

Nr 28. Warszawa, d. 27 Czerwca (9 Lipca) 1898 r. T. XXVI.

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** 21 wiersz jednospaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Foksal Nr. 13.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Cięcie cesarskie zachowawcze z wynikiem pomyślnym dla matki i płodu. Podał Fr. Stepkowski. — **Wykłady kliniczne.** Uwagi o leczeniu masażem w chirurgii. — **Streszczenia i wyciągi.** 108. O katalipsyi i psychozie w złotacze. 109. O trawieniu mleka i odżywianiu ssawców. 110. Kilka uwag o doszczętnem leczeniu wodniaka pochwy jądrowej. 111. Badania nad przebiegiem ciąży i porodu po amputacji szyi macicy. 112. W sprawie leczenia zapalenia otrzewny gruźliczego za pomocą cięcia brzuszego (laparotomia). 113. O natrętnych czyli przymusowych stanach duchowych. 114. O chirurgicznem leczeniu wrzodu żołądka. 115. Kilka uwag o katgucie karbolowo-wyskokowym. — **Z IX Zjazdu międzynarodowego w Madrycie poświęconego sprawom higieny** (10—17 kwietnia r. b.). (Dokończenie). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Fr. Stepkowski — Opération césarienne conservative avec terminaison favorable pour la mère ainsi que pour l'enfant.

Redaction: Dr M. Sadowski, Varsovie — Rue Kr. Przedm. 7.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Fr. Stepkowski — Konservativer Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Z DOMU ZDROWIA. D-ra STEPKOWSKIEGO.

Cięcie cesarskie zachowawcze z wynikiem pomyślnym dla matki i płodu.

Podał D-r Fr. STEPKOWSKI.

W dniu 28 grudnia 1897 r. zgłosiła się do zakładu starozakonna M. G., w ostatnim miesiącu ciąży będąca, dla odbycia porodu. Zameżna od lat 6-tych, rodziła 3 razy, porody były ciężkie i długotrwałe i każdy ukończył się wymóżdzeniem. Ostatnim razem przed rokiem wyczekiwała rodząca aż dwie doby po odejściu wód i pomimo silnych bólów urodzić żywego dziecka nie mogła.

Zawsze zdrowa, chodzić zaczęła przy końcu pierwszego roku życia, co stwierdza obecna przytem jej matka.

Osoba lat 25, wzrost 147 cm. Narządy wewnętrzne zdrowe. Układy kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo, odżywianie dobre, tkanki tłu-

szczowej ilość umiarkowana. Ani na kościach piszczelowych, ani udowych, ani na żebrach nie spostrzegamy zmian, cechujących przebytą chorobę angielską. Skrzydła kości udowych prawidłowo rozwinięte, o prawidłowem nachyleniu do poziomu; odległość pomiędzy guzami siedzeniowymi nie powiększona. *Spinae post. super. oss. ilei* z wyrostkiem ciernistym ostatniego kręgu lędźwiowego i wewnętrznymi brzegami mięśni pośladkowych tworzą czworokąt prawidłowy. Wymiary miednicy: kolcowy przedni górny 26; grzebienio-
wy 29; pomiędzy krętarzami 35; wymiar prosty zewnętrzny BANDELOQU'a 18 ctm; wymiar prosty przekątny 9 ctm; wymiar zatem prosty wchodu miednicy 7 ctm. Była to więc miednica nierachityczna, spłaszczona w wymiarze przednio tylnym. Po ułożeniu chorej na grzbiecie wyczuwa się główka płodu w dole biodrowym prawym, pośladki na lewo; tętno z prawej strony pod pępkiem. Badając przez pochwę, przodującej części wyczuć nie można; ujście maciczne zamknięte.

Ostatnia miesiączka odbyła się d. 10 kwietnia, zatem dzień porodu wypadł 15 — 17 stycznia. Wobec powyższego badania postanowiłem nie czekać końca ciąży, lecz wywołać zaraz poród przedwczesny i następnie wykonać obrót profilaktyczny na nóżkę. W tym celu po wykąpaniu chorej, należytem przeczyszczeniu, po starannem odkażeniu pochwy i kanału szyi macicznej, wprowadziłem do macicy świecę z celluloidu a następnie, gdy otwór kanału szyi na to pozwalał, wprowadziłem balon gumowy napełniony roztworem 1% kwasu karbolowego. Po upływie 24 godzin wystąpiły coraz to mocniejsze bóle, a ujście rozwarło się na 3 palce poprzeczne. W ostatniej jednakże chwili chora zażądała odemnie stanowczo wykonania takiej operacji, któraby dawała największe szanse uratowania dziecka. Wtedy po naradzeniu się z kolegami NEUGEBAUREM i KRAKOWEM postanowiłem zamiast obrotu profilaktycznego wykonać cięcie cesarskie.

O godzinie 12-iej w południe po starannem odkażeniu pochwy, kończyn dolnych, brzucha, przy zupełnem prawie otwarciu ujścia i całym pęcherzu, przystąpiłem do operacji. Łaskawie pomagali mi koledzy: panna d-r GOLDE-JANCZEWSKI, KRAKÓW, NEUGEBAUER, SUNDERLAND i WARSZAWSKI. Przede-
wszystkiem, idąc za radą kolegów NEUGEBAURA i KRAKOWA, przebito od strony pochwy błony płodowe, w celu zmniejszenia objętości macicy i uniemożliwienia przedostania się choćby części wód płodowych do jamy otrzewny. Po wypuszczeniu wód macica rzeczywiście znacznie zmalała, główka zaś obsunęła się do wchodu miednicy. Cięcie ścian brzusznych na linii białej 7 ctm. po nad pępkiem sięgało ku dołowi na 3 poprzeczne palce nad spojeniem łonowem. Po otwarciu jamy otrzewny w ranie ukazała się macica nie pokryta kiszka-
mi. Wyłoniwszy macicę nazewnątrz jamy brzusznej, społem brzegi cięcia po nad macicą dwoma szwami, w celu przeszkodzenia wypadaniu pętli kiszek i niepotrzebnego ich oziębienia, ciepłą zaś serwetę, zmoczoną w płynie TAVEL'a ułożyłem na tylnej powierzchni macicy. Ponieważ przyczep jajowodów i więzadeł obłych był znacznie przemieszczony ku przodowi, wywnioskowałem, że prawdopodobnie łożysko jest umieszczone na tylnej ścianie macicy. Cięcie w macicy poprowadziłem przez przednią jej ścianę w linii pośrodkowej na 14 ctm. długie i jednym cięciem otworzyłem jej jamę. Po otworzeniu worka płodowego wydobyto za pośladki dziecko „un peu étonné“, które jednakże wkrótce płakać zaczęło. Po podwiązaniu i przecięciu pępowiny oddano dziecie jednemu z asystentów. Elastycznego powrozu nie stosowałem, ponieważ dwuręczny ucisk dolnego odcinka macicy zupełnie zapobiegł krwawieniu z rany,

które było bardzo nieznaczne. Łożysko odkleiło się wkrótce samo i wypadło z rany tak, że nawet nie potrzeba było wprowadzać ręki do jamy macicy. Po wyjściu łożyska macica znakomicie kurczyć się zaczęła. Bez uprzedniej toalety nałożyłem 10 szwów jedwabnych, chwytających całą ścianę macicy en bloc wraz z doczesną oraz pięć szwów powierzchownych, które chwytaly otrzewnę i powierzchowną warstwę błony mięsnej w celu ściślejszego przylegania brzegów rany. Wreszcie, po odprowadzeniu macicy do jamy brzusznej i wyjęciu serwety, ranę brzuszną zaszyłem trzypiętrowym szwem jedwabnym i nałożyłem zwykły opatrunek. Późem zastrzyknięto 2 strzykawki ergotyny pod skórę. Cała operacja trwała 3 kwadranse.

Dziecię płci męskiej, prawie donoszone, 46 ctm. długości, wymiar prosty główki 11,5, wymiar skośny wielki 14 ctm., skośny mały 9,3, wymiar poprzeczny mały 9 ctm.; wymiar poprzeczny większy 9,50; wysokość twarzy 9 ctm., obwód czaszki 35 ctm.; włosy na głowie czarne 3 ctm. długie, bardzo gęste. Pępowina poskręcana cała 36 ctm. długości.

30. XII. Ciepłota wieczorem $37,4^{\circ}$ C.; tętno 96. Uskarża się na silne bóle w dole brzucha; dość częste wymioty.

31. XII. Ciepłota rano 37° , wieczorem $37,3^{\circ}$; tętno 96. Wymioty i bóle w dole brzucha trwają dalej.

1. I. 1898. Wymioty ustaly. Ciepłota rano 37° — $37,4^{\circ}$. Brzuch bolesny w dolnej części. Odchody krwawe w nieznacznej ilości.

2. I. Ciepłota rano 37° a wieczorem $37,4^{\circ}$; tętno 90. Podano łyżkę oleju rycynowego. Bolesność w dole brzucha mniejsza.

5. I. Ciepłota rano $37,4^{\circ}$, a wieczorem $38,0^{\circ}$. Stan ogólny bardzo dobry. Było kilka wypróżnień.

6. I. Ciepłota rano $37,6^{\circ}$, wieczorem $38,2^{\circ}$. Zdjęto szwy, rana brzuszna zagojona *per primam*. Odchody lekko zaróżowione w nieznacznej ilości. Dno macicy wyczuwa się na 2 palce poprzeczne poniżej pępka.

7. I. Ciepłota rano $36,6^{\circ}$, wieczorem 37° . Stan ogólny bardzo dobry.

11. I. Dno macicy znajduje się jeszcze na tej samej wysokości co 6 stycznia t. j. na dwa palce poprzeczne poniżej pępka; odchodów nie ma żadnych. Ciepłota ciągle prawidłowa, począwszy od 7 stycznia.

15. I. Wysokość dna macicy takąż jak poprzednio.

20. I. M. G. opuściła zakład jako zupełnie zdrowa wraz ze zdrowym dzieckiem, Macica sterczy jeszcze w jamie brzusznej, dno daje się wyczuć jej na 4 palce poprzeczne ponad spojeniem, łonowem jako twarda kula, pomimo że matka sama karmi. Nie ulega wątpliwości, że to wysokie umieszczenie macicy jeszcze 20-go dnia po operacyi jest następstwem zlepów przedniej ściany macicy z otrzewną ścienną. Również i ciepłota podniesiona 7-go i 8-go dnia po operacyi do $38,2^{\circ}$ zależała, zdaje się, od tegoż zapalenia. OLSHAUSEN zwrócił nawet uwagę na bardzo często występującą gorączkę u swoich chorych w okresie pooperacyjnem i tłumaczy to właśnie jako następstwo zapalenia zlepnego otrzewny.

Jest rzeczą wiadomą, że większe są szanse dla dziecka przy cięciu cesarskiem, aniżeli przy profilaktycznym obrocie, co zaś do matek, rzecz się ma odwrotnie. Przeglądając świeżo wysłane sprawozdanie z kliniki CHROBAK'a, podane przez HÖLDER'a, odnośnie do porodów z wąską miednicą od 1 stycznia 1878 r., znajdujemy, że na 50,621 porodów miednica była zwężona 1,297 razy a obrotów profilaktycznych dokonano 19; z tej liczby:

a) przy miednicy płaskiej nierachitycznej 7 razy, przyczem żywych dzieci otrzymano 42,9%;

b) przy miednicy płaskiej rachitycznej 9 razy, przyczem dzieci otrzymano żywych 44,4%;

c) przy miednicy ogólnie zwężonej płaskiej 3 razy, przytem dzieci żywych otrzymano 66,4%.

Przez ten sam okres czasu cięcia cesarskiego było przypadków 34, z tej liczby 14 razy cięcie było zachowawcze, a 20 razy według metody PORRO, wszystkie dzieci wydobyto żywe i oprócz jednego wszystkie wyszły z kliniki zdrowe; z matek zaś zmarło 5 t. j. 14;4%, przy profilaktycznym zaś obrocie żadna. Tu nadmienić tylko muszę, że po obrocie nie było następczego pociągania, a pozostawiano poród własnemu przebiegowi, stosując w każdym przypadku położenie WALCHER'a.

Od czasu zaprojektowanego przez FRITSCH'a w maju 1897 r. cięcia poprzecznego dna macicy przy *sectio caesarea*, zamiast dotychczas używanego cięcia podłużnego, posypały się dość liczne ogłoszenia akuszerów, którzy mieli możność cięcia to stosować. Z opisów tych okazuje się, że poprzeczne cięcie dna macicy w ogóle dało wyniki dobre.

Zalety tego sposobu mają być następujące:

1) Cięcie ściany brzusznej prowadzi się wyżej, mniej więc tak, że pępek stanowi środek cięcia, przez co jest mniejsza obawa przepuklin ścian brzusznych.

2) Cięcie poprzeczne dna macicy jest równoległe do naczyń, szew więc chwyta naczynia pod kątem prostym i krwawienie natychmiast ustaje; przy podłużnym zaś cięciu szwy leżą równoległe z naczyniami i łatwo zdarzyć się może, że pomiędzy dwoma szwami może przebiegać dość znaczne naczynie i spowodować krwawienie.

3) Operacja robi się czysto; macica może być łatwo uciśnięta ręką asystenta.

4) Przy poprzecznym cięciu dna natrafiamy na kończyny płodu i wydobyć jego udaje się bardzo łatwo.

5) Rana zmniejsza się bardzo szybko.

6) Macicę można jeszcze przed nałożeniem szwów wsunąć z powrotem do jamy brzusznej.

G. BRAUN w maju 1897 roku operował według tej metody. Krwawienie było znaczne, tak że zmuszony był dla zatrzymania krwawienia nałożyć 15 głębokich i 9 powierzchownych szwów. Tak obfite krwawienie było następstwem słabych bólów porodowych. Chora wyzdrowiała.

EVERKE, aczkolwiek wogóle przyznaje tej metodzie wspomniane wyżej zalety, to jednakże z powodu zaszłej w jego przypadku śmierci nie decydowałby się drugi w ten sposób operować. Śmierć w jego przypadku była następstwem *peritonitidis septicae* wskutek nekrozy brzegów rany, rozejścia się szwów i powstałej stąd komunikacji macicy z jamą otrzewną. Nekrozę brzegów rany autor tłumaczy niedostatecznym przyływem krwi, spowodowanym przewiązaniem obu gałęzi tętnic nasiennych, przebiegających równoległe do cięcia macicy.

Ujemną stronę w cięciu FRITSCH'a widzi EVERKE również w tem, że linia szwów jest zwrócona do swobodnej jamy brzusznej, przez co możliwe są zrosty z kiszka, żołądkiem i siecią, co jest rzeczą ważniejszą i cięższą, niż zrosty ze ścianami brzuszniemi. Ropień więc wytworzony w ścianach macicy,

gdyby się przedostał do jamy brzusznej lub do kiszek, może spowodować znacznie groźniejsze następstwa, niż ropień wytworzony w ścianie macicy przy cięciu podłużnem. Według zatem mniemania EVERKE śmierć w jego przypadku pozostawała w przyczynowym związku z metodą operacyjną. Już jeden taki fakt, stwierdzony na stole sekcyjnym, miałby bardzo poważne znaczenie i świadczyłby ujemnie przeciwko metodzie FRITSCH'a, którą należałoby w takim razie zarzucić jako nader niebezpieczną. Trudno je inakże uwierzyć, żeby macica ciężarna, tak obficie ukrwiona, mogła uleść zgorzeli z powodu takiej bezkrwistości. SCHRÖDER, który wykonał 2 razy cięcie FRITSCH'a ze szczęśliwym zejściem, opierając się na badaniach anatomicznych NAGEL'a, zaprzecza możliwości podwiązania obu tętnic nasiennych, jak również nie wierzy w możliwość zrostów dna macicy z kiskami, żołądkiem i t. d., ponieważ macica po porodzie znajduje się w mocnem przodozgięciu, a dno dotyka przedniej ściany brzucha.

JOHANNOWSKY potwierdza dodatnie strony metody FRITSCH'a, zrostów zaś powierzchni cięcia z kiskami, żołądkiem i t. d. nie obawia się. KNAUER również chwali sposób poprzecznego cięcia dna, jednakże niebezpieczeństwo, jego zdaniem, w razie zakażenia jest większe, ponieważ ropa wskutek braku zrostów z przednią ścianą brzuszną może się przedostać do jamy otrzewny. Zrostów z przednią ścianą brzuszną nie należy, sędzę, uważać za ideał naszych zabiegów, ponieważ w razie ropienia w ścianie brzusznej ropa może przedostać się do macicy i powodować długotrwale przetoki maciczno-ścienne. Tak na przykład SAVOR zakomunikował na posiedzeniu Towarzystwa ginekolog. w Wiedniu przypadek ropienia szwów w ścianie macicy, w następstwie czego powstała przetoka maciczno-pęcherzowa. Przy następnej ciąży wskutek tej przetoki nastąpiła śmierć z powodu zakażenia.

LIEDENTOPF, KIRCHOFF, MÜLLER zgadzają się z FRITSCH'em. MÜLLER robi cięcie w dnie nie poprzeczne, a podłużne, obejmujące równomiernie przednią i tylną ścianę.

Literaturę poprzecznego cięcia dna macicy zupełnie wyczerpię, jeśli wspomnę, że CLEMENZ robił cięcie FRITSCH'a w raku macicy, a STEINTHAL w jej włóknaku, oba przypadki z pomyślnym zejściem.

Z krótkiego tego przeglądu literatury przekonywamy się więc, że autorowie wogóle są z tego sposobu zadowoleni i zalecają go do dalszego wypróbowania. Jednakże dziś jest jeszcze zbyt wczesnie, sędzę, wypowiedzieć ostatnie zdanie w danej kwestyi. Liczba przypadków operowanych zaledwie przewyższa jeden dziesiątek, jeden z nich skończył się śmiertelnie, w drugim był znaczny krwotok, o późniejszych wynikach operowanych przypadków mało wiemy. Dotychczas nie wiemy, czy blizna po cięciu poprzecznem dna będzie również wytrzymała jak po cięciu podłużnem, a także czy nie nastąpią później zrosty macicy z kiskami? Z tych to powodów nie byłem zbyt pohopnym do operowania w moim przypadku według metody FRITSCH'a, a wolałem zastosować dawno wypróbowany sposób cięcia podłużnego.

L I T E R A T U R A.

A. HOELDER. Berichte aus der zweiten Geburts-Gyn. klinik in Wien. 1897. H. FRITSCH. Ein neuer Schnitt bei der Sectio caesarea. Centralbl. f. gyn. Nr. 20. 1897 r. E. KNAUER. Der Fritsch'sche quere Fundalschnitt bei sectio caesarea conservativa. Wiener. klin. Woch. 1897. Nr. 49. EVERKE. Ueber Anlegung des Uterusschnittes bei sectio caesarea Monatschr. f. Geburt. u. Gyn. Nr. 7. 1897 r. JOHANNOW-

SKY. Ueber die verschiedenen Uterusschnittmetoden bei der conservativa sectio caesarea. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. VI. Heft 4. 1897. SIEDENTOPF. Ein Fall von Kaiserschnitt mit Eröffnung des Uterus durch queren Fundalschnitt und Totalex-tirpation wegen Sepsis. Centralblatt. f. Gyn. Nr. 4. 1897 r. KIRCHOFF. Deutsche med. Woch. 1897 r. Nr. 39. MUELLER. Ueber den Fundalschnitt bei der sectio caesarea. Centr. f. Gyn. 1898 r. Nr. 9. CLEMENZ. Sectio caesarea conservativa mit queren Fundalschnitt nach Fritsch (wegen Carcinom). Centralbl. f. Gyn. Nr. 10. 1898 r.

WYKŁADY KLINICZNE.

ZABŁUDOWSKI.

Uwagi o leczeniu masażem w chirurgii.

Poglądy na znaczenie masażu w różnych cierpieniach chirurgicznych zmieniły się ciągle w ostatnich 15-tu latach. Nareszcie, po długiem błakaniu się, zdołano odnaleźć sposoby, dające zadawalające wyniki pod względem techniki samego masażu, a również pod względem osiągania możliwie dobrych skutków w jak-najkrótszym czasie.

Zabiegi mechaniczne, stosowane obecnie w leczeniu chorób chirurgicznych, są nadzwyczaj proste i pochłaniają bardzo mało czasu. Przy ograniczeniu prawidłowych czynności jednego lub pewnej grupy mięśni, pracę tych ostatnich wypełniają sąsiednie, tak zwane pomocnicze mięśnie, wskutek czego przepracowanie następuje tutaj prędzej, niż w warunkach prawidłowych, co mając na względzie, powinno się masować nie tylko chore mięśnie, ale i zdrowe sąsiednie, w celu przedszego usunięcia z nich wytworów, nagromadzonych podczas wzmożonej pracy. W tym celu masujemy obiema rękami, obejmując naraz jak najwięcej mięśni. Ponieważ krążenie soków w ustroju odbywa się w różnych kierunkach, i chodzi o oddziaływanie nie tylko na układ żylny, ale i tętniczy i chłonny, to niema potrzeby trzymania się ściśle kierunku dośrodkowego lub kierunku jakiegoś pojedynczego mięśnia lub nerwu (masaż anatomiczny). Działając w ten sposób otrzymujemy więcej swobody w ruchach i osiągamy prędzej wyniki dodatnie, unikając jednocześnie nieprzyjemnych powikłań ze strony skóry, jak: pryszczycy, czyraków.

Masaż chirurgiczny nie wymaga ani zbyt drogich, ani wyszukanych przyrządów. Kanapka 75 ctm. wysoka do masowania leżącego chorego, stółek na szrubie do układania ręki chorego, para ciężarków 1—2 kilo, wiaderko do napełniania żądaną ilością wody przy noszeniu go przez chorego, piłka gumowa z otworem do uciskania w dłoni, używana przy zesztynieniu stawów palcowych, i schodki z poręczami do ćwiczeń kończyn dolnych — oto i wszystko.

Brak lekarza-masażysty w oddziale chirurgicznym szpitala sprawia, że masaż nie jest stosowany nawet w tych przypadkach, gdzie istnieją ku temu zabiegowi najwidoczniejsze wskazania. Przy osłabieniu mięśnia sercowego masaż podnosi jego działalność i wzmacnia tętno. Nawet tacy chorzy, u których każdy silniejszy i nadmierny ruch może wywołać brak kompensaty czynności serca, znoszą dobrze energiczne zabiegi masażu. Szczególniejsze znaczenie ma masaż dla osłabionych i starych osobników, zmuszonych do długotrwałego leżenia na plecach po operacji: u takich można oczekiwać każdej chwili zapalenia oskrzeli lub zastoinowego zapalenia płuc. Przez odpowiedni masaż (prędkie przerywane rozcierania pleców wzdłuż kręgosłupa od krzyża do karku rękami, klepanie, ugniatanie i wstrząsanie

nerwów obwodowych) jesteśmy w możności temu wszystkiemu zapobiedz, odprowadzając krew z narządów wewnętrznych ku skorze i mięśniom, wpływamy jednocześnie odruchowo i na serce, przez co pobudzamy jego czynność, a nawet często usuwać możemy niemiarowość tętna.

Masaż wpływa znakomicie na podniesienie duchowego nastroju u chorych, zmuszonych do długiego pozostawania w łóżku, przez poprawę czynności przewodu pokarmowego. Przygnębienie i upadek na duchu, zależne prawdopodobnie od samozatrucia ustroju u chorych, cierpiących na nawyl owe zaparcie stolca, szyko znika pod wpływem masażu. Masaż wzmacnia i podtrzymuje siły diabetyków, przy masowaniu jednak tych ostatnich trzeba postępować bardzo ostrożnie, nie masować dłużej nad 10 minut i dbać nadzwyczajnie o czystość rąk, jak i używanej do tego waseliny. Te same ostrożności zachować należy przy masowaniu obręzków kończyn, zależnych od chorób serca. Ochraniając o ile możności skórę, możemy oddziaływać na głębsze warstwy przez odpowiednie uciskanie i przerywane ruchy w kierunku dośrodkowym, poczynając od najmniej obrzmiałych i najbliższych okolic serca.

Masaż, zastosowany we właściwym czasie, chroni stanowczo od tworzenia się zakrzepów i odleżyn. Dobre wyniki otrzymujemy również w węzłowatych rozszerzeniach żylnych, przy stosowaniu ruchów uciskowych, przerywanych w kierunku dośrodkowym, unikając jednak zbytniego uciskania samych żyłaków, leczenie takie trwać winno od 4 do 8 tygodni, powtarzane corocznie. Wdzięczne również pole dla masażu przedstawiają zastoje w kończynach górnych, oraz zgrubienia słoniowate, połączone z bólami i ograniczeniem ruchów, jako następstwo wyłuszczenia gruczołu piersiowego i gruczołów chłonnych pachowych. We *flegmasia alba dolens* po ustąpieniu objawów ostrych, udaje się za pomocą masażu usunąć napięcie skóry i bóle w kończynach. Zabiegi, stosowane w danym razie, są następujące: rąbanie, ucisk przerywany w kierunku dośrodkowym, poczynając od okolic najbliższych serca do więcej oddalonych od niego, omijając starannie miejsca sanych zakrzepów. Postępując w ten sposób nie ma obawy o przesunięcie się zakrzepu lub oderwanie się jego.

Przy zwąpnieniu naczyń, przez ugniatanie i wyciskanie pięty, udaje się często usunąć cierpięcie palców stopy i t. p. objawy poczynającego się miejscowego zastoinu w krwiobiegu. Przy utrudnionym krwiobiegu, szczególnie w okolicach dalszych od serca, masaż jest jakby biczem, pędzącym krew do serca. Jako środek pomocniczy w tym względzie, dobra jest u ludzi niestarych umiarkowana jazda na rowerze. Dla chirurgicznych chorych skazanych na długie pozostawanie w łóżku, racjonalny masaż jest środkiem nieocenionym, pozwalającym nam postawić na nogi nawet takich chorych, którzy już zupełnie stracili nadzieję używania dowolnego ruchu. Niknące siły życiowe udaje się podźwignąć nieraz nawet w takich przypadkach, gdzie zdawałoby się, że wskutek nadmiernego zaniku mięśni, mnóstwa ran, uszkodzeń i cienkości samej skóry, masaż jest wprost prawie niemożliwy. W takich jednak razach pamiętać należy, że mamy tu do czynienia nie tylko z osłabieniem mięśni, nerwów i woli, ale z małokrwistością mózgu, dlatego masaż odbywać się powinien najprzód w pozycji leżącej, następnie siedzącej, a potem można przejść do masażu i ćwiczeń w pozycji stojącej.

Ważnym czynnikiem jest masaż w chorobach chirurgicznych, graniczących z medycyną wewnętrzną. Zaparcia nawykowe, bóle brzucha, powodowane opadnięciem kiszek, wysiękami około кишки ślepej i macicy, zrosty powstałe po zapaleniu кишки ślepej lub esowatej, jak również funkcjonalna niedrożność jelit u histeryczek usuwają się łatwo za pomocą masażu nawet wtedy, kiedy żadne in-

ne środki wcale nie skutkują. Dobre wyniki otrzymujemy również w zwężeniu bliznowatym odźwiernika: masując leżącego na prawym boku chorego, przesuwamy niejako zawartość żołądka przez zwężone miejsce.

W chorobach gruczołu krokowego i utrudnionem oddawaniu moczu masuje się gruczoł palcem przez odbytnicę za pomocą ruchów wstrząsających, pęcherz zaś przez tłoczną brzuszną wstrząsaniem, ugniataniem, ruchami poprzecznymi i podłużnymi okolic pęcherza i całego brzucha.

W porażeniach powstałych wskutek ucisku nerwów, po złamaniach kości, urazach, apopleksyi, po dyfteryie, zatruciach ołowiem, alkoholem i t. p., masaż jest nieocenionym środkiem bez względu na to, czy porażenie jest obwodowego, czy mózgowo-rdzeniowego, czy też korowego, lub psychomotornego pochodzenia. Nawet wtedy, kiedy wszelkie inne środki zawodzą, za pomocą masażu i odpowiednich ruchów można przywrócić czynność porażonej okolicy układu nerwowego przez następne działanie sąsiednich albo odpowiednich nerwów i centrów nerwowych, jak to ma miejsce w ostatnich czasach przy leczeniu bezładu wskutek zwyrodnienia szarego tylnych rogów rdzenia kręgowego (*tabes dorsualis*). Technika masażu w danym razie polega na rąbaniu krawędzią ręki wzdłuż uszkodzonego nerwu, krótkich przerwanych ruchach uciskowych (*petrisagen*), ugniataniu (*masage à friction*), rozcieraniu, ruchach czynnych i biernych, ruchach z oporem tak w stawach zajętych, jak zdrowych, przy czem masaż trwać winien od 8—10 minut powtarzany dwa razy dziennie. Masaż wzmacnia pobudliwość mięśni i nerwów, co łatwo sprawdzić za pomocą strumienia elektrycznego.

Zajęte mięśnie i nerwy, skazane na bezczynność, za pomocą masażu stawiamy w takich samych warunkach, w jakich pozostają mięśnie zdrowe. Dzięki wzmożonemu krwioobiegowi i podrażnieniu nerwów w zajętej części ciała, chory otrzymuje te same wrażenia, jak przy pracy mięśniowej. Uczucie to przenosi się i w kierunku dośrodkowym, a w ośrodkach powstaje podrażnienie tak samo, jak przy ruchach czynnych. Dzięki ćwiczeniom przy określonych ruchach niektóre mięśnie, działające jedynie jako pomocnicze, można wyćwiczyć do tego stopnia, że są w stanie zastąpić mięśnie nieczynne. Jednocześnie trzeba przypuścić, że podrażnienia, powstałe w mózgu wskutek pracy i ćwiczeń pomocniczych mięśni, mogą również rozwinąć w pewnych odpowiednich grupach komórek mózgowych zdolność do zastępczej czynności, co jest faktem fizyologicznie stwierdzonym przez wycinanie pewnych części mózgu.

W chorobach mózgowych, jak: wieloogniskowem rozsianem stwardnieniu mózgu i rdzenia, w drżącce porażennej i podobnych z następstwem przykurczeniem mięśni i ścięgien, wzmożeniem odruchów masaż nie daje dodatnich wyników i stosuje się jedynie w celu zmniejszenia szkodliwych następstw ucisku, powodowanego silnem przykurczeniem członków i zmianą pozycji w stawach, jako środek przygotowawczy do łatwiejszego zastosowania przyrządów ortopedycznych.

Paraliż dziecienny, jednostronne paraliże, stwardnienie pęczków bocznych z zanikiem mięśni, urazowe zapalenie rdzenia kręgowego, *anaesthesia dolorosa* przewlekłe zapalenia nerwów przedstawiają wdzięczne pole dla masażu, przy czem jeżeli zajęty nerw leży głęboko np. w rwie kulszowej, to obok zwykłych rękoczynów i masażu, należy stosować i wyciąganie nerwu.

W histeryi i neurastenii masaż bezspornie oddaje wielkie usługi—nieznaczne podwyższenie ciepłoty i obfite pocenie się, w miarę przyzwyczajania się do masażu słabnie lub ustaje zupełnie.

Masaż stanowczo wpływa na ważniejsze czynności nie tylko poszczególnych narządów, ale i całego ustroju, a co zatem idzie i na zmiany w ośrodkach naczynioruchowych mózgu, dlatego też w historycznych przykurczeniach w stawach, osobliwie kolanowym i biodrowym, obok ruchów biernych, należy stosować i masaż.

Na działaniu, pobudzającym przemianę materii, polega dobroczynny wpływ masażu w nerwicach u małokrwistych, w zmieniających umiejscowienie obrzękach i opuchlinach, jeżeli im towarzyszą objawy nerwowe. W zaniku mięśni wskutek przepracowania, w nadmiernym wyczerpaniu wskutek nadużyć należy obok masażu zalecić chorym wstrzymanie się od zwykłych zajęć przez czas leczenia, lub, jeżeli to jest możliwe, posługiwać się pomocniczymi mięśniami; w tym celu np. w skurczu pisarskim zmienić sposób trzymania pióra, (trzymać między wskazicielem a średnią) pozycję przy pisaniu (siedzenie bokiem) i t. p.

W świeżych i znacznych obrażeniach stawów, np. w zwichnięciach, zdaniem autora, należy się wstrzymać z masażem i masować dopiero po 5--8 dniach, unieruchomiwszy zajęty staw na czas masażu — w przypadkach wylewów krwawych i ograniczonych obrzęków masować po ustąpieniu objawów ostrych. Tak samo postępować należy i w złamaniach kości, a to w tym celu, aby przez nieostrożne postępowanie nie uszkodzić nowopowstałego zrostu kostnego.

Przy następstwach zapalenia stawów, po gorączce połogowej, tyfusie, rzeżączce, reumatyzmie, zapaleniu stawów zniepodobniającem, wysiękowem, *arthritis crepitans* i t. p., obok masażu należy stosować odpowiednie krótkie przerywane ruchy w celu rozerwania zrostów. Jeżeli nasady kości nie są bardzo zmienione, to nawet po kilku miesiącach od początku choroby można przywrócić ruchy w stawie. Po każdym gwałtownym ruchu w takim stawie należy nałożyć unieruchamiającą opaskę na staw i nie przystępować do ponownych ruchów wcześniej, dopóki objawy ostrego podrażnienia nie ustąpią, ograniczając się jedynie samym masażem. Przy gruźliczych zajęciach stawów ograniczyć się również tylko do masażu zanikłych mięśni, aby przez ruchy nie wywołać ponowienia się sprawy chorobowej.

Przy usposobieniu podagrycznem masaż przeciwdziała tworzeniu się zrostów podagrycznych. W świeżych postaciach podagry i reumatyzmu mięśniowego, aby nie wywołać ostrych objawów należy stosować masaż lekki, w przewlekłych mocny.

Nawet wieloletniem cierpieniem zniekształcone stawy można wyleczyć w ciągu kilku miesięcy przez odpowiednie wzmocnienie zanikłych mięśni, przez przystosowanie stawu do nowych warunków i wciągnięcie do udziału w pracy pomocniczych mięśni.

Wdzięczne przypadki dla masażu stanowią tak zwane palce prztykające (*doigts à ressort*), szczególnie na tle histeryi powstałe. Przy eretycznych i atonicznych wrzodach, jak również granulujących ranach należy masować brzegi i najbliższe okolice rany w celu poprawy upośledzonych warunków krwioobiegu, samą zaś ranę na ten czas pokryć wyjałowioną gazą.

Przewlekłe krwawe biegunki, nie ustępujące przed żadnymi środkami wewnętrznymi, dają się wyleczyć za pomocą masażu w ciągu 4—12 tygodni. Rozpatrzywszy w ten sposób wszystkie dodatnie strony masażu w chorobach chirurgicznych i poparłszy je przykładami z własnej praktyki, autor przedstawia i ujemne jego strony, których liczba z dniem każdym ustawicznie rośnie w miarę powiększania się ilości niepowołanych masażystów i masażystek nielekarzy. Pomijając już to, że wykonywany przez nich masaż dyskredytuje samą metodę, odbija się on jeszcze zgubnie na zdrowiu, a nieraz wprost zagraża życiu chorych wywołując:

- 1) powstawanie czyraków (w jednym przypadku u diabetyka z zejściem śmiertelnym);
- 2) obszerne ropnie w brzuchu (w jednym przypadku z zejściem śmiertelnym);
- 3) złamanie już wytworzonych zrostów kostnych wskutek gwałtownych ruchów;
- 4) zmieszczenie (*dislocatio*) odłamów kostnych szczególnie w złamaniach rzepki i wyrostka łokciowego;
- 5) przejście zakończonych spraw chorobowych w stan ostry lub podostry (w *arthritis sicca* i gruźlicy stawów).
- 6) przejście ostrych zapaleń w przewlekłe, najczęściej w zwichnieniach i zapaleniach stawów;
- 7) zrosty stawów wskutek przedwczesnych zabiegów;
- 8) urazowe zapalenie ścięgien, pochewek ścięgnistych, mięśni i nerwów;
- 9) urwanie nerki i powiększenie przepuklin, szczególnie pępkowej;
- 10) przejście lekkich postaci histeryi i neurastenii w uporczywe wskutek długotrwałego i gwałtownego podrażnienia nerwów obwodowych.

Takie same skutki wywołuje i tak nazwany samo-masaż, jak również nadmierne ćwiczenia gimnastyczne.

Autor jest przeciwnikiem stosowania jednocześnie z masażem środków wewnętrznych, jak jod, salicylan sodu i innych, jak również stosowania masażu w miejscach kąpielowych, gdzie chorzy bywają wprost przeciążani rozmaitemi procedurami, nie mając nieraz czasu na wypoczynek, zwłaszcza, że dział mechanoterapii w miejscach kąpielowych najczęściej spoczywa w rękach nielekarzy.

(*Sammlung klinischer Vorträge Mai 1898*). Roman Skowroński.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

108. O. DAMSCH i A. CRAMER. O katalipsyi i psychozie w żółtaczce. W cierpieniach wątroby, połączonych z żółtaczką, stale spotykamy szereg objawów nerwowych, jak zwolnienie tętna, zawroty głowy, swędzenie ciała i t. p.; w razach wyjątkowych, zwłaszcza w zaniku ostrym żółtym wątroby, objawy powyższe dosięgają znaczego natężenia i wtedy dają nam obraz cierpienia psychicznego. Przyczynę tych objawów upatrują zwykle w samozatruciu ustroju, aczkolwiek do dziś nie wiemy jeszcze, w jaki sposób ono następuje. Wśród objawów mózgowych zasługują na uwagę szczególną zjawiska katalptyczne, stany manii i typowa psychoza.

Liczne przypadki katalipsyi autorowie spostrzegali w żółtaczce łagodnej która występowała w postaci epidemii. Zaczynała się ona zwykle w lipcu, najsilniej panowała w listopadzie, a kończyła się w styczniu. Ponieważ epidemia żółtaczki nie rozwijała się równolegle z częstością przypadków nieżytu żołądka i kiszki u dzieci, autorzy sądzą, że mieli do czynienia z jakąś sprawą pochodzenia zakaźnego. Katalipsyi nie spostrzegano we wszystkich przypadkach żółtaczki, w każdym bądź razie w większości. Najstarsze dziecko miało lat 7; płeć nie grała żadnej roli.

Jako czynnik etiologiczny należy przyjąć samozatrucie; ponieważ jednak sama obecność składników żółci we krwi nie wystarcza do wyjaśnienia przypadłości chorobowych, autorzy sądzą, że mieli do czynienia z jakimś rodzajem drobnoustrojów, na które wiek dziecięcy jest szczególnie wrażliwy. Przypuszczenie to okaże

się jeszcze bardziej prawdopodobnem, jeżeli zwrócimy uwagę, że powikłania zaburzeniami mózgowymi najczęściej spotykamy w tych cierpieniach zakaźnych, które częstokroć są połączone z żółtaczką, jak np. dur brzuszny. Nie sama tedy zastoina żółciowa, lecz drobnoustroje swoiste, albo raczej jady bakteryjne, działając na komórki wątroby, wytwarzają pewne związki toksyczne, które w sposób sobie właściwy działają na ośrodki mózgowe. Działanie tych toksyn można porównać z początkowymi okresami działania narkotyków, jak morfina, wyskok, chloroform (EULLENBURG). Tego samozatrucia swoistego nie można jednak porównywać z *intoxicatio cholaemica* w ostrym żółtym zaniku wątroby. Zachodzą tu znaczne różnice i pod względem rokowania i pod względem obrazu klinicznego samego cierpienia. W przypadkach żółtaczki nagminnej z katalepsyą u dzieci, dziedzicznie nie obciążonych choroba po 3—4 tygodniach kończyła się zwykle pomyślnie; natomiast w zatruciu cholemicznem wyzdrowienie bywa tak rzadkie, że podobne zejście cierpienia nasuwa poważne wątpliwości co do trafnego rozpoznania.

W przypadkach ostrego żółtego zaniku wątroby, przebiegających pod postacią stanów maniakałnych, raczej obłąkania z podnieceniem, przypuszczenie samozatrucia ustroju, jako czynnika etiologicznego, znajduje potwierdzenie w leczeniu *ex juvantibus*.

Zamiast opisu choroby autorzy podają spostrzeżenie następujące. 23-letnia chora, pochodząca z rodziny zdrowej, nagle dostała dreszczów, gorączki i krwotoku z narządów rodnych. Następnego dnia poroniła, a w trzecim dniu choroby zjawiała się żółtaczka, wymioty żółciowe. Okolica wątroby bolesna. Przez kilka dni stan chorej był na tyle dobry, iż rozpoznawano żółtaczkę nieżytową. Jednakże 8-go dnia choroby bóle w okolicy wątroby powtórzyły się, a także wymioty żółciowe. Wątroba nie powiększona; język suchy i obłożony; moczu bardzo niewiele. Po dwóch dniach krwotoki: z odbytnicy, z nosa, do miąższu podniebienia i zapaść; następnie zamglenie świadomości, od czasu do czasu zez. Stan ten przechodził w okres silnego podniecenia aż do *delirium*. Bezmocz. W moczu, wypuszczonym za pomocą cewnika, znaleziono wielkie ilości białka, krew i cylindry nabłonkowe. Napady manii powtarzały się kilkakrotnie; po napadzie następowało wybitne ogólne osłabienie. Żółtaczka trwa ciągle. Na kończynach, a zwłaszcza na dolnej części tułowia obfita wysypka odrowa (*maculo-papulosa*). Ponieważ ciągle wymioty nie pozwalały na odżywianie należyte chorej, której siły szybko podupadały, przeto wykonano wstrzyknięcie pod skórę 1½ litra roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Skutek był szybki: już po 20 minutach chora uspokoiła się i odzyskała przytomność. Żółtaczka szybko zniknęła, chociaż wymioty powtórzyły się jeszcze parę razy, lecz stan chorej polepszał się odtąd stale.

Według mniemania autorów skuteczność hipodermoklizy należy pojmować w ten sposób, że ustrój pozyskał możność szybkiego pozbycia się związków trujących. Tę samą metodę zastosował już raz LEICHTENSTERN w podobnym przypadku, co prawda, z wynikiem przejściowym, a niedawno LEICK doniósł o korzystnym wpływie takiego leczenia w żółtaczce pochodzenia zakaźnego, połączonej z gorączką.

Powikłanie żółtaczki przez wybitną psychozę spostrzegano u 54-letniego mężczyzny, nie obciążonego dziedzicznie, który przez kilka lat podlegał zaburzeniom trawienia, połączonym z żółtaczką i nastrojem hipochondrycznym. Ostatni raz chory zapadł po mocnem wstrząśnieniu psychicznem. Tym razem żółtaczka była bardzo silna, a objawy psychiczne posiadały charakter melancholii. Z biegiem choroby żółtaczka powiększała się, przyłączyła się śpiączka (*coma*) i zapalenie płuc włóknikowe, które zabiło chorego. Wynik badania zwłok, po za stwierdzeniem

zapalenia płuc, był najzupełniej ujemny; badanie drobnowidzowe narządów układu nerwowego nie dostarczyło żadnych danych, na podstawie których możnaby było wytłumaczyć objawy mózgowie. Mając jednak na względzie stwierdzoną drożność przewodów żółciowych, zarówno jak obecność składników żółci w kale i w moczu, należy przyjąć samozatrucie, jako główny czynnik chorobowy i etiologiczny.

(*Berliner klin. Wochschr.* Nr. 13 i 14, 1898).

K. Zaleski.

109. KNOEPFELMACHER. O trawieniu mleka i odżywianiu ssawców. Jakkolwiek wyjąławianie mleka krowiego pozbawia je do pewnego stopnia szkodliwych dla dziecięcego przewodu pokarmowego zarazków, nie pozostaje jednak bez wpływu na skład chemiczny mleka; pod wpływem bowiem wysokiej ciepłoty w mleku, wyjąławionem sposobem SOXHLETT'a, albumina się ścina, lecytyna rozkłada i t. p. Niepomysłne wyniki sztucznego odżywiania mlekiem krowiem, nawet należycie wyjąławionem, bez wątpienia zależą w części od różnicy między składem chemicznym mleka kobiecego i krowiego. To ostatnie bowiem zawiera trzy razy więcej białka i soli, zato mniej tłuszczu i cukru mlecznego, niż mleko kobiece. W celu wyrównania tych różnic rozcieńczano mleko krowie i dodawano doń tłuszcz oraz cukier mleczny. Najlepszą jest, zdaniem autora, metoda GAERTNER'a, który przez centryfugowanie rozcieńczonego mleka podnosi zawartość tłuszczu. Jednak i wtedy różnica między mlekiem krowiem i kobiecym jest wybitna, a polega na większej ilości kazeiny w białku mleka krowiego. Ta okoliczność zaś pociąga za sobą zaburzenia w przewodzie pokarmowym, wiadomo bowiem, że kazeina znacznie trudniej ulega trawieniu od albuminy. Dalej należy wziąć pod uwagę, że doświadczenie sztucznego trawienia wykazuje zupełną rozpuszczalność kazeiny z mleka kobiecego, gdy kazeina z mleka krowiego nie rozpuszcza się w całości.

Doświadczenia BIEDERT'a nad obecnością niestrawionej kazeiny w kale sztucznie karmionych dzieci nie dały pewnych wyników. W celu należytego wyjaśnienia tej sprawy, autor obrał drogę następującą. Wiadomo, że kazeina oraz produkty jej rozszczepienia są ciałami bogatymi w fosfor; stosunek azotu do organicznego fosforu w kazeinie jest 18,4 : 1. Przedewszystkiem należy określić powyższy stosunek w sokach trawiennych i w tym celu zbadano smółkę noworodków, w której ów stosunek jest taki sam, jak w sokach trawiennych. Okazuje się, że stosunek $N : P = 260 : 1$; ten sam stosunek znajdujemy w kale dzieci, karmionych piersią. Inaczej rzecz się ma ze sztucznie karmionymi dziećmi, gdzie stosunek zawartych w kale $N : P = 16,4 : 1$, czyli, że dziecko sztucznie karmione na 1 część azotu wydziela 16 razy więcej organicznych związków fosforu, aniżeli dziecko przy piersi. Nie ulega wątpliwości, że większa część tego fosforu pochodzi z kazeiny. Gdy sztucznie karmione dziecko wydziela z kałem 8—12% fosforu pochodzącego z kazeiny, dzieci przy piersi wchłaniają go całkowicie. Zdaniem autora, ciałem białkowym, znajdującem się w kale sztucznie karmionych dzieci, nie jest, jak to twierdził BIEDERT, kazeina, lecz związek daleko bogatszy w fosfor, mianowicie pseudonukleina. Badania autora wykazują zatem, że 1) dzieci sztucznie odżywiane wydzielają wraz z kałem pewien produkt rozszczepienia kazeiny, 2) dziecko sztucznie karmione pozbawione jest sporej części organicznie związanego fosforu. Ta ostatnia okoliczność nie może pozostać bez ujemnego wpływu na ustrój dziecięcy. Wiadomo bowiem, że ustrój dziecka, przy swym szybkim wzroście wymaga nietylko białka, lecz i dużych ilości fosforu, który przeważnie czerpie z mleka, mianowicie z kazeiny, lecytyny, wreszcie z kwasu mięsnego, zwanego nukleonem. Lecytyna zaś i nukleon, zawierające bardzo dużo fosforu, znajdują się w nierozcieńczonem mleku krowiem w niewielkiej ilości. Skoro zatem, chcąc obniżyć ilość kazeiny, rozcieńczymy mleko krowie trzema częściami wody, natenczas ilość leucytyny

i nukleonu się zmniejszy, a dziecko otrzymywać będzie już tylko $\frac{1}{3}$ organicznego fosforu, niezbędnego dla ustroju. Widzimy tedy, że powstaje tu błędne koło; jeżeli zbyt rozcieńczyć mleko, dziecko otrzymuje mało kazeiny, a więc mało organicznych związków fosforu i żelaza, zbyt wielkie zaś ilości kazeiny, zawarte w mleku nierozcieńczonem, obciążają przewód pokarmowy i powodują zaburzenia w trawieniu. Przez rozcieńczanie mleka krowiego i dodawanie doń żółtka od jajka, cukru mlecznego lub karniferyny starano się brakom tym zapobiedz.

Autor radzi rozcieńczać krowie mleko tak, aby ilość kazeiny nie przenosiła 0,7%, następnie zawartość tłuszczu podnieść do 4% i dodać 55 gr. cukru mlecznego na 1 litr mleka. Wreszcie przez dodanie do 1 litra mleka jednego jajka możemy ilość fosforu tudzież żelaza doprowadzić do wymaganego poziomu.

(*Wien. klin. Wochenschrift. Nr. 41. 898*). *Aleksander Wertheim.*

110. BLOCH. **Kilka uwag o doszczętnem leczeniu wodniaka pochwy jądrowej.** Leczenie powyższej dolegliwości za pomocą wstrzykiwania do pochwy nalewki jodowej pociąga za sobą bardzo bolesne i dla chorego uciążliwe zapalenie. Metoda VOLKMANN'a zaś wymaga długotrwałego następczego leczenia, a od nawrotu cierpienia bynajmniej nie chroni. Stosowane przez autora połączenie metody VOLKMANN'a z wstrzykiwaniem 10% roztworu chlorku cynku nie dało pomyślnych wyników, z powodu silnego bólu i ropienia w kilku przypadkach. Metoda, zastosowana obecnie przez autora w 44 przypadkach, polega na zabiegu następującem.

Cięcie skórne długie, dające dostęp do całej wewnętrznej powierzchni pochwy jądrowej oraz jądra; wycięcie narostów surowicówki, o ile się one okażą. Następnie wyjałowioną i zmoczoną w 3% roztworze kwasu karbolowego gazą wycieramy silnie zarówno wewnętrzną powierzchnię pochwy jądrowej, jak i jądro. Wreszcie, po odprowadzeniu jądra do worka, napychamy go gazą jodoformową i nakładamy opatrunek przeciwnie lub odkażony.

Po upływie 3—4 dni gazę jodoformową usuwamy, przyczem wewnętrzna powierzchnia pochwy jądrowej zazwyczaj okazuje się zupełnie suchą; następuje nałożenie szwu skórno katgutowego.

Zdaniem autora, wcieranie kwasu karbolowego, wywołując ścinanie się białka w śródbłonku, zapobiega zbyt silnemu wydzielaniu się płynu; gazą jodoformową zaś wchłania w siebie wysięk zapalny i wywołuje zapalenie zlepne surowicówki. Ze statystyki, zebranej przez PERS'a wynika, że z 18 chorych, leczonych metodą autora, tylko u jednego zauważono nawrót cierpienia, zapewne z powodu nie dość silnego natarcia surowicówki kwasem karbolowym.

Następstwem zabiegu częstokroć bywa dość silne, bardzo powoli ustępujące zgrubienie moszny, które jednak, zdaniem autora, stanowi właśnie rękojmię trwałego wyleczenia.

(*Revue de Chirurgie. 1898. Nr. 2*).

Aleksander Wertheim.

111. AUDEBERT. **Badania nad przebiegiem ciąży i porodu po amputacji szyi macicy.** W 1889 r. DUEASSE ogłosił pracę w tej sprawie i dochodzi do wniosku, że po amputacji szyi macicy ciąża i rozszerzanie szyi podczas porodu mają przebieg prawidłowy, lecz tylko wówczas, jeżeli okrwawione powierzchnie szyi były dokładnie przystosowane i zeszyte. CUZZI i RESINELLI spostrzegali cztery przypadki ciąży po amputacji, z tych dwa zakończyły się przedwczesnym porodem w 8-ym miesiącu ciąży. GOTTSCHALK sądzi, że po amputacji szyi częściej się zdarzają poronienia i tyłopochylenia macicy.

Autor zestawiał 16 przypadków (dwa własne), w których dokonano amputacji szyi wskutek nieżytu śluzówki macicy lub szyi macicy, bądź metodą jednopłatową SCHROEDER'a, bądź dwupłatową SIMON'a i MARKWALD'a.

Kobiety te rodziły przed operacją na czasie 22 razy, przedwcześnie 3 razy, roniły dwa razy, po operacji zaś porodów czasowych było 5, przedwczesnych 9, poronień 10. Różnica cyfr jest tu zbyt wielka, by tego niekorzystnego przebiegu ciąży nie przypisywać wpływowi operacji.

Co się tyczy przebiegu porodu, to w 10-iu z ogólnej liczby 15-tu spostrzegano przedwczesne pęknięcie pęcherza, w 4-ch zatrzymanie łożyska, wymagające operacyjnego zabiegu, w kilku przypadkach musiano wskutek nierozszerzalności ujścia macicznego uciec się do nadcięcia szyi. Ogółem z 24-ch porodów i poronień dziewicz t. j. 37,5% wymagało zabiegu operacyjnego.

Patogenezę zwężen bliznowatych szyi należy objaśnić tem, że gdy rana po operacji nie goi się przez rychłozrost, elastyczna tkanka szyi przeistacza się w sklerotyczną, nierozciągliwą.

Ponieważ zatem amputacja szyi usposabia do przedwczesnych porodów, autor radzi w celu ochronnym unikać w pierwszych miesiącach ciąży wszelkiego zmęczenia, w ostatnich zaś prawie bezwzględny spoczynek, chodzenie bowiem i stanie wpływa na wczesne wstawienie się główki, a skutkiem tego przerwanie pęcherza.

Co się tyczy leczenia w przypadkach, gdy rozszerzenie ujścia nie następuje wskutek sklerotycznych zmian szyi, jedynym prawidłowym zabiegiem jest cięcie szyi. Jakim być ono winno trudno orzec. GUÉNIOT zaleca gęste płytkie nacięcia, by uniknąć znacznego rozdarcia szyi, DUEHRSEN zaś 3—4 głębokie cięcia (dwa boczne, jedno tylne).

(*Annales de Gynéc. et d'obst. I. 98*).

Maksymilian Bernstein.

112. M. NASSAUER. **W sprawie leczenia zapalenia otrzewny gruczliczego za pomocą cięcia brzuszego (laparotomia).** Sprawa leczenia zapalenia otrzewny za pomocą operacji datuje się od lat 13, lecz dopiero od 6-iu lat szybko powiększa się ilość odnośnych spostrzeżeń, ponieważ świetne jakoby wyniki operacyjnego leczenia gruczlicy otrzewny zachęcają do stosowania omawianej metody. Trzeba jednak zwrócić uwagę i na to, że w przeważnej większości przypadków od chwili operacji upływało zbyt mało czasu (1—2 lat), abyśmy mogli na pewno mówić o wyleczeniu, zwłaszcza że gruczlica otrzewny jest zwykle sprawą wtórną. Z gruczlicą otrzewny pierwotną spotykamy się tylko u kobiet, ponieważ tam istnieją warunki, umożliwiające przedostanie się zakażenia z zewnątrz, która zaś płeć wogóle daje większą ilość przypadków omawianego cierpienia, stanowczo orzec niepodobna. Tak czy owak, do dziś ogłoszono już przeszło tysiąc przypadków wyleczenia, opartego na spostrzeganiu klinicznym, natomiast istnieje nie równie mniej spostrzeżeń, w których i pod względem anatomicznym nastąpiło wyleczenie zupełne.

Autor podaje bardzo dokładny opis przypadku zapalenia otrzewny gruczliczego, któremu początek dała gruczlica jajowodu. Wykonano cięcie brzuszne. Po upływie 2½ lat od czasu operacji chora zgłosiła się do autora powtórnie z powodu torbieli między więzami macicy. Ogólny stan zdrowia był znakomity do tego stopnia, że trudno było przypuścić, iż osoba ta przebyła cierpienie gruczlicze otrzewny, o czym autor mógł przekonać się dokładnie, badając wycięty podczas operacji poprzedniej kawałek otrzewny pod drobnowidzem. Obecnie wykonano *kolpotomia posterior*, torbiel usunięto i zbadano ręką otrzewną tak wysoko, jak tylko się dało, lecz nie znaleziono żadnych zmian: otrzewna była wszędzie gładka i nie było nawet śladów gruzełków w tych miejscach, gdzie za pierwszym razem znajdowały się one w olbrzymiej ilości. Po 2½ latach, czyli po latach 5 od pierwszej operacji, chora zgłosiła się znowu w stanie zdrowia kwitnącym. W tym więc przypadku otwarcie jamy otrzewny wywarło wpływ bardzo korzystny na przebieg cierpienia

pomimo że nie usunięto nawet chorego jajowodu z powodu otaczających go mocnych zrostów. Co prawda PRIBRAM i MONTI już dawniej utrzymywali, że gruźlica otrzewny u dzieci leczy się samowolnie (*spantaneo modo*), doświadczenia zaś KISCHEMSKY'ego na zwierzętach wykazały, że zarazek gruźlicy pod wpływem zabiegu operacyjnego (laparotomia) traci na swej żywotności. Na pytanie zaś, w jaki sposób oddziaływa otwarcie jamy brzusznej na przebieg sprawy gruźliczej, znajdujemy bardzo wiele odpowiedzi. Pierwotnie przypisywano wiele znaczenia działaniu środków przeciwniejących, następnie wystawiano na plan pierwszy działanie powietrza i światła, to też MOSETTI MORHOFF po wypuszczeniu płynu napełniał jamę brzuszną powietrzem, lecz bezskutecznie. Wszystkie teorie powyższe okazały się niewystarczającymi, wrócono więc znów do przypuszczenia, że główną rolę w tych przypadkach grają zmiany w krążeniu, lecz na czym one polegały, nie wyjaśniono. Wszak po wypuszczeniu płynu za pomocą nakłucia muszą zachodzić pewne zmiany w krążeniu, a jednakże rękoczyn ten nie posiada wpływu wybitnego na przebieg cierpienia. To też w celu zrozumienia, w jaki sposób oddziaływa cięcie brzuszne na sprawę gruźliczą, uprzątnijmy sobie zmiany, które zachodzą w otrzewnie chorzałej. Otrzewna, dotknięta gruźlicą, znajduje się w stanie przekrwienia: lasecznik wywołał zapalenie. Jako objawy tego znajdujemy emigrację ciałek białych tworzenie się komórek olbrzymich i t. d. Lecz laseczki wytwarzają pewne jady, które w pewnych miejscach są przyczyną krzepnięcia limfy; żyły nie są w stanie odprowadzić wszystkiej krwi, słowem dochodzi do ogólnego zastoju, zwłaszcza że śródbłonek ginie, tworzą się zrosty liczne, które jeszcze bardziej utrudniają krążenie. Okiem nieuzbrojonym, a tembardziej pod drobnowidzem, łatwo spostrzedz cały układ kanałów sokowych i naczyń krwionośnych napełniony *ad maximum*. Jeżeli teraz przekłujemy ścianę brzuszną i wypuścimy płyn, to warunki ciśnienia w kanałach sokowych nie ulegną prawie żadnej zmianie. Za to skutek będzie zupełnie inny, gdy rozetniemy ścianę brzuszną. Jednocześnie przecinamy olbrzymią ilość naczyń krwionośnych i chłonnych, wskutek czego uwolnią się one od swej zawartości i zastoiny, stwarzamy więc nowe warunki dla krwioobiegu i dosarczamy chorobą dotkniętym tkankom świeżego materiału odżywczego. Że przekrwienie niezmiernie silne otrzewny istotnie następuje po laparotomii, autor mógł się przekonać w jednym przypadku operowanym, gdzie, wkrótce po zaszcyciu jamy brzusznej, otworzono ją powtórnie. Działanie więc główne zabiegu operacyjnego polega jedynie tylko na przekrwieniu otrzewny silnem i długotrwałem. Wartość leczniczą czynnika tego sprawdził BIER, stosując długotrwałe przekrwienie w celu leczenia spraw gruźliczych w stawach. Wniosek autora potwierdzają dawniej poczynione spostrzeżenia. ZWEIFEL np. znajdował na miejscu gruzełków ogromne ilości punktów krwawych, a gruzełki przesiąkłe krwią i zniszczone. Nie zapominajmy jednak, że gruźlica otrzewny jest zazwyczaj sprawą wtórną; jeżeli więc otwarcie jamy otrzewny jest wstanie usunąć cierpienie miejscowe, to zabieg ten jednak nie jest wstanie zapobiedz powtórnemu zakażeniu otrzewny. W ten sposób należy sobie tłumaczyć niepomyślne wyniki leczenia operacyjnego, i dla tego nie należy zbyt wczesnie uznawać wyleczenia w przypadkach operowanych.

(*München medicin. Wochenschrift. Nr. 16—17. 1898*).

113. L. LOEWENFELD. **O natrętnych czyli przymusowych stanach duchowych.** W pracy tej autor podaje do ogólnej wiadomości lekarzy poglądy współczesne psychiatrów na t. zw. stany przymusowe czyli natrętne (*Zwangszustände*). Zaburzenia odnośnie podzielić można na pięć kategorii: 1) wrażenia natrętne, 2) wyobrażenia natrętne, 3) afekty i nastroje ducha natrętne, 4) halucynacje natrętne, wreszcie, 5) popędy, postęпки i otamowania postępków przymusowe. Ogólne okre-

ślenie wszystkich tych zaburzeń jest następujące: stany duchowe natrętne są to tego rodzaju stany, którym się żadną miarą oprzeć się nie można, które się przemocą do świadomości chorego wdzierają i których żadne wysiłki woli rugować z niej nie mogą.

Psychiatrzy francuscy posiadają doskonałą dla tych stanów nazwę, nazywają je oni „opętaniem“ (obsession), co daleko lepiej rzecz maluje, aniżeli wyraz niemiecki: stan natrętny.

1) Wrażenia natrętne stanowią specjalną odmianę wyobrażeń natrętnych, są to wyobrażenia o charakterze wrażeń, którym wszakże nie towarzyszy odpowiednia podnieci. Wrażenia natrętne mogą się odnosić do przedmiotów zewnętrznych i do własnego ciała. W pierwszym razie mamy do czynienia z wrażeniami zbliżania się i oddalania, powiększania się i zmniejszania i t. p. rozmaitych przedmiotów; w drugim razie chorzy nam mówią o doznanych przez się wrażeniach podnoszenia się, opadania lub topienia się, wrażeniach zmniejszania się, znikania lub powiększania rozmaitych części ciała.

2) Wyobrażenia natrętne w ścisłym tego słowa znaczeniu stanowią najważniejszą i najczęstszą postać stanów natrętnych. Treść wyobrażeń natrętnych bywa najrozmaitsza i po większej części niedorzeczna. Niekiedy zdarzają się u chorych pojedyncze, izolowane wyobrażenia natrętne — zazwyczaj wszakże występują one tłumnie. Do tej kategorii stanów natrętnych należą: najrozmaitsze obawy hipochondryczne, obawa dotykania się rozmaitych przedmiotów, obawa złodziei i pożarów, wyobrażenia natrętne natury erotycznej, mus wątpienia i zadawania sobie pytań (Frage, Grübel, Zweifelsucht) i t. d. Co się tyczy tej ostatniej kategorii wyobrażeń natrętnych, a mianowicie natrętnego wątpienia, to zdaniem autora powstawać ono może w sposób rozmaity. W jednych przypadkach jest ono następstwem osłabienia uwagi w związku z osłabieniem pamięci. Gdy patrzymy na co lub robimy w roztargnieniu, wówczas rodzi się w nas wątpliwość, czyśmy istotnie daną rzecz widzieli lub zrobili. Jeżeli tedy wyobrazimy sobie stan, w którym miałyby miejsce czasowa lub trwała niemoc kierowania i zatrzymywania na danych wrażeniach uwagi, wówczas łatwo zrozumiemy pochodzenie natrętnego wątpienia. W innych znów przypadkach to ostatnie wynika ztąd, iż kojarzenie wyobrażeń na zasadzie prawa kontrastu występuje w chorobliwie spotęgowanej postaci. W tych razach do wyobrażenia o treści dodatniej przyłącza się natychmiast odpowiednie wyobrażenie o treści ujemnej. U innych wreszcie chorych źródłem natrętnego wątpienia jest uczucie niepokoju, bojaźni (Angstgefühl), pojawiające się przy wykonywaniu danej czynności: gdy uczucie się to zjawi, chory zaczyna wątpić o słuszności swego postępku.

3) Affekty i nastroje ducha natrętne. Dotąd w literaturze psychiatrycznej prawie wyłącznie bywa omawiane natrętne uczucie niepokoju (Zwangsangstzustand). Nie ulega wszakże wątpliwości, iż prócz niepokoju bywa wiele innych jeszcze afektów natrętnych, jak np. natrętny, niczem nieusprawiedliwiony gniew, natrętna zazdrość, namiętność, miłość, natrętny smutek i welt-schmerz, dochodzący nieraz do stopnia melancholijnego przygnębienia.

Stany natrętne niepokoju, bojaźni, można podzielić na dwie grupy: a) do pierwszej należą te, które powstają pierwotnie i zazwyczaj wszelkiej treści są pozbawione, b) do drugiej te, które wynikają z pewnych przyczyn zewnętrznych lub pewnych wyobrażeń, są to t. zw. fobie. Te ostatnie można znów podzielić na trzy odmiany: α) fobie ze stałą treścią wyobrazeniową, w tych razach stałym jest zawsze wyobrażenie, będące źródłem chorobliwej obawy, tak bywa w nozofobii, kleptofobii, zoofobii, tanatofobii i t. d. β) fobie ze zmienną tre-

ścią wyobrażeniową. Typem tego rodzaju fobii może być agorafobia. Badając pilnie źródło obaw chorego, dotkniętego agorafobią, dochodzimy do wniosku, że bywa ono nie tylko u rozmaitych chorych, ale nawet u jednego i tego samego chorego w różnych momentach rozmaite. Raz wydaje mu się, że idąc przez plac, dostanie zawrotu głowy i upadnie, innym znów razem, że dostanie napadu sercowego lub mózgowego i t. p. U tego rodzaju chorych stałym jest niepokój, obawa, gdy związane z tym afektem wyobrażenia są zmienne. To samo się odnosi do wszelkich innych topofobii, jak klaustro- nikto- siderodromofobia i t. d. 7) W trzeciej grupie fobii obawa przyłącza się do pewnych wyobrażeń, nie mających bynajmniej charakteru wyobrażeń natrętnych, gdyż chodzi tu właściwie o pewne wrażenia; i w tych razach obawa nie jest uwarunkowana treścią wyobrażeniową, w istocie bowiem rzeczy jest ona całkowicie treści pozbawiona. Do tego rodzaju fobii należą obawa owadów, myszy, trupów i t. p. Osoby, podobnymi obawami trapiące, pojmują doskonale, że to, czego się boją, żadnej krzywdy wyrządzić im nie może, boją się więc, nie wiedząc dlaczego.

4) Halucynacje natrętne. Tego rodzaju stanami natrętnymi dotąd bardzo mało się zajmowano. Halucynacje natrętne występują bądź w związku z wyobrażeniami natrętnymi (hal. natr. wtórne, *obsessions hallucinatoires SÉGLAS'a*) bądź niezależnie od nich (hal. natr. pierwotne, *Hallucinations obsédantes SÉGLAS'a*). Halucynacje wtórne odpowiadają treścią swą wyobrażeniom. Osoba, prześladowana wyobrażeniem natrętnym samobójstwa, widzi przed sobą w chwili, gdy wyobrażenie to osiąga *maximum* natężenia, nóż lub inne narzędzie mordercze. Halucynacje pierwotne bywają wywoływane przez wrażenia lub wspomnienia. Pewien chory LOEWENFELD'a, ilekroć czytał wyraz „wenn“, zawsze widział deskę, na jeżoną gwoździ. Chora zaś STEPHAN'ego, często z nadzwyczajną wyrazistością przedstawiała sobie bolesne sceny z przeszłości.

5) Popędy przymusowe, czynności przymusowe i otamowywanie czynów przymusowe. Czynności przymusowe nie zawsze bywają następstwem popędów przymusowych, te zaś ostatnie nie zawsze do czynów przymusowych prowadzą. Rozważając bliżej czynności przymusowe, przychodzimy do wniosków następujących. a) Znaczna część czynności przymusowych znajduje się w związku z wyobrażeniami natrętnymi jedynie pośrednio, t. j. o tyle, o ile do wyobrażeń natrętnych przyłączają się inne wyobrażenia, będące pobudką do czynu; tak np. wątplenie natrętne zmusza do ciągłego powtarzania jednej i tej samej pracy, albowiem ciągle powątpiewanie o dokładności wykonanej roboty odtwarza nieustannie pobudkę do ponownego danej czynności wykonania. b) Inne znów czynności przymusowe wypływają bezpośrednio z wyobrażeń natrętnych z impulsami. W tym razie czynność zostaje poprzedzona przez impuls, jako wyraźny akt świadomości. Tutaj należą: dotykane rozmaitych przedmiotów, wymawianie pojedynczych wyrazów, bezcelowe powtarzanie czynów pierwotnie celowych (mycie się, ubieranie i rozbieranie i t. p.), musowe śpiewanie lub wygwizdywanie natrętnych melodyj, popęd do kupowania, do podpalania, do kradzieży i t. p. c) Trzecia kategoria czynności przymusowych charakteryzuje się tem, że przy nich impuls tak szybko czynność za sobą pociąga, iż dwa te akty psychiczne niemal jednocześnie występują. Tutaj należą: niektóre ruchy skoordynowane, spostrzegane w t. zw. *Maladie der tics*, *koprolalia*, naśladowanie głosów zwierzęcych, *echolalia* i *echokinesis*. Objawy te występują głównie w chorobie tic'ów i w psychozach degeneracyjnych, w najjaskrawszej jednak postaci bywają spostrzegane w pewnej azyatyckiej chorobie, zwanej *Latah* lub *Sakit Latah*. d) Na szczególne

wreszcie uwzględnienie zasługują wyobrażenia natrętne z popędem do zabójstwa lub samobójstwa. Wyobrażenia te pojawiają się zwykle na widok noża, trucizny i t. p. Towarzyszące im impulsy są w większości przypadków nader słabo wyrażone, niekiedy wszakże osiągają one znaczny stopień natężenia, i wówczas chory, by je skutecznie zwalczyć, musi przywołać na pomoc całą siłę woli.

Zahamowania czynności przymusowe rzadko bywają samodzielne, zazwyczaj wynikają one z wyobrażeń, afektów lub czynności przymusowych. Mus wykonywania przy pracy pewnych ruchów mimowolnych może się stać przyczyną przymusowego zaniechania pracy, również rozmaite obawy natrętne, natrętne powątpiewanie, wreszcie natrętne niewiara w siebie może pociągnąć za sobą w następstwie niemoc pracowania. Wyobrażenia natrętne mogą wyrzucić swój wpływ hamujący i na czynności organiczne: wyobrażenie niemożności spółkowania wywołuje niemoc płciową, wyobrażenie niemożności spania — bezsenność i t. p.

W końcu swej pracy autor zastanawia się nad pytaniem, jak się należy z punktu widzenia nozologicznego na stany przymusowe zapatrywać: stanowią li one chorobę samodzielną, czy też są tylko objawem innych stanów chorobowych? Autor na zasadzie osobistego doświadczenia utrzymuje, że stany przymusowe są przede wszystkim objawem, towarzyszącym najrozmaitszym cierpieniom. Najczęściej zdarzają się w neurastenii, prócz tego jednak bywają w histeryi, hipochondryi, melancholii i chorobie tic'ów, niekiedy także w migrenie i padaczce. Zdarzają się wszakże przypadki, w których stany przymusowe występują w postaci izolowanej, bez współudziału objawów, świadczących o istnieniu innej jakiej choroby. Stanowią one wówczas chorobę samodzielną.

Co się tyczy rokowania, to jest ono względnie pomyślne. Stany przymusowe podlegają nie tylko poprawie, ale niekiedy nawet wyleczeniu, i jakkolwiek czasami, co prawda nader rzadko, zdarza się, iż przechodzą one w obłąkanie (*paranoia*), o wiele częściej wszakże spostrzegamy zjawisko wprost przeciwne, a mianowicie stany przymusowe zabezpieczają niejako od psychozy, t. j. iż chorzy ze stanami przymusowymi od innych psychoz są wolni. Mimo to jednak stany przymusowe nie należą do cierpień łagodnych, przy silnem bowiem natężeniu objawów czynią chorego całkowicie niezdolnym do pracy, przez co staje się on ciężarem zarówno dla otoczenia, jak i dla samego siebie.

(*Munch. medic. Wochen.* 1898. Nr. 22, 23).

A. Witzel.

114. LEUBE. **O chirurgicznem leczeniu wrzodu żołądka.** Na przedostatnim zjeździe chirurgów niemieckich LEUBE poruszył sprawę leczenia chirurgicznego wrzodu żołądka. Autor rozporządza materiałem, obejmującym 556 przypadków w których choroba dokładnie została rozpoznana. Leczenie środkami wewnętrznymi dało 74% wyzdrowień, 22% polepszeń; 1,6 na 100 pozostało bez zmiany, zaś 2% zmarło. We wszystkich tych przypadkach leczenie polegało na spoczynku w łóżku, okładach, ściślejszej dyecie oraz picciu wody karlsbadzkiej. Środków aptecznych unikano, o ile się dało, morfiny zaś nie stosowano wcale. Po upływie tygodnia bóle zazwyczaj ustawały, a po 4—5 tygodniach chorzy przychodzili do zdrowia.

Leczenie chirurgiczne należy ograniczyć do tych 4—5% przypadków, w których cierpienie jest bardzo uporczywe. Wskazania do zabiegu są następujące:

1) Krwotoki wewnętrzne żołądkowe, bądź niewielkie, lecz częste, bądź obfite; zwłaszcza pierwsza kategoria krwawień wymaga bezwzględnie zabiegu. Byłoby do życzenia, w celu skrócenia czasu trwania operacji, aby siedlisko wrzodu zostało dokładnie rozpoznane, co wszakże, zdaniem autora napotyka na wielkie trudności.

2) Niezwykle silne bóle i częste wymioty, które wycieńczają ustrój. W tych razach jednak autor radzi przede wszystkim wyczerpać wszystkie środki terapeutyczne, nie wyłączając odżywiania drogą odbytnicy i podskórną, i dopiero w ostateczności użyć zabiegu chirurgicznego.

3) Zapalenie tkanki okołożołądkowej stanowi tylko wtedy wskazanie do zabiegu, jeżeli jesteśmy w stanie rozpoznać ograniczone ognisko ropne.

4) Przedziurawienie żołądka stanowi wreszcie ostatnie wskazanie do cięcia brzusznego które powinno być zrobione wcześniej. Wykonane w ciągu pierwszych dziesięciu godzin, dało ono 25% wyzdrowień. Autor radzi jednak wstrzymać się z operacją, dopóki nie minie pierwszy wstrząs.

Tak zwanego cięcia brzusznego zapobiegawczego należy, zdaniem autora, zaniechać, ograniczając się na spokoju, lodzie, makowcu i zupełnem wstrzymaniu się od przyjmowania pokarmów.

(*Revue de Chirurgie*. 1898. Nr. 1).

Aleksander Wertheim.

115. BLOCH. Kilka uwag o katgucie karbolowo-wysokowym. Jeżeli różnorodne dotychczasowe metody wyjaławiania katgutów nie zawsze były w stanie zapobiedz ropieniu, należy to przypisać nie wadliwości tych sposobów, lecz raczej tej okoliczności, że katgut ulega zakażeniu podczas samej operacji. Wiemy dobrze, że katgut przed użyciem przechodzi przede wszystkim przez ręce pomocnika, podającego narzędzia; musi on się dotykać katgutów przy nawlekaniu igły, a nierazko widzimy, że przeciąga on nitkę między dwoma palcami. Następnie nitka przechodzi do rąk operatora i jego bezpośredniego pomocnika, którzy dość długo nią manipulują, zwłaszcza jeżeli operator zwykł szyc szwem ciągłym. Że zaś bezwzględne odkażenie rąk ludzkich napotyka poważne trudności, wiemy dobrze; widzimy tedy, gdzie leży źródło zakażenia.

Autor radzi nawlekać igły nie palcami, lecz szczypcami, to samo dotyczy wyjmowania nitki ze słoika. Operator zaś winien, o ile można, unikać bezpośredniego zetknięcia z tą częścią nitki, którą ma zamiar pozostawić w ranie.

Co się tyczy sposobu wyjaławiania katgutów, autor jest zwolennikiem odkażania w roztworze kwasu karbolowego, a następnie pogrążania w wysoku. Karbol nie ścina białka, jak to czyni sublimat, przenika zatem katgut do głębi; wysok zaś nadaje rozmiękczonej nitce dawną i pożądaną twardość. Przed poddaniem katgutów powyższej dezynfekcyi należy go starannie wymyć mydłem i ciepłą wodą, poczem wstawia go się do 5% roztworu karbolu na 48 godzin. Po upływie tego czasu katgut wstawia się do mieszaniny 5% roztworu karbolu z absolutnym wysokiem.

W końcu swej pracy autor nadmienia, że wessanie katgutów wymaga 10—15 dni. Autor stosuje katgut do wszystkich niemal operacji, nie wyłączając wyluszczenia macicy, podwiązania szypuły po wycięciu torbieli jajnika, szwu kiszkowego i t. d.

(*Revue de Chirurgie*. Nr. 51. 898).

Aleksander Wertheim.

Z IX Zjazdu międzynarodowego w Madrycie poświęconego sprawom higieny (10—17 kwietnia r. b.).

(Dokończenie—Zob. N. 26).

SPRONCK. Wpływ ogrzewania surowicy przeciwbłoniczej na objawy uboczne, występujące po jej stosowaniu.

Liczni badacze zauważyli, że surowica przeciwbłonicza, ogrzewana w ciągu 1 godziny 45 min. do 58°, nie wywoływała wysypek skórnych i innych objawów,

spostrzeganych po stosowaniu jej bez uprzedniego ogrzewania, i wyprowadzili wniosek, że wskutek tej procedury zniszczone zostają pierwiastki szkodliwe, zawarte w surowicy końskiej.

Autor postępuje w sposób następujący. Surowica, otrzymana z zachowaniem wszystkich przepisów aseptyki, rozlaną zostaje we flaszeczki mające po 10 ctm. sz. objętości, zamknięte korkiem i kauczukową czapeczką. Flaszeczki te w ciągu 20 minut ogrzewane są do wysokości 59°—59,5°, poczem określaną zostaje siła surowicy; nawiasem mówiąc ogrzewanie bynajmniej nie wpływa ujemnie na nią. W latach 95 i 96 stosował autor surowicę zwykłą, ogrzewanie wprowadził dopiero w 1897 roku.

W 1895 i 1896 r. na 1365 chorych, leczonych surowicą, spostrzegano objawy uboczne u 208, co stanowi 15,2%.

W 1897 roku na 251 tylko 12 dotkniętych było wysypką skórą, co stanowi 4,7%.

Wobec tak znacznej różnicy w odsetce przypadków z objawami ubocznego działania surowicy stosuje autor stale ogrzewanie jej, nie wdając się w głębsze badania nad całą tą sprawą.

CHANTEMESSE. Gorączka tyfoidalna jest wynikiem zakażenia i zatrucia; chcąc walczyć przeciw niej, używać należy środków, działających na same bakterie oraz na wytwarzane przez nie toksyny.

Doświadczenie uczy, że jad tyfoidalny nagle wydzielany zostaje w ustroju: objawy chorobowe w ciągu dnia jednego raptownej nieraz ulegają zmianie. Szukając toksyny w środowisku, gdzie przebywał lasecznik tyfusu, przekonać się łatwo można, że płyn hodowli, pozbawiony laseczników, działania chorobotwórczego zupełnie prawie nie ujawnia, gdyż nie zawiera toksyny, wydzielanej przez laseczniki w ustroju ludzkim, nie może też naturalnie stanowić źródła antytoksyny.

Przez wiele lat bezskutecznie usiłował autor otrzymać rozpuszczalny jad tyfusowy, uważając to za pierwszy etap do otrzymania antytoksyny. Udało mu się to wreszcie, odkąd używa peptonu ze śledziona, poddawanej trawieniu w wodzie zakwaszonej pepsyną z żołądka wieprza, przy swobodnym dostępie powietrza. W płynie takim umieszcza bardzo jadowite laseczniki tyfusu, otrzymane z jakiegokolwiek zwierzęcia; po upływie 48 godzin hodowla laseczników jest już bardzo obfita; po upływie 5—6 dni wydzielanie toksyny osiąga swego *maximum*, potem stopniowo słabnie.

Doświadczenia, robione z pozbawionym laseczników płynem powyższym, zawierającym jad tyfusowy, wykazały, że kury i gołębie posiadają dużą odporność, natomiast żaby, myszy, świnki morskie, króliki, barany, psy, a szczególnie konie ulegają działaniu jadu tyfusowego w rozmaitym stopniu.

Najbardziej wrażliwe są stanowczo konie. przywykają one do toksyny bardzo powoli. Autor zastrzykiwał koniom w ciągu dwóch lat co tydzień lub co dwa tygodnie odpowiednie dawki toksyny i nawet po takim przeciągu czasu nie spostrzegł istotnej i trwałej odporności. Po każdej nowej dawce występowała żywa reakcja; dawki można było powiększać z wielką ostrożnością.

Toksyna ta przez czas długi nie ulega we krwi konia żadnej zmianie. We 2 miesiące po statniem zastrzyknięciu krew posiadała własności trujące; trzeba jeszcze dłuższego czasu na zupełne zubożenie toksyny *resp.* na wytworzenie antytoksyny.

Antytoksyna, której autor używał do doświadczeń, pochodziła ze krwi konia, uodpornianego w ciągu lat dwóch — zastrzyknięto mu w ciągu tego czasu 6 litrów

toksyny. Surowica tego konia posiadała własności zapobiegające i lecznicze przeciw zakażeniu i zatruciu tyfusowemu.

Świnki morskie, którym dnia poprzedniego zastrzyknięto pod skórę $\frac{1}{200}$ $\frac{1}{100}$, $\frac{1}{50}$ ctm. sz. antytoksyny, zatrute następnie dawkami toksyny, zabijającymi je, w ciągu 5—6 godzin, zachowywały się jak następuje: pierwsze żyły 24 godziny, drugie 48 godzin, trzecie nie ulegały zabójczemu działaniu toksyny i pozostawały przy życiu.

W ten sam sposób zachowywały się także króliki.

Jeżeli jednak zwierzęta nie są zupełnie zdrowe, należy im zastrzykiwać o wiele większe dawki antytoksyny, chcąc je uchronić od zakażenia.

Chcąc ocenić znaczenie zapobiegawcze surowicy, wprowadził autor pod skórę ucha królika, który dnia poprzedniego otrzymał 5 cm. sz. antytoksyny, i pod skórę ucha innego królika zawiesinę, w której znajdowały się laseczniki tyfusowe. Następnie cienką igłą wyciągał próbki płynu z guza, który utworzył się pod skórą ucha obu królików. Po upływie 7 godzin w płynie, pochodzącym od królika, który otrzymał zastrzyknięcie zapobiegające, niema prawie wcale wolnych laseczników, wszystkie prawie pochłonięte zostały przez fagocyty; badanie drobnowidzowe przekonywa, że wewnątrz leukocytów jednojądrowych laseczniki zachowały swą postać prawidłową, w leukocytach zaś wielojądrowych laseczniki uległy już zniszczeniu, widać tylko ich resztki: ziarenka i kuleczki. Dwa więc rodzaje leukocytów występują do walki z najazdem, jeden jednak tylko, mianowicie leukocyty wielojądrowe, zdaje się posiadać zdolność niszczenia zupełnego laseczników tyfusowych.

Płyn z ucha drugiego królika, badany również po upływie 7 godzin, zawierał zupełnie wolne, poruszające się w płynie laseczniki, gdziekolwiek tylko spostrzedz było można leukocyty jednojądrowe, wielojądrowych nie było ani śladu.

Hodowla z płynem, wydobytym igłą po upływie 7 godzin z ucha królika pierwszego, pozostała jałową.

Nie ograniczając się na badaniach wyżej opisanych, zastrzyknął autor 8-iu świnkom morskim dawki toksyny, zabijające po upływie 20—24 godzin. Następnie 4 z nich w różnych odstępach czasu od chwili zatrucia zastrzyknął od $\frac{1}{2}$ —4 ctm. sz. antytoksyny. Po upływie godzin 20, 4 świnki morskie zdechły; inne pozostały przy życiu; nawet po upływie 5 godzin od chwili zatrucia $\frac{1}{4}$ ctm. sz. surowicy wystarczy do zniesienia działania szkodliwego toksyny.

Wyniki tak pomyślne zachęciły autora do wypróbowania skuteczności surowicy u ludzi, dotkniętych tyfusem. Jakkolwiek nie rozporządza autor jeszcze materiałem tak obfitym, któryby upoważniał do wyprowadzenia pewnych zupełnie wniosków, przekonał się jednak już, że surowica działa tu także jako antytoksyna: obniża ciepłotę, łagodzi objawy nerwowe i skraca przebieg choroby.

St. P.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= GRAY stosował euchinę w zimnicy i twierdzi na podstawie luźnych spostrzeżeń, że ma ona nawet przewagę nad chiną, skuteczna dawka bowiem jest o połowę mniejsza, niż dawka chininy. (Brit. med. Journ. 26. II. 98).

= Doświadczenia TRIOLO'a nad działaniem śliny na drobnoustroje *in vitro* wykazały, że świeża ślina zabija laseczniki duru, błonicy, gronkowce w przeciągu

pięciu dni, a znacznie zmniejsza ich liczbę już w 18 godzin. Ślina filtrowana nie posiada tej własności, nie ma wreszcie różnicy pomiędzy działaniem śliny z oddzielnych ślinianek. (Uffic. Sanitario. 12. 97).

= STEFFEN zaleca podawanie dzieciom bezpośrednio po odstawieniu od piersi białka w postaci cienko skrobanego mięsa i ograniczenie ilości spoży-

wanych węglowodanów, obciążają one bowiem zbyt przewód pokarmowy i grają główną rolę w etiologii krzywicy (Jahrb. d. Kinderhik. T. 46. Z. 4)

= HOFMAN sprawdzał w klinice EICHHORST'a zdanie SCHNEYER'a, jakoby w raku żołądka nie występowała leukocytoza po przyjęciu pokarmów. Zdanie to okazało się mylnem, H. bowiem spostrzegł leukocytozę dwa razy na 24 badane przypadki raka żołądka i 2 razy na 9 przypadków wrzodu żołądka, skąd wnosi, że brak leukocytozy nie ma znaczenia rozpoznawczego. (Ztschr. f. klin. Med. T. 33. Z. 5.)

= PEZZOLLI stosował larginę w 60 przypadkach rzerzączki i otrzymał dobre wyniki. Leczenie polega na wstrzykiwaniu do cewki 0,25—1,5% roztworu trzy razy dziennie i zatrzymywaniu płynu w cewce do 30 minut. W ostrych świeżych przypadkach wydzielina i gonokoki znikają szybko; leczenie trwa średnio około miesiąca. Co się tyczy powikłania zapaleniem tylnej części cewki (*urethritis posterior*), to przy leczeniu larginą następuje to rzadziej jeszcze, niż przy stosowaniu protargolu. (Wien klin. Woch. Nr. 12. 98).

= Chinina stosowana w następującej postaci nie obciąża żołądka i traci przykry smak: Rp. *Chinini sulf.* 4,0, *ac. citrici* 10,0, *syr. spl.*, *syr. cort aurant aa* 1,0, *aq. dest. ad* 20,0 Ds. 10 kropel w kieliszku wody z 0,3 sody. (Münch. med. Woch Nr. 14. 98).

= LENZ stosował w 50-ciu przypadkach ostrego zapalenia przyjądrza rzerzączkowego pochodzenia gwałtownego w postaci 5—10% wazelinowej maści na mostkę i otrzymał bardzo dobre wyniki: ból i obrzęk przyjądrza znikają, gorączka i bezsenność ustępują. Skutek występuje zazwyczaj po 3 dniach. Żadnych ubocznych przykrych objawów prócz chwilowego palenia po zastosowaniu maści autor nie spostrzegł. (Wien. klin. Rundschau. 6. II. 98).

= Zachęcony przez SENATOR'a stosował BERNSTEIN w jednym przypadku rozmiękczenia kości ooforynę (dawka nie wskazana) i pomimo sześciotygodniowego leczenia żadnej poprawy nie spostrzegł. Znaczna poprawa nastąpiła po zastosowaniu tranu fosforowego. (Münch. med. Woch. Nr. 14. 98).

= W przewlekłym zaparciu, zależnem

od osłabionego ruchu robaczkowego je-lit, zaleca PFAFF żółc wołową. Dawka 1,0 — 2,0 w pigułkach przed jedzeniem (Monde méd. Nr. 1. 98.).

= LICHOWETZER zestawia szereg ogłoszonych przypadków krwawego nasienia wskutek nadużycia płciowego lub zbyt-tniego pobudzenia z dwoma własnymi, spostrzeganymi w klinice KLEMPERER'a, i dowodzi, że nie ma ono żadnego chorobowego znaczenia (Berl. klin. Woch. 21. III. 98).

= CHIPAULT przytoczył w Tow. lek. par. dwa przypadki padaczki zupełnie wyleczone za pomocą wycięcia górnych szyjnych zwojów nerwu współczulnego. Jeden przypadek dotyczy 33 letniej kobiety, drugi 2½ letniego dziecka. (Pos. 6. 5. IV. 98).

= W Tow. lek. wied. przedstawił SCHIFF dwóch chorych na wilka, u których otrzymał znaczne polepszenie przez zastosowanie promieni X. Działanie promieni X. polega podług autora na dowolnem zmniejszaniu lub zwiększaniu miejscowego stanu zapalnego. (Pos. 1. IV. 1898).

= Nader ważna jest kwestja, czy dziecko rodziców, dotkniętych gruźlicą, przychodzi na świat już zarażone, w przeciwnym bowiem razie należałoby je ochraniać przed zarażeniem. Kuss rozstrzyga tę kwestję przecząco i twierdzi, że znakomita większość przypadków gruźlicy w wieku dziecięcym jest nabyta, dziedziczność zaś gra tu rolę nieznaczną, i dlatego też radzi usuwać dzieci od rodziców, dotkniętych gruźlicą (Tèh-se de Parys. 1898).

= Wychodząc z założenia, że promienie słoneczne wstrzymują rozwój bakterii MUEBSAM wykonał szereg doświadczeń nad działaniem promieni ROENTGEN'a na zarażone gruźlicą świnki morskie. 28-ci zwierzętom zastrzyknięto hodowlę gruźlicy do jamy otrzewnej, stawu kolanowego, gruczołów pachwinowych lub pod skórę, z liczby tej 16 było następnie przeświecanych, 12 zaś pozostawiono jako świadków. Zwierzęta przeświecane żyły dłużej, niż świadki o 7 do 45-ciu dni, najlepszy wynik otrzymano u zwierząt szczepionych podskórnie, u przeświecanych bowiem miejsce nakłucia zagoiło się, u świadka zaś rozwinęła się gruźlica skóry. (Tow. Chiz. berl. Pos. 10. I. 98).

Wiadomości bieżące.

— Od Komitetu gospodarczego zjazdu odbieramy odezwę następującą:

„Komitet gospodarczy VIII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu podaje niniejszem do wiadomości, że wczoraj, dnia 4 b. m. otrzymał z prezydium królewskiego pismo następujące: „Euer Hochwohlgeboren theile ich ergebenst mit, dass aus allgemeinen polizeilichen Gründen die Theilnahme von Ausländern an dem bevorstehenden Congresse polnischer Aerzte und Naturforscher unzulässig erscheint und dass ich deshalb alle Ausländer, welche sich zu demselben einfinden sollten, im Wege polizeilichen Zwanges des Landes verweisen würde.

Ich stelle hiernach weitere Veranlassung dem Ermessen des Comitées ergebenst anher“. (gez.) v. Hellmann.

„Niniejszem zawiadamiam, iż z ogólnych względów policyjnych uczestniczenie cudzoziemców w zapowiedzianym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich jest niedopuszczalne, że przeto musiałbym wydać z kraju, przy zastosowaniu przymusu policyjnego, wszystkich cudzoziemców, którzyby się na zjeździe znaleźli. Dalsze zarządzenia pozostawiam niniejszem uznaniu komitetu“.

(podp.) v. Hellmann.

Wobec powyższego urzędowego komunikatu komitet gospodarczy VIII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zawiadamia wszystkich interesowanych, że zjazd, naznaczony na dzień 1, 2, 3 i 4 sierpnia r. b., odbyć się nie może.

Przewodniczący *D-r Święicki*
Jen. sekretarz *D-r Jaruntowski*.

— Na ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć w Poznaniu od 1-go do 4-go Sierpnia 1898, w dalszym ciągu zgłosili się z odczytami: 237) Dr. BORYSSOWICZ z Warszawy: „Wskazania do zewnątrzotrzewnownego traktowania szypuły, pozostałej po nadpochwowem odjęciu ciała macicy w obec nowych zabiegów operacyjnych, stosowanych przy mięśniakach macicy. Sączkowanie tej szypuły, jako sposób przyspieszający zabliznienie się rany brzusznej“. 238) Tenże: „Płatowe rozszerzenie zwężonego kanału szyi i ujścia wewnętrznego macicy“. 239) Tenże: Demonstracja preparatów. 240) Dr. STERLING z Łodzi: „Do etyologii t. zw. strophulus infantum“. 241) Dr. KRUSCHE

z Łodzi: „O zastosowaniu guzika Marphy'ego“. 242) Dr. MARKOWSKI z Łodzi: Temat zastrzeżony. 243) Dr. CERNY z Pragi: „O nowem leczeniu raka“. 244) „O niedrożności jelit“. Referent prof. Dr. OBALIŃSKI z Krakowa, koreferent Dr. SKŁODOWSKI z Warszawy. 245) Prof. Dr. Jan ROSZKOWSKI z Fryburga. Temat zastrzeżony. 246) Dr. GARSZTKA z Bydgoszczy: „O zapobieganiu gruźlicy płuc“. 248) Dr. F. SZYMAŃSKI: „Obecny stan nauki o odżywianiu się roślin uprawnych“. 249) Dr. Edward Trzeciński (syn): „O wpływie lasów na klimat“. 150) Dr. Witosław DĄBROWSKI z Warszawy: „W kwestyi ndzielania się tyfusu brzuszego od chorych“. 251) Dr. STANISZEWSKI Władysław z Warszawy: „Przyczynek do zarośnięcia próżni macicy połogowej“. 252) Pan. J. MOROZEWICZ z Warszawy: Temat zastrzeżony z nauk mineralogicznych. 253) pan J. SOSNOWSKI z Warszawy: „Przyczynek do znajomości anatomii i fizjologii jądra u wymoczków“. 254) Prof. Br. ZNATOWICZ z Warszawy: „Działanie azotanu srebra (AgNO_2) na pochodne haloidowe węglowodorów aromatycznych. 255) Tenże „Notatki z praktyki chemicznej“. 256) Dr. J. WICZKOWSKI ze Lwowa: Temat zastrzeżony. 257) Dr. OBTUŁOWICZ ze Lwowa: „Kilka uwag o urazach czaszki po względem sądowolekarskim“. 258) Dr. POMORSKI z Poznania: „Odcięcie główki (decapitatio) z podaniem nowego sposobu“. 259) Tenże: „Macica dwurożna, pochwa podwójna, po ciąży przed 8 laty z okazaniem preparatu anatomicznego“. 260) Tenże: „Cięża pozamaciczna“. 261) „Ostateczne ujednotajnienie wyrazownictwa lekarskiego“; referenci Dr. A. KWAŚNIOKI z Krakowa, Dr. Stanisław KRAMSZTYK z Warszawy. 262) „Sprawa błędów językowych“; referent Dr. Stanisław MARKIEWICZ z Warszawy. 263) „Sprawa polemik“; ref. Dr. SZUMLAŃSKI z Warszawy. 264) „Zorganizowanie działu korespondencyi we wszystkich czasopismach“; ref. Dr. SZUMLAŃSKI z Warszawy. 265) „Stworzenie zbiorowych sprawozdań ze zjazdów zawodowych za granicą i w kraju“; ref. Dr. RYCHLIŃSKI z Warszawy. 266) „Organizacja sprawozdań dla prasy zagranicznej“; referent Dr. RYCHLIŃSKI z Warszawy. 267) „Sprawa poparcia polskich miesięczników i kwartalników“; ref. Dr. JANOWSKI z Warszawy lub jego zastępca.

268) "Sprawa rozszerzenia koła czytelników istniejących już czasopism": ref. Dr. JANOWSKI z Warszawy lub jego zastępcą. 270) Dr. Henryk KOWALSKI z Tarnowa: "O wpływie zwiększonej alkaliczności krwi na oddziaływanie moczu i wydzielanie białka w albuminuryi".

— Na Zjazd Poznański zamierzało wysłać Tow. lekarskie warszawskie Drów: DUNINA, KRAJEWSKIEGO i SOKOŁOWSKIEGO; Tow. lekarskie krakowskie profesorów dr. Henryka JORDANA i Dr. Kazimierza KOSTANECKIEGO; Tow. lekarskie łódzkie prezesa swego Dr. JONSCHERA i Dr. STANKIEWICZA.

— W Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem w r. b. przyznano nagrody konkursowe z zapisu ś.p. KOCZOROWSKIEGO kolegom: Edmundowi BIERNACKIEMU i Józefowi LUXENBURGOWI. Pierwszemu z nich za pracę p. t. „Poszukiwania nad utlenianiem ustrojowym. Spostrzeżenia nad glikolizą (utlenianiem cukru przez krew), warunkami jej istnienia i zachowaniem w stanach chorobowych, w szczególności w t. zw. nerwicach czynnościowych“, drugiemu za pracę p. t. „Zmiany mikroskopowe w komórkach nerwowych rdzenia w następstwie rozwojowej ich czynności“.

— W Nrze 25 „Medycyny“ podaliśmy wiadomość o rozestanym projekcie żywienia chorych, dotyczącym obiadów mięsnych. Teraz szpitale otrzymały projekt jeszcze dwóch obiadów mięsnych i 11 postnych; w obiadach postnych ma być białka od 35 do 109 grm., tłuszczu

od 9 do 72 grm., węglowodanów od 106 do 401 grm.; cena obiadu od 9,4 do 16,4 kop. Z ryb wchodzi 4 razy sandacz (300 grm.) i dwa razy śledź (raz sałata, raz kotlet). Na inne obiady składają się grzyby, ser, mleko, jaja i owoce. Obiady postne wprowadzono nie dlatego, żeby chorych zmuszać do postu, ale dla większego urozmaicenia żywienia. Razem mięsnych i postnych obiadów zaproponowano 29, wybór więc dosyć znaczny. Obiady te co do jakości i co do cen ułożono według kuchni higienicznej prof. JAWORSKIEGO z Krakowa i kuchni tanich, ułożono je więcej teoretycznie, pożądanego byłoby tedy bardzo zajęcie się przez kolegów szpitalnych sprawdzeniem osobistym wartości tych obiadów. Obiady tytułem próby są już przygotowywane dla pewnej liczby chorych, powinni więc koledzy kazać podawać sobie te obiady i próbować, żeby wydać sąd należyty. Ze względów technicznych urządzeń kuchni szpitalnych, tymczasowo przygotowuje się po 2 rodzaje obiadów, stosownie do wyboru lekarzy.

— W Łodzi kol. KOLIŃSKI ma zamiar wydawać dwumiesięcznik p. t. „Czasopismo lekarskie“. Redaktorem odpowiedzialnym zostaje kol. S. STERLING.

— Zmarli. W Rudzie Guzowskiej d-r Władysław OSTROWSKI w 64 roku życia.

W Bizenzie na Morawach w czasie podróży d-r Jan NERLEWSKI w 30 roku życia.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze i o uregulowanie zaległych rachunków.

Prosimy uprzejmie czytelników, współpracowników i tych wszystkich, którzy się chcą porozumieć z nami piśmiennie, aby z wszelkimi pracami i korespondencyami zwracali się od dnia dzisiejszego do redaktora d-ra M. Sadowskiego Krakowskie Przedmieście Nr 7; z wszelkimi zaś innemi sprawami do wydawcy D-ra L. Guranowskiego, ulica Foksal Nr. 13.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводено Цензурою. Варшава, 25 Іюня 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.