

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Doszczętna operacja przepuklin pachwinowych podług sposobu Kocher'a. Podał d-r Tomasz Solman. (Dokończenie). O sposobach badania mleka kobiecego, napisał B. Polikier. (Dokończenie). — **Strzeszenia i wyciągi.** 170. Pokrywanie ran naskórkiem przez zasiewanie go. Nowa metoda transplantacji. 171. Stosunek kwaśności soku żołądkowego do kwaśności moczu podczas trawienia w stanie prawidłowym, u osób cierpiących na niestrawność. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc listopad r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Solman — De l'opération radicale de l'hernie inguinale d'après Kocher 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 T. Solman — Radicaloperation der Inguinalbrüche nach Kocher. 2) D-r B. Polikier — Ueber die Methoden der Untersuchung der Frauenmilch.

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

ZE SZPITALA CHIRURGICZNEGO D-RA SOLMANA.

DOSZCZĘTNA OPERACJA PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH, podług sposobu Kocher'a.

Podał **D-r Tomasz Solman.**

(Dokończenie. — Zob. Nr. 51).

Do pomysłów oryginalnych doszczętniej operacji przepuklin pachwinowych należy sposób KOCHER'a z przemieszczeniem worka przepuklinowego (*Verlagerungsmethode*) i następnem zaszyciem całego kanału pachwinowego; sposób ten polega na tem, że po typowym oddzieleniu (wyluszczeniu) worka przepuklinowego, przesuwamy worek ten przez otwór, zrobiony w powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha, powyżej więzu POUPART'a, nazewną od tylnego pierścienia pachwinowego; w tem nowem miejscu ustalamy fałdę otrzewnową szyi przepukliny, pozostały zaś opróżniony kanał pachwinowy zaszywamy wzdłuż całej jego długości zapomocą głębokich szwów. Wskutek przemieszczenia worka przepuklinowego, silnego wyciągnięcia go nazewną i ustalenia w nowem miejscu powłok brzusznych, znosimy fałdę otrzewnową w miejscu fizyologicznego wgłębienia przedniej ściany brzusznej, przez które poprzednio przepuklina się wysuwała, następnie możemy z łatwością na opróżniony po przemieszczeniu worka przepuklinowego kanał pachwinowy nałożyć szereg głębokich szwów i otrzymać tym sposobem w okolicy pachwinowej wzmocnienie ściany brzusznej.

Doszczętną operację przepukliny pachwinowej wykonałem podług sposobu KOCHER'a w następującym przypadku:

St. S., lat 17 licząca, przybyła w dniu 30 grudnia r. z. do mojego szpitala, skarżąc się na dolegliwości, które sprawia jej od roku zauważona-

a w ostatnich czasach stale powiększająca się przepuklina pachwinowa. Bandaż przepuklinowy, noszony już od roku, nie zapobiegał w zupełności wysuwaniu się przepukliny; przy silnem napięciu paska powstawały bóle w pachwinie, utrudnienie chodzenia, uniemożliwienie pracy fizycznej. Przy badaniu chorej w położeniu stojącym, dostrzegamy w lewej okolicy pachwinowej i w górnej części wzgórka łonowego wypuklenie powłok brzusznych, w podłużnym wymiarze 9, w poprzecznym około 5 ctm. mające, skóra niezmieniona, odporność guza elastyczna; przy dosyć silnym ucisku guz usuwa się do jamy brzusznej, a wtedy okazuje się, że lewy pierścień pachwinowy jest znacznie rozszerzony, swobodnie dwa palce przepuszcza. Widoczne było, że mamy do czynienia z lewostronną przepukliną pachwinową, zawierającą pętlę kiszek, do jamy brzusznej odprowadzić się dającą; worek przepuklinowy był dosyć cienki.

Ogólny stan chorej bardzo dobry. Chora domaga się zupełnego wyleczenia, tak, aby nie była zmuszona do uciążliwego dla niej stałego noszenia paska przepuklinowego. Zważywszy, że wyleczenie zapomocą bandaża przepuklinowego byłoby w danym przypadku niemożliwe, a dla kobiety, zmuszonej pracować fizycznie, noszenie paska byłoby wogóle niedogodne i nie zabezpieczałoby od powiększania się przepukliny i złączonych z tym stanem powikłań, postanowiłem wykonać operację doszczętną, wybraawszy jako metodę operacyjną powyżej przytoczony sposób KOCHER'a. Operację wykonałem w dniu 2 stycznia r. b. przy łaskawym współudziale kol. SZREYNERA i JANISZEWSKIEGO. Cięcie skóry i tkanki podskórnej, do powięzi brzusznej dochodzące, poprowadziłem równolegle do więzu POUPART'a na szerokość jednego palca po nad nim, na przestrzeni $\frac{2}{3}$ wewnętrznej jego części. Po doszczętnem wyłuszczeniu worka przepuklinowego zrobiłem ponad więzem POUPART'a, nazewnątrż od środkowej jego części 1 ctm., przecięcie powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego; przez wytworzony otwór wprowadziłem do kanału pachwinowego długie kleszcze (RICHETOŁ'a) i koniec ich wysunąłem przy przednim pierścieniu pachwinowym tuż przy więzie obłym. Następnie, przekonawszy się, że wyłuszczony worek przepuklinowy nie zawiera ani pętli кишки, ani sieci, ująłem wierzchołek worka końcem powyższych kleszczy, a cofając je, wysunąłem worek przepuklinowy jaknajdalej nazewnątrż przez ów otwór w powięzi zrobiony. Zapomocą dwóch głębokich szwów, przechodzących przez brzegi otworu w powięzi i przez worek, ustaliłem szyjkę worka przepuklinowego i zamknąłem jego światło, zacisnąwszy powyższe szwy węzłami. Ułożywszy worek przepuklinowy na powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego, w kierunku dośrodkowym, przystąpiłem do nałożenia szeregu głębokich szwów, które, przechodząc przez górną i dolną ścianę kanału pachwinowego oraz worek, posłużyły do zamknięcia kanału pachwinowego i ustalenia worka na przedniej jego ścianie. Szwyy powyższe nakładałem pod kontrolą palca, wprowadzonego do kanału pachwinowego, zaczynając szyc od wewnętrznego pierścienia przepuklinowego, a kończąc zaszycie na pierścieniu zewnętrznym przy samej kości łonowej. Szwów ogółem nałożyłem osiem, w odległości jednocentymetrowej, z pomiędzy nich cztery zewnętrzne przechodziły jednocześnie przez worek przepuklinowy. Ranę skórną zaszyłem na całej przestrzeni szwem kuśnierskim. Opatrunek zewnętrzny zrobiono z muślinu jodoformowego, waty i bandaża. Podczas operacji postępowanie ściśle aseptyczne zachowane było.

Przebieg pooperacyjny był bez powikłań ze strony otrzewnej; rana goiła się w $\frac{2}{3}$ wewnętrznej części przez rychłozrost, na pozostałej zaś

przestrzeni przez ropienie, a to z powodu zgorzeli worka przepuklinowego, wszystkiego ponad powięź; po usunięciu tkanek uległych zgorzeli rana pokryła się dobrą ziarniną, a zabliznienie prędko postępowało. W cztery tygodnie po operacji zagojenie było zupełne, wzdłuż kanału pachwinowego wytworzyła się twarda blizna, wrota przepuklinowe były zamknięte, chora mogła chodzić, biegać, nie skarżąc się na żadne dolegliwości; noszenie paska przepuklinowego zaleciłem zaniechać. Dobry wynik zabiegu chirurgicznego stale się dotąd utrzymuje; wiadomości, otrzymane w 11 miesięcy po operacji, świadczą, że w okolicy pachwinowej brak wszelkich, najmniejszych nawet objawów nawrotu przepukliny; chora, wolna od dolegliwości, wróciła do pracy, która przed operacją coraz uciążliwszą się dla niej stawała.

Doszczętną operację przepuklin pachwinowych podług powyżej opisanego sposobu KOCHER'a zastosowano w klinice Berneńskiej w 48 przypadkach; przypadki powyższe, starannie zebrane i zestawione przez BEREZOWSKI'ego, podane są w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* (40 Band, 3 und 4 Heft). Wiadomości, otrzymane w rok po dokonanej operacji, wykazują, że w 90,3% wyleczenie było zupełne, w 6,45% nastąpiły nawroty cierpienia, zaś w 3,25% wyleczenie było częściowe. O zaletach metody KOCHER'a przekonano się naocznie przy sekcji zwłok pewnego samobójcy, operowanego niespełna na dwa lata przed dniem śmierci: w operowanej okolicy pachwinowej znaleziono mocne zbliznowacenie wszystkich warstw powłoki brzusznej, brak jakiegokolwiek kanału w otoczeniu sznurka nasiennego, zarośnięcie przedniego pierścienia pachwinowego, oraz znaczne zmniejszenie tylnego pierścienia ze stwardnieniem jego brzegów. W powyższych 48 przypadkach gojenie nastąpiło w 38 przez rychłozrost, w pozostałych zaś przez ropienie. Tak względnie częste, około 20%, wynoszące powikłanie ropieniem, zależało, podobnie jak w moim przypadku, bynajmniej nie od wykroczeń przeciwko antyseptyce, lecz od wadliwości metody operacyjnej pod tym względem, że worek przepuklinowy, całkowicie pozostawiony w ranie, a pozbawiony podczas wyluszczenia go wielu naczyń krwionośnych i silnie zaciśnięty w otworze w powięzi, łatwo może uleść częściowej lub całkowitej zgorzeli. Dlatego też w ostatniej modyfikacji swego sposobu zaleca KOCHER wszyć tylko część worka przepuklinowego, na przestrzeni 2—3 ctm. na zewnątrz od otworu w powięzi, pozostałą zaś część worka odciąć. Podług powyższej zmiany wykonano w klinice KOCHER'a 29 operacji w okresie czasu od lipca 1893 do lutego 1894 roku; tylko w dwóch przypadkach powstało ropienie; wszyscy operowani zostali całkowicie wyleczeni; o trwałości dobrego wyniku operacji przekonano się w 22 przypadkach ¹⁾. Do zwolenników operacji KOCHER'a należy TILE; wychwala on racjonalność pomysłu, prostotę operacji i wyższość jej nad metodą BASSINI'ego, po której w razie ropienia łatwo znaczne osłabienie ściany brzusznej w okolicy pachwinowej nastąpić może. Zdaniem mojem, operacja KOCHER'a nadaje się szczególnie do leczenia doszczętnego przepuklin małych lub średnich rozmiarów, o względnie cienkim worku przepuklinowym; zaś przy przepuklinach znacznej wielkości, o wrotach szeroko rozwartych, u ludzi z wątłymi powłokami brzuszными, lepiej będzie wykonać operację BASSINI'ego lub WÖLFFLER'a, które pozwalają otrzymać bardzo znaczne wzmocnienie powłok brzusznych w okolicy pachwinowej, dzięki zespojeniu z więzmem POUPART'a wszystkich warstw, kanał pachwinowy stanowiących.

¹⁾ L. c. BEREZOWSKI.

Doszczętna operacja przepuklin bywa stosowana u nas względnie rzadko, jak mi wiadomo z ustnych zapewnień kolegów chirurgów; zależy to w znacznej części od tego, że chorzy z przepuklinami zgłaszają się po poradę do fachowych chirurgów zazwyczaj dopiero w późnych okresach cierpienia lub też w razie niedrożności jelit; biedni, obarczeni przepuklinami, nie leczą się wcale, lub też tylko chwilowo noszą bandaże przepuklinowe, często przytem jak najwadliwiej zrobione przez niepowołanych fabrykantów; zamożni chorzy rzadko udają się wcześniej do chirurga, który mógłby orzec, czy w danym przypadku należy ograniczyć się do noszenia paska, czy też zapomocą operacji doszczętnie zle usunąć; rzadko również lekarz przeprowadzić może przez dłuższy czas kontrolę, czy w danym przypadku i danej chwili bandaż przepuklinowy zadanie swe całkowicie wypełnia. Wskutek tych zaniedbań we właściwym leczeniu groźnego wogóle cierpienia, przypadki uwiecznych przepuklin wydarzają się względnie często, a chociaż w porę i dobrze wykonana operacja życie ocala, to jednakże zejścia śmiertelne do rzadkości nie należą, nawet u ludzi w sile wieku. Od wszystkich lekarzy wogóle zależy wyrabianie wśród społeczeństwa zaufania do wszelkich racjonalnych sposobów leczenia; doszczętna operacja przepuklin jest zabiegiem chirurgicznym zbawiennym i skutecznym, więc powinna zyskać ufność leczących i leczonych.

O sposobach badania mleka kobiecego,

napisał B. Polikier.

(Dokończenie — Zob. N. 51).

Laktoskop FESER'a różni się od laktoskopu VOGL'a tem, że nie ilość wody, do której dolewa się mleka, jest stałą, ale że ilość mleka (do którego dolewa się wody) jest tu stałą i nie wymaga użycia świecy. Przyrząd ten składa się ze szklanego, około 3 uncji mieszczącego cylindra, na którego dnie wystaje biały słupek porcelanowy z wyraźnymi czarnymi, poprzecznymi liniami, jak widać na rysunku (fig. 2). Do cylindra tego wlewa się zapomocą pipetki mianowanej 4 cm. sz. mleka i dolewa się stopniowo wody, wstrząsając; powtarza się to dopóty, dopóki czarne kreski nie staną się widocznymi przez rozrzedzone mleko. Kiedy właściwy stopień przezroczystości zostanie osiągnięty, stosunek tłuszczu daje się odczytać na skali, wyrytej na samym cylindrze, z poziomu wody, dolanej do próby. Tak np. woda, dolana do pewnej części, oznacza 4%, do innego miejsca niżej 3 % i t. d.

Przyrząd ten jest stosunkowo mniej złożony, ale wymaga wprawy. Zdaniem C. HARRINGTON'a, nadaje się on lepiej do badania mleka krowiego, niż kobiecego, i daje w przybliżeniu dokładne wyniki od 2—5%. Przy znacznie mniejszej lub znacznie większej zawartości nie daje zadawalających wyników. Najważniejszą wadę omawianego laktoskopu stanowi wygórowana cena (3 $\frac{1}{2}$ dolara); prócz tego wymaga on, ażeby badanie dokonywało się zawsze w jednakowych warunkach oświetlenia.

Metody optyczne wogóle podlegały niejednokrotnie krytyce, a nawet samą ich zasadę kwestyonował HERREN; gdyż przy użyciu ich uchwycenie momentu, w którym płomień świecy powinien być widoczny, zależy od indywi-

dualnych właściwości badającego. CONRAD przekonał się, że u wprawnych badaczy z prawidłowym wzrokiem, przy jednakowych warunkach, wyniki przy oznaczaniu tłuszczu różniły się o 0,2—0,8%; u myopów zaś, bez korekcy ich myopii, różnice w wynikach w porównaniu z pierwszymi wynosiły do 1,1%. Niewprawni otrzymywali jeszcze większe różnice. Prócz tego CONRAD, porównyując wyniki, otrzymane tą drogą, z wynikami rozbioru chemicznego tych samych prób mleka (dokonanych dla niego przez prof. NENCKIEGO i MÜLLER'a), otrzymał bardzo znaczne różnice (*min.* 0,03, *max.* 3,45). Wobec tego, pożądane są dokładniejsze próby oznaczania tłuszczu.

Nie o wiele pewniejszymi wydają się metody kremometryczne, polegające na określeniu ilości śmietanki, tworzącej się w ciągu doby w cylindrze szklanym, podzielonym na 100 równych części; z grubości warstwy śmietanki wnioskuje się o ilości tłuszczu. Dla mleka krowiego istnieje kremometr CHEVAL'ER'a, który w modyfikacyi CONRAD'a używa się do mleka kobiecego. Ja posługiwałem się, zamiast kremometru, zwyczajną cpruwetką mianowaną, którą utrzymuję w pozycyi pionowej. Sposób użycia jest bardzo prosty. Po skłóceniu mleka pozostawia się je w możliwie jednostajnej cieplecie 10—15° i odczytuje się po 24 godzinach ilość przedziałek, jakie zajmuje śmietanka. Istnieją też kremometry, skł. dające się ze szklanego naczynia, na które nasuwa się ruchoma rurka ze skalą. CONRAD robił 11 prób i nie był zadowolony, gdyż nieraz otrzymywał znaczne różnice w porównaniu z rozbiorem; prócz tego warstwa śmietanki przestała czasem powiększać się przed 24-ma godzinami, nieraz trwało to 2—4 doby, tak, iż strącenie mleka i wytworzenie CO₂ wystąpiło przed ustaleniem się warstwy śmietanki. Również znaczne różnice znajdujemy u różnych autorów co do ilości śmietanki (BENNO-MARTINY).

Dla mleka krowiego sposób ten nie posiada wielkiej wartości¹⁴⁾, gdyż w różnych próbach niefałszowanego mleka otrzymywano znaczne wahanie się ilości śmietanki, i trudno pod tym względem oznaczyć granice. Dla mleka kobiecego broni tej metody E. HOLT, który, zajmując się przez 2½ roku klinicznym badaniem mleka kobiecego, przekonał się, że żadna z metod (nie wyłączając i opisaną w dalszym ciągu metody MARCHAND'a) nie jest tak prosta i łatwa w stosowaniu, jak kremometr.

Chcąc przekonać się, czy istnieje stały stosunek między ilością śmietanki, tworzącej się w ciągu pewnego okresu czasu, i procentowością tłuszczu, używał cylindra (patrz fig. 4), zawierającego około 10 ctm., który napełniał mlekiem do znaku o. Do ostatnich kropeł użył pipetki, bacząc, aby mleko nie ściekało po wewnętrznej stronie cylindra, co utrudnia odczytanie; następnie cylinder zatykał korkiem i pozostawiał przez dobę w cieplecie 70° F. (około 21° C.). Różnica o parę stopni nie ma znaczenia; znaczniejsze wahania wpływają na szybkość tworzenia się śmietanki. Mleko powinno być świeże, cylinder najskrupulatniej oczyszczony przed użyciem. Ilość procentu ma wskazywać linia AB, a nie CD (patrz fig. 4a). Najczęściej dolna granica bywa ostro zarysowana. W przeciwnym razie mleko powinno stać jeszcze 6 do 12 godzin. W nader rzadkich przypadkach po upływie doby tworzy się bardzo cienka warstwa śmietanki, a cała masa mleka jest jednolicie biała; wtedy potrzeba zostawić ją jeszcze na 6—12 godzin. Najczęściej jednak po 24 godzi-

¹⁴⁾ J. MAJEWSKI i BUKOWSKI (52) nie przypisują metodom kremometrycznym i optycznym żadnej prawie wartości pod względem naukowym.

nach dolna warstwa śmietanki jest wyraźnie odgraniczona, a mleko na dnie staje się przezroczyste na przestrzeni mniej więcej cala. Co do stosunku śmietanki do ilości tłuszczu tego samego mleka (określanego zapomocą rozbioru chemicznego), przekonał się HOLT, że tenże wynosi w przybliżeniu 5 : 3. W 24 przypadkach przy obliczaniu w ten sposób danych kremometru i zestawianiu z wynikami rozbioru chemicznego, otrzymał HOLT nader nieznaczne różnice (w 14-u przypadkach błąd wynosił mniej niż 0,3%; tylko w 5-iu więcej niż 0,5%; w jednym tylko przeszło 1%; w 2-ch, z niewyjaśnionych powodów, tworzenie się warstwy śmietanki trwało dłużej niż dobę; raz do 36 godzin). Na mocy swoich wyników, zestawionych w tablicy, HOLT uważa ten sposób za dający przybliżone pojęcie o ilości tłuszczu w mleku kobicem i za nadający się do celów praktycznych. Fakty, przytoczone przez HOLT'a, byłyby więcej przekonywające, gdyby obok cyfr, przez niego podanych, przytoczone były krótkie protokoły badań, a przynajmniej ważniejsze notatki, dotyczące karmicielek. Zresztą różnica przeszła i procent (właściwie według tablicy 1,51%), choć dotyczy jednego przypadku, nie jest tak mała, ażeby nie brać jej w rachubę. W paru przypadkach, w których toż samo mleko badałem metodą kremometryczną według wskazówek HOLT'a i zarazem masłomierzem MARCHAND'a (w modyfikacji CONRAD'a), przekonałem się, że stosunek śmietanki do ilości tłuszczu był większy niż 5 : 3; gdy zaś przy odczytywaniu warstwy śmietanki kierowałem się mniej więcej linią CD, a nie linią AB jak podaje HOLT, wtedy otrzymywałem wyniki więcej zbliżone do podanych przez tego autora. Zwracam na tę okoliczność uwagę tych kolegów, którzyby zajęli się zbadaniem tej metody, rzeczywiście bardzo łatwej i kwalifikującej się do wypróbowania, gdyż nie pochłania dużo czasu i nie wymaga złożonych i drogich przyrządów. Na mocy własnych swoich badań, których dotąd nie ukończyłem, wstrzymuję się tymczasem od wypowiedzenia stanowczego zdania o jej wartości dla lekarza-praktyka.

Toż samo prawie powiedzieć mogę o masłomierzu MARCHAND'a, którym posługuję się często przy badaniu mleka kobiciego. Pierwotnie przyrząd ten (przeszło 30 lat temu zbudowany) zastosowano do próbowania dobroci mleka krowiego w celach sanitarno policyjnych; jako taki składa się z długiej rurki szklanej, zamkniętej z jednego końca, o jednakowej średnicy (10—11 mm.), podzielonej na 3 równe części, po 10 ctm. każda. W modyfikacji CONRAD'a posiada w górnej połowie część zwężoną, ażeby części, na które jest podzielony, wydawały się większemi, co jest ważne przy użyciu małych ilości. Laktobutyrometr (fig. 5) zastosowany jest do 5 ctm. sz. mleka kobiciego. Opiera się on na spostrzeżeniu, że tłuszcz w eterze łatwo się rozpuszcza, trudno zaś w mieszaninie z równych części eteru, wysokoku i wodnego roztworu cukru mlecznego i sernika.

Sposób użycia. Po należytem skłóceniu mleka, wlewa się je do masłomierza do litery M (najlepiej zapomocą mianowanej pipetki, choć przy pewnej wprawie można obejść się i bez niej) i dodaje się kroplę *natri caustici* (nie więcej, gdyż może strącić sernik i przeszkodzić wydzielaniu tłuszczu) dla zobojętnienia na wszelki przypadek wolnego kwasu mlecznego i dla łatwiejszego rozpuszczenia tłuszczu w eterze; następnie po skłóceniu (15 do 20 razy) dolewa się eteru (najlepiej *aether. rectificati*) aż do znaku E, zatyka się przyrząd szczelnie dochodzącym korkiem i silnie się kłóci, poczem dolewa się alkoholu 86—90% do znaku A (MARCHAND radzi nie odrazu dolewać wyskok, ale mniejszemi porcjami, i za każdym razem wstrząsać mieszaninę. Przewyżka

o $\frac{1}{2}$ ctm. sz. wysokości nie wpłynie ujemnie na wynik badania). Później wstrząsa się raz jeszcze mieszaninę i wstawia się masłomierz do wody o cie-

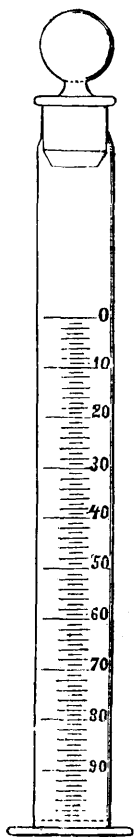


Fig. 4.

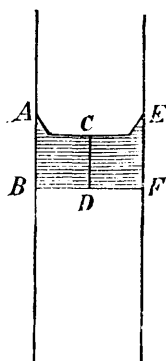


Fig. 4a.

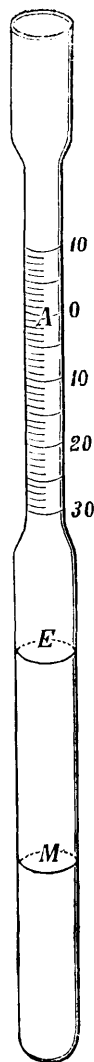


Fig. 5.

płocie 35—40° C. w pozycji pionowej, dopóki warstwa tłuszczu nie przestanie się zwiększać ¹⁵⁾. Po kilku chwilach widać, jak kropelki tłuszczu unoszą się

¹⁵⁾ CONRAD w tym celu posługiwał się blaszanym naczyniem, kształtu walca, opartem na wysokich nóżkach. Pod dnem tego naczynia znajduje się lampka spirytusowa do ogrzewania wody. W górnej ścianie mieszczą się otwory dla kilku masłomierzy (gdy jednocześnie dokonywać kilku badań) i dla termometru. Ja posługuję się w tym celu zwyczajną butelką od piwa bawarskiego, do której wlewam wodę ogrzaną od 36 do 40° C., pod kontrolą ciepłomierza, a następnie wstawiam masłomierz, starając się, aby wysokość butelki nie była wiele mniejsza od długości laktobutyrometru. Nieznaczne odchylenie się od kierunku pionowego, jak przekonałem się, nie utrudnia odczytania stopnia podziałek i nie wpływa na otrzymane wyniki.

ku górze, tworząc na powierzchni wyraźnie odgraniczoną warstwę, silniej światło łamiącą. Po 5, najdalej 15 minutach odczytuje się ilość stopni masłomierza, zajętych przez warstwę tłuszczu białą lub żółtawą¹⁶⁾, z podziałki wyrytej na tymże, licząc od najgłębszego punktu górnej wklęsłej powierzchni do najniższego punktu dolnej wypukłej powierzchni, poczem określa się odsetkę tłuszczu według następującej formuły, wyliczonej na mocy porównania ze ścisłym rozbiorem chemicznym: $12,60 + n \times 2,33$ (gdzie n oznacza ilość stopni cieplomierza) lub zapomocą tabelki, ułożonej podług formuły.

Stopnie masłomierza MARCHAND'a.	Odpowiednia odsetka tłuszczu.	Stopnie masłomierza MARCHAND'a.	Odpowiednia odsetka tłuszczu.
1/2	1,376	13	4,289
1	1,493	14	4,522
2	1,726	15	4,755
3	1,959	16	4,988
4	2,192	17	5,221
5	2,425	18	5,454
6	2,658	19	5,687
7	2,891	20	5,920
8	3,124	21	6,155
9	3,357	25	7,085
10	3,590	29	8,017
11	3,823	30	8,250
12	4,056		

BOUCHARDAT i QUEVENNE wypróbowali przyrząd ten w 10 gatunkach mleka krowiego, porównyując ze ścisłym rozbiorem chemicznym, i znaleźli, że wyniki sposobem MARCHAND'a stanowiły 97,2% wyników rozbioru chemicznego. Aptekarz HEIM w 22 gatunkach mleka krowiego otrzymał zapomocą masłomierza cyfry, stanowiące 92,15% z cyfr, otrzymanych drogą analizy chemicznej. CONRAD stanowczo oddaje mu pierwszeństwo przed wszelkimi innymi sposobami. Nawet HOLT, który, jak zapewnia, posiłkował się tą metodą przeszło 200 razy i nie zawsze był z niej zadowolony, uznaje ją za dobrą. Na mocy przypadków badanych przezemnie, mogę sposób ten polecić do wypróbowania, o jego wartości zaś na zasadzie dotychczasowego mojego doświadczenia wyrokować jeszcze nie mogę (pomimo, że wyniki moich spostrzeżeń zbliżone są do wyników CONRAD'a), gdyż ilość ich stosunkowo jest nieznaczna i, co ważniejsza, nie były one skontrolowane ścisłym rozbiorem ilościowym.

Przechodzę do oznaczania ilości ciał białkowych.

Niema metody, któraby w warunkach badania klinicznego pozwalała bezpośrednio oznaczać ilość białka. Ani ogólnikowe obliczenia, ani szczegółowy rozbiór, wykonywany przez eksperta, nie jest bezwzględnie ścisły. Można jednak w przybliżeniu o większej lub mniejszej ilości białka sądzić na mocy ciężaru gatunkowego i odsetki tłuszczu. Chodzi zazwyczaj o to, czy w danym przypadku ciała białkowe są zbliżone do normy, czy też znacznie od niej odskakują. Ponieważ ilość cukru jest prawie stała, ilość zaś soli nieorganicznych tak nieznaczna, że nie może w sposób widoczny wpływać na ciężar gatunkowy, można przeto w celach praktycznych przyjąć, że na ciężar gatunkowy wpływa tylko stosunek tłuszczu do ciał białkowych. Gdyby, dajmy na to, ilość

¹⁶⁾ HOLT odczytuje dopiero po upływie pół godziny.

białka była stałą, to ciężar gatunkowy byłby zależał od zawartości tłuszczu i byłby tem niższy im więcej byłoby tego ostatniego w mleku, a tem wyższy, im mniej tegoż. Gdyby ilość tłuszczu była stałą, ciężar gatunkowy byłby tem wyższy, im więcej ciał białkowych zawierałoby mleko, tem niższy, im mniej tych ostatnich. Przy danym ciężarze gatunkowym i danej odsetce tłuszczu, możliwe są następujące przypuszczenia.

1) Jeżeli ciężar gatunkowy jest wysoki (np. 1,034) i odsetka tłuszczu duża (np. 7—8%), wtedy można przypuszczać, że ilość ciał białkowych jest bardzo znaczna. 2) Umiarkowana ilość tłuszczu (3—4%) przy wysokim ciężarze gatunkowym, pozwala przypuszczać, że ilość ciał białkowych jest zbliżona do stanu prawidłowego. 3) Jeśli ilość tłuszczu jest znaczna, a ciężar gatunkowy niski, można wnioskować, że ilość białka jest mniej więcej prawidłowa. 4) Skoro zaś tłuszczu mało i ciężar gatunkowy niski, to ilość ciał białkowych jest mniejsza; inaczej, wobec małej ilości tłuszczu c. g. byłby wyższy.

Rozumie się, że oznaczenie takie jest o tyle ściśle, o ile zadawaliśmy się w przybliżeniu określeniem: średnia, znaczna i nieznaczna. Stosunki te uwydatnia następująca tablica, ułożona przez E. HOLT'a, który zamiast odsetki tłuszczu podaje odsetkę śmietanki (stosunek tej ostatniej do tłuszczu wynosi w przybliżeniu, według niego, jak mówiliśmy, 5 : 3).

	Ciężar gatunkowy przy 70° F. (około 21° C.)	Ilość śmietanki w ciągu 24 godzin.	Ilość ciał białkowych według powyższych obliczeń.
W prawidłowych warunkach przeciętnie.	1,031	7%	1,5%
Wahania prawidłowe.	1,028—1,029	8—12%	Śred. (tłuste mleko).
„ „	1,032—1,033	5—6%	„ (chude „).
„ nieprawd.	Nizej 1,028	Znaczna (więcej niż 10%)	„ albo mniej praw.
„ „	„ „	Średnia (5—10%).	Nieznaczna.
„ „	„ „	Nieznaczna (więcej 5%)	B. niezn. (b. chude m.).
„ „	Powyżej 1,033	Znaczna.	B. znacz. (b. tłuste m.).
„ „	„ „	Średnia.	Znaczna.
„ „	„ „	Nieznaczna.	Średnia (lub prawie średnia).

Badanie drobnowidzowe. Przy badaniu drobnowidzowem mleka kobyeciego chodzi albo o ilość i wielkość kuleczek tłuszczu (ciał mlecznych), albo o sprawdzenie obecności ciał kolostralnych oraz nieprawidłowych organizowanych części składowych (ropy, krwi, komórek nabłonkowych), albo wreszcie drobnoustrojów.

DONNÉ (41) dowodził, że badanie drobnowidzowe w połączeniu z badaniem odczynu i próbą z amoniakiem (po dodaniu którego mleko, zawierające siarę, staje się „kleistem“) ma przewagę nad badaniem chemicznem. Próba ta wystarczała mu do wnioskowania o stopniu zawartości tłuszczu, zwłaszcza

o ilości, układzie i wielkości ciałek mlecznych (im większe, liczniejsze i gęściej skupione, tem mleko tłuszczejšie). DEVERGIE przyjmował 3 odmiany mleka, niejednakowo znoszone przez dzieci, zależnie od wielkości kulek tłuszczowych w mleku (dużych, średnich, małych), idące poniekąd w parze z temperamentem. FLEISCHMANN, który, podobnie jak DONNÉ, obliczał w przybliżeniu ilość ciałek mlecznych, utrzymywał, że w dobrem mleku powinny przeważać średniej wielkości kulki tłuszczu (duże mają wywoływać niestrawność i kolki, drobne—krzywicę). BOUCHUT, który posługiwał się przyrządem do obliczania kulek tłuszczu, podobnie jak DONNÉ i FLEISCHMANN, twierdzi, że ilość tłuszczu jest w prostym stosunku do innych części składowych, o których przeto sądzić można na mocy badań drobnowidzowych. Twierdzenie to zakwestyonował DEUTSCHE po drobnowidzowem zbadaniu mleka 69 kobiet. AHLFED i BLOT w dyskusyi w Académie de médecine w Paryżu, przyznają, że badanie drobnowidzowe mleka kobiecego nadaje się tylko do rozpoznania domieszek krwi, ropy, nabłonka. CONRAD kwestyonuje tylko wartość badania drobnowidzowego, jako środka oznaczania ilości tłuszczu, gdyż, jak widać z tablicy, ułożonej z 12 protokółów, wielkość i ogólnikowo określona ilość i układ ciałek mlecznych nie pozostają w żadnym stosunku stałym do zawartości tłuszczu (określonego chemicznie przez NENCKIEGO i MÜLLER'a).

Mleko prawidłowe pod drobnowidzem (powiększenie 300 — 400 razy) przedstawia się w postaci silnie światło łamiących, nie zlewających się z sobą okrągłych kulek (ciałek mlecznych), rozmaitej wielkości (o średnicy 0,00083—0,0198 mm.). Kulczki dzielą się na duże, średnie i małe (odróżniają jeszcze w postaci proszku i pyłka). Utrzymują (FLEISCHMANN (51), MONTI i inni), że mleko, w którem przeważają drobne lub duże, niekorzystnie wpływa na dziecko; natomiast przewaga średniej wielkości ciałek pozwala przypuszczać, że mamy do czynienia z mlekiem prawidłowem.

W pierwszych dniach po porodzie (a nawet już w ciąży) sutki wydzielają t zw. siarę, która ma ważne znaczenie, ponieważ obecność jej w późniejszym okresie karmienia jest oznaką patologiczną i wymaga zaprzestania karmienia, przynajmniej na czas pewien.

Siara składa się z okrągłych i owalnych komórek, najczęściej większych od bezbarwnych ciałek krwi i zawierających kropelki tłuszczu. Bardzo rzadko daje się w nich rozpoznać jądro; najczęściej zaś to ostatnie bywa zakryte kroplą tłuszczu. Nieraz tylko cząstka protoplazmy kształtu półksiężyca przylega do większej kropli tłuszczu, w jednym miejscu jej obwodu. Co do istoty ciałek kolostralnych, zdania są podzielone. Większość autorów uważa je za komórki nabłonkowe, wyścielające drobne przewody gruczołów mlecznych, będących w stanie stłuszczenia fizyologicznego. Inni uważają je za bezbarwne ciała krwi, fagocyty, pochłaniające kropelki tłuszczu, wydzielone przez komórki nabłonkowe¹⁷⁾.

W 8—12 dni po porodzie ciała te znikają; często już na 3-ci lub 4-ty dzień. Zdania tego jest też wielu badaczy, jakoteż ko misya (złożona z MOREAU, ORFILA, VELPEAU i innych), która zajęła się zbadaniem tej sprawy. CONRAD utrzymuje, że i później pojedyncze ciała kolostralne mogą się napotykać, nie wpływając szkodliwie na zdrowie ssawca, i że pod tym względem znaczenie ich przeceniano. Jeżeli zaś po upływie wzmiankowanego czasu napotykają się nie czasowo, a przez czas dłuższy, w znacznej ilości, grupami, i wraz ze skupionemi kulkami

¹⁷⁾ Opis ten podaje podług SEIFFERT'a (42).

tłuszczu, wtedy są cechą patognomoniczną i mleko takie jest szkodliwe dla niemowlęcia. Obecność ciał kolostralnych w późniejszym czasie karmienia zależeć może od przyczyn różnych: występują nieraz przy powrocie miesiączki i pod wpływem silnych wrażeń, wysiłku, strachu, nadużycia pęciowego (HOLT).

Mówiąc o obrazie mleka krowiego pod drobnowidzem, nie chcę pominąć i następującego spostrzeżenia. Przed dwoma laty MODIGLIANO (39) opisał w mleku oprócz ciałek mlecznych jeszcze pewne pierwiastki anatomiczne, które można uwydatnić zapomocą metody specjalnej. Wobec jednak braku szczegółów, dotyczących tej metody, musimy poprzestać na samem zaznaczeniu.

W mleku patologicznem napotkać można już to ciała kolostralne w późniejszym okresie laktacji, o czem mówiliśmy wyżej, już to ropę, krew, komórki nabłonkowe, *detritus*. Domieszki te napotyka się przy sprawach chorobowych gruczołów sutkowych; gdy znajdują się w większej ilości, stanowią przeciwwskazanie do karmienia. Wszelako w tych razach inne objawy ze strony gruczołów i otaczającej je tkanki są tak widoczne, że i bez uciekania się do badania drobnowidzowego rozpoznaje się zapalenie gruczołu sutkowego.

Drobnoustroje w mleku kobiecem. Do niedawnego czasu bardzo niewiele było badań w tej sprawie. ESCHERICH (43) (*Fortschritte der Medicin.* 1885) badał 25 kobiet zdrowych w różnych okresach karmienia, oraz 5 kobiet chorych (*lues recens, phthisis, otitis media*) i prócz jednego przypadku, który uważał za zanieczyszczenie, nie znalazł bakteryi; dowodził przeto, że mleko kobiet zdrowych nie zawiera drobnoustrojów i że obecność tych ostatnich jest w związku z zakażeniem gnilnem¹⁸⁾. W sprawie tej zabierali głos jeszcze LONGARD (*Archiv des path. Instituts zu München*), COHN (*Zeitschrift f. Gynaekologie.* Bd. II. 1885), BUMM (*Archiv für Gynaek.* Bd. 27. 1886). Ten ostatni na 9 kobiet w okresie połogowym u 4-ch nie znalazł bakteryi. Pani MERITT w rozprawie swojej (*Thèse de Paris*) z 15 kobiet z pęknięciami brodawek, u dwóch nie znalazła bakteryi, z 15 zdrowych u 11-tu. W 47 więc prawidłowych przypadkach wynik był ujemny. M. COHN i NEUMANN (44) na 41 przypadków tylko w 6-iu nie znaleźli drobnoustrojów, i przekonali się, że ilość tych ostatnich jest tem większa, im dłuższy czas upłynął po ssaniu. W pierwszej porcyi znajdowano ich więcej, niż w następnych. Przypuszczają, że drobnoustroje (w $\frac{1}{5}$ *staphylococcus pyogenes albus*, rzadziej *s. p. aureus* i *streptococcus*) przedostają się zzewnątrz. Arnold PALLESKE (45) u zdrowych położnic znajdował prawie w połowie przypadków (10 na 22) drobnoustroje (odmiany *staphyloc. p. albi*). KNOCHENSTIERN (46) zbadał 48 prób mleka od 8 zdrowych kobiet (7 położnic w klinice i jedna w 4 tygodnie po urodzeniu dziecka) i nie znalazł drobnoustrojów w 24. W pozostałych było 2 — 318 bakteryi w 1 ctm. szśc., najczęściej *staphylococcus p. albus*, prócz tego różne gatunki koków i 3 gatunki bakteryi. Autor ten dowodzi, że u kobiet zdrowych można napotkać drobnoustroje ropotwórcze i że obecność ich nie wpływa ujemnie ani na kobiety, ani na niemowlęta. HONIGMANN (47) dochodzi do wniosków następujących. Mleko zdrowych położnic w większości przypadków zawiera drobnoustroje, przeważnie *staphylococ. pyog. albus*, następnie najczęściej *staph. pyog. aureus*; inne drobnoustroje, jak się zdaje, trafiają się bardzo rzadko i w bardzo nieznacznej ilości. Drobnoustroje, zawarte w wydzielinie gruczołów

¹⁸⁾ W celu badania, wyjąławiał brodawkę i obwód jej rozczynelem sublimatu 1 : 1000 i alkoholem, osuszał watą przeciwnilną i puszczał na żelatynę jałową z początku 2, później 5 kropel.

sutkowych, przedostają się ze skóry do przewodów mlecznych i przez otwory tych ostatnich przenikają do brodawek. Obecność gronkowców w mleku kobiecym nie ma wartości dla rozpoznania gorączkowych spraw położowych. Mleko kobiet nie działa zabójczo na laseczniki cholery, tyfusu lub na *staphylococcus aur.* lub *alb.*

Kwestyę znaczenia drobnoustrojów w mleku kobiecym badał też T. RINGEL (50); dochodzi on do tych samych wniosków, że mleko kobiece zawiera prawie zawsze gronkowce, najczęściej *staph. pyogen. alb.*, rzadko *aureus*; że one zzewnątrz przedostają się do gruczołów piersiowych, nie wywołując objawów chorobowych. W bardzo rzadkich przypadkach mogą w przebiegu *mycosis puerperalis* napotykać się paciorkowce. W dwóch przypadkach z mojej praktyki badałem mleko kobiece na obecność drobnoustrojów i w jednym z nich znalazłem koki. Zmoczywszy drucik platynowy wyjałowiony (wypaleniem na lampce) mlekiem, pociągnąłem nim dwukrotnie po powierzchni agaru glicerynowego, przy zachowaniu niezbędnych środków ostrożności i wstawiłem do termostatu o ciepłocie 36°. Po upływie 24 godzin znalazłem na miejscach zaszczepienia kolonie w postaci dużych szarawo-białych plam, o średnicy blisko 0,75, które pod drobnowidzem składały się z koków. Dalszych hodowli nie robiłem. Przypadek ten dotyczył kobiety, od kilku miesięcy karmiącej, zdrowej, w czasie nieznacznej niestrawności u dziecka. Po jakimś czasie mleko drobnoustrojów tych nie zawierało, dziecko wtedy było zdrowe.

Przy *mastitis* ropnem, spowodowanem zakażeniem przez brodawkę czy metastatycznie przy zakażeniu ogólnym, zwłaszcza u położnic, napotykają się w mleku liczne leukocyty, zawierające kropelki tłuszczu i pojedyncze czerwone ciała krwi.

Z powyższego opisu łatwo dojść do wniosku, że najważniejsze znaczenie ma obecność ciał kolostralnych, w czasie, kiedy fizyologicznie się nie napotykają, oraz że znaczenie drobnoustrojów w mleku kobiecym, jako środka rozpoznawczego, jest dotąd jeszcze bardzo wątpliwe.

W końcu kładę raz jeszcze nacisk na to, że żaden z opisanych zabiegów nie daje sam przez się pewnych wskazówek, a tylko w połączeniu z innymi może przyczynić się do wyjaśnienia różnych, ważnych pod względem praktycznym spraw, dotyczących karmienia niemowląt, jeśli naturalnie został poprzedzony szczegółowem badaniem kobiety karmiącej (i, gdy chodzi o mamkę, i jej dziecka).

Większa część uwag powyższych odnosi się do badania jakości mleka; pozostaje więc powiedzieć słów kilka o badaniu ilości mleka kobiecego.

Wskazówki, któremi kierować się należy przy oznaczaniu ilości mleka kobiecego, są mniej więcej następujące. O ilości pokarmu daje już poniekąd pojęcie metoda oddojenia mleka, przyczem zwracać należy uwagę i na wytrysk łatwy lub trudny, ciekłym lub grubym strumieniem, co jest bardzo ważne, gdyż skład mleka może być prawidłowy, a jednak ilość jego niedostateczna¹⁹⁾. Dokładniejsze pojęcie daje nam budowa piersi: piersi z do-

¹⁹⁾ Gdy chodzi o wybór karmicielki, nie jest też bez znaczenia, aby do indywidualności dziecka zastosowana była i właściwość piersi. Rzecz prosta, że dziecko tęgie i silne łatwiej może brać piersi o trudniejszym wytrysku, słabsze zaś — piersi, z której z łatwością mleko występuje. Piersi z łatwym wytryskiem poznać można z kształtu i obwodu brodawki, która wystaje nieznacznie nad poziom sutki; skóra na niej naciągnięta, bez fałd; po przystawieniu dziecka opada i marszczy się (SCHLICHTER).

brze rozwiniętą i wymacać się dającą tkanką gruczołową, umiarkowanej wielkości i nie z nadmiernie rozwiniętym pokładem tłuszczowym, z przeświecającymi w górnej części żyłami, przemawiają do pewnego stopnia za dostateczną ilością mleka; zwłaszcza przy wystających na 2—3 linii brodawkach, przy ucisku na *mammae* mleko wytryska drobnym strumieniem z wielu przewodów. Natomiast piersi miękie i wiotkie, z których z trudnością zapomocą uciskania lub pompki udaje się wycisnąć nieznaczną ilość mleka, pozwalają powątpiewać o dostatecznej ilości pokarmu. Również duże, a nawet bardzo tłuste piersi, ale z ubogą tkanką gruczołową, często mniej wydzielają mleka, niż małe, z obfitą tkanką gruczołową. Następnie ważne znaczenie ma pod tym względem zachowanie się dziecka podczas ssania i po niem; jeśli dziecko ssie długo, pół godziny lub dłużej, wzbudza to również podejrzenie, że pokarmu jest mało. Natomiast gdy dziecko chętnie łyka pokarm i puszcza z zadowoleniem brodawkę po 15—20 minutach, poczem jeszcze udaje się wycisnąć pewną ilość mleka, można z pewnem prawdopodobieństwem wnioskować, że ilość pokarmu jest dostateczna. Najpewniejsze jednak wyniki daje ważenie dziecka przed ssaniem i po ssaniu. W tym celu należy robić 3—4 spostrzeżenia w rozmaitych porach dnia (HOLT), zanim wyda się sąd stanowczy o ilości pokarmu. Waga, użyta w tym celu, powinna być ściśła i dość czuła, ażeby uwydatnić różnice 15—20 gramów. Niemniej ważne jest, w miarę możliwości, systematyczne ważenie ssawca: gdy dziecko przybiera na wadze stosownie do swego wieku, pokarm jest dobry; dodać do tego należy: gdy i wypróżnienia są prawidłowe. Niektórzy autorzy dowodzą, że skoro dziecko przybiera na wadze, to można je zostawić przy piersi, nawet gdy karmicielka cierpi na płonicę, grypę, zapalenie gardzieli, *nephritis* (DAUCHES, BUDIN i CHAVAN). Niemowlę przyjąć może za jednym razem 80—150, nawet do 250 grm., karmicielka zaś wydzielać do 1 1/2 kilograma mleka.

Na mocy tego wszystkiego, co wyżej było powiedziane, oraz na mocy własnego doświadczenia, pozwolę sobie wygłosić wnioski następujące:

O ile na mocy obecnego stanu naszych wiadomości, samo badanie mleka kobiecego nie wystarcza w każdym przypadku do wyrokowania o kwalifikacyi danej kobiety do karmienia dziecka, o tyle z drugiej strony, nie można badania tego uważać za zbyteczne i za stratę czasu, jak utrzymuje SCHLICHTER (49).

Wiele odnośnych spraw wymaga jeszcze wyjaśnienia i dalszych badań; pożądane byłoby, ażeby więcej było prac, opartych na porównaniu proponowanych metod dla lekarzy-praktyków, z jednocześnie wykonanym ścisłym rozbiorem chemicznym, jak rozbiory CONRAD'a (kontrolowane rozbiorem chemicznym przez NENCKIEGO, MÜLLER'a), HOLT'a i innych.

Jest to bardzo wdzięczne pole do spostrzeżeń dla tych lekarzy-praktyków, którzy nie tylko w słowach uznają słuszność zdania prof. BARANOWSKIEGO, wygłoszonego przed kilku laty na VI zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, że „nie dość być świadkiem badań, wykonywanych przez profesorów chemii, botaniki, anatomii i t. p.; należy w badaniu tem brać udział bezpośredni“.

L I T E R A T U R A.

- * 1. F. CONRAD. D. Untersuchung der Frauenmilch für die Bedürfnisse der ärztlichen Praxis. 1880. 2. BOUCHARDAT et QUEVENNE. Du lait. Paris. 1857. 3. VERNONIS et BECQUEREL. Compt. rend. 36. 1853. 4. MEYMOTT TIDY. On human

milk. Clinical lectures and reports of the London Hospital IV. 1867—1868. * 5. EMMET HOLT. The clinical examination of Breast-milk. Archives of Pediatrics 1893. III. * 6. BAGINSKY. Realencyclopédie der. gesam. Heilkunde III wyd. T. I. str. 484. * 7. A. MONTI. Ueber einige Ergebnisse der Frauenmilchuntersuchung. Archiv f. Kinderheilkunde T. XII. 8. M. A. MENDES de LEON. Zeitschrift f. Biologie Bd. XVII. II. 4 (1882). 9. E. PFEIFFER. Beiträge zur Physiologie der Muttermilch und ihrer Beziehungen zur Kindernahrung. Jahrbuch für Kinderheilkunde XX. 10. Wacław MORACZEWSKI. Verdauungsproducte des Caseins und ihr Phosphorgehalt. Zeitschr. f. physiolog. Chemie Bd. XX. H. 1—2. * 11. J. MUNK. Realencyclop. Eulenb. III. wyd. T. IV str. 325. 12. BUDIN et CHAVANE. De l'emploi pour les nourrissons du lait stérilisé à 100 degrés, au bain-marie; allaitement mixte, allaitement artificiel. Académie de médecine, séance du 25 juillet 1893. * 13 F. SOXHLET. Mleko dla dzieci i odżywianie ssawców, przłożył Stan. PRAUSS. 1887. 14 DRECHSEL. Ueber die Unterschiede des Kuhmilch- und des Frauenmilch-Caseins. Corresp. f. Schweiz Aerzte 1894 N. 19. 15. BIEDERT. Ueber Kuhmilch, Milchsterilisierung und Kinderernährung. Berlin. klin. Woch. 1894. 44. 16. Olaf HAMMARSTEN. Zur Kenntniss des Caseins und der Wirkung des Labfermentes. Upsala 1877. Zeitschr. f. physiol. Chem. 1883, 1885. 17. RADENHAUSEN. Zeitschr. f. phys. Chemie 1881. 18. DANILEWSKY. Ibidem. 1883. 19. DUCLAUX. Le lait. Etudes chimiques et microbiologiques. Paris 1887. 20. Immanuel MUNK. Zur quantitativen Bestimmung der Eiweiss- und Extractivstoffe in der Kuh- und Frauenmilch (Virchow's Archiv B. 134). 21. PAYEN. Journal de chimie médicale, de pharmacie et de toxicologie 1828. 22. LEEDS. Medical News July 21. 1883. 23. * Ph. BIEDERT Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 11-e wyd. 1894. 24. TUMPOWSKI. Azotystyj metamorfoz na pierwom miesjace zizni. DySSERTacya Petersburg 1890. 25. L'HÉRITIER Traité de chimie pathol. Paris 1842. 26. JORISSIENNE. Archive de Toccol. et de Gynéc. Février. 1891. * 27. J. E. WINTERS. The relative influence of maternal and wetnursing on mother and child. The Medical Record 6. XI. 1886. 28. VERNON et BECQUEREL. Du lait chez la femme dans l'état de santé et dans l'état de maladie 1853. * 29. MILLNER FOTHERGILL. Ueber Dyspepsie in ihren proteusartigen Erscheinungen, bearbeitet v. Dr KRAKAUER. Wiener. Klinik 1883. 30. JOLY et FILHOL. Recherches sur le lait 1856. 31. ŻUKOWSKIJ. O wlijanii pizszczy na koliczostwo żyrow w żeńskom molokie. Medycynskij otczot Imperatorskago wosпитatel'nago doma za 1871. Moskwa 1872. * 32. HERMAN SCHLESINGER. Aerztliches Handbüchlein für hygienisch diätetische, hydrotherapische etc. Verordnungen. 5 e wyd. 1894. 33. SOURDAT. The unequal production and difference in composition of the milk of 2 breasts of the same women. Medic. Times and Gazette 1870. August. 34. BRUNNER. Ueber d. Zusammensetzung der Frauenmilch. Pflüger's Archiv 1873. 35. MANASSEIN. Materyały k woprosu o gołodanii. Archiw Botkina 1869. 36. * PAVY. Dyetetyka (przekład rossyjski Manasseiny). 37. SIMON. Die Frauenmilch nach ihrem chem. und physiol. Verhalten 1838. 38. BENNO MARTINY. Die Milch, ihr Wesen und ihre Verwerthung. Danzig 1871. 39. MODIGLIANO. Lo Sperimentale. 28. II. 1893. 40. DONNÉ. Comptes rendus de l'Académie des sciences XVII. Paris 1843. 41. DONNÉ, Du lait et en particulier de celui de nourrices. Paris 1837. 42. * SEIFFERT. Technische Anleitung zur microscop. Diagnostik für den Gebrauch in der ärztlichen Praxis. 43. Th. ESCHERICH. Fortschritte der Med. 1885 N. 8. 44. * M. COHN und H. NEUMANN. Ueber d. Keimgehalt der Frauenmilch. Arch. f. pathol. Anatomie und Physiol. u. kl. Med. B. 126. H. I. * 45. Arnold PALLESCHE. Ueber d. Keimgehalt der Milch gesunder Wöchnerinnen. Virchow's Archiv. B. 130. H. 2. p. 185. 46. KNOCHENSTERN. Ueber den Keimgehalt der Dorpater Marktmilch nebst einigen bakteriologischen Untersuchungen von Frauenmilch. Disert. Dorpat. 1883. * 47. Franz HONIGMAN. Bacteriologische Untersuchungen über Frauenmilch. Zeitschrift f. Hyg. u. Inf. XIV. III H. 1843. 48. DOGIEL. Wracz. 1884. 49. J. SCHLICHTER. Anleitung zur Untersuchung und Wahl der Amme. Wien. 1894. 50. T. RINGEL. Ueber den Keimgehalt der Frauenmilch. München. medicin. Woch. 1893. N. 27. 51. FLEISCHMANN. Klinik. f. Paediatric. Wien. 1875. I. * 52. J. I. MAJKOWSKI i A. BUKOWSKI. O metodach oznaczania procentowości tłuszczu w mleku. Zdrowie 1892.

*) Tylko z prac oznaczonych gwiazdkami korzystałem z pierwszej ręki.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

170. F. v. MANGOLDT. **Pokrywanie ran naskórkiem przez zasiewanie go. Nowa metoda transplantacji.** W roku 1870 REVERDIN pierwszy podał myśl przeszczepiania kawałków skóry na powierzchnie ziarninowe w celu przyspieszenia pokrycia ich naskórkiem, a temsamem szybszego zagojenia się. W tym celu wycinał kawałki zdrowej skóry, posiadające wszystkie jej warstwy, i pokrywał nimi czystą ziarninę. Te kawałki, które się przyjmowały, już na czwarty dzień były unaczynione, a siódmego dnia ze swych brzegów wypuszczały fioletowy rąbek, składający się z nowotworzącego się naskórka.

Szybko rozpowszechniona w świecie chirurgicznym, metoda ta wkrótce wykazała swe ujemne strony. Stosunkowo drobne szkodliwości wystarczały, ażeby spowodować odpadnięcie przeszczepionych kawałków. Z drugiej strony nie przeszkadzało to kurczeniu się blizn, co paraliżowało kosmetyczne zalety zabiegu. Metoda była coraz rzadziej używana.

THIERSCH zbadał dopiero, co jest przyczyną złych wyników metody REVERDIN'a. Do zagojenia się rany potrzebne są dwa czynniki: jednym jest przeobrażenie się miękiej, obficie unaczynionej tkanki ziarninowej w suchą, ubogą w naczynia, wąską warstwę tkanki bliznowatej, co jest połączone z kurczeniem się tkanki; drugim czynnikiem jest pokrycie kurczących się granulacji naskórkiem.

Kurczenie się tkanki ziarninowej ma pewną granicę, do której doszedłszy, tworząca się blizna przestaje się kurczyć. Jeżeli więc zaszczerpiemy kawałek zdrowej skóry na tkance ziarninowej, która już doszła do swego *maximum* skurczenia się, zaszczerpienie płaty kurczyć się nie będą. Gdy jednak przeszczepienia dokonamy na tkankę, która do granicy tej jeszcze nie doszła, tkanka bliznowata pomimo przyjęcia się płatów dalej pod nimi kurczyć się będzie. W ten sposób tłuma- czy THIERSCH jedną z przyczyn nieudatnych wyników przeszczepień REVERDIN'a.

Drugi powód leży w budowie wierzchniej warstwy tkanki ziarninowej. Ta ostatnia składa się z warstwy spodniej trwadszej, mało unaczynionej przez naczynia, przebiegające równolegle z powierzchnią skóry, i z warstwy wierzchniej soczystej, pulchnej, obficie unaczynionej przez delikatne naczynia, wstępujące prostopadle z naczyń warstwy spodniej. Ta wierzchnia warstwa bierze głównie udział w sprawie kurczenia się blizny. W niej to łatwo powstające wybroczyny krwi lub wypociny zapalne podnoszą już przyrosłe po przeszczepieniu płatki skóry i sprawiają ich odpadnięcie. Dlatego też THIERSCH poleca usunięcie wierzchniej warstwy tkanki ziarninowej przy transplantacji.

Metoda THIERSCH'a, ogłoszona 1886 roku, polega na przeszczepieniu płatów zdrowej skóry, dowolnej wielkości, składających się z naskórka i najpowierzchniejszych tylko warstw skóry, nie na powierzchnie ziarninowe, tylko na świeże rany. Za takie uważa albo prawdziwe świeże rany po operacjach, lub też powierzchnie ziarniny, z których wierzchnia warstwa została ścięta. Doświadczenie wykazało, że metoda THIERSCH'a daje wyniki pewne i trwałe, jak również, że zamiast kłopotliwego codziennego opatrunku wilgotnego z fizyologicznego roztworu soli kuchennej, z równie dobrym skutkiem można używać opatrunków zwykłych, antyseptycznych lub aseptycznych, suchych. Niemniej jednak i ten zabieg nie rozstrzygał sprawy w zupełności.

Mianowicie trzeba zręcznej ręki, ażeby miejsce, na które przeszczepiono skórę, wyglądało estetycznie. Dalej miejsce, z którego wzięto płatki do przeszczepiania, wymaga kilku tygodni do zagojenia, a conajmniej przez pół roku jest zeszpecone. Wreszcie małych jam w kości niepodobna w ten sposób pokryć naskórkiem. Te to braki pobudziły autora do udoskonalenia metody.

MANGOLDT, opierając się na spostrzeżeniu, że resztki nabłonka, pozostałe wśród rany, wystarczają, ażeby, rozmnażając się, pokryć ją, powziął myśl spróbowania, czyby się nie udało pokryć rany naskórkiem, posianym na jej powierzchni. W tym celu brzytwą wyjałowioną, trzymaną prostopadle ku powierzchni skóry, po dokładnem jej wymyciu, ogoleniu i wyjałowieniu, zeszkrobuje powierzchnie warstwy naskórka aż do ukazania się punktów krwawiących. Zebraną z brzytwy krwawą miazgę nakłada cienką warstwą na świeżą ranę i przykrywa ją

paskami wygotowanego staniolu lub błonkami gutaperkowemi, sterylizowanemi w alkoholu i wysuszonymi. Chodzi tu o zapobieżenie przyschnięciu zasianych komórek do opatrunku.

Wkrótce po zasianiu miazga krzepnie i pokrywa ranę błoną koloru ceglastego. Podczas pierwszych dni przy zmianie opatrunku nie widać zasianego naskórka. Rana wskutek wydzielania się włókienki wydaje się pokrytą nalotem krupowym. Dopiero piątego lub siódmego dnia włókienka znika, a powierzchnia rany nabiera niebieskawo-różowej barwy. Jest to młody naskórek. Pod koniec trzeciego tygodnia rana jest zagojona.

Od piątego dnia począwszy, należy co 2 dni ranę opłukać roztworem wyjałowanym letnim soli kuchennej i opatrunek zmienić. Od 10 dnia przykładą się lanolinę z kwasem bornym.

Metoda ta zdaje się wypełniać braki transplantacji THIERSCHE'a. Daje ona bliźny o powierzchni zupełnie gładkiej, jednostajnej, daje się łatwiej zastosoować i tam, gdzie chodzi o pokrycie naskórkiem jam, wewnątrz kości położonych, jak np. po operacjach usznych; wreszcie nie szpeci miejsca, skąd operator zapożycza naskórkę, miejsce to bowiem już po kilku dniach goi się pod dermatołem i pozostaje najwyżej zaróżowienie.

W gruncie rzeczy metoda MANGOLDT'a różni się tylko rozmiarami przeszczepianych cząsteczek skóry od sposobu THIERSCHE'a. Badanie bowiem drobnowidzowe wykazało, że zeskrobana z powierzchni skóry miazga składa się z bryłek, w których skład wchodzi także wszystkie warstwy naskórka i wierzchołki brodawek skórnych. To jednak rozdrobnienie przeszczepianych kawałków skóry sprawia, że przylegają i przyrastają łatwiej od większych płatków THIERSCHE'a. Należy także podnieść i tę okoliczność, że gdy nieraz się zdarza, że płat THIERSCHE'a pozornie przyrośnie i nad martwym kawałkiem kości i dopiero po pewnym czasie zostaje podważony w formie pęcherza, cząstki miazgi na takich miejscach od razu giną i nie wywołują pozornego zagojenia.

Powyższą metodę podaje autor jako tymczasową notatkę, liczba bowiem przypadków, podług niej operowanych, ogranicza się na ośmiu. Zadawałające jednak wyniki, jakie otrzymał, zachęcają go do polecenia metody swej lekarzom do wypróbowania.

(*Deutsch. medicin. Wochenschr. N. 48. 1895*).

A. Kozerski

171. A. MATHIEU i Ch. TRÉHEUX. **Stosunek kwaśności soku żołądkowego do kwaśności moczu podczas trawienia w stanie prawidłowym i u osób cierpiących na niestrawność.** Już w początku wieku bieżącego zwrócono uwagę (BENCE JONES), że oddziaływanie moczu zmienia się po jedzeniu, że mocz staje się obojętnym, a nawet alkalicznym w 3—5 godzin po spożyciu pokarmów. MALT wykazał, że wahania kwaśności moczu w czasie trawienia zależą w znacznym stopniu od wydzielania się soku żołądkowego. Zauważono, że po obfitych wymiotach lub wydobyciu treści żołądka, mocz oddziaływa alkalicznie. To jednak obniżenie kwaśności moczu pozostaje w związku z wahaniami ilości kwasu solnego, lecz nie kwasów fermentacyjnych.

Punkt ostatni może rzucać niejaki światło na rozpoznawanie chemizmu żołądkowego. Jeżeli mocz oddziaływa alkalicznie po opróżnieniu żołądka skutkiem wymiotów albo też wydobycia treści, to okoliczność ta przemawia za przypuszczeniem, że mamy do czynienia z wzmocnionym wydzielaniem kwasu solnego i soku żołądkowego wogóle. Jeżeli w tych warunkach nie znajdujemy zmian w moczu, w takim razie kwaśność soku żołądkowego zależy od kwasów organicznych, nie zaś od kwasu solnego. Jeżeli wreszcie kwaśność moczu po jedzeniu nie wykazuje żadnych wahań, to możemy przypuszczać zmniejszenie albo też zupełny brak kwasu solnego w soku żołądkowym.

W celu sprawdzenia dotychczasowych faktów M. i Tr. przedsięwzięli szereg badań w tym kierunku: badali mocz co godzinę w porze poobiedniej u osób zdrowych i cierpiących na niestrawność. Badanie było przeprowadzone u 12 osób, ogółem po 84 obiadach, co wyniosło przeszło 400 rozbiórów kwaśności moczu. Jednocześnie określali ciężar gatunkowy moczu, mocznik i całkowitą ilość kwasu. Kwaśność moczu określali decynormalnym roztworem ługu sodowego, a jako odczynnik używali fenol-ftaleiny. Wyniki porównywali z liczbami, otrzymanymi przy badaniu soku żołądkowego i całkowitej kwaśności moczu. Nie wchodząc w szcze-

góły licznych prób, wnioski, jakie dadzą się wysnuć z badań M. i Tr., są następujące:

1) Istnieje pewien stosunek między kwasnością soku żołądkowego, a kwasnością moczu: im więcej kwasu zawiera żołądek, czy to dzięki czynności wydzielniczej tego narządu, czy też skutkiem fermentacji spożytych pokarmów, głównie zaś fermentacji mlecznej, tem wyższą będzie ilość kwasu wydzielanego z moczem podczas trawienia.

2) W stanie prawidłowym kwasność moczu znacznie się obniża przez pierwsze 3—5 godzin po spożyciu pokarmów, następnie zaś podnosi się. W pierwszej jednak godzinie kwasność może podnieść się chwilowo.

3) Najczęściej krzywa kwasności względnej moczu (obliczanej na 1,000) i krzywa bezwzględnej ilości wydzielanego kwasu są równoległe. Ta równoległość znika wówczas, kiedy po jedzeniu występuje poliurya. Wtedy krzywa kwasności względnej podnosi się, gdy krzywa kwasności bezwzględnej obniża się.

4) Kiedy znaczna ilość kwasu zostaje usunięta z żołądka czy to przez wymioty, czy też skutkiem przemycia, wtedy kwasność moczu obniża się znacznie. Mocz w podobnych warunkach może nawet oddziaływać alkalicznie.

5) Przeciętna ilość kwasu, wydzielonego z moczu przez godzinę, jest wyższa u osób z nadmiarem, niż u osób ze zmniejszoną ilością kwasu solnego.

6) Mleko znacznie podnosi ilość kwasu wydzielonego z moczem; prawdopodobnie pochodzi to stąd, że pod wpływem mleka powstaje w żołądku znaczna ilość kwasu mlecznego, który zostaje zwykle skierowany ku nerkom, wprost skutkiem moczopędnego działania mleka.

7) Obecnie trudno jeszcze nakreślić krzywą kwasności moczu w czasie trawienia, która pozwalałaby bezpośrednio rozpoznawać wahania soku żołądkowego pod względem chemicznym u osób cierpiących na zaburzenia trawienia. Zdaje się nawet, że taka krzywa nie istnieje.

8) Mleko należy stanowczo usunąć ze śniadań próbnych przy badaniu kwasności moczu. Śniadania te winny być zawsze jednakie u wszystkich chorych; nadto chorzy przez czas dłuższy powinni pozostawać na dyecie stałej.

(*Archives générales de médecine. 1895 listopad.*) W. Męczkowski.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. listopad r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 56 (m. 26, k. 30); przybyło w listopadzie 70 (m. 33, k. 37); wypisało się 70 (m. 36, k. 34); zmarło 7 (m. 3, k. 4); pozostało na miesiąc następny chorych 49 (m. 20, k. 29).

Ogólna liczba chorych była znacznie mniejsza, niż w miesiącu ubiegłym, a to dzięki zupełnemu prawie wygaśnięciu biegunki krwawej i nie tak często występującej róży. Rzadziej również spotykaliśmy się z innymi chorobami zakaźnymi. Tym sposobem miesiąc ubiegły pod względem epidemiologicznym trzeba uważać za dość pomyślny. Przebieg chorób również był pomyślniejszy, niż w miesiącu październiku. Najlicniejszą rubrykę w dalszym ciągu stanowiła róża, której mieliśmy przypadków 31 (m. 16, k. 15), niepomyślnych zaś z powodu powikłań 2 przypadki. Przebieg choroby był bezporównania łżejszy, niż w poprzednim miesiącu. „Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Marszałkowska 42, Kacza 21, Dzielnia 63, Krakowskie Przedmieście 26, Gęsia 69 i 103, Krucza 36, Nowolipie 8, Twarda 42, Leszno 2, Daleka 13, Hoża 16, Wolska 10, Chłodna 5 i 58, Żabia 3, Komitetowa 1, Burakowska 15, Łucka 12 i 17, Smocza 44, Pawia 42, Śliska 62, Solec 113, Nowolipki 42, Chmielna 110, Plac Krasiński 5, Topiel 16, oraz wsie: Młociny, Czyste i Sielce.

Drugą rubrykę zajmuje biegunka krwawa, której mieliśmy tylko przypadków 7 (m. 2, k. 5). Były to po większej części przypadki przewlekłe, zaniedbane, 3 z nich zakończyły się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z następujących ulic: Cicha 5, Krochmalna 22, Aleja Ujazdowska 21, Czerniakowska 32, Mostowa 9 i Szczygła 3.

Rzadziej również, niż w ubiegłym miesiącu, widywaliśmy odrę. Mieliśmy przypadków 5 (m. 2, k. 3) u dorosłych z przebiegiem pomyślnym, z następujących ulic: Nizka 43, Dzika 53, Żórawia 27, Piwna 13 i Jasna 1.

Na zaznaczenie zasługuje zupełne prawie niepojawianie się tyfusów: brzusznego mieliśmy jeden przypadek z Solca 77; wysypkowego zaś 2 z okolic Warszawy: Wawra i Koła. Wszystkie zakończyły się pomyślnie.



W jednej mierze trzyma się ospa, której mieliśmy 4 przypadki (m. 2, k. 2), z których 2 u osób nieszczepionych, jeden z nich zakończył się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z ulic: Pańska 94, Chłodna 28, Solec 93, Grzybowska 32.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 4 przypadki błonicy gardła (Nizka 54, Krakowskie Przedmieście 3, Nalewki 3 i Nowo-Mińsk) zakończone pomyślnie; 3 przypadki płonicy u dorosłych (Gęsia 19, Gęsia 18, Chłodna 28), z których jeden z powodu powikłań z zejściem niepomyślnym; 3 przypadki *anginae follicularis* oraz 1 zapalenia płuc włóknikowego.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 2 przypadki niezytu kiszki i uwiądu starego, oraz po jednym: padaczki, zapalenia tkanki łącznej podskórnej, i ucha średniego.

Biletów odmownych chorym, niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 14.

J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== NEWINGTON zauważył, że przetwory jodowe mają silne własności przeciwtasiemcowe. *Rp. kali jodati* 2,25, *jodi puri* 0,75, *aquae dest.* 30,0. *MDS.* Dzieśięć kropeł trzy razy dziennie. D-r N. miał sposobność wielokrotnie stosować ten środek, zawsze z pomyślnym wynikiem. Tasiemiec wychodził martwy i powrotów nie było. (La sem. méd. N. 50 1895).

W. Z.

== Jako bardzo wczesny objaw, pozwalający na rozpoznanie moczwówki cukrowej, uważa v. Noorden zjawienie się cukru w moczu chorego po podaniu mu naczcho z rana 100 grm. cukru gronowego, gdy tymczasem chorzy tacy doskonałe znoszą jeszcze wszelkie inne węglowodany i cukier w moczu po za wskazanem doświadczeniem nie wykrywa się. (Zeit. f. aerz. L. 1895. VII).

W. Z.

== MAAS, opierając się na doświadczeniach na zwierzętach, twierdzi, że trujące własności lysolu są względnie niewielkie. Z tego powodu zaczął on stosować lysol wewnętrznie w dawkach 0,05—0,5 trzy razy dziennie po jedzeniu w pigułkach, kapsułkach lub rozczyinach: wodnym albo alkoholowym; dzieciom dawał w mleku lub w *aq. ment. piper.* W postaci tej lysol działał jako bardzo dobre *desinficiens* przewodu pokarmowego. Zalecać go można przy niezbytach kiszki nawet u dzieci. Pod wpływem tego środka ilość kwasów etero-siarczanых w moczu zmniejsza się, co świadczy o zmniejszeniu gnicia w przewodzie pokarmowym; moczu nie zawiera przytem ani białka, ani cukru. Nadto M. zaleca lysol w rozczyynie 1% do płukania jamy ustnej; do przemywania jamy nosowej przy niezbytach nosa i cewki moczowej w rzeżączce w rozczyynie 1%; wreszcie w rozczyynie 2% w pryszczycy i chorobach skórnych pochodzenia pasorzytniczego. Oprócz tego M. sądzi, że środek ten może dawać dobre wyniki w zapaleniu pęcherza, tyfusie i błonicy, sam jednak doświadczenia pod tym względem nie posiada. (D. Arch. f. klin. Med. 1894, Bd. 52)

W. M.

== GALLIARD stosował *trional* u 40 chorych. Z liczby tej tylko w 7 przypadkach *trional* nie wywołał żadnego skutku, w innych chorzy spali przynajmniej parę godzin. Sen następował zwykle po 20—25 minutach. Niebezpiecznych skutków G. nie spostrzegł, niekiedy tylko zawrót głowy, ciężar w głowie i mdłości po przebudzeniu się. Jednorazowa dawka wynosiła 1,0. (La sem. médic. 1895 N. 15).

== LEMOINE (Lille) zwraca uwagę na błękit metylenowy, jako na środek kojący bóle przy nerwobólach, szczególnie zaś przy rwie kulszowej i bezładzie. Przy dawkach 0,3 rwa kulszowa ustępuje po kilku dniach (o ile tylko nie mamy do czynienia z zapaleniem nerwu). W tych samych dawkach błękit metylenowy daje bardzo pomyślne wyniki przy *crises gastriques* i bólach błyskawicznych u chorych na wiałrżenia. (Le progrès médic. 1895 N. 18).

== Prof. C. Boeck, lekarz naczelny szpitala chorób skórnych w Chrystianii, zaleca przeciwko odmrożeniu smarowanie następującą mieszaniną: *resorcinii*, *ichthyoli*, *tannini* aa 2,0, *aq. destillatae* 10,0. Jeżeli względy estetyczne nie pozwalają na użycie powyższego środka, w takim razie stosować można: *resorcinii* 4,0, *gummi arabici* 2,5, *aquae destillatae* 7,5, *talci pulver.* 1,0 *MDS.* smarować raz dziennie wieczorem. (Sem. médic. N. 50).

== Pic z powodu obfitych wymiotów krwawych w pewnym przypadku wrzodu żołądka zastosował lawatwy odżywcze, lecz bez żadnego wpływu na ogólny stan chorej. Ponieważ chora twierdziła, że wymiotuje części zawarte w lawatwywie, Pic do lawatwy dodał *lycopodium*, które w pół godziny potem w wymiocinach znalazł. Przypuszczać przeto należy, że w danym, przynajmniej, przypadku zastawka BAUHIN'a nie stanowiła przeszkody dla mas, wprowadzanych do odbytnicy. (Lyon médical № 41).

W. M.

== W biegunkach u dzieci RUUSSEAU-SAINT-PHILIPPE zaleca antypirynę. Dzieciom do roku

daje on co 2 godziny łyżeczkę przed jedzeniem: *Rp. antipyrini* 0,5; *aquae destillat.*; *syr. simplic.* aa. 50,0, *MDS.* Jeżeli dzieci są starsze, w takim razie ilość antypiryny należy powiększać o 0,5 za każdy rok. (*Therap. Month.* 1895 N. 10). *W. M.*

— Dla zapobiegania wymiotom przy chloroformowaniu LEWIN (Bruksella) radzi używać zwyyczajny ocet. Przed ukończeniem chloroformowania macza serwetkę w occie i po wyżęciu kładzie na twarz chorego, na maskę, poczem ostrożnie wyjmuję maskę z pod serwetki. Cel tu polega na tem, aby chory bezpośrednio po chloroformowaniu wdychał nie świeże powietrze, lecz nasycone octem. Serwetkę należy trzymać na twarzy chorego przez 3 godziny, a nawet całą dobę. Wpływ kwasu octowego na usunięcie wymiotów L. objaśnia w następujący sposób: chloroform wydziela się z ciała prawie wyłącznie przez płuca; pod wpływem ciepła nadmiaru powietrza rozkłada się natychmiast na kwas mrówczany i chlor. Wolny chlor drażni błonę śluzową gardzieli i krtani, co właśnie stanowi w tym razie główną przyczynę wymiotów. Otóż kwas octowy ma własność pochłaniania wolnego chloru; dlatego też odde-

chanie powietrzem nasyconem octem usuwa główną przyczynę wymiotów. (*Revue de Chirurgie.* 1895 wrzesień). *W. M.*

— MENNELA (Rzym) leczy ciężkie postacie niedokrwistości zapomocą zastrzykiwań jodu i cytrynianu żelaza według poniższych wzorów: *Rp. jodi puri* 0,2, *kalii jodati q. s. ad solvendum in aq. destill.* 20,0 *MDS.* *Rp. ferri citrinammon.* 1,0, *aquae destillatae* 20,0 *MDS.* Na jednym posiedzeniu zastrzykuje w jedno biodro całą strzykawkę jodu, w drugie zaś żelazo. Zastrzykiwania można stosować codziennie, a nawet dwa razy dziennie. W spostrzeganych przypadkach autor wkrótce otrzymał wyniki pomyślne. (*La sem. médic.* 1895 № 55).

— A. STAELIN, badając 200 chorých, dotkniętych przymiotem, w epoce objawów drugorzędnych, u 21, a zatem w 15,5%, znalazł grudki (*papulae*) na łącznicy, przeważnie powieki dolnej, i to w fałdzie przejściowej. Dotąd uważano to za rzecz bardzo rzadką. (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie* 1895).

— Jodek potasu w postaci pigułek najwłaściwiej zapisywać w następującej postaci: *Kal. jod.* 10,0, *Sicc. lact.* 5,0, *Eanolini* 3,0. *M. f. pill.* N. 50. (*Ther. Woch.* 1895—18).

Wiadomości bieżące.

— W dniu 24 b. m. Towarzystwo Lekarskie Wileńskie obchodziło uroczystości dziesięciolecie swego istnienia. Prezes zagałł posiedzenie „rzutem oka na działalność Towarzystwa”. D-r BIELIŃSKI mówił o pierwszej klinice w Wilnie; D-r STRZEMIŃSKI — o sanitarnym stanie miasta Wilna w pierwszym dwudziestolecu istnienia Towarzystwa (1805—1825), oraz wypowiedział rzecz p. t. *Oftalmologia w Wilnie w temże dwudziestolecu*; D-r ZAGÓRSKI skreślił historyczny obraz Towarzystwa; wreszcie D-r BAGIEŃSKI mówił o działalności Towarzystwa, dotyczącej upowszechnienia szczepienia ospy ochronnej.

— Królewska belgijska akademja lekarska ogłosiła na konkurs w roku 1895—1899 następujący temat: „*Elucider par des faits cliniques et au besoin par des experiences la pathogenie et la therapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'epilepsie*”. Nagroda wynosi 8000 franków, ostateczny termin do przesyłania prac ustanowiono 15 września 1899 roku. Za prace nienagrodzone, lecz zasługujące na uwagę, będą wyznaczane wynagrodzenia od 300 do 1000 franków. Prace winny być pisane po łacinie lub po francusku i przesłane na imię sekretarza akademii.

— Prof. DUPLAY w Paryżu założył Towarzy-

stwo, mające na celu rozpatrywanie kwestyi odnoszących się do raka; „*Ligue contre le cancer*”; ażeby zaś wszystkie prace, traktujące o tem cierpieniu, mogły być razem drukowane, założył czasopismo pod redakcją D-ra OZENNE, p. t. „*Revue des maladies cancéreuses*”. Czasopismo to wychodzić będzie zeszytami (4 książki na rok). Pierwszy zeszyt już się ukazał i zawiera zarówno prace oryginalne, jak i referaty z prac, mających związek z chorobami raka.

— Lyon médical proponuje następujący sposób określania wilgoci mieszkań. W pokoju, w którym podejrzewamy wilgoć, należy po-mieścić kilogram świeżo gaszonego wapna i zamknąć hermetycznie drzwi i okna. Po upływie 24 godzin wapno należy zważyć. Jeżeli przybytek na wadze (kilo) wynosi więcej aniżeli 10 gm. t. j. 1%, to dany pokój uważać należy za wilgotny.

— Po śmierci prof. Moos'a redakcyę czasopisma „*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*” objęli: prof. KORNER i d-r A. HARTMANN.

— „*Journal of Inebriety*” twierdzi, iż w Stanach Zjednoczonych Am. P. liczba pijaków dochodzi do 1,600,000; przypuściwszy liczbę dorosłych ok. 25,000,000, wypada jeden pijak na 15 dorosłych mieszkańców.

Rok XXXI-szy.

M E D Y C Y N A

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 przede wszystkim 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** dotychczasowe go 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 administracyi 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.

Довозлено Цензурою. Варшава, 12 Декабря 1895 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8



Biblioteka Główna WUM

B.085



400000009792