałych części składowych 12,21, białka i ciał wyciągowych 2,53, tłuszczu 3,89, cukru 5,54, popiołu 0,25.

Przez cały czas karmienia skład ilościowy podlega pewnym wahaniom, jak widać z następującej tablicy, ułożonej z rozbiórów E. PFEIFFER'a (9).

³⁾ MONTI przypisuje odczyn obojętny mleka chorobliwemu stanowi sutek, albo powrotowi miesiączki.

Na 100 cz. wagowych.	41-y dzień (około 6-u ty- godni).	65-ty dzień	37-y dzień
Wody	88,64	89,72	87,72
Stałych części składowych	11,36	10,28	12,28
Z tych ostatnich:			
Sernika	1,154	0,844	0,718
Białka	0,212	0,228	0,183
Ciał białkowych . . .	0,812	0,424	0,651
Masła (tłuszczu) . . .	2,174	1,827	3,934
Cukru	6,038	6,22	6,088
Soli	0,198	0,180	0,126

Szczególnie ważną częścią składową mleka kobiecego jest sernik (kazeina); nie mogę więc nie zastanowić się tu nad nim obszerniej, chociaż zapomocą opisanych w dalszym ciągu metod badania klinicznego nie daje się odzielnie oznaczyć (ale tylko w przybliżeniu wraz z innymi ciałami białkowymi). Ciało to, zawierające według HAMMARSTEN'a C 53, H 7, N 15,7, P 0,85, S 0,8, O 22,7%, utożsamiano z białkanami (*Albuminate*).

Ostatniemi czasy zaliczano sernik do grupy nukleoalbuminów (t. j. zawierających fosfor ciał białkowych, stanowiących główną część składową protoplazmy komórek) z powodu własności jego strącania się pod wpływem fermentu trawienego (*Labgerinnung*) i przypisywanej mu stałej zawartości fosforu, będących cechą tej grupy. Wszelako najnowsze badania w tej sprawie Wacława MORACZEWSKIEGO (10) wykazują, że nie wszystek fosfor sernika znajduje się w postaci nukleiny i że ilość jego, w tej ostatniej napotykana, jest zmienna (6—60%). Fosfor więc może być organicznie związany z kazeiną w inny sposób, tembardziej, że sernik mleka kobiecego (w myśl doświadczenia DRECHSEL'a), aczkolwiek zawiera fosfor, pozbawiony jest nukleiny.

Co do stosunku sernika mleka kobiecego do sernika krowiego, niema zgody zdań. Odnośne badania wykazały, że zachodzi między nimi różnica, tak pod względem jakościowym, jak i ilościowym (11). Mleko kobiece zawiera go najmniej (1—2%); najbardziej zbliżone pod tym względem do mleka kobiecego ma być mleko oślicy i kłaczy (LANGHAARDT 1875); kozie, krowie i owcze zawierają 3—3,5%.

W porównaniu z sernikiem mleka zwierzęcego, wymaga sernik kobiety więcej kwasu do strącenia i, jakkolwiek trudniej rozpuszcza się w wodzie i wysoku, nie strąca się w postaci zbitych mas, jak sernik krowi, ale w postaci bardzo drobnych kłaczków (BIEDERT 1874). [Tu zauważę nawiasem, że sernik mleka krowiego wyjałowionego ma dawać kłaczki nie tak duże, nie tak zbite i więcej zbliżone do kłaczków mleka kobiecego (BUDIN i CHAVANE) (12)]. Prócz tego pierwszy rozpuszcza się łatwo w soku żołądkowym lub w sztucznym płynie żołądkowym (rozczyń pepsyny + nieco HCl), sernik zaś

mleka krowiego w $\frac{1}{4}$ zostaje niestrawiony. Badania F. WRÓBLEWSKIEGO (14), dokonane niedawno w pracowni prof. DRECHSEL'a w Bernie, wykazują też różnicę między sernikiem mleka kobiecego i krowiego. Pierwszy (W. otrzymywał go w postaci drobnego, pulchnego proszku śnieżnej białości) trudniej się rozpuszcza w rozcieńczonym HCl i pod wpływem sztucznego soku żołądkowego nie daje osadu paranukleiny, niż drugi. Również sposób otrzymywania sernika z mleka kobiecego różni się od sposobu otrzymywania sernika krowiego, gdyż po rozcieńczeniu tego ostatniego i dodawaniu w właściwy sposób kwasu octowego, udaje się przy niskiej temperaturze strącić sernik; z mleka zaś kobiecego udaje się to dopiero po ogrzaniu do 40° (TOLMACZEW) lub po dodaniu siarczanu magnezyi (J. SCHMIT).

Spostrzeżenia te przemawiają za poglądem, wygłoszonym przez BIEDERT'a przed laty 21, a bronionym dotychczas (15), że „sernik kobiecy i krowi nie są to ciała chemicznie identyczne” i przeciw poglądom SOXHLET'a (13), ESCHERICH'a, STUMPF'a, którzy na mocy spostrzeżenia, iż mleko krowie w stosownym rozcieńczeniu daje takie same drobne kłaczkę, jak kobiece ⁴), przemawiają za tożsamością obydwu serników ⁵).

Wogóle więc co do chemicznej istoty sernika, jak co do innych ciał białkowych w mleku kobiecym, zdania badaczy były i są podzielone. DANILEWSKY (18) i RADENHAUSEN (17) odróżniali kilka odmian sernika. DOYERE, CRUSIUS i HEYMSIN opisują w mleku tylko dwa rodzaje białka: kazeinę w zawiesinie i albuminę w roztworze; SCHMIDT, SALKOWKI i KÜHNE jeszcze 3-ci (odkrytą przez QUEVENNE i BOUCHARDAT'a albumozę s. hemialbumozę s. laktoproteinę). DUCLAUX (19) przyjmuje tylko sam sernik, ale w trzech stanach: twardym, koloidalnym i w roztworze.

Z powyższego opisu widać, że dział, dotyczący ciał białkowych i wogóle części składowych mleka kobiecego, zawierających N, wymaga jeszcze dalszych poszukiwań. Pod względem praktycznym, przy oznaczaniu ilości omawianych ciał, wystarcza, że z wyjątkiem siary (*colostrum*), zawierającej dużo białka, ilość tego ostatniego w mleku kobiecym wynosi przeciętnie 1,9% (1,—2,7%, wyjątkowo 3%). Po bliższe szczegóły, co do oznaczania ilości ciał białkowych i ciał wyciągowych w mleku kobiecym i krowim, odsyłamy interesujących się nimi, do pracy J. MUNK'a (20).

Równie ważną, jeśli nie najważniejszą, zwłaszcza przy badaniu mleka kobiecego, częścią składową tegoż jest tłuszcz (masło), znajdujący się w postaci bardzo drobnych (widocznych przy powiększeniu około 300 do 500 razy) kuleczek i składający się z tryglicerydów (t. j. złożonych eterów gliceryny z wyższymi kwasami tłuszczowymi), kwasu stearynowego, palmitynowego i oleinowego i niektórych lotnych kwasów tłuszczowych, jakoto: masłowego, kapronowego, kaprylowego i kaprynowego. Czy rzeczne kuleczki posiadają otoczkę, jak twierdzi wielu badaczy (MITCHERLICH, WÖHLER, HENLE, HOPPE-SEYLER), jest oddawna kwestyą sporną i ostatecznie nierozstrzy-

⁴) UFFELMANN twierdzi, że mleko krowie, rozcieńczone czterema częściami wody, daje takie same duże kłaczkę, jak nierozcieńczone. By temu zapobiedz, radzi NOEBE dodawać płyny kleiste (odwar z ryżu, jęczmienia i t. d.).

⁵) Kwestya to ważna pod względem praktycznym dla terapii i dyetyki wieku dziecięcego, gdyż od niej zależy wyjaśnienie, czy mleku krowiemu przez domieszki sztuczne nadać można własności identyczne z mlekiem kobiecym.

gniętą ⁶⁾ (DOGIEL, SOXHLET); raczej przypuszczać można, iż to, co uważano za błonkę, jest tylko warstewką zgęszczonych ciał białkowych wokół kuleczki (ASCHERSON, QUINCKE).

Zawartość tłuszczu w prawidłowym mleku kobiecym wynosi około 3—4% (CONRAD), 2—7% (według BIEDERT'a). W porównaniu z mlekiem zwierząt, mleko kobiece zawiera więcej tłuszczu, mleko osłe i kobyłe mniej, niż krowie, kozie, owcze. PAYEN (21) podaje następujące odsetki tłuszczu: w mleku kobiecym 3,34, w krowim 3,70, w kozim 4,10, w owczym 6,50, w osłym 1,40, kobyłym 0,20. Według BOUCHARDAT i QUEVENNE: w mleku kobiecym 2,076 (3.076²), w krowim 3,859, w kozim 4,212, w owczym 4,75, w osłym 1,372.

Stosunek cukru mlecznego w mleku kobiecym jest prawie stały przy wszelkich warunkach, jak widać z rozbiórów PFEIFFER'a (na 57 prób w 44-ch wahania nie wynosiły $\frac{1}{2}\%$), LEEDS'a (22) (w 43 próbach różnice były bardzo nieznaczne) i EMMET'a HOLT'a (na 25 rozbiórów mleka nieprawidłowego w 21 różnice wynosiły $\frac{1}{2}\%$ lub mniej).

Nie jest niemożliwe, iż tak nieznaczne różnice zależą od nieuniknionych błędów laboratoryjnych. W porównaniu z mlekiem krowim, ilość cukru mlecznego w mleku kobiecym jest nieco większa. *Colostrum* zawiera cukru mlecznego nieco mniej, nie zaś więcej, jak dawniej mniemano. W czasie miesiączki ilość cukru mlecznego zdaje się powiększać, skutkiem czego dzieci dośstają rozvolnienia.

Ilość soli nieorganicznych (około 0,170%), znacznie mniejsza, niż w mleku krowim i innych zwierząt, podlega nader nieznacznym wahaniom, o których znaczeniu fizyologicznym posiadamy bardzo mało wiadomości; również pod względem klinicznym niewiadomo, czy mają jakie ważne znaczenie.

Z gazów napotymano w mleku kobiecym w minimalnej ilości kwas węglany, azot i tlen.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

161. A. ROSENBERG. **Gruźlica gardzieli.** Wywody autora oparte są na spostrzeżeniach z praktyki prywatnej oraz na materyale berlińskiej polikliniki chorób gardła, nosa i uszów.

Na 22,000 chorych R. spostrzegał gruźlicę gardzieli 22 razy, stosunek zatem tego cierpienia do innych cierpień nosa, gardzieli i krtani wynosi 1⁰/₁₀₀; gruźlica krtani jest chorobą o wiele częstszą, w spostrzeżeniach R. wynosi ona 4%.

Co się tyczy płci, to wbrew spostrzeżeniom innych autorów, którzy widywali omawiane cierpienie zarówno często u kobiet, jak u mężczyzn, autor zanotował je u 16 mężczyzn i u 6 kobiet. Z pomiędzy owych 22 chorych, najmłodszy miał lat 10; pomiędzy 10 a 20 rokiem życia był 1; między 20 a 25 było 2-ch; między 25 a 30 było 5-iu; między 30 a 35 było 2-ch; między 35 a 40 było 6-u; między 40 a 46 rokiem było 5-u.

Szczególnych przyczyn powstania cierpienia autor nie zauważył; być może, iż w jednym przypadku ciąża i okres połogowy miały jakieś znaczenie etyologiczne; w przypadku tym gruźlica gardzieli rozwinęła się w trzy tygodnie po porodzie. W każdym razie choroba ta zdarza się znacznie częściej w klasach

⁶⁾ Obecność otoczki nie daje się dowieść zapomocą barwienia (DOGIEL), wnioskowano zaś o niej z faktu, że kuleczki nie zlewają się z sobą po dodaniu eteru, ale po dodaniu *kali caustici*, albo *ac. acet.*, albo przy silnem skłóceniu.

uboższych; z pośród licznych chorych prywatnych R. przytacza tylko jeden przypadek gruźlicy gardzieli. Wpływu dziedziczności w przypadkach swoich autor nie stwierdził.

Prawie zawsze gruźlica gardzieli była cierpieniem wtórnem, wikłajacem także cierpienie płuc lub krtani; w trzech zaledwie spostrzeżeniach przypuszczenie pierwotnej gruźlicy gardzieli jest możliwe.

Opisywane cierpienie daleko rzadziej przedstawiało się pod postacią rozlanego nacieczenia, niż jako mniej lub więcej rozsiane gruzelki, albo owrzodzenia, powstałe z ich rozpadu. Owrzodzenia te rozszerzały się więcej po powierzchni, niż w głąb, brzegi ich były zazębione, naokoło zaś widać było gruzelki prosówkowe. W każdym przypadku w wydzielinie, pokrywającej owrzodzenia, znaleźć można było łaseczniki Koch'a. Punktem wyjścia, jak się zdawało, u poważnej ilości chorych były migdałki; prawie zawsze przyjmowały też udział w cierpieniu łuki podniebienne, języczek i podniebienie miękkie, rzadziej tylna ściana gardzieli oraz nasada języka, najrzadziej zaś powierzchnia tylna podniebienia miękkiego. Mówiąc o rzadkim udziale w cierpieniu nasady języka, R. zastrzega się, iż ma tu na myśli tylko stronę kliniczną, drobnowidz bowiem i w pozornie zdrowym migdałku językowym wykrywa często gruzelki, jak tego dowodzą badania ДМОХОВСКИЕГО. Najczęściej zakażenie powstaje drogą zarażenia przez płwocinę wyrzucaną z płuc, jakkolwiek opisane jest spostrzeżenie, w którym przyczynę zakażenia stanowił pokarm.

Po większej części cierpienie było obustronne, w jednym przypadku dotknięty był tylko prawy łuk przedni.

W przypadkach bardziej posuniętych spostrzegał R. nacieczenie nagłośni, więzów nagłośnio-nalewkowych oraz nagłośnio-gardzielowych. Po za dolną granicę gardzieli, na przelyk gruźlica zwykle nie przechodzi.

Tworzenie się gruzelków oraz ich rozpad w gardzieli odbywa się zazwyczaj znacznie szybciej, niż w krtani, do czego przyczyniają się z jednej strony ruchy podniebienia miękkiego oraz łuków w czasie mówienia i łykania, z drugiej zaś upadek odżywiania, wywołany trudnością w połykaniu.

Gdy w krtani i nosie gruźlica może przedstawiać się w postaci guzów, w gardzieli R. takiego obrazu nie widział. W obu pierwszych narządach możliwe jest samoistne wyleczenie z pozostawieniem blizn, w gardzieli zejście takie się nie zdarza.

Z objawów podmiotowych na pierwszym planie stoi ból, który częstokroć bywa nie do zniesienia. Natężenie bólu zależy od rozległości i umiejscowienia sprawy. Najbardziej dokuczliwe jest zajęcie podniebienia miękkiego, łuków oraz nasady języka, mniej bolesne jest zajęcie tylnej ściany gardzieli oraz migdałków, które w akcie łykania mniejszy udział przyjmują. Wskutek niedostatecznej ruchomości dotkniętego sprawą chorobową podniebienia miękkiego, pokarmy płynne wychodzą przez nos, co zresztą zdarza się i przy niedotkniętem podniebieniu, gdy zajęte są dolne części gardzieli oraz wejście do krtani. Skutkiem ostatniej przyczyny bywa także dostawanie się pokarmów do krtani. Ażeby oszczędzić sobie bólu, chorzy nie łykają obficie zbierającej się śliny, lecz wypluwają ją ciągle.

Zmiany w głosie zależą od umiejscowienia sprawy; przy zajęciu podniebienia miękkiego głos ma odcień nosowy; przy zajęciu części krtaniowej gardzieli, nasady języka oraz wejścia do krtani — mowa przypomina nieco stan porażenia.

Gorączki u chorych swoich R. nie spostrzegał. Gruczoły chłonne mogą być powiększone.

Rozpoznanie uskutecznia się łatwo, na zasadzie wyglądu nacieczenia i owrzodzeń, oraz stwierdzenia obecności łaseczników gruźlicy. Co się tyczy tych ostatnich, to nie należy zapominać, że suchotnik może mieć owrzodzenie przymiotowe w gardzieli, do którego łaseczniki gruźlicy mogą dostać się z płwociny. Owrzodzenie takie zresztą szybko przechodzi w gruźlicze.

Wilk od gruźlicy różni się powolnym przebiegiem, okresami poprawy, małymi zmianami w stanie ogólnym lub zupełnym brakiem ich, brakiem bólu, częstokroć zmianami na skórze. Bywają przypadki, w których obok wilka gardzieli stwierdzić można i gruźlicę tego narządu. Twierdzenie, jakoby wilk nie przechodził na kości, uważa autor za błędne, przytaczając spostrzeżenie, w którym wilk gardzieli wywołał przedziurawienie podniebienia twardego.

Rokowanie jest niepomysłne: chorzy, dotknięci gruźlicą gardzieli, średnio żyją od 2 do 6 miesięcy od czasu wystąpienia pierwszych objawów. Przypadki leczenia są bardzo rzadkie.

Leczenie polega na stosowaniu zasad higieny i dyetetyki, na łyżeczkowaniu owrzodzeń i stosowaniu środków przyżegających: kwasu mlecznego, chromnego i galwanokaustyki. W celu uśmierzania bólu stosować należy pendzlowanie mentolem, kokainą, morfiną, antypiryną, bromkiem potasu. Wielokrotnie wypada uciekać się do karmienia sztucznego.

(*Revue de Laryngologie etc.* 22. 1895).

Z. Srebrny.

162. BOAS. Przyczynek do nauki o nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego.

Pod nazwą sokotoku (*gastrosuccorhoea*) REICHMAN, JAWORSKI i RIEGEL opisują odrębną postać chorobową, cechującą się następującymi objawami. Chorzy zwykle skarżą się na zgagę, kwaśne odbijanie, częste wymioty, przy napadach nerwowego bólu żołądkowego; łaknienie przytem zachowane lub nawet wzmożone, odżywianie zaś bardzo upośledzone, skóra sucha, tętno zwolnione. Badanie przedmiotowe wykazuje prawie zawsze objawy rozszerzenia żołądka; ilość chlorków w moczu zmniejszona, fosforanów zaś zwiększona. Najważniejszym objawem, od którego pochodzi i nazwa choroby, jest obecność w czczym żołądku większej lub mniejszej ilości soku żołądkowego.

Rozróżniają dwie postacie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego: stałą i napadową. Pierwszej zwykle towarzyszą organiczne cierpienia żołądka, w drugiej czynność żołądka w okresach, wolnych od nadmiernego wydzielania, bywa zupełnie prawidłowa. Z tą drugą postacią, zdaniem BOAS'a, identyczne są te przypadki, które w podręcznikach opisują pod nazwą wymiotów okresowych, *crises gastriques*, *gastroxynsis*. Różnica zdań co do częstości omawianego cierpienia zależy, zdaniem BOAS'a, od tego, że dotąd niewiadomo, jaką ilość soku żołądkowego uważać trzeba za patologiczną. JAWORSKI, HONIGMANN, BEHM przyjmują najmniejsze nawet ilości HCl w czczym żołądku za objaw chorobowy; REICHMAN zaś i SCHREIBER znajdują u ludzi zupełnie zdrowych 20—30 ctm. sz. zawartości; BOAS znajduje nawet u zupełnie zdrowego osobnika 100 ctm. sz. zawartości. Zdaniem BOAS'a, o chorobowym, nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego możemy mówić tylko wtedy, gdy obok nieznacznych nawet ilości zawartości w żołądku, istnieje jednocześnie cały zbiór wyżej opisanych objawów. Niemniej ważnym czynnikiem, powiększającym częstość opisanego cierpienia, jest sztucznie wywołane wydzielanie nadmierne soku. BOAS przekonał się w jednym swoim przypadku, że wieczorne przepłukiwania żołądka niewątpliwie wpływały na nadmierne wydzielanie soku żołądkowego. Zgodnie ze SCHREIBER'em przypuszcza BOAS, że płyn, pozostający w żołądku po przepłukaniu, drażni go zupełnie tak samo, jak i pokarm, i powoduje wydzielanie kwasu solnego. Co się tyczy związku, zachodzącego między nadmiernem wydzielaniem i bezwładem lub rozstrzenią żołądka, to BOAS staje po stronie MINKOWSKIEGO, SCHREIBER'a i innych i przyjmuje ostatnią za objaw wtórny; polega przytem na spostrzeżeniach ROSENHEIM'a i swoich własnych, w których, z usunięciem bezwładu lub przeszkody mechanicznej, ustało także i nadmierne wydzielanie soku żołądkowego.

Przy leczeniu omawianego cierpienia należy zdaniem BOAS'a głównie zwrócić uwagę na podniesienie czynności żołądka, zapomocą odpowiedniej diety. Przy nieznacznym upośledzeniu czynności ruchowej żołądka należy tylko częściej karmić chorego, zmniejszając każdorazową ilość pokarmów. Przeciwnie, należy wyłączyć o ile można pokarmy mączne i tłuszcze przy znacznie upośledzonej czynności ruchowej, następstwem której jest zastój pokarmów; ograniczyć również należy płyny. Tymczasem przy rozstrzeni żołądka bez nadmiernego wydzielania, przeciwnie, chory znosi płyny o wiele lepiej, niż substancje stałe. Drugim czynnikiem leczniczym jest przepłukiwanie żołądka, niezbędne, zdaniem BOAS'a, tylko w przypadkach nadmiernego wydzielania przy rozszerzeniu żołądka; przy zwykłej atonii można płukania zaniechać, bez najmniejszej szkody dla chorego. Z wewnętrznych środków zaleca BOAS strychninę i alkalia.

Zestawiając poglądy swoje o nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego, BOAS przychodzi do wniosków następujących: 1) nadmierne wydzielanie soku nie jest chorobą samoistną, lecz towarzyszy lub bywa następstwem innych, klinicznie wiadomych cierpień; 2) w wielu przypadkach bywa następstwem ruchowej niedo-

mogi żołądka; 3) należy w praktyce odróżnić naturalną od sztucznej hipersekcji; 4) przy współistnieniu niedomogi ruchowej należy najpierw ją leczyć; 5) przy zwężeniu odźwiernika z nadmiernem wydzielaniem, to ostatnie ustępuje po usunięciu przeszkody mechanicznej drogą operacyjną.

(*Berlin. klin. Wochenschr.* N. 46. 1895).

M. F.

163. HERMANN STRAUSS. **Odmiana odczynu Uffelmann'a na kwas mleczny.** Jak wiadomo, odczyn UFFELMANN'a na kwas mleczny nie daje zupełnie pewnych wyników. Źródło możliwych błędów spoczywa najprzód w tem, że istnieje cały szereg ciał (kwas szczawiowy, cytrynowy, winny, cukier gronowy, wyskok, fosforany, kwasy mineralne silnie stężone i t. d.), które dają podobny odczyn; następnie zaś w samym soku żołądkowym znajdują się czynniki, które mogą utrudniać rozpoznanie obecności kwasu mlecznego. Z czynników tych pod względem praktycznym na uwagę zasługują dwa: 1) barwa soku żołądkowego, która w pewnych razach przedstawia lekki odcień żółto-zielony; 2) niektóre składniki soku żołądkowego po zmieszaniu z roztworem karbolowym półtorachloru żelaza dają mleczno-szare zmętnienie. Do usunięcia czynników, maskujących odczyn, istnieją dwie drogi: najprzód rozcieńczenie soku żołądkowego, powtórne zaś działanie odczynnikiem UFFELMANN'a na wyciąg eterowy. Rozcieńczenie soku żołądkowego ma ten cel, aby przez rozwodnienie kwasu solnego usunąć ujemny jego wpływ na wyniki odczynu. W tym celu KELLING proponował rozcieńczenie soku żołądkowego w stosunku 1:10 — 1:20 i z tak rozcieńczzonego soku dodawał po 1—2 krople do 5% roztworu półtorachloru żelaza. Druga metoda—oddziaływanie na wyciąg eterowy—ma na celu, aby wydzielić wszystkie te substancje, które nie przechodzą do eteru. Z tak otrzymanego wyciągu należy eter wyparować i na resztę działać karbolowym roztworem Fe_2Cl_6 . Można jednakże i nie wyparowywać eteru, lecz wprost na wyciąg eterowy działać świeżo przyrządzonym roztworem półtorachloru żelaza.

Uwzględniając oba powyżej zaznaczone cele, autor wprowadził pewną odmianę odczynu UFFELMANN'a. Używa on rurki szklanej z dwiema podziałkami, odpowiadającymi zawartości 5 i 25 ctm. sz. Rurka z jednej strony jest otwarta, z drugiej zaś zaopatrzona w kranik. Do znaku 5 nalewa się soku żołądkowego, a następnie eteru do znaku 25, poczem silnie wstrząsa się rurkę z jej zawartością. Następnie przez kran wypuszcza się mieszaninę soku z eterem do znaku 5 i znów dopełnia rurkę do 25 ctm. sz. wodą przekroploną. Do tak przygotowanej cieczy dodaje się 2 krople uprzednio przyrządzonego roztworu Fe_2Cl_6 (1 część *liq. fer. sesquichlor. officin.* i 9 części wody przekroplonej) i znów mocno się wstrząsa. Jeżeli występuje ciemno-zielone zabarwienie, dowodzi to, że w soku znajduje się kwas mleczny w ilości więcej niż 1‰; jeżeli zaś słabo zielone, wówczas ilość kwasu mlecznego waha się między 0,5—1‰.

Metoda ta łatwa, praktyczna, nie wymaga więcej czasu, niż odczyn UFFELMANN'a; nadewszystko zaś próba ta, jak wykazało doświadczenie, daje zupełnie pewne wyniki i nie pozostawia nigdy żadnych wątpliwości.

Rurki z podziałkami przygotowuje D-r Robert MUENCKE w Berlinie.

(*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. N. 37).

W. Męczkowski.

164. BOUVERET. **Udar i porażenie, jako jedyne objawy guzów mózgowych.** Przebieg guzów mózgowych bywa zwykle powolny. Przez długie miesiące istnieją bóle głowy, dwojenie w oczach, wymioty, zawroty głowy, brodawka zastoinowa na tarczy nerwu wzrokowego, gdy nagle przyłączają się objawy ogniskowe: udar i porażenie. Jednakże niekiedy bywa inaczej; obecność nowotworu nie ujawnia się żadnym objawem zewnętrznym: udar i porażenie są pierwszymi zwiastunami choroby. Klinicznie rozpoznajemy wówczas wylew krwawy lub rozmiękczenie. Tymczasem badanie pośmiertne, obok spraw rozpoznawanych za życia, stwierdza nadto istnienie nowotworu znacznych rozmiarów, który był punktem wyjścia dla wylewu lub rozmiękczenia. O ile jednak rozpoznanie jest niełatwe, o tyle znów wytłomaczenie faktu powyższego nie przedstawia trudności: nowotwór sam przez się nie wywoływał objawów, dzięki umiejscowieniu w tak zwanym „pasie utajonym“, lecz naokół siebie wywołał sprawę, szybko postępującą: wylew krwawy lub rozmiękczenie,—sprawę, która zajęła okolice poza pasem utajonym, najczęściej okolice ruchową. Ta sprawa wtórna była bezpośrednim powodem udaru i porażenia. Dwa podobne przypadki spostrzegął autor. W obu razach u osób, dotychczas zupełnie zdrowych, nastąpił nagle udar z porażeniem, poczem przy przebiegu ciężkim

(drgawki, powtórne udary) nastąpiła śmierć. Osoby te uprzednio czuły się dobrze, nie doświadczały najmniejszych przypadłości podmiotowych, jakkolwiek nosiły w mózgu swoim nowotwory—glejaki—dość znacznych rozmiarów (wielkości jajka gołębiego). W obu przypadkach guzy umiejscowione były pod korą w *centrum ovale* zrazów czołowych przed wejściem pęczka piramidalnego do okolicy ruchowej kory. Tę właśnie część zrazu czołowego zowią pasem utajonym. Sprawy tu umiejscowione nie wywołują żadnych zaburzeń, ani ruchowych ani czuciowych, któreby pozwoliły za życia poznać umiejscowienie.

Trudno przypuścić, aby nowotwór mógł się rozwijać przez czas dłuższy bezkarnie dla ustroju, i istnieją bezwątpienia zaburzenia czynnościowe, które są jednak nieuchwytnie dla badania klinicznego. Również brak jest w tym okresie utajonym albo przedporażennym tak stałych dla nowotworu mózgowego objawów, jak uporczywy ból głowy i brodawka zastoinowa. Wnioskować stąd można, że nowotwory, umiejscowione w przednich częściach mózgu, mogą nie sprowadzać objawów zastoinowych nerwu wzrokowego. Tak więc rozpoznawanie kliniczne nie ma pewnego punktu oparcia. Dane wywiadowe nie przedstawiają wartości: chwilowe a nieznaczne bóle lub zawroty głowy, nieznaczne zaburzenia w mowie można słusznie przypisać miażdżycy naczyń mózgowych. Co więcej nawet, stwierdzenie już po udarze zastoiny nerwu wzrokowego, a nawet wylewu krwawego na siatkówce, nie uprawnia do rozpoznania nowotworu: wszakże zastoinę nerwu wzrokowego może wywołać wylew krwawy w mózgu bez nowotworu.

Nieco pewniejsze wskazówki daje charakter napadów. Godne jest zaznaczenia, że w spostrzeganych przez autora przypadkach, od początku choroby do śmierci, było w krótkim czasie kilka napadów stopniowych, o sile wzrastającej. W jednym przypadku, pierwszy udar sprowadza lekkie porażenie dolnych gałęzek nerwu twarzowego, drugi w kilka dni później porażenie niezupełne lewej połowy ciała, trzeci pociąga za sobą porażenie zupełne, a w kilka dni później śmierć. Podobnie rzecz się miała i w drugim przypadku. Wprawdzie takie kilkakrotne udary nie są zjawiskiem nieznanem przy wylewie krwawym i rozmiękczeniu, lecz tam zwykle zdarza się to rzadziej, a nadewszystko w znacznie dłuższych odstępach czasu.

Co się tyczy spraw wtórnych przy nowotworze mózgu, to wylew pozostaje w unaczynionym pasie, w pobliżu nowotworu. Przy kruchości ścian naczyń, świążo utworzonych, wylew może łatwo nastąpić, skutkiem czego sprawa chorobowa obejmuje okolice dotychczas wolne i w ten sposób nowotwór sprowadza pośrednio udar i porażenie. Druga sprawa wtórna — rozmiękczenie—zależy od ucisku, jaki wywiera guz na sąsiednią tkankę mózgową, albo też od zwężenia lub zatkania małych naczyń przez nowotwór.

(*Lyon médical*. 1895. N. 43).

W. Męczkowski.

165. J. MAYBAUM. Przyczynek do nauki o nietypowym przebiegu choroby Basedow'a. Określenie t. zw. postaci poronnych choroby Basedow'a przedstawia wiele niedokładności i braków. Bardzo często pod miano to podciągają przypadki typowe, tylko z niezbyt dokładnie wyrażonymi objawami, lub też przypadki, które nie dają się wcale podprowadzić pod miano choroby Basedow'a. CHARCOT i MARIE uważają przyspieszone bicie serca, drżenie i zmniejszone przewodnictwo skóry dla prądu elektrycznego za dostateczne do rozpoznania nietypowej choroby Basedow'a. GRAEFE stawia już rozpoznanie przy obecności przyspieszonego bicia serca i nieprawidłowości w ruchach powiek; starzy zaś autorowie wymagają obecności tachykardyi z wysadzeniem gałek ocznych lub też z wolem. BUSCHAU w monografii swojej twierdzi, iż stałym zjawiskiem jest przyspieszone bicie i kołatanie serca (*tachycardia et palpitatio*). Drugiem, zdaniem B., ważnym zjawiskiem jest drżenie. Z objawów mniej charakterystycznych zasługują na uwagę: zmienność usposobienia, bezsenność, wielka wrażliwość, skłonność do rozwołnień, potów, uczucie gorąca, podniesienie ciepłoty ciała i zmiany odżywcze; wole zaś i wysadzenie gałek ocznych mają, według B., mniejsze znaczenie i uzupełniają tylko obraz chorobowy. Do rozpoznania nietypowej choroby Basedow'a wymaga autor, oprócz objawów drugorzędnych, przynajmniej dwóch zjawisk kardynalnych. Pamiętać przytem należy, iż przyspieszone bicie serca zależeć może od histeryi, od cierpień opuszki, jąder nerwu błędnego, władu rdzenia. Do ustalenia rozpoznania nietypowości potrzebne jest dłuższe spostrzeganie, gdyż brak niektórych zjawisk może

być czasowym lub też możemy mieć do czynienia z okresem przejściowym od postaci lżejszej do cięższej.

Autor podaje dwa własne spostrzeżenia; w jednym przy braku wola istniało wysadzenie gałek ocznych, tachykardia, drżenie oraz rozmaite objawy nerwowe i psychiczne; w drugim nie było znów wypuklenia gałek ocznych, natomiast inne objawy kardynalne były bardzo wyraźne.

(*Zeitschrift für klin. Medic. Bd. 28. Hft. 1 u. 2.*) A. Białobrzewski.

166. AUFRECHT. **Myocarditis alcoholica z następstwem porażeniem wątroby i przejściowym białkomoczem.** Według autora, istnieje klinicznie i anatomicznie zupełnie odrębna postać porażenia mięśnia sercowego, opisywana częściowo przez różnych badaczy, ale dotychczas nie wyodrębniona. Trudność rozpoznania zależy od przewlekłego peryodycznego przebiegu i podobieństwa oddzielnych okresów bądź do przewlekłego zapalenia nerek, bądź do stłuszczenia serca lub też, co bywa rzadziej, do wady zastawek. Tylko dłuższe spostrzeganie, znikanie objawów ze strony serca, wątroby i nerek pod wpływem odpowiedniego leczenia i unikania napojów, zawierających alkohol, oraz szybka poprawa nawet w bardzo ciężkich przypadkach, pozwalają ustrzedz się błędu w rozpoznaniu. W przypadkach, zakończonych śmiercią, autor znajdował przerost i rozszerzenie serca bez stłuszczenia, powiększenie, a w późniejszych okresach zanik i marskość wątroby, zastoinowo powiększone nerki i tylko w zastarzałych przypadkach z niemięsiste mięszkowe. Przebieg kliniczny tego cierpienia jest następujący: wiek chorych przeważnie średni, odżywianie dobre, duży pokład tkanki tłuszczowej; pierwsze objawy występują pod postacią duszności przy pewnych wysiłkach. Białanie chorego wykazuje powiększenie rozmiarów serca i szmer przy wierzchołku, następnie występuje powiększenie wątroby i w końcu porażenie nerek z właściwymi mu objawami. Rokowanie przeważnie pomyślne, nawet przy znacznym osłabieniu działalności serca, arytmii, białkomoczu i obrzękach. Tylko przy upartym białkomoczu nie można liczyć na trwale polepszenie, a to wskutek obecności przewlekłego mięszkowego zapalenia nerek. Nawet śpiączka mocznicowa, trwająca kilka dni, może się zakończyć wyzdrowieniem. Przyczyną choroby jest nadmierne użycie alkoholu, czy to pod postacią wódki, piwa, czy też wina, likieru, koniaku. Alkohol, wskutek własności trujących, osłabia sprężystość mięśnia sercowego, co wywołuje rozszerzenie i następny przerost serca; a utrudnione krążenie krwi i drażniące działanie alkoholu wywołują zmiany w wątrobie i nerkach.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. 54. Heft 6.*)

A. Białobrzewski.

167. STEPP. **O stosowaniu bromoformu.** Polecając jeszcze przed 6 laty bromoform przeciw krztuścowi, autor, wsparty obecnie znacznym doświadczeniem, twierdzi, że środek ten jest w stanie nie tylko skrócić czas trwania tej choroby do $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$, ale również zmniejsza ilość i siłę pojedynczych napadów. Najlepszym dowodem skuteczności bromoformu jest, iż przerywając leczenie, spowodujemy pogorszenie. Łaknienie bywa nawet pobudzone, tak, iż dzieci nieraz lepiej wyglądają po, niż przed chorobą, i możliwe powikłania łatwiej chore dzieci znoszą. Trzeba jednak podawać bromoform w znacznych dawkach, stosując się do wieku dziecka i ciężkości przypadku: kilka do kilkunastu kropel 3 razy dziennie, nie na pusty żołądek. Jako probierz przebiegu należy uważać liczbę napadów nocnych. Skuteczność bromoformu autor przypisuje jego bezpośredniemu działaniu na płuca, przez które zostaje wydalony. Na zasadzie doświadczeń własnych autor zachęca do wyprobowania środka tego we wszelkich chorobach narządów oddechowych, szczególnie zaś w różnych postaciach zapalenia płuc. U dzieci np. półrocznych S. przepisuje: *bromoform. gtts. 9; spir. vin. 3,0; aqu. 90,0; syr. 10*, co godz. łyżeczkę (dniem i nocą); dorosłym 4—6 razy dziennie po 0,5. Najdzielniej wystąpiło lecznicze działanie bromoformu przy powyższem stosowaniu go w przypadkach duszności u chorych dotkniętych rozedmą płuc. Możliwość narkotycznego działania bromoformu autor wyłącza, ponieważ jest on przy napadach duszności z innych przyczyn (serce nerki i t. d.) zupełnie bezskuteczny.

(*Munch. med. Woch. 1895 N. 36*)

J. Piotrowski.

Przegląd bibliograficzny.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych, przez D-ra Wł. BIEGAŃSKIEGO, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie. Wydanie drugie, opatrzone drzeworytami, ponownie przez autora opracowane i powiększone dodatkiem części I-ej: „Choroby górnego odcinka dróg oddechowych“ przez D-ra A. SOKOŁOWSKIEGO. Str. 898 i XII. r. 1896. Druk K. Kowalewskiego. Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Pojawienie się dzieła naukowego w drugim wydaniu w lat 5 niespełna, należy do bardzo rzadkich u nas wydarzeń. Takim wydarzeniem jest ukazanie się w handlu księgarskim dzieła o dyagnostyce różniczkowej chorób wewnętrznych, w drugim wydaniu, napisanego przez kol. Wł. BIEGAŃSKIEGO z Częstochowy. Aby taki wyjątkowy fakt mógł przyjść do skutku, niezbędne są dwa warunki: aby dzieło ze względu na przedmiot swój interesowało lekarza i było dlań poczytne; powtóre, aby było dobrze napisane.

Obu tym warunkom, śmiało rzec można bez żadnych zastrzeżeń, czyni zadość dzieło, o którym mowa.

Ze względu na stopień pożyteczności i praktyczną doniosłość, dyagnostykę różniczkową postawić należy na pierwszym planie w szeregu umiejętności, jakimi się lekarz ustawicznie posługiwać jest zmuszony. W rzeczy samej, pierwszą czynnością umysłu lekarza wobec każdego przypadku chorobowego, jest przedewszystkiem dążność do ustalenia rozpoznania. Aby zadanie to lekarz mógł spełnić z możebną ścisłością, umysł jego niemal bezwiednie musi się zastanowić nad całym szeregiem zjawisk, stanowiących cechy wspólne, różnym postaciom chorobowym właściwe; musi ich wzajemny stosunek do siebie rozważyć, a poddając je krytyce, bądź to na podstawie własnego, bądź innych doświadczenia, usprawiedliwia się sam wobec siebie ze zrobionego rozpoznania. Tą drogą kroczą dzisiejsze i kroczyć musiały umysły lekarskie dawniejszych nawet czasów, a dyagnostyka różniczkowa istniała wrzód, zanim o niej dzieła pisać zaczęto. Jeżeli jednak w czasach dawniejszych bez zestawień i szematyzacji całkowicie obyć się było można, gdyż wobec szczupłości danych nie uczuwać ich potrzeby, to przeciwnie dziś potrzeba ta coraz silniej uczuwać się daje. Symptomatologia bowiem, zawdzięczając rozwojowi nauk pomocniczych medycyny, rozrosła się do tak olbrzymich rozmiarów i rozporządza takim ogromem faktów, że w tym labiryncie łatwo zabłądzić, nie uzbrojwszy się w pewną metodykę, w pewną nić przewodnią. Można bardzo dużo umieć, a jednakże niezawsze mieć możliwość przywołania na pamięć i spożytkowania zasobu wiadomości, jaki się posiada. Tu to z pomocą przychodzi nam dyagnostyka różniczkowa, będąca, że tak powiemy, pewną gimnastyką umysłową, na której niewątpliwie opiera się to, co zwykle bystrością lekarza zowiemy. Uprawianie dyagnostyki różniczkowej chroni nas też od popełniania błędów i z pewnością liczbę ich ogranicza.

Dyagnostyka różniczkowa, w ten sposób pojmowana, jest nabytkiem ostatnich czasów, a raczej ich koniecznym wynikiem. Dzieła o niej traktujące są też dziś bardzo jeszcze nieliczne.

Do takich nielicznych dzieł, które nawet w bogatych literaturach zagranicznych nie przeszłyby niepostrzeżenie, należy dzieło kol. BIEGAŃSKIEGO. W porównaniu z wydaniem pierwszym jest ono znacznie, bo o $\frac{1}{2}$ część, większe, i wzbogacone zostało dodaniem dyagnostyki chorób przełyku, śródpiersia i nerwie serca. Bardzo licznym zmianom i uzupełnieniom uległ dział chorób nerwowych (VI-ty). Dział ten, jeden z najzawikłańszych i najtrudniejszych pod względem dyagnostycznym i oryentowania się w chaosie zjawisk, opracowany został wybornie, rzec można wzorowo. Niewątpliwie w dział ten włożył autor może najwięcej pracy, nie szczędząc licznych tablic synoptycznych, a nadto wsparłszy swój zawsze jasny wykład pięcioma rysunkami, zaczerpniętymi z prac specjalnych autorów.

Pomimo licznych uzupełnień, układ dzieła oraz jego zasadniczy kierunek pozostał tenże sam, co w wydaniu pierwszym. Ponieważ zaś szczegółową i bardzo obszerną ocenę pierwszego wydania podał kol. F. ARNSTEIN w „Medycynie“*) i ponieważ

*) Patrz NN. 26 i 27 z r. 1892-go.

na poglądy kol. A. tam wypowiedziane całkowicie się piszemy, przeto uwalnia nas to od ponownego rozbioru drugiego wydania. Dodamy tylko to, iż pięknego tego dzieła nie powinno brakować w żadnej bibliotece, gdyż korzystać wielką z odczytywania dzieła tego może mieć zarówno lekarz poczynający, jak i biogły praktyk, zarówno specyjalista w danym dziale, jak i lekarz, całość nauk lekarskich uprawiający.

Na szczególniejsze uznanie i podniesienie zasługuje to, iż kol. B., jak w swych dawnych pracach, tak i w obecnej, spożytkowywa starannie wszelkie prace polskich autorów; a chociaż w przedmowie sam powiada, iż w takim podręczniku nie mógł uwzględnić w zupełności nawet naszej literatury, to jednak kol. B. może jest jednym z tych nielicznych (jeśli nie jedynym) pisarzy, którzy mają sobie za obowiązek znać wszystko, co po polsku ogłoszone zostało, i którzy w pracach swych nie zaniedbują przytoczenia pracy polskiego autora, jeśli ona znaczenie materiału naukowego posiada.

Obszerny rozdział p. t. „Choroby górnego odcinka dróg oddechowych“ (stron 124), przez kol. A. SOKOŁOWSKIEGO napisany, stanowi pożyteczne uzupełnienie cennego dzieła kol. Wł. BIEGAŃSKIEGO.

H. D.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— SALVATI i GAETANO, zaciekawieni podaniem RICHET'a i HÉRICOURT'a w Paryskiej Akademii nauk, o leczeniu nowotworów złośliwych surowicą krwi, zajęli się sprawdzeniem tego komunikatu. Dla przygotowania surowicy leczniczej wzięli kilka mięsakowych gruczolów szyi, tylko co wyluszczonech u chorego, i zrobiwszy z nich jałową zawiesinę w wodzie, wstrzyknęli z niej 8 ctm. szsć. do tchawicy zdrowemu koniowi. Po 4 dniach zrobiono drugie zastrzyknięcie (świeżej zawiesiny), a po 10 dniach trzecie. W 8 dni po ostatnim wstrzyknięciu, z lewej żyły szyjowej konia wypuszczono 2 litry krwi, z której w ciągu 48 godzin otrzymano 200 ctm. szsć. surowicy, którą przy zachowaniu wszelkich ostrożności wlewano do próbówek. Po 4 dniach wybrano z kliniki prof. D'ANTON'y 6 następujących przypadków: 1) rak macicy u kobiety 54-letniej; 2) rak w bliźnie po odjęciu sutki rakowej u 46-letniej chorej; 3) takiż sam przypadek u chorej 44-letniej; 4) i 5) nabłoniak policzka w stanie w owrzodzenia; 6) nabłoniak w prawym kacie ust. Wyniki w krótkości dają się streścić sposobem następujący: 1) wstrzykiwania surowicy swoistej są zupełnie nieszkodliwe; 2) bóle po większej części znikają w zupełności po 10—20 zastrzyknięciach; 3) z początku wrzody podczas oczyszczania się krwawią; 4) wrzody z początku oczyszczają się, następnie występuje ziarnina, która na brzegach pokrywa się nabłonkiem; 5) guzy z początku zawsze zmniejszają się, niektóre mniejsze guziki nawet znikają; 6) niewątpliwe polepszenie widoczne jest w ciągu pierwszych 20—40 dni leczenia, następnie ustaje ono i choroba w dalszym ciągu się rozwija. Jak więc widzimy, leczenie nowotworów złośliwych sposobem RICHET-HÉRICOURT'a, chociaż wywo-

luje z początku wyraźną poprawę, do zupełnego jednak wyleczenia nie doprowadza nigdy. Cała zresztą sprawa wymaga dłuższych i rzetelnych doświadczeń. (La Riforma medica. sierpień).

J. Sz.

— RAPPIN, zajmując się sprawą otrzymywania surowicy przeciwgruźliczej, stosował u zwierząt surowicę, otrzymaną w sposób następujący: wyciskał z płuc dotkniętych gruźlicą sok i sok ten stosował u psów dla wywołania odporności. Drugi sposób polegał na wstrzykiwaniu psom tuberkuliny; trzeci zaś, który autor uważa za najwłaściwszy, zasadzał się na wstrzykiwaniu hodowli gruźliczych coraz to młodszych (od 6 do 2 miesięcznych), uprzednio przefiltrowanych. Zaczynając od 0,2 podobnej filtrowanej hodowli, RAPPIN nakoniec wstrzykiwał 20 ctm. szsć. (Gazette médicale de Nantes. 12 sierpnia 1895).

S. M.

— Pomyślnie wyniki, jakie daje gastroenterostomia, szczególnie przy bliźnowatych zwężeniach odźwiernika skutkiem wrzodu żołądka, zachęciły CAHN'a do powyższej operacji w jednym przypadku wrzodu żołądka, któremu w ciągu wielu lat towarzyszyły nadzwyczaj silne bóle, jakkolwiek nie było rozszerzenia żołądka. Operacja, dokonana przez LÜCKE'go, dała wyborne wyniki: chory w ciągu pół roku po operacji zyskał na wadze 65 funt. Dlatego też C. gorąco poleca tę operację w razach wielkiej bolesności przy wrzodach żołądka, nawet wówczas, kiedy niema objawów zwężenia. (Berl. klin. Woch. N. 28 1895).

W. M.

— J. REUSHAME przekonał się, że kroton-chloral jest pewnym i bezpiecznym środkiem przeciw tasiemcowi. Autor stosuje środek ten w postaci pigułek po 3 grany każda. O 6-ej wie-

czorem chory dostaje ostatnie jedzenie, a o 10-ej przyjmuje 4 pigułki, nazajutrz rano jeszcze 4, potem je śniadanie, w godzinę później zaś bierze środek przeczyszczający. (The Brit. med. Jour. 14. X. 95). S. M.

— BLEILE na zasadzie doświadczeń nad psami przyszedł do wniosku, że przy wstrząsie

od elektryczności śmierć następuje nie wskutek zaprzestania oddychania, lecz wskutek zatrzymania bicia serca. Śmierć warunkuje się również czasem trwania zamykania prądu. Amylnitrit opóźnia śmierć, atropina zaś nie wywołuje żadnego działania. (The Brit. med. Jour. 21 IX. 95). S. M.

Wiadomości bieżące.

— Profesor d-r Bolesław WICHERKIEWICZ, redaktor „Nowin Lekarskich“ w Poznaniu, mianowany został profesorem zwyczajnym okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— W ogólnej prasie berlińskiej już nieraz spotykano wyrażane życzenia, aby dozwolonym było odwiedzać chorych w szpitalach nie 3 razy na tydzień, jak dotąd, lecz codziennie. „Zeitschrift für Krankenpflege“ w numerze październikowym również wygłasza zdanie o konieczności reformy w tym kierunku t. j. o pozwalaniu codziennie rodzinie odwiedzania chorych. Oprócz tego redakcja owego czasopisma dodaje, ażeby informacje o stanie zdrowia chorych rodzina mogła otrzymywać nie, jak dotychczas, od samych chorych lub służby szpitalnej, lecz od lekarzy. „Wracc“ popiera także życzenia prasy niemieckiej. — Warto by i w naszych szpitalach w tym kierunku pewne reformy zaprowadzić. Bezskuteczne nieraz prośby niejednego z członków rodziny, pragnącego chociaż na chwilę zobaczyć się z chorym znajdującym się w szpitalu, we dnie nieprzeznaczone do odwiedzania, czynią nadwyraz przykre wrażenie.

— Prawie wszystkie towarzystwa dróg żelaznych w Stanach Zjednoczonych uwalniają ze służby swoich pracowników, nadużywających napojów wysokokowych. Na stacjach zabroniono sprzedawać tychże napojów. Oprócz tego wogóle zabroniono służącym na drogach żelaznych wstępować do szynków i piwiarni. Dzięki tym rozporządzeniom jazda na drogach żelaznych stała się bezpieczniejszą, a służący na nich odznaczają się większym uzdolnieniem do pracy i większą wytrzymałością.

— Na zjeździe amerykańskich dermatologów w Montreal (Kanada), podczas rozpraw

co do zaraźliwości gruźlicy, pomiędzy innemi zakomunikowano następujące charakterystyczne fakty: 1) u kobiety, która prała chustki od nosa suchotnika, na palcach rąk pojawiła się gruźlica skóry, a potem również i gruźlica płuc; 2) u dziewczynki znaleziono gruźlicę obydwóch uszów; okazało się, że kobieta, która przekłuwała uszy dziewczynce, zmarła wskutek gruźlicy; 3) matka, pielęgnująca chorą na gruźlicę córkę, prała również jej chustki od nosa; po upływie pewnego czasu u matki rozwinęła się gruźlica skóry na palcach, a potem i w płucach.

— We Włoszech winnice cierpią bardzo wskutek *peronospora* i dlatego silnie są obsypywane siarczanem miedzi. Następstwem tego było już bardzo wiele otruć. Ulegały zatruciu osoby, które jadły winogrona, albo masło, do owijania którego były używane liście winogronowe, lub te nareszcie, które piły wino przyrządzone z podobnych winogron. Wiele osób podróżujących i zatrzymujących się w hotelach włoskich, uległo silnym zaburzeniom przewodu pokarmowego.

— Od 4 do 7 sierpnia 1896 r. odbędzie się w Monachium III międzynarodowy zjazd psychologów. Przewodniczącym tego zjazdu jest prof. D-r LIPPS, sekretarzem D-r v. SCHRENCK-NOTZING.

— W Petersburgu od dnia 30 listopada do 7 grudnia zachorowało na cholere azyatycką osób 73, zmarło 46; w gub. Wołyńskiej od dnia 17—23 listopada zachorowało osób 259, zmarło zaś 94; w gub. Kijowskiej od 17—23 listopada zachorowało osób 101, zmarło 34; w Orłowskiej zaś od 3—30 listopada zasłało osób 16, zmarło 6.

Odpowiedzi Redakcyi.

Kol. J. H. Opisane przez kolegę zmiany, zdaniem anatomo-patologów nie odpowiadają zmianom, któreby odnieść było można do jakiejś znanej postaci nosologicznej. Dla wyjaśnienia kwestyi konieczne jest drobnowidzowe i histochemiczne zbadanie owych twardych grudek, które tak uderzające zjawisko stanowiły. Co do przyczyny śmierci, to kto wie, czy przez omyłkę nie podano arsenu, zamiast innego proszku.

Rok XXXI-szy.

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“, w r. 1866-ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy, w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1896 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniedbując tego wszystkiego, co naukowego lekarza obchodzić może, ma przedewszystkiem na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem, za najważniejsze zadanie dla siebie poczytuje uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy, dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin, obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów, dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które, o ile to będzie możebne, rozszerzeniu ulegną. Wobec sformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma, program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty, lub litografie, obejmować będzie tekstu najmniej **stron 24** dotychczasowego formatu, zamiast, jak dotąd, stron 20.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Na prowincyi rocznie rs. 7 — lub półrocznie rs. 3 kop. 50.

Każdy artykuł pomieszczony w „Medycynie“ jest płatny.

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub naukowej pomocy i t. d. i t. d. zwracać się należy pod adresem: **Redakcja „Medycyny“ w Warszawie — ulica Oboźna N-r 5**, z wszelkimi zaś interesami, dotyczącymi administracji pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Guranowski w Warszawie, Nowo-Zielna 47.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводитъ Цензурою. Варшава. 30 Ноября 1895 г. Друк К. Ковалевскаго, Warszawa, Mazowiecka 8.