

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Praca oryginalna. O bezwładzie żołądka i kiszek (gastroplegia v. gastroenteroplegia) zwłaszcza po laparotomii, napisał D-r Ignacy Grundzach. (Dokończenie). Kilka słów o leczeniu uporczywych postaci tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy, podał d-r A. Winawer. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 24. Próba otrzymania z mleka krowiego preparatu, w składzie swym mało różniącego się od mleka kobiecego, w celu karmienia niemowląt. 25. Stosowanie alkoholu w moczoście cukrowej. 26. O przepuszczającej postaci zapalenia płuc włóknikowego. 27. Przyrząd do kroplistego natrysku ze zwykłego syfona. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 19 lutego r. b. — **Bibliografia i krytyka.** Dyagnostyka kliniczna chorób wewnętrznych. — **Odcinek.** W sprawie ukończenia asenizacji Warszawy. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r I. Grundzach — De la gastroplegie et gastroenteroplegie particulierement apres les laparotomies. 2) D-r A. Winawer — Quelques mots sur le traitement des formes rebelles des retroversions et retroflexions de l'utérus.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r I. Grundzach — Ueber die Gastroplegie und Gastroenteroplegie, besonders nach Laparotomien. 2) Dr A. Winawer — Einiges ueber die Behandlung hartnäckiger Fälle von Retroversionen und Retroflexionen der Gebärmutter.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str., 5.

O BEZWŁADZIE ŻOŁĄDKA I KISZEK

(gastroplegia v. gastroenteroplegia)

ZWŁASZCZA PO LAPAROTOMII.

Napisał D-r Ignacy Grundzach.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 9).

Jeżeli zamierzam kilka słów treści ogólnej poświęcić temu przedmiotowi, czynię to dlatego, że, o ile mi się zdaje, zasługuje on na to ze względu na ważność patologiczną i kliniczną, a dalej, że jest to przedmiot, o którym się mało pamięta lub wie, pomimo to, że jest on bardzo ważny i pod względem leczniczym.

Co właściwie należy nazywać parezą lub paraliżem, bezwładem żołądka, względnie całego przewodu żołądkowo-kiszkowego — gastroplegią czyli gastroenteroplegią? Jest to nagle występujące znaczne osłabienie lub przerwanie czynności ruchowej żołądka lub żołądka i kiszek. Na zasadzie przypadku, jaki spostrzegałem, i danych z literatury przypuszczam, że porażenie dotyczy i innych sfer czynności żołądka. Przypuszczenie swoje opieram na tem, że zawartość żołądka przebywać może 5—6 dni lub dłużej, a pomimo to nie następuje wchłanianie części płynnych (o wydalaniu do kiszek nie może być mowy z powodu porażenia błony mięsnej). Być może, iż wchłanianie, jeżeli wogóle istnieje w żołądku (MEHRING), zależy w znacznym stopniu od ruchów błony mięsnej żołądka. Sądzę, że i sprawa wydzielania jest wysoce upośledzona, jeżeli w żołądku dotąd zdrowym, prawidłowo wydzielającym, znika wydziela-

nie HCl, jak było w moim przypadku, a po przejściu bezwładu zjawia się HCl w pokaźnej ilości. Sama gwałtowna fermentacja, drożdżowa i gnilna, jaka się w żołądku takim odbywa, w części przynajmniej za tem przemawia.

Sprawa chorobowa, o której mówimy, występuje, zdaniem BOUVERET'a, wogóle bardzo rzadko, jeżeli porównamy ją z atonią czyli niedowładem żołądka, cierpieniem *par excellence* przewlekłym. Nagłość powstawania gastroenteroplegii, etyologia, symptomatologia i przebieg cierpienia tego wyłączają je z działu atonii najzupełniej. Zdaje się, że wkrótce przekonamy się, iż sprawa to nie tak rzadka wogóle, jak sądzi BOUVERET, że przeciwnie gastroplegia, szczególnie *postoperativa*, jest zjawiskiem wcale nie rzadkiem. Jest to zresztą rzecz znana, że wiele niby rzadkich spraw chorobowych uchodzi uwagi naszej dlatego, że się ich do właściwej kategorii nie zalicza: są one poprostu źle tłumaczone. Jestem pewny, że podobne przypadki wielu chirurgom zdarzały się i ciągle zdarzać się będą. Dowodem — HAHN¹²⁾, KOEBERLE, GROSS, HUNTER.

Etyologia i istota gastroplegii. Etyologia cierpienia tego jest dobrze znana, w każdym przypadku wyraźna. Najczęstszym, a zdaniem BOUVERET'a jedynym momentem etyologicznym jest wstrząśnienie całego ciała lub pewnej jego części (plecy, brzuch) i zabiegi chirurgiczne w jamie brzusznej — laparotomia; słowem, uraz pochodzenia mechanicznego lub chirurgicznego. Zabiegi chirurgiczne, laparotomie mianowicie, są głównem bez zaprzeczenia źródłem tego cierpienia. W przypadkach KÖBERLE'go, GROSS'a, HUNTER'a, moim, BORYSSOWICZA, w przypadkach z zakładu chirurgicznego, wyżej cytowanych, wreszcie w przypadkach HAHN'a cierpienie to wystąpiło tuż po operacjach w jamie brzusznej. Operacje te dotyczyły rozmaitych narządów jamy brzusznej, wspólnością ich było jedynie samo otwarcie jamy brzusznej i ręko-czyny w niej wykonywane. W przypadku ERDMANN'a było upadnięcie na plecy w skurczonej pozycji ciała. W 3-ch przypadkach FÜRSTNER'a bezpośrednią przyczyną cierpienia był zawsze uraz.

Zdaniem mojem, nie jest to jedyny sposób powstawania gastroplegii. Pamiętam przypadek oględzin sądowo-lekarskich, odbytych przed laty (opisu nie znalazłem), gdzie stwierdzono śmierć z powodu zjedzenia 30-tu jaj kurzych na twardo ugotowanych i popijania wódką. Denat. założył się, że tego dokona. Po pewnym czasie, będąc jeszcze w szynku, upadł na ziemię i niczem nie można go było uratować (wlewano mu do ust zawartość nocnika). Śmierć nastąpiła najprawdopodobniej wskutek paraliżu serca na drodze odruchowej. W przypadku tym zasługuje na uwagę stan żołądka, stwierdzony zaponocą oględzin pośmiertnych: był on wypełniony nadmiernie, znacznie rozdęty, niewątpliwie porażony. Istnieją dane kliniczne, pozwalające przypuszczać, że w przypadkach nadmiernego a jednokrotnego wypełnienia żołądka, może on uleść bezwładowi, który przyjmuje wówczas charakter przewlekły i objawia się uporczywą rozstrzenią żołądka, jeżeli, rzecz prosta, chory pozostaje przy życiu. Jest to również uraz *sui generis*. Nie chcę bynajmniej utrzymywać, że moment ten jest równoznaczny wyżej przytoczonym; w każdym razie postawić go należy obok nich na dalszym nieco planie, dopóki liczne spostrzeżenia nie potwierdzą jego słuszności.

Jak sobie wyjaśnić powstawanie bezwładu żołądka lub żołądka i kiszek? Jedynie na drodze nerwowej szukać należy wyjaśnienia. Jest to „*shock*“ ope-

¹²⁾ L. c.

racyjny lub traumatyczny, a więc działanie na ośrodki, sploty i nerwy, wchodzące w układ nerwu współczulnego brzuszego, a wskutek tego ich porażenie i bezwład tych narządów, jakimi nerw sympatyczny rządzi lub jakie reguluje. Może się to wreszcie tyczyć innych dróg nerwowych i ośrodków (nerwu błędnego), inaczej jednak faktów tych tłumaczyć sobie nie możemy. Można by na chwilę pomyśleć o zapaleniu otrzewny i następnie nacieczeniu błony mięsnej żołądka (i kiszek), ale gastroplegia występuje zbyt szybko (bo już w kilka godzin), aby tą drogą dała się wyjaśnić, a następnie znikła lub sprowadza śmierć zgoła bez objawów zapalenia otrzewny.

Objawy. Dzielą się one na lżejsze i cięższe, nie zawsze jednak siła ich stanowi miarę niebezpieczeństwa, jakiemu chory ulega. Cięższe mogą ustąpić, lżejsze natomiast nasilić się i spowodować śmierć. Do objawów należą: 1) nagłe powstające wypuklenie ściany brzusznej w górnej części brzucha, które określamy zapomocą oglądania, obmacywania, opukiwania i podwójnego badania (wysłuchiwania opukowego). Badanie to bywa nieraz utrudnione z powodu opatrunku brzucha po laparotomiach. Wzdęcie to w przypadkach pooperacyjnych bywa zwykle połączone z wzdęciem kiszek, tak, że cały brzuch przedstawia bębnicę ogólną (*tympanites*), wywołaną zanikiem napięcia (*tonus*) i kurczliwości, parzą lub bezwładem włókien mięsnych przewodu żołądkowo-kiszkowego, wskutek czego gazy prężnością swoją rozdymają te narządy. 2) nagromadzanie się w żołądku płynów, które jakąś drogą doń się dostały, a więc: pokarmów, napojów, śliny, żółci, śluzu, ropy i krwi. Nagromadzanie się to stwierdzamy zapomocą wstrząsania ściany brzusznej lub lekkiego poruszania ciałem chorego wraz z wysłuchiowaniem okolicy żołądka. Niezawsze udaje się drogą tą stwierdzić obecność płynu, gdyż brzuch cały mocno jest wzdęty, mało podatny, posiada opór poduszki gumowej, powietrzem wypełnionej, co utrudnia bardzo owo badanie. U mojej chorej słyszałem nietylko szmer przy poruszaniu ciałem jej, ale i szmer jakby bulek, na powierzchnię wypływających. 3) łatwo pojąć, jakie dalsze objawy wywołuje owo nagromadzanie się zawartości w żołądku, gdy sobie uprzytomnić, że żołądek (a często i кишки) znajduje się w spokoju bezwzględny, nic zgoła do kiszek nie wydalaając. Wszystko, co się wówczas dostaje do żołądka, pozostaje na miejscu, odbywa się więc silna fermentacja zawartości tem łatwiej, że upośledzona bywa, jak w moim przypadku, i czynność wydzielnicza narządu. W przypadku BORYSSOWICZA stwierdzono fermentację gnilną, w przypadkach HAHN'a również; w moim odbywała się silna fermentacja drożdżowa. 4) wszystkie objawy następne są już wyrazem pierwszych: odbijania, co zasługuje na uwagę, bardzo rzadko lub wcale nie występują, gdyż objaw ten wymaga czynnego udziału masy mięśniowej żołądka. Często występują zwracania niewielkich ilości nagromadzonej zawartości. Objaw ten powstaje wówczas, gdy żołądek wypełni się znacznie, gdy bezwład jest zupełny, a żołądek gra jedynie rolę worka, dającego się rozciągać do znacznych granic, jak się wyraża BOUVERET, tak, że jedynie tłocznia brzuszna wyrzuca część zawartości nazewnątrz. BOUVERET słusznie utrzymuje, że „pokarmy i gazy zbierają się w wielkiej ilości i, kiedy wypełnienie jest nadzwyczajne, skurcze mięśni brzusznych wywołują rodzaj wymiotów, a właściwie zwracań, w których żołądek nie przyjmuje żadnego czynnego udziału“. W moim przypadku woda (z lodu, który chora łykała) i wino, którego chora wypila w ciągu kilku dni parę butelek, w małej części bywały zwracane, w znacznej części pozostawały w żołądku chorej, przyczem wino gwałtownie fermentowało. Zdarza się, że cho-

rzy z wymiotują po upływie dni kilku naraz znaczną ilość zawartości sfermentowanej, poczem objawy ze strony żołądka znikają i stan ogólny się poprawia; taż sama poprawa występuje po przeplukiwaniach, a nieraz po jednym przeplukaniu żołądka (Hahn). 5) zawsze istnieje bolesne uczucie przeżenia, pełności w dołku i brzuchu, zatrzymanie stolca i wiatrów; 6) często występuje zmniejszenie lub ustawanie na pewien czas wydzielania moczu. 7) w przypadkach najczęstszych, mianowicie pooperacyjnych, do objawów tych dołącza się przyspieszenie dość znaczne i nikłość tętna, częstość oddechania, męczące i krótkie oddechy, upadek ciepłoty ciała, a nawet objawy zupełnej zapaści, pozwalającej przypuszczać raczej niedrożność kiszek lub zapalenie otrzewny, co się też często zdarzało; niewątpliwie, wiele tego rodzaju przypadłości nieśluszenie przypisywano nieistniejącemu zapaleniu otrzewny lub nieistniejącej niedrożności kiszek. Możliwą jest rzeczą, że w tych warunkach powstaje samozatrucie ustroju przez wytwory fermentacji i gnicia, jakie zachodzą w żołądku, jakkolwiek wchłanianie w żołądku, jak widzieliśmy, wysoce jest upośledzone; upośledzenie to zresztą ustrojowi w danym razie jedynie na korzyść wyjść może.

Przebieg i zejście. Przebieg najczęściej ostry, kilku- lub kilkunastodniowy. FÜRSTNER miał do czynienia ze sprawą peryodycznie występujących niedowładów żołądka. Co się tyczy zejścia, bywa ono dwojakie: albo w ciągu kilku lub kilkunastu dni następuje poprawa przy takich objawach, jak odbijanie, z wymiotowanie naraz ogromnej ilości sfermentowanej lub zgniłej zawartości żołądka i wiatry, poczem wszystko wraca do stanu prawidłowego; albo też przy objawach coraz wzrastającej zapaści następuje śmierć. W przypadku ERDMANN'a cierpienie trwało dni 12, w moim — 3, w przypadku BORYSSOWICZA — 6, poczem następowało wyzdrowienie. Do innej kategorii pod względem przebiegu i zejścia zaliczają się przypadki FÜRSTNER'a, jak również i te, w których po obfitem jednokrotnym wypełnieniu żołądka następuje trwała rozstrzeń tego narządu.

Rozpoznanie. Z powyższego widzieliśmy, jak łatwo cierpienie to rozpoznać, jeżeli sobie uprzytomnić etiologię i objawy, dosyć charakterystyczne. Jedynie ostrą niedrożność kiszek, zapalenie otrzewny i skurcz odźwiernika winniśmy wyłączyć. Dla odróżnienia od ostrej niedrożności kiszek będziemy się posilkować badaniem zwróconej lub zymiotowanej zawartości. Zbadamy wówczas, czy w żołądku zawartość przebywa krótko, czy dłużej, czy nastąpiły w niej fermentacje i jakiego rodzaju, czy zawartość została z kiszek do żołądka skierowana; w tym razie zwracać będziemy uwagę na obecność lub brak żółci lub soku trzustkowego zapomocą sztucznego trawienia białka i krochmalu w przesączu zalkalizowanym. W każdym podobnym przypadku przeplucemy żołądek, gdyż w tym czy innym razie postępowanie to będzie wysoce racjonalne; następne bowiem spostrzeganie chorego sprawę całkowicie wyjaśni.

Dla odróżnienia od zapalenia otrzewny posługiwać się będziemy stanem ciepłoty, charakterystyczną dla bezwładu zawartością żołądka, brakiem bolesności przy naciskaniu ściany brzusznej; ostatni ten szczegół, o ile mi się zdaje, ważną odgrywa rolę, bywa on jednakże, na nieszczęście, niekiedy nieuwzględniany z powodu opatrunku brzucha po laparotomii.

Co się tyczy skurczu odźwiernika, jaki mógłby dać objawy rozděcia, przepełnienia żołądka i t. d., w danym razie nietrudno go wyłączyć. Skurcz odźwiernika wywołuje, co prawda, objawy rozstrzeni; bywa to np. w sokoto-

ku żołądka. Jak sobie jednakże wytłomaczyć bezwład ruchowy? Przeciwnie, spostrzegać powinniśmy nadmierne, gwałtowne ruchy robaczkowe muskulatury żołądka, dążące do zwalczenia przeszkody, jak to istotnie w przypadkach skurczu tego spostrzegamy. Dalej zaś, ze stanem tym nie licuje bynajmniej wzdęcie kiszek; przy skurczu odźwiernika widzimy coś zgoła przeciwnego: кишки są zwykle puste, skurczone, a brzuch zapadły. Wreszcie objawy ogólne, tak ciężkie i poważne, wyłączają to cierpienie, o którym dla dokładności jedynie na tem miejscu wspominam.

Leczenie. Pozwolę sobie w kilku słowach naszkicować leczenie tego cierpienia. Leczenie, zdaniem mojem, przedstawia się w sposób następujący:

1) żołądek, dotknięty bezwładem, winien być pozostawiony w zupełnym spokoju. Oprócz zwilżania ust i częstego przeplukiwania jamy ustnej chory nic literalnie nie powinien brać do ust. Na ten punkt, dotychczas mało bardzo uwzględniany, położyłbym nacisk największy. Ponieważ przypuszczam, że zarówno czynność wydzielnicza i chłonna, jak ruchowa (ta ostatnia jest uznana i dowiedziona) jest upośledzona lub porażona, żołądek więc taki, powtarzam, winien się znaleźć w warunkach dla siebie najkorzystniejszych, winien być nie tylko oszczędzany, ale zupełnie bezczynny, na co go już sam bezwład skazuje. Jakież cel może mieć wypełnianie go wodą, winem, koniakiem, wodą sodową, lekami i t. d., kiedy wszystko to pozostaje jak w worku bezwładnym: ani się wchłania, ani przechodzi do kiszek, aby tu ulecz wessaniem, fermentuje jedynie i męczy chorego ciągłemi zwracaniem i następstwami wymiotami, a może i zatrzuwa go wytworami fermentacji i gnicia? Pozostawiony w spokoju pod względem czynnościowym, żołądek wróci w krótkim czasie do utraczonej energii nerwowej.

2) sądzę, że należy w każdym przypadku z istniejącemi już zwracaniem lub wymiotami albo ciężkim stanem ogólnym, bez straty czasu przeplukać żołądek lekkim roztworem przeciwnoślnym (np. kwasem bornym 5 — 10 na 1,000 lub tymolem 1 na 1,000), wreszcie czystą wodą letnią, co gorąco poleca ostatnimi czasy HAHN w przypadkach po gastroenterostomii, gdzie pozornie obawa przed tym rękoczynem jest największa. W przypadkach po gastroenterostomii należy jedynie pamiętać, aby zbyt głęboko zgłębnika nie wprowadzać. Wszystkie inne obawy są płonne, a dla chorego zgubne. Wyniki tego rękoczynu w przypadkach gastroplegii, sądząc z opisu HAHN'a, są zdumiewające.

3) dla podtrzymania sił chorego stosować należy: małe ławatywy z winem, koniakiem lub eterem, wreszcie zastrzykiwania lub wlewania podskórne fizyologicznego roztworu soli kuchennej, eteru z kamforą i t. d.

4) stosować należy koniecznie pęcherze z lodem, jeden na okolicę dolka podsercowego, drugi na brzuch, lub też zimną wężownicę LEITER'a.

5) wreszcie, uważałbym za bardzo właściwe stosowanie prądu przerywanego przy użyciu elektrody kiszkowej, przypadki bowiem FÜRSTNER'a, jakkolwiek lżejsze (peryodyczne występowanie napadów bezwładu), bardzo zachęcają do faradyzacji powłok brzusznych. Elektroda kiszkowa w bezwładzie pooperacyjnym niczem zastąpić się nie da, gdyż opatrunek brzucha uniemożliwia wszelkie inne postacie stosowania prądu przerywanego; drugą elektrodę z łatwością przyłożyć się uda do dolka podsercowego.

Kilka słów o leczeniu uporczywych postaci tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy,

podał d-r A. Winawer.

(Rzecz, czytana na VII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie).

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 9).

Powiemy jeszcze słów kilka o krążkach, czyli pręcikach wewnątrzmacicznych.

Pręciki te: AMANN'a, BRAUN'a, MEADOWS'a, FEHLING'a nie mają wprawdzie już tego znaczenia, co dawniej, lecz obejść się bez nich bezwzględnie nie możemy.

Wprawdzie prostowanie macicy przez wprowadzanie pręcika do jamy macicy, czyli uzyskanie odchylenia zamiast odgięcia macicy, wobec zmiany poglądów na istotę cierpienia, znaczenia mieć nie może; lecz utrzymanie macicy w przodopochyleniu przez wprowadzenie do jamy macicy pręcika, a do pochwy krążka pochwowego, może z konieczności mieć zastosowanie.

Nadto pręcik przy tyłozgięciu macicy ustalonym może mieć inne jeszcze znaczenie. SCHULTZE, stosując mięsienie przy macicy odgiętej i przez zrosty ustalonej, posiłkuje się w przypadkach ciężkich równocześnie pręcikiem śródmacicznym w celu łatwiejszego rozciągnięcia przyczepin. Sposób ten stosowałem z powodzeniem w pięciu przypadkach ciężkich ustalonego odgięcia macicy. Wskazanie do mięsienia podług tego sposobu stanowić może bądź przodowe ustalenie szyi macicy wskutek stwardnienia i przykrócenia tkanki łącznej pęcherzowo-maciczej, przeważnie, gdy macica jest miękka i wiotka, bądź też stwardnienie kąta zgięcia macicy, jakie się nieraz spostrzega przy równocześnie występującem przewlekłem zapaleniu miąższu tego narządu. W przypadkach tych macica po usunięciu przyczepin otrzewnowych i uruchomieniu jej trzonu kształt swój stale zachowuje, a kąt załamania pozostaje nadal na tylnej powierzchni macicy. W wielu przypadkach przez mięsienie macicy, a przeważnie okolicy kąta zgięcia bez pomocy pręcika, miąższ narządu odzyskuje swą miękkość i właściwą sprężystość wskutek wyrównania krążenia krwi, usunięcia obrzęku i wessania się nacieczenia przewlekłego w ścianie narządu, a, jak sądzi KALTENBACH, wskutek odrodzenia włókien mięsnych, zanikłych częściowo wskutek upośledzonego krążenia krwi w tej części macicy. W niektórych zaś przypadkach mięsienie przy pomocy pręcika wewnątrzmacicznego może być znakomicie ułatwione, a zdarzyć się może, jak to na zasadzie przypadków spostrzeganych sądzę, iż bez pręcika przeprowadzić się nie da.

Z krótkiego tego omówienia wynika, iż, aczkolwiek leczenie odchylenia i odgięcia macicy zapomocą krążków daje obecnie o wiele pomyślniejsze, niż dawniej, wyniki, dostatecznem jednak nie jest, jak tego dowodzi z konieczności stosowane leczenie na drodze chirurgicznej.

Wobec tej okoliczności uznałem za słuszną, celem zapewnienia pomyślniejszych wyników w leczeniu odchylenia i odgięcia macicy, nie ograniczać się po uruchomieniu narządu wyłącznie na stosowaniu krążków, lecz współcześnie wzmocnić sprężystość więzadeł - mięśni krzyżowo-maciczych i mięśni dna miednicznego—przez stosowanie unoszeń i faradyzacji macicy. Wiadomo, iż

THURE BRANDT leczy oprócz wypadnięcia także tyłozgięcie macicy przez unoszenie ręczne narzędzia.

Wobec trudności technicznych, jakie stosowanie unoszeń ręczne przedstawia, i wprawdy, jakiej rękoczyn ten od lekarza wymaga, postanowiłem je zastąpić przez unoszenie zapomocą narzędzi, jak to już przy wypadnięciu macicy stosowali SIELSKI (40), SMITH, PAWLIK (41). Posiłkowałem się w tym celu z początku zmodyfikowanym przyrządem SMITH'a, następnie zaś przyrządem mego pomysłu, zastosowawszy go do prądów elektrycznych, tak, iż równocześnie stosuję unoszenia i faradyzację macicy.



Rys. II.

Przyrząd ten (rys. II) składa się z grubego pręcika metalowego, długiego 30 ctm., wygiętego odpowiednio do osi pochwy, ręczki szklanej izolującej, izolatora gumowego i pierścienia metalowego odpowiedniej wielkości i kształtu, który po wprowadzeniu przyrządu do pochwy obejmuje część pochwową macicy. Części składowe przyrządu są ruchome, a przyrząd w całości daje się wyjąławić.

Przez unoszenie macicy czyli ruchy gimnastyczne więzadeł, jakie w ciągu posiedzenia, trwającego od pięciu do ośmiu minut, dokonywam dziesięcio-, dwunastokrotnie, nie tylko rozciągamy w dalszym ciągu przykrócenia tkanki przymaciczej, jakieśmy byli już przez uprzednie miesiąenie rozciągnęli, lecz działamy współcześnie na zwiększenie odżywiania i sprężystości mięśni dna miedniczego wraz z mięśniem unoszącym odbyt i zwieraczem zewnętrznym, których ćwiczenie wywiera wpływ tak ważny na położenie narządu (ŚWIECICKI), a także na zwiększenie sprężystości mięśni ścian pochwy, mięśnia macicznego i więzadeł macicznych, a temsamem więzadeł-mięśni krzyżowo-maciczych.

Działanie pobudzające prądu przerzywanego na mięśnie jest dobrze znane, a przy tyłozgięciu macicy elektryczność wogóle, a przeważnie prąd przerzywany już niejednokrotnie był stosowany przez HILDEBRANDT'a, TRIPIER'a, APOSTOLI'ego, ENGELMANN'a, MASSEY'a, BIGELOW'a, TAYLOR'a, RAYNIER'a.

HILDEBRANDT (42) już w roku 1870 stosował przy odgięciu macicy prąd stały i przerzywany, lecz nie otrzymał dobrych wyników. HILDEBRANDT stosował prąd przerzywany w ten sposób, iż wprowadzał do jamy macicy pręcik metalowy w kształcie zgłębnika, zwiększając stopniowo siłę prądu.

Przy stosowaniu prądów słabych, które chore dobrze znosiły, poprawy nie spostrzegano; prądy silniejsze zaś wywoływały podrażnienie macicy i wskutek tego, jak sądził autor, zapalenie tkanki łącznej przymaciczej. Przy sto-

sowaniu prądów stałych o słabem napięciu zapomocą przyrządu w kształcie strojnika, jaki wprowadzano do tylnego sklepienia pochwy, by na fałdy DOUGLAS'a oddziaływać, otrzymano także w tych kilku przypadkach, w których sposób ten stosowano, zapalenie tkanki łącznej przymacicznej.

TRIPIER (43) stosował przy odgięciu macicy prąd przerywany w ten sposób, iż po wprowadzeniu elektrody dodatniej w postaci cienkiego pręcika (*excitateur vesical*) do pęcherza moczowego, a ujemnej, także w kształcie zagiętego nieco pręcika (*excitateur uterin*), do jamy macicznej, wywoływał skurcze macicy i dążył do zwiększenia napięcia jej ściany przodowej. TRIPIER, przystępując do elektryzacyi, macicy nie odprowadzał; niekiedy zaś posiłkował się krążkiem FAVROT'a (*pessaire a air*), który wprowadzał do odbytnicy, aby macicę unieść i nadać jej położenie odpowiednie.

ENGELMANN (44) stosuje przy odgięciu macicy z początku prąd stały, później przerywany i posiłkuje się równocześnie tamponikami z welny odtłuszczonej, które mają krążki pochwowe zastąpić.

BIGELOW (45) leczy odgięcie macicy, stosując prąd przerywany, i otrzymał wyniki zadawalniające, pomimo, iż zupełnie zarzucił krążki pochwowe.

Przy odgięciu macicy unieruchomionem, połączonem ze znaczną nadczułością więzadeł krzyżowo macicznych, stosuje BIGELOW z początku galwanizację pochwowo-brzuszną w ten sposób, iż biegun dodatni działa od tylnego sklepienia pochwy, a ujemny od ściany brzusznej; następnie stosuje galwanizację dodatnią macicy; a wreszcie po usunięciu nadczułości więzadeł przechodzi do prądu przerywanego.

BETTON MASSEY (46) otrzymał w niektórych przypadkach odgięcia macicy świetne wyniki, stosując odprowadzenie narządu, a następnie elektrolizę i zakładając do pochwy tamponiki odkażające z welny; niekiedy zaś posiłkował się także prądem przerywanym.

GÆLET (47) przy tyłopochyleniu macicy stosuje z początku elektrolizę w ten sposób, iż elektrodę dodatnią wprowadza do jamy macicy, a drugą elektrodą działa od krzyża (w położeniu chorej na boku); siła prądu wynosi 30—60 MA; następnie G. stosuje prąd przerywany.

TAYLOR zaleca w przypadkach odgięcia macicy prąd przerywany i krążków pochwowych nie stosuje.

Wreszcie RAYNIER (48) stosował elektryczność w ten sposób, iż wprowadzał do jamy macicy elektrodę węglową APOSTOLI'ego, a drugą elektrodą działał od ściany brzusznej. Prąd stosował zwykle takiej siły, by wywołać skurcze macicy i po 10—12 posiedzeniach otrzymywał uleczenie zupełne (trzy przypadki uleczył zupełnie, w trzech innych leczenie postępuje pomyślnie). Autor ten uważa elektryczność za bardzo ważny czynnik w leczeniu wadliwego położenia narządu i sądzi, iż sposób ten zastąpić musi zarówno leczenie zapomocą krążków, jak i leczenie na drodze chirurgicznej.

W przypadkach, leczonych przezemnie, stosuję prąd przerywany w ten sposób, iż jeden biegun w postaci elektrody-gąbki działa od ściany brzusznej, zaś drugi w postaci podanego przyrządu wprowadzam do pochwy, ujmując w pierścień część pochwową macicy. Z początku posiłkuję się prądami słabszymi, później silniejszymi z cewki o drucie grubym i krótkim (t. zw. *courant de quantité*), aby na kurczliwość mięśnia macicznego oddziaływać (TRIPIER, APOSTOLI).

Aczkolwiek przez stosowanie unoszeń przy odchyleniu i odgięciu macicy otrzymano dotąd zaledwie w jednej trzeciej części przypadków uleczenie trwa-

łe, śmiem jednak twierdzić, iż po uruchomieniu dostatecznem narządu i usunięciu powikłań przez stosowanie następcze unoszeń macicy wraz z faradyzacją i równoczesne leczenie zapomocą krążków leczniczych, spodziewać się należy wyników pomyślniejszych. Leczenie podług sposobu tego może mieć przytem bądź ten skutek bezpośredni, iż macica pozostanie w położeniu prawidłowem, a wówczas obejść się możemy bez krążka pochwowego, bądź też pośredni, iż, stosując w dalszym ciągu krążki lecznicze, możemy skrócić okres leczenia zapomocą krążków, który trwa nieraz i lat kilka.

Z jedenastu leczonych tym sposobem przypadków, w czterech leczenie to pomocnicze stosowałem zbyt krótko (3 — 5 posiedzeń), bym je mógł uznać za dostateczne; w trzech, po 10 — 12 posiedzeniach, odbytych w ciągu trzech i czterech tygodni, macica utrzymała się bez krążka pochwowego, a w pozostałych stosuję w dalszym ciągu krążki pochwowe.

Jakie będą wyniki ostateczne, tylko w przyszłości da się ocenić. Sądzić jednak należy, iż sposób ten leczenia pomocniczego, jako niepołączony z żadnem niebezpieczeństwem, w przypadkach odpowiednich, przeważnie u kobiet młodszych, przy cierpieniu niezadawnionem, przy zachowaniu dostatecznej sprężystości mięśni dna miednicznego i więzadeł, może mieć nieraz pomyślne zastosowanie.

Leczenie zachowawcze odchylenia i odgięcia macicy nie zapewnia we wszystkich przypadkach uleczałości cierpienia: spotyka się przypadki ciężkie, w których bądź zrostów otrzewnowych, bądź przykróceń przymacicznych oddzielić przez leczenie mechaniczne nie jesteśmy w stanie. Także przypadki zboczeń macicy ruchomych lub przez leczenie uruchomionych, gdy macica zapomocą krążka utrzymać się nie daje, a wywołuje ciężkie, nieraz gwałtowne objawy, zmuszeni jesteśmy leczyć na drodze chirurgicznej. Leczenie to jest tem więcej uzasadnione, iż zapomocą krążków, jak to już wspomniano, zaledwie czwartą część przypadków możemy trwale uleczyć.

Przez leczenie chirurgiczne dążymy do utrzymania macicy w położeniu prawidłowem przodopochylenia - zgięcia przez ustalenie tylnie szyi lub przodowe trzonu macicy.

Przymocowanie części pochwowej czyli tylnej jej powierzchni do tylnego sklepienia pochwy (*colpohysteropexia*, *trachelopexia vaginalis posterior*), jak to już w roku 1850 stosował AMUSSAT, później RICHELOT—ojciec, a niedawno BOSSI (49) (*vaginofixatio colli*) i w sposób zmieniony DOLÉRIS (50) (*colporrhaphia retrocervicalis*), jakoteż przymocowanie przodowej ściany pochwy lub części pochwowej do tylnej ściany pochwy, jak to stosowali BYFORD (51) (*metroelytrorrhaphia*) i PÉAN (52) (*vaginofixatio*), a wreszcie połączenie kikuta macicznego, po odcięciu nadpochwowem szyi macicznej, z tylną ścianą pochwy sposobem NICOLETIS'a, opisanym przez RICHELOT'a (53), mają oprócz innych tę ważną wadę zasadniczą, iż obierają ruchliwą ścianę pochwy jako *punctum fixum*, co nie może zapewnić utrzymania szyi macicznej w tylnym odcinku miednicy, a temsamem uleczenia wadliwego położenia narządu. Dlatego też sposoby te, jako niepewne, były dotąd bardzo rzadko stosowane. Dotyczy to także sposobu, nie używanego przez innych, LÆWENTHAL'a (54), polegającego także na ustaleniu w pochwie szyi macicznej, i sposobu FREUND'a (55), polegającego na przymocowaniu grubego drutu ołowianego, po przeprowadzeniu go przez przodową wargę maciczną, do tylnego kąblaczka krążka pochwowego.

Pewniejszym zdaje się być sposób ustalenia szyi macicznej STRATZ'a (56), polegający na wycięciu płata z tylnej ściany pochwy w połączeniu z resekcją jamy DOUGLAS'a. Z 15 operowanych uleczył STRATZ 14 przypadków.

Ustalenie szyi macicznej przez skrócenie więzadeł krzyżowo-macicznych od pochwy sposobem FREUND'a (57), SÆNGER'a (58), SCHULTZE'go, BYFORD'a, HERRICK'a (59) i ŚWIĘCICKIEGO (60) — nie zapewnia bezwzględnie trwałego uleczenia.

SCHULTZE sądzi, iż, gdyby jego sposób ustalenia szyi macicznej nie był wystarczający, należałoby skrócić więzadła obłe i ustalić równocześnie trzon macicy od przodu.

SÆNGER otrzymał z pięciu przypadków w dwu, a HERRICK w połowie przypadków powrót cierpienia.

Skrócenie więzadeł krzyżowo-macicznych przez cięcie brzuszne sposobem KELLY'ego (61) i FROMMEL'a (62), bardzo racjonalne w zasadzie, dało dotąd w praktyce wyniki ujemne. FROMMEL z siedmiu operowanych przypadków zaledwie w jednym otrzymał uleczenie trwałe.

Takie są wyniki, otrzymane przez ustalenie tylne szyi macicznej.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

24. MERHAUT. Próba otrzymania z mleka krowiego preparatu, w składzie swym mało różniącego się od mleka kobiecego, w celu karmienia niemowląt. Otrzymać z mleka krowiego preparat, zbliżony pod względem składu i działania do mleka kobiecego, można jedynie w warunkach prawidłowych, fizyologicznych, a więc, gdy do wyrobu użyjemy mleka krowiego pewnego, czystego, od zdrowej średnich lat krowy, trzymanej w warunkach higienicznych, i gdy otrzymaną mieszaninę wypróbujemy na dziecku zupełnie zdrowem.

Mając to na celu, M. założył na wsi odpowiednie gospodarstwo, gdzie miał zdrową, dobrego chowu krowę, odpowiednio karmioną (pasza zielona była wyłączona). Gdy w grudniu 1892 r. urodziła mu się zdrowa córeczka, użył jej do doświadczeń. Dziecko pokarmu matczynego nie używało wcale. Podczas doświadczeń autor sprawdzał, jak pokarm dziecku smakował i jak działał na narządy trawienia. Miarą w tym względzie były stolce, ich barwa, zapach, gęstość, — nadto waga ciała. Prócz tego przyjmowano pod uwagę rozwój mięśni i tłuszczu podskórnego. Przy pojawieniu się jakichkolwiek zaburzeń ze strony kiszek i żołądka — karmienie przerywano. MERHAUT jest stronnikiem BIEDERT'a, według którego złe wyniki przy sztucznem odżywianiu niemowląt mlekiem krowiem kłaść należy na karb składu tego mleka, tak różnego od składu mleka kobiecego. BIEDERT większość zaburzeń w narządach trawienia u niemowląt przypisuje sernikowi krowiemu. Dlatego też zaleca rozrzedzanie sernika przy pozostawieniu tłuszczów; stąd powstała śmietanka BIEDERT'a. Przeciw niemu wystąpiło wielu z ESCHERICH'em na czele, twierdząc, że przyczyną zaburzeń w narządach trawienia u niemowląt, karmionych mlekiem krowiem, są drobnoustroje chorobotwórcze, znajdujące się w mleku. Dla zabicia ich zaczęto wyjaławiać mleko. W szerzeniu tego poglądu główną zasługę przyznać należy SOXHLET'owi. Pogląd ten z czasem uległ zmianie. W roku 1891 SOXHLET sam przyznał, że wyjaławianie nie osiąga jeszcze wszystkiego, że trzeba usunąć różnicę w składzie chemicznym, jaka zachodzi między mlekiem kobiecym a krowiem. W r. 1893 BIEDERT w drugim wydaniu swego dzieła „*Die Kinderernährung im Säuglingsalter*“ mógł napisać, że odniósł zupełne zwycięstwo. Tak jednak nie jest w zupełności: są jeszcze badacze, jak KRAMSZTYK, HEUBNER, którzy w wyjaławianiu widzą jedyny środek, czyniący mleko krowie znośnem dla niemowląt.

Wobec takiego nieustalenia się poglądów, MERHAUT zaczął swe doświadczenia od karmienia dziecka mlekiem naturalnem, niewyjaławianem. Nie chcąc zmieniać składu mleka nawet przez gotowanie, podawał je dziecku po uprzedniem podwójnem, najwyżej potrójnem przesączaniu przez watę, przyczem otrzymywał mleko poz-

bawione drobnoustrojów. Ubytek tłuszczów był tak nieznaczny, że nie mógł wchodzić w rachubę.

Mleko to zaczęto podawać dziecku na trzeci dzień po urodzeniu. Już po 8 godzinach wystąpiła bolesność i wzdęcie brzucha, wymioty ścieciem mlekiem, zielone, z początku gęste, później rzadkie, cuchnące stolce. Przez 12 godzin podano 250 ctm.³ mleka. Wskutek pojawienia się wymienionych zaburzeń karmienie przerwano.

Gdy dziecko wróciło do stanu prawidłowego, M. zaczął mu podawać mleko wyjaławiane w przeciągu $\frac{1}{2}$ godz. przy 100°C. Mleko to było zupełnie jałowe, jednakże dziecko nie znosiło go. Doświadczenia podobne powtarzano w 3, 6 i 9-yim miesiącu z podobnym skutkiem. Dopiero w 9 miesiącu można było przez cały miesiąc podawać dziecku takie mleko bez złych następstw. Nie było jednakże w przeciągu tego czasu ani jednego żółtego stolca, jak przy odżywianiu mlekiem matki, lecz twarde szarobiałe stolce, niekiedy zaparcie. Dziecko spożywało dziennie 1500—1800 ctm. szśc. Na wadze zyskało w przeciągu dni 30—tylko 250,0 gdy w 9-yim miesiącu normalne niemowlę, odżywiane mlekiem matki, zyskuje na wadze 300—350 grm. W 10-yim miesiącu M. powiększał w mleku ilość tłuszczów w ten sposób, że zaraz po wydojeniu puszczał mleko na centrifugę. Mleko tłuszcjsze wywoływało stolce miękkie, szarobiałe, cuchnące. Dziecko mimo to było zdrowe. Przy doprowadzeniu ilości tłuszczów do 5% występowała biegunka tłuszczowa, stolce rzadkie lub kaszowate, bardzo cuchnące, szarobiałe. Przy zwiększeniu ilości tłuszczów ani razu nie było prawidłowego żółtego wypróżnienia.

Należy więc przy karmieniu niemowląt mleko odpowiednio przyrządzać. Za wzór służyć winno mleko kobiece. M. przyrządził mieszaninę, zawierającą 3,4% tłuszczów, 6% cukru, 2,2% białka, 0,4 soli, w ten sposób, że do 200 ctm. szśc. śmietanki, otrzymanej z 1 litra świeżego mleka, dodał 400 ctm. szśc. mleka zbieranego, 400 ctm. szśc. wody wyjałowionej i 30 grm. cukru mlecznego. W mieszaninie tej ilość tłuszczów i białka była taką, jak w mleku naturalnem, ilość soli większa, (0,4—0,25) i z wyjątkiem dodanego cukru mlecznego, mieszanina zawierała tylko składniki naturalnego mleka krowiego. Smak był przyjemny, wygląd podobny do wyglądu mleka kobiecego.

Pierwsze doświadczenie przeprowadzono 15 dnia po urodzeniu. W przeciągu 12 godzin spożyło dziecko 500 ctm. szśc., poczem wystąpiły bóle, wzdęcie kiszek i żołądka, zielonawe, z początku gęste, następnie rzadkie stolce. Dopiero w 6-yim miesiącu pokarm ten nie sprawiał zaburzeń. Dzielne spożycie wynosiło 1200—1500 ctm. szśc. Dziecko miało się dobrze, zyskując w przeciągu 20 dni — 300 grm. na wadze, co daje prawidłową w tym miesiącu ilość 15 grm. dziennie. Stolec gęsty, z początku co dzień, następnie co 3 dni — szarobiały. Żółtych stolców nie było. Przy dodaniu tłuszczów — objawy podobne do wyżej przytoczonych.

Podobny był wynik przy podawaniu mieszaniny wyjałowionej. Należy więc sądzić, że pokarm ten jest nieodpowiedni wskutek różnicy jakościowej składników mleka krowiego i kobiecego.

Autor poszedł w ślady BIEDERT'a, przyrządziwszy nową mieszaninę tak, by zawierała wszystkie naturalne składniki mleka krowiego w tym stosunku, jak mleko kobiece, z wyjątkiem białka, które rozrzedził do 1,5% i niżej do 1% zawartości. Dopiero przy 1% ilości białka, dziecko w pierwszym miesiącu pokarm znosiło. W drugim miesiącu podawano pokarm ten przez dni 30. Otrzymano go w ten sposób. Do 200 ctm. szśc. śmietanki, otrzymanej z 1 litra mleka, dodawano 100 ctm. szśc. mleka niezbianego, 700 ctm. szśc. wody wyjałowionej i 45 grm. cukru mlecznego, co dawało litr mieszaniny składu następującego:

	Tłuszcze.	Cukier.	Białko.	Sole.
Mieszanina MERHAUT'a	3,5%	6%	1,1%	0,22%
„ BIEDERT'a N° 1	2,5	5	1,	—
Mleko kobiece	3,5	6	2,2	0,25

Mieszanina ta ma wyższość nad preparatem BIEDERT'a, że zawiera tę samą ilość tłuszczów i cukru, co mleko kobiece.

Spożywając dziennie z początku po 800 ctm. szśc., w końcu drugiego miesiąca do 1200 ctm. szśc., dziecko zyskało na wadze 650 grm., czyli 22 grm. dziennie (30

gram. prawidłowo w 2-im miesiącu). Zaburzeń żadnych nie było. Ilość moczu znaczna. Stolec z początku dwa razy dziennie, później raz—gęsty, szarobiały, cuchnący. Żółtych stolców nie było. Dziecko, będąc zdrowym, nie miało wyglądu prawidłowego ssawca. Mięśnie miało miękkie, chude, tłuszczu podskórnego było mało. Przy zwiększeniu ilości tłuszczów występowały stolce miękkie, cuchnące i bolesci. Większego rozrzedzania białka dopuścić nie można było ze względu na słaby rozwój mięśni.

Brak białka można było zastąpić albo wodanami węgla, albo białkiem obcym. Przy dodaniu wodanów węgla w postaci cukru mlecznego, przekraczającym 6%, występowały bolesci i stolce rzadkie z zapachem acetonu. M. zastąpił białko brakujące białkiem kurzem; przez dodanie dwóch białek do wymienionej mieszaniny otrzymał w niej, jak w mleku kobiecym, 2% białka. Nową tę mieszaninę, dość smaczną, można było wygodnie wyjaławiać. Podawano ją dziecku w 4-ym miesiącu. Dziecko ją z chęcią przyjmowało, lecz pojawiły się bolesci i nader cuchnące stolce. M., doszedłszy do przekonania, że obcym białkiem nie można zastąpić białka mleka; dla zrobienia mleka krowiego strawniejszem dla dziecka, postanowił rozszczepić sernik, wydzielić niestrawną parakazeinę wraz z nadmierną ilością soli wapiennych, a w mleku zostawić resztę tłuszczu, cukier, rozpuszczone naturalnie białka (albuminę i globulinę) oraz świeżo powstałe białko rozpuszczone (laktoproteinę) i rozpuszczone sole. Wszystko to są składniki przystępne dla narządów trawienia dziecka.

Ażeby sernik, ścinając się, nie pociągnął za sobą tłuszczów, M. oddziela je przedtem na centryfudze. Pozostałe zebrane mleko osadza zaczynem błony śluzowej żołądka cielęcego (podpuszczką). Następnie w płynie białawym, otrzymanym po przesączeniu, dokładnym wyjaławianiem przerywa działanie zaczynu i po dodaniu oddzielonej śmietanki oraz cukru mlecznego do 6% zawartości, otrzymuje mieszaninę składu następującego:

	Tłuszcze.	Cukier.	Białko.	Sole.
Mleko kobiece	3,4%	6%	1,8%	0,6%
	3,5%	6%	2,2%	0,25%

Z 1 litra mleka można otrzymać 900 ctm. szśc. mieszaniny w ten sposób, że po zdjęciu 50 ctm. szśc. śmietanki, z pozostałych 850 ctm. szśc. po oddzieleniu sernika, dostać można 750 ctm. szśc. płynu, do którego dodać należy 10 gm. cukru mlecznego. Z wyjątkiem 1% dodanego cukru, preparat ten zawiera tylko naturalne składniki mleka i pod względem składu swego jest tak blizkim mleka kobiecego, jak dotąd żaden sztuczny preparat mleczny. Cukru mlecznego i tłuszczów jest tyleż, co i w mleku kobiecym. Białka jest nieco mniej, lecz w ilości dostatecznej.

W preparacie tym większość białek jest w stanie rozpuszczonym (albumina, globulina, laktoproteina); nierozpuszczonym jest sernik, który wszedł do mieszaniny wraz ze śmietanką.

Stosownie do gęstości śmietanki, otrzymać można stosunki następujące (z 1 litra mleka):

Mieszanina.	Śmietany.	Sernika.	Białka rozpuszcz.	Ogólna ilość białka.
N ^o 1	100 ctm. ³	0,3%	1,3%	1,6%
N ^o 2	150 "	0,5%	1,3%	1,8%
N ^o 3	200 "	0,7%	1,3%	2%
N ^o 4	250 "	0,85%	1,25%	2,1%
Mieszan. BIEDERT'a				
N ^o 1 najslabsza	250 "	0,8%	0,2%	1%

Porównyując N^o 4 z najslabszym N^o 1 BIEDERT'a, otrzymanym przy zebraniu takiejże ilości śmietany z 1 litra mleka, widzimy, że przy jednakowej ilości sernika ma ona o 1% więcej rozpuszczonych białek.

Zawartość soli jest dosyć dogodną dla dziecka. Lit. N^o 2 zawiera o 1,5 gm. mniej fosforanów wapna, oddzielonych wraz z sernikiem, aniżeli naturalne mleko krowie.

Preparatu N^o 2 użył M. do karmienia swego dziecka w drugiej połowie 4-go miesiąca. W pierwszym tygodniu podawano 1000 ctm. szśc. dziennie, w drugim 1200 ctm. szśc. Dziecku pokarm smakował, żadnych zaburzeń w narządach trawienia nie było. Stolce z początku dwa razy dziennie, później raz — gęste, białe-

żółte. Sen dobry, stan ogólny także. W 5-ym miesiącu podawano mleko to przez dni 30 w ilości 1200—1500 ctm. szśc. Przez cały czas dziecko było zupełnie zdrowe. Stolce prawidłowe, codzienne, barwy białozółtej. Na wadze zyskało dziecko 750 grm. czyli 25 grm. dziennie, co przekracza prawidłowy przyrost w 5-ym miesiącu o 19 grm. Mięśnie twardniały, tłuszczu przybywało. Wynik karmienia był zupełnie zadowalniający. Tylko stolce okazywały jeszcze nadmiar soli wapiennych.

Przyrządzanie mleka jest dość trudne, dopóki więc technika nie będzie uproszczoną i ustaloną, M. jej nie podaje. Przez wyjałowienie daje się mleko przez czas dłuższy zachować. M. sądzi, że drogą, którą szedł, najprędzej osiągnąć można cel, do którego tak usilnie zmierzamy—racyjne sztuczne odżywianie niemowląt.

Usiłowania autora są, podług jego zdania, pierwszą, skromną próbą założenia doświadczalnego zakładu karmienia sztucznego niemowląt, — zakładu, o którym tak marzy BIEDERT.

(Časopis lékařů českých. № 51 i 52 r. 1894).

S. Kossobudzki.

25. F. HIRSCHFELD. **Stosowanie alkoholu w moczówce cukrowej.** Prace STRUEMPFEL'a, BOLLINGER'a, BAUER'a i innych, skierowane przeciw nadużywaniu alkoholu, spowodowały, że znaczna liczba lekarzy stosuje znakomity ten środek pobudzający jedynie w cierpieniach ostrych, zapominając, że w cierpieniach przewlekłych—gruźlica, moczówka cukrowa — alkohol, podawany w małych dawkach, stanowi doskonały środek odżywczy. Zapatrywaniu STRUEMPFEL'a, że nadużycie alkoholu stanowi ważny moment etyologiczny moczówki cukrowej, przeczy statystyka GRIEBINGER'a (225 przypadków moczówki cukrowej, w 9 nałogowe pijaństwo) oraz osobiste doświadczenie autora, który na 60 przypadków moczówki cukrowej zaledwie 2 spostrzegł u ludzi, oddających się pijaństwu.

Chcąc wypróbować wpływ alkoholu na przemianę materii w moczówce cukrowej, stosował go autor u wielu swoich chorych i na zasadzie spostrzeżeń klinicznych oraz badania chemicznego wytworów przemiany materii doszedł do wniosków następujących.

Ogólny stan chorych podczas używania alkoholu poprawia się, ilość wydalonych z kałem niewessanych pokarmów pozostaje bez zmiany, zarówno jak i ilość moczu, a więc mechaniczna praca serca nie wzmagą się. W 3 przypadkach ilość N w moczu powiększyła się początkowo, ale wkrótce wróciła do normy. Nie należy przypuszczać, że objaw ten wywołany jest przez trujące działanie alkoholu na komórki ustrojowe, przypominające działanie fosforu i arsenu; wzmożone wydzielanie N jest raczej wynikiem chwilowego podrażnienia przez alkohol tych komórek ustroju, które rozkładają białko.

Alkoholu, podawanego w ilości 70 grm., nie można było w śladach nawet wykryć w moczu, zostaje on tedy prawie zupełnie spalony w ustroju, oszczędzając inne środki odżywcze; prócz tego alkohol ułatwia odżywianie chorych, którzy, otrzymując go, są w stanie spożyć znacznie większe ilości tłuszczu. Ilość białka w moczu w jednym tylko przypadku znacznie się podniosła; w osadzie moczowym nie znaleziono ani razu białych ciałek krwi lub wałeczków. Ilość cukru w moczu podczas używania alkoholu ulegała z początku pewnym wahaniom, wkrótce jednak wracała do poprzedniej normy.

W moczówce cukrowej ulegają stale zmianom: serce, naczynia i nerki; 1) serce narażone jest na znacznie większą pracę, która prowadzi niekiedy do znacznego przerostu, a w dalszych okresach wywołować może i nagłe osłabienie czynności serca; 2) naczynia mają wyraźną skłonność do zwyrodnienia miażdżycowego; 3) co się tyczy nerek, to wiadomo, że każdemu cięższemu przypadkowi moczówki cukrowej towarzyszy stale nieznaczny białkomocz.

Podając zatem alkohol w moczówce cukrowej, należy rozważyć dokładnie, czy nie wyrze on trującego działania na mięsień sercowy; czy sprzyjając rozwojowi sprawy miażdżycowej w naczyniach, nie wywoła groźnych powikłań np. zgorzeli kończyn; czy wreszcie nie powiększy ilości wydzielanego białka, przez podrażnienie nerek?

Zdaniem autora, na każdy niemal przypadek moczówki cukrowej zapatrywać się trzeba z innego punktu widzenia. W przypadkach lżejszych, gdzie po usunięciu z pokarmu wodorów węgla cukier zupełnie znika, a lekka dyeta przeciw cukrzycowa—t. j. pokarm mięsny i 100 grm. wodorów węgla—sprowadza jego ilość do 1%; gdzie mocz nie zawiera białka i wydzielany bywa w ilości 2 litrów dziennie;

gdzie stan ogólny chorego jest zadawalniący, —niema żadnej potrzeby do zalecania alkoholu. Jeżeli jednak chory przywykł do pewnych ilości piwa lub wina, to wobec diety przeważnie mięsnej odczuwać będzie bardzo dotkliwie brak napojów wysokowych; ponieważ zatem zezwalać na 200—400 grm. wina dziennie, które bardzo dopomaga choremu do zachowywania odpowiedniej diety.

W przypadkach ciężkich, gdzie przy diecie wyłącznie mięsnej, wydzielanie cukru nie ustaje, a przy 150 grm. białka i 150 grm. tłuszczu chory wydziela 3000 ctm.³ moczu, zawierającego 2% cukru, rzecz przedstawia się inaczej. Tu ustroj żyje głównie na koszt tłuszczu; ze 150 grm. białka odszczepia się 60 grm. cukru, 15 grm. białka zostaje niewessane i wydzielone z kałem, ustroj więc otrzymuje zaledwie 75 grm. białka, które stanowią 307 jednostek, czyli zaledwie małą część niezbędnego do przemiany materii ciepła. Takich chorych należy energicznie odżywiać, podawać im duże ilości tłuszczu, aby zapobiedz gruźlicy i innym powikłaniom; w tych przypadkach alkohol jest niezbędny. Butelka wina lub 200 grm. dobrej wódki, czyli 60—70 grm. alkoholu ułatwiają spożywanie dużych ilości tłuszczu i dostarczają znaczną część niezbędnego dla ustroju ciepła. Podając racjonalnie alkohol, można chorym, pomimo znacznych ilości cukru i złego stanu ogólnego, przedłużyć życie o lat kilka. Likier, słodkie wina i piwo, zawierające dużo wodoru węgla, powinny być przy moczwce cukrowej stanowczo wzbronione.

(Berl. klin. Woch. N. 5. 1895).

S. P.

26. BEREND (Peszt). **O przepuszczającej postaci zapalenia płuc włóknikowego.** Autor odróżnia te zboczenia od typowego przebiegu zapalenia płuc włóknikowego, które charakteryzuje nieprawidłowy, a mianowicie przestankowy typ gorączki (*febris intermittens quotidiana, tertiana* etc.). Poddając krytyce liczne, opisane w literaturze przez pierwszorzędných klinicystów (WUNDERLICH, GERHARDT, GRIESINGER i in.) przypadki i zestawiając je z dwoma w klinice u dzieci spostrzeganymi, dochodzi B. do wniosku, że wśród ryczałtowo wciąganych pod rubrykę *pneumonia intermittens* przypadków, należy rozróżniać 3 całkowicie odrębne postaci: Do 1-ej należy — *intermittens malarica pneumonica*, t. zw. *febris intermittens larvata*, zimnica, kryjąca się pod postacią zapalenia płuc, —choroba uznana przez tylu wybitnych autorów, że o jej istnieniu wątpić niepodobna. Cechują ją objawy poprzedzające, współistnienie przez dłuższy czas oskrzeli, obrzmienie śledziony, skuteczność chininy oraz własności gorączki, rozpoczynającej się jako *febris tertiana* lub *quotidiana*, przyczem okresy gorączkowe trwają znacznie dłużej, aniżeli bezgorączkowe. Do grupy 2-ej należą przypadki, powstające na tle zakażenia mieszanego (*pneumococci et haemoplasmodia*). Rozpoznanie opiera się przeważnie na wywiadach. Do 3-ej kategorii zalicza autor przypadki właściwego zapalenia płuc, w których gorączka odstepuje od zwykłego typu ciągłego wskutek nieprawidłowego rozwoju zjawisk w płucach: niepostępująca chwilowo sprawa chorobowa nagle się obostrza, co się odbija natychmiastowo na krzywej ciepłoty. Stąd jej silne wahania. Rozpoznać można tę postać na zasadzie nieprawidłowego, silnie zwalniającego lub przepuszczającego typu gorączki, dłuższego trwania okresu gorączkowego, aniżeli bezgorączkowego, braku obrzmienia śledziony i wyzdrowienia bez pomocy chininy. Jednakże, stanowcze rozpoznanie dokonać można tylko na zasadzie bakteriologicznego badania krwi na *haemoplasmodia malariae*. Do tej 3-ej kategorii należą obydwie, szczególnie przez autora opisane przypadki przepuszczającego zapalenia płuc, spostrzegane u cztero- i sześciolatniego dziecka. Wyżej opisane sprawy zarówno często występują u dorosłych, jak i u dzieci.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde. B. 39. H. 1).

A. Simon.

27. Prof. LANG. **Przyrząd do kroplistego natrysku ze zwykłego syfonu.** Prof. L. demonstrował na posiedzeniu wiedeńskiego towarzystwa dermatologicznego bardzo prosty przyrząd do kroplistego natrysku, jaki ze zwykłego syfonu, napełnionego wodą sodową, przez dopasowanie do jego wylotu rurki kauczukowej, jeden metr długiej, zakończonej odpowiednią do natrysku nasadką, otrzymać możemy. W tak łatwy sposób otrzymany natrysk kroplisty, działać będzie nie tylko swoim wysokim ciśnieniem, lecz i zawartością wolnego gazu kwasu węglanego i może być z wielką korzyścią zastosowany — jako środek silnie drażniący skórę przy leczeniu: przedwczesnego łysienia (*alopecia praematura*), suchego łojotoku głowy (*seborrhoea capil.*), długotrwałej suchej pryszczycy (*eczema chronic. squamos.*) i t. p.

Jeszcze silniejsze podrażnienie skóry otrzymać możemy, jeżeli zamiast nasadki do natrysku kroplistego, przymocujemy cienką kankę od zwyczajnego irygatora. Tym sposobem otrzymamy bardzo silny, skupiony (*bat-Strahl douche*), prawie nitkowaty natrysk z wody nasyconej gazem kwasu węglanego, i będziemy mogli nim bardzo energicznie podzielać na bardzo ograniczone przestrzenie skóry np. na pewne punkta bolesne lub pojedyncze pnie nerwowe—wzdłuż ich przebiegu, co przy nerwobólach lub znieczuleniach świetne może nam oddać usługi.

(*Wiener med. Wochenschrift*. 1895. N. 5).

J. M.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 19 lutego r. b.

TREŚĆ: 1) RODYŚ—przedstawienie dziecka ze *scleroderma diffusa*. 2) FREIDENSON—przedstawienie chorej z tętniakiem aorty. 3) BUJWID—odezyt: O otrzymywaniu surowicy przeciwbłonicowej.

1) Kol. RODYŚ przedstawił 7-letnie dziecko, chore, według słów matki, od pół roku. Badanie narządów wewnętrznych żadnych zmian w nich nie wykryło. Skóra gładka, błyszcząca (sądłowata), w niektórych miejscach z trudnością w fałdy ująć się daje. Napięcie, a zarazem zgrubienie skóry najwięcej uwydatnia się na czole, na twarzy, na dłoniach, na palcach rąk, w okolicy łędźwiowej i na stopach. Skóra jest jakby obrzękła, jednakże pod naciskiem zagłębień nie pozostawia. Kolor skóry na twarzy blady; na tylnej powierzchni tułowia różowawy, na palcach zaś rąk, a poniekąd i nóg fioletowy. Wskutek silnego napięcia skóry ruchy w stawach są ograniczone. Cucie dotyku, bólu i ciepłoty zachowane. Kol. R. rozpoznaje w danym przypadku — *scleroderma diffusa*.

2) Kol. FREIDENSON przedstawił 47-letnią chorą z tętniącym guzem na klatce piersiowej, w okolicy, odpowiadającej 2-jej i 3-jej przestrzeni międzyżebrowej, i na lewo od mostka. Badanie fizyczne z łatwością dozwoliło kol. F. rozpoznać tętniak aorty, którego punktem wyjścia wobec położenia z lewej strony i, co ważniejsze w danym razie, opóźnienia tętna w tętnicy promieniowej lewej, jest według F. łuk aorty.

3) Prof. BUJWID w odczycie swym zaznacza, że od czasu otworzenia instytutu higienicznego w Krakowie, korzystając z materyału szpitala S-go Ludwika, udzielonego Mu przez prof. JAKUBOWSKIEGO, rozpoczął badania nad błonicą przy pomocy kolegów KADENA, NOWAKA, ŚLĄPY i RACZYŃSKIEGO. Podawszy charakterystykę zarazki, B. zwraca uwagę, że toksyny wytwarzają się najobficiej w bulionie z 2% albumozy, alkalicznie odpowiadającej 15—20 ctm. szc. $\frac{1}{10}$ normalnego roztworu sodowego na 100 płyn. Ważnem jest, ażeby zebrać cząstkę powłoki bakteryi, rosnących na powierzchni i postawić w szerokiej kolbie z cienką warstwą płynu w cieplecie 36°C. i w zupełnym spokoju, aby bakterye na powierzchni obficie się rozrastały. Już po 2—3 tygodniach toksyny są tak silne, że 0,1 zabija świnkę morską wagi 500,0 w 30—40 godzin. Tej siły toksyny mogą być użyte do uodpornienia koni odrazu w ilościach 1—2 ctm. szc. bez żadnych dodatków, jakie proponują ROUX i BEHRING. Jednego konia w ten sposób B. uodpornił bardzo szybko i już po 5—6 dniach surowica przedstawiała siłę № 1 BEHRING'a i surowicy ROUX.

Silę surowicy B. mierzy, obliczając ilość jej na wagę zwierzęcia przy zastosowaniu zawsze tych samych toksyn w ilości 1 ctm. szc. (siła tych toksyn jest taka, że 0,2 zabija 500 grm. świnkę w 30 godzin). Ilość zatem toksyn odpowiada 5 razy wziętej normalnej dawce BEHRING'a.

Przy względnem obliczaniu za kryterium działania B. uważa wielkość obrzęku po zaszczipieniu i śmierć zwierzęcia. W ten sposób obliczając, B. znalazł, że surowica krakowska, № 1 BEHRING'a i surowica ROUX są mniej więcej jednej siły, ARONSON'a jest znacznie słabsza, zaś BEHRING'a № 2 i 3 około 2 razy silniejsza, niż № 1.

Wyniki leczenia surowicą, otrzymaną przez B. w Krakowie, na oddziale prof. JAKUBOWSKIEGO były takie, że z 15 dzieci (z których 6 wykonano intubację z powodu zwężenia) zmarło 2, wyleczono 13. Bardzo ważną jest rzeczą odrazu zastrzykiwać 2 flaszki surowicy w przypadkach cokolwiek cięższych i na drugi dzień powtarzać dawkę. Powikłań szkodliwych dotąd nie zauważono.

Surowicę swoją prof. B. przygotowuje bez fenolu, lecz z dodatkiem bardzo małej ilości chloroformu, który nie wywiera miejscowego, drażniącego działania.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Dyagnostyka kliniczna chorób wewnętrznych. Wykład o metodach badania w chorobach wewnętrznych dla słuchaczy medycyny i dla lekarzy. Napisał D-r F. WESENER, docent med. klin. we Freiburgu w B. Ze 100 rysunkami w tekście i na 12 tablicach litograf. Przełożył St. MARKIEWICZ. Nakład Kasy Mianowskiego. Cena 2 rs. Warszawa r. 1894.

Jeśli w literaturze niemieckiej, obfitującej w dzieła podobnego rodzaju, praca WESENER'a mogłaby się wydawać zbyteczną, to w naszej, zwłaszcza po wyczerpaniu już oddawna dzieła GUTTMANN'a w przekładzie polskim, pojawia się ono bardzo na dobie. Jak inne działy naszej wiedzy, tak i dyagnostyka w ostatnich kilku latach nie mało postąpiła naprzód. Dawne sposoby badania zostały poddane krytycznemu przeglądowi; metody graficzne zostały udokładnione i znacznie rozszerzone; wreszcie, nie jeden całkiem nowy sposób badania nauce przyswojony został. Z szeregu licznych podręczników, jakie znamy (EICHHORST'a, GERHARDT'a, JAKSCH'a, SEITZ'a, O. VIERORDT'a) podręcznik WESENER'a wobec swej treściowości jest najkompletniejszy, gdyż wyczerpuje z zakresu dyagnostyki współczesnej wszystko to, co dla lekarza jest niezbędno. Dość w tym względzie przejrzeć treść, a następnie odczytać którykolwiek z rozdziałów, aby się przekonać, że autor z wielką wprawą pedagogiczną na 536 stronicach (już łącznie ze szczegółowym a bardzo pożytecznym skorowidzem), umiał całość nauki przedstawić. Książka dzieli się na trzy główne działy: 1) metodyka i technika badania oraz dyagnostyka ogólna; 2) dyagnostyka szczegółowa; 3) dyagnostyka stosowana. Wyniki badań, otrzymanych przy użyciu każdego ze zmysłów, sposoby dokonywania wszelkich pomiarów, ważenia, wszystkie metody graficzne, elektrodyagnostyka, badanie chemiczne, drobnowidzowe i bakteriologiczne, badanie każdego z układów anatomicznych pojedynczo i w całości, wydzieliny i wydaliny ustroju, badanie krwi i moczu, znaczenie wywiadów i sposób ich spożytkowania i t. d., wreszcie specjalny rozdział, dotyczący oceny czynnościowej ośrodka narządu psychicznego, stanowią treść dwóch pierwszych działów. W dziale trzecim: dyagnostyki stosowanej, uczy autor, jak ze sposobów badania, w poprzednich działach wyłożonych, robić użytek bezpośrednio w praktyce. W tym celu zestawia główne szeregi postaci chorobowych, tak ogólnych, jak miejscowych, a przedewszystkiem mówi o chorobach zakaźnych, których przyroda pasorzytna jest niezawodna, u pasorzyt swoisty znany; dalej, o takichże chorobach, lecz których pasorzyt swoisty nie jest dotąd poznany; wreszcie o takich, których przyroda pasorzytna nie jest dowiedziona, lecz prawdopodobna. Choroby inwazyjne, otrucia, oraz choroby pojedynczych narządów (na co poświęconych zostało sześć rozdziałów), nakoniec choroby przemiany materii, zamykają to wartościowe dzieło. Układ oryginalny, wykład jasny, przekład bardzo dobry. Na oddzielne zaznaczenie zasługuje dział ilustracyjny, wytwornie i bogato reprezentowany. Dwanaście tablic lito- i chromolitograficznych, wybornie wykonanych i przedstawiających: rynolaryngoskopię, topografię narządów piersiowych i brzusznych (tablica II, III i IV), osady moczowe (drobnowidzowe), wnętrzaki, wszelkie drobnoustroje chorobotwórcze, drobnowidzową zawartość różnych osadów, rozmieszczenie obrębów czyli dziedzin nerwów skórnych całego ciała, wreszcie dwie tablice do elektrodyagnostyki, mające współcześnie znaczenie elektroterapeutyczne, — podnoszą niezmiernie wartość tego dzieła. Tłumacz nie mógł chyba lepszego zrobić wyboru z całego szeregu podręczników tego rodzaju. Cena dzieła rs. 2 t. j. trzecia część tego, co dzieło jest warto i co kosztuje zagranicą. Same tablice, mogące stanowić atlas dyagnostyczny, są warte więcej. Dzieło to powinno się znaleźć w rękach każdego lekarza i studenta.

ODCINEK.

W sprawie ukończenia asenizacji Warszawy.

IV.

Zaznaczyliśmy już poprzednio, iż w szeregu argumentów, przemawiać mających przeciwko objęciu seryą V pełnego planu kanalizacji miasta, a w szczególności przeciwko wykonaniu w najbliższym czasie kanalizacji Powiśla, obok finansowych i technicznych, znalazły się i argumenta lekarskie, do rozpatrzenia których przystąpić w końcu wypada.

Z tego, co było powiedziane w komisji, i z tego, co się w druku spotkać w tej mierze dało, można zarzuty lekarskie przeciw ukończeniu kanalizacji i przeciw kanalizowaniu Powiśla zawrzeć w czterech zdaniach następujących:

1) Tak, jak obecnie stoi sprawa asenizacji Warszawy, ukończenie kanalizacji w czasie najbliższym nie jest ani konieczne, ani w szeregu rozmaitych potrzeb zdrowotnych najpilniejsze. Są inne liczne wymagania, jak kamery dezynfekcyjne, powiększenie personelu lekarskiego i t. d. Zaangażowanie funduszów miejskich na budowę kanałów, przez zaciągnięcie znacznej pożyczki, nie pozwoli przez długi szereg lat powiększyć wydatków na inne cele asenizacyjne, dziś najpilniejsze.

2) Czyniąc wybór miejscowości, które obecnie najpilniej wymagają asenizacji w Warszawie, niemożna Powiślu przyznać w tej mierze pierwszeństwa. Przeciwnie, statystyka lekarska jakoby wykazuje pomyślne stosunki zdrowotne na Powiślu.

3) Kanalizacja Powiśla nie przyniesie korzyści, jakie kanalizacja, w górnym miście wykonywana, przynosi, ponieważ na Powiślu domy z siecią uliczną łączą się z rozmaitych powodów nie będą, a wpływ samej kanalizacji ulicznej pod względem zdrowotnym jest równy zeru.

4) Kanalizacja Powiśla, nawet po zupełnem jej ukończeniu i połączeniu się domów z siecią uliczną, nie wywrze jako drenaż tego pomyślnego wpływu, jaki kanalizacja w górnej części miasta wywiera na stan wody gruntowej, a tem samem na stan zdrowia ludności, — a to z powodu prawidłowo wysokiego poziomu wody gruntowej w całej dolnej części miasta.

Jak widzimy, są to zarzuty bardzo poważne, mogące właśnie w nas lekarzach zachwiać wiarę w konieczność ukończenia asenizacji Warszawy, według planu W. Lindleya.

Zobaczmy, czy i do jakiego stopnia zarzuty te wytrzymują próbę trzeźwej krytyki, opartej na znajomości stosunków miejscowych i na znajomości praktycznej higieny miejskiej.

Co do 1-go. Każdy, znający stosunki warszawskie, przyznać musi, że całość stosunków zdrowotnych w mieście naszym przedstawia wiele ważnych braków; każdy przyzna chętnie, że pozycje wydatkowe na cele zdrowotne w budżecie miejskim (dział: policja) były dotychczas niedostateczne. Gospodarstwo miejskie, jak wszystko inne, się doskonali, dochody miejskie wzrastają i nie można wątpić, że z czasem budżet sanitarny Warszawy, budżet prawidłowy, odpowiadać będzie bardziej słusznym wymaganiom, aniżeli dzisiejszy.

Gdyby jednak poprawa w tej mierze nastąpić miała nawet nieprędko, to i tak dla jej przyspieszenia nie można, biorąc rzeczy rozsądnie, odwracać porządku w dzieło poprawy zdrowotnej miasta, i dla zapewnienia np. płacy pownej liczbie lekarzy szkół miejskich, nie można wyrzekać się na czas nieograniczony kanalizacji w całej dzielnicy miejskiej.

Kanalizacja i wodociągi stanowią abecadło w systemie asenizacyjnym wszelkiej miejscowości. Bez nich jednostki najlepszej woli i chęci, równie jak i opiośnialszy zawsze ogół, nie mogą wejść na drogę postępu sanitarnego; bez nich organa publiczne, czuwające nad zdrowiem ludności, nie mogą ani zachęcać do spełniania najważniejszych przepisów policyjno-lekarskich, ani do spełniania ich zmuszać. Kanalizacja i wodociągi są najznakomitszym środkiem edukacyjnym, budzącym lepiej, niż szkoła, lepiej, niż policja, przekonanie o wartości porządku i o jego wykonalności.

Kanalizacya i wodociągi nie są wcale w systemie asenizacyi danej miejscowości, ale są racjonalnym początkiem, punktem wyjścia wszystkiego. Wyrzekać się kanalizacyi lub *ad infinitum* ją odkładać, żaden poważny higienista się nie odważy, gdyż obmyślając plan poprawy sanitarnej, budowałby gmach bez podstaw. Gmach może do czasu obywać się bez bacznych stróżów, ale żadnej nie będzie miał trwałości, jeżeli wznoszony będzie bez fundamentów.

My wraz z większością niezawodnie lekarzy warszawskich, gotowiliśmy czekać cierpliwie na uzupełnienie miejskiego budżetu sanitarnego, ale gorąco przeczyśmy, iżby wymagania, zresztą zupełnie usprawiedliwione istotną potrzebą. — wymagania owego uzupełnienia miało być słuszną pobudką do odwieczenia, choćby na czas krótki, robót, mających na celu ukończenie kanalizacyi Warszawy.

Co do 2-go. Wśród lekarzy warszawskich, dobrze miasto znających, jest jedno tylko zdanie o stosunkach zdrowotnych Powiśla, o stopniu, jaki, w skali zdrowotności, tej dzielnicy przyznać wypada. Każdy z nas Powiśle uznaje, na zasadzie długoletnich spostrzeżeń i doświadczeń, za najniezdrowszą, najbardziej pod względem sanitarnym upośledzoną część Warszawy. Toteż dla nas lekarzy, rehabilitacya Powiśla, co do jego wartości sanitarnej, jest najdziwniejszą niespodzianką.

Dokonana przed 4 laty ankieta mieszkaniowa w całym mieście¹⁾, dostarczyła cyfr, które doskonale objaśniają, jakie miejsce Powiśle zajmuje pod względem stosunków zdrowotnych.

Otóż, jeżeli ogół ulic w mieście podzielimy na 4 kategorie, według stopnia śmiertelności z chorób zakaźnych, to w dwóch kategoriach najgorszych, to jest w trzeciej i w czwartej, znajdujemy prawie wszystkie ulice Powiśla.

Dalej, w liczbie 29 ulic, odznaczających się najwyższą odsetką mieszkań wyraźnie wilgotnych, a mianowicie odsetką 41% do 77% (średnia odsetka mieszkań wilgotnych w całym mieście wynosi 25%), znajdujemy 10 ulic należących do Powiśla.

Wreszcie, ankieta wykazała w mieście 17 ulic z „osobowydajuszczyznami w sanitarnym odnośzeniu niedostatkami“. Otóż w liczbie tych 17 ulic, z mieszkaniem pod względem zdrowotnym najgorszymi, spotykamy 7 ulic Powiśla.

Na zasadzie cyfr powyższych, choćby nie brać w rachubę tego, co nam podaje doświadczenie setek lekarzy warszawskich, słusznie chyba memoriał obywateli warszawskich, złożony p. Prezydentowi, wyrzekł, że „Powiśle, a przynajmniej znaczna część ulic tej dzielnicy, należy do najgorszych części naszego miasta“.

Ci, którzy twierdzą, że Powiśle o tyle w pomyślnych sanitarnie znajduje się warunkach, że bez kanalizacyi się obejść lub przynajmniej długi czas na kanalizację czekać może, bynajmniej nie objaśniają, jakimi innymi drogami i środkami zamierzają zrobić początek asenizacyi tej części miasta? Milczenie ich w tej mierze zmusza do prawdziwie paradoksalnego domysłu, iż Powiśle, w przekonaniu przeciwników planu W. Lindleya, wogóle bez wszelkiej asenizacyi obejść się powinno przez czas nieograniczony.

Czyżby się znaleźli w Warszawie technicy lub lekarze, którzyby jawnie wziąć na siebie chcieli odpowiedzialność za skutki—wyrażając się łagodnie—tak niedojrzałego programu? Mamy prawo wątpić o tem, szczególnie po rozprawach, jakie toczono były świeżo w tym przedmiocie, na dwóch posiedzeniach sekcji technicznej w Muzeum przemyslowem.

Jeżeli by wbrew zdaniu biegłych, programat sanitarnego zaniedbania Powiśla miał być usankcjonowany, to pozoga epidemii, tak często już siejąca zniszczenie na Powiślu, nieomieszka i w najbliższej przyszłości wystąpić w imieniu pokrzywdzonej ludności, jako wymowny oskarżyciel przeciw nieogłębny. Cholera, ta—jak ją słusznie nazwano—apostolka dobroczynna brudnych miast i dzielnic miejskich, oświeci wtedy tych, którzyby dziś nie zochcieli zaufać zdaniu doświadczonych. Poczekajmy.

(D. n.).

¹⁾ Patrz: Itogi sanitarnej pierepisi goroda Warszawy. 1892.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Niedawno odkryta nowa składowa część powietrza „argon” zmieni prawdopodobnie, jak twierdzi „The Lancet”, naukę o odżywianiu gazowem ustroju. Wobec nowo odkrytego argonu pozostaje określić, jakie mają znaczenie przy oddychaniu azot i argon. Wobec tego, iż łatwiej rozpuszcza się w wodzie argon, aniżeli azot, należałoby wyjaśnić rolę argonu w zjawiskach dyfuzji i w przemianie materii. Bardzo być może, że własności powietrza morskiego i górskiego, które przypisywano ozonowi, zależą od rozmaitej zawartości w powietrzu argonu. W niektórych wodach mineralnych (np. Buxton) wydziela się nie azot, lecz mieszanina azotu z argonem. Wogóle w wodzie jest rozpuszczony nie azot, jak dotąd przypuszczano, lecz argon; w 100 objętościach wody rozpuszczają się 4 objętości argonu.

== CALDEONNE wobec względnej nieszkodliwości ty m o l u, zwraca uwagę, iż środek ten w ilości 0,5 — 2,0 na dzień usuwa z kiszek glisty *ascaris lumbricoides*. Równoczesne wlewania tego środka w roztworze do odbytnicy dają wyniki jeszcze pewniejsze. (Deutsch. med. Zeit. 9, 1895).

== PEAN na posiedzeniu akademii medycznej w Paryżu przedstawił chorego, któremu wyciął całą krtani, część górną przełyku i połowę części dolnej gardzieli, z powodu raka. Chory po operacji nie tylko ma się zupełnie dobrze, lecz wszystkie wyżej wymienione, a wycięte narządy zostały zastąpione przez aparaty sztuczne, wykonane na zlecenie PEAN'a przez MICHAELS'a. Chory obecnie oddycha, pije i je bardzo dobrze. (Gazette des hôp. № 11. 1895). S. M.

== Opierając się na fakcie, iż przy podskórnem stosowaniu olejku kamforowego jednocześnie zastrzykiwany tłuszcz dobrze jest przez chorych znoszony, LEUBE wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach, ażeby się przekonać, o ile tą drogą wprowadzony do ustroju tłuszcz da się zużyć do celów odżywiania. Wprowadzono psom podskórnie duże ilości płynnego masła i przekonano się, że część jego spożytkowana zostaje. Doświadczenia nie są jeszcze zupełnie ukończone i nie można dotychczas stanowczo orzec, czy i u ludzi zastrzykiwanie tłuszczów lub innych pierwiastków spożywczych, np. białka, okaże się pożytecznem. (Münch. med. Wochensch. № 6. 1895).

== HÉRICOURT i RICHET już przed 4 laty przygotowali surowicę psią, którą w klinice FOURNIER'a stosowali z bardzo zachęcającym wynikiem w wilku i w uporeczywych, nie poddających się zwykłemu leczeniu, postaciach przymiotu. W celu otrzymania skuteczniejszej jeszcze surowicy, H. i R. szczepili psom i osłom

krew, wziętą od chorego z drugorzędnymi objawami przymiotu i który nie przechodził jeszcze leczenia swoistego. Surowicę, otrzymaną w parę dni po zaszczepieniu, stosowali w jednym, bardzo ciężkim przypadku przymiotu. Zastrzyknięto surowicę w ciągu 8-iu dni trzykrotnie w ilości ogółem 6 ctm. szśc.; poprawa nastąpiła bardzo szybko. U innej znów chorej, która zaraziła się przymiotem przed 3 laty, i u której od 6-u miesięcy wytworzyły się owrzodzenia, nie mające skłonności do zabliznienia, zastosowano surowicę, pochodzącą od psa, zabitego na szósty dzień po zastrzyknięciu mu 20 ctm. szśc. krwi syfilityka. Zastrzykiwano codziennie 1—3 ctm. w ciągu paru tygodni, tak, że ogółem zużyto 23 ctm. Po miesiącu owrzodzenia zablizniły się, stan ogólny znacznie się poprawił. Zauważyć należy, że bezpośrednio po zastrzyknięciu wystąpiła gorączka, zawrót głowy i wysypka plamista. (Münch. med. Wochensch. № 4. 95).

== SYMONDS, na zasadzie 23 spostrzeganych i operowanych przezeń przypadków zapalenia okołokątniczego, przychodzi do wniosków następujących: ilość ropy niezawsze odpowiada wielkości obrzmienia. Zabieg operacyjny jest wskazany, jeżeli obrzmienie, pomimo zachowania spokoju, powiększa się stale i ciepota podwyższa się, a także przy silnem wzdęciu, maskującym niekiedy zupełnie ognisko ropne. Nieznaczny obrzęk części miękkich dozwala zazwyczaj wnioskować o istnieniu głębokiego ropnia. Przy istnieniu ropnia wycinanie wyrostka robaczkowego jest niebezpieczne i szkodliwe. Przypadki, kończące się ropieniem, zdaniem S. nie podlegają nawrotom. Co się tyczy leczenia wewnętrznego, S. hołduje zdaniu: czem mniej makowca, tem lepiej! (Münch. med. Woch. № 6, 1895).

== BOURGES opisuje przypadek porażenia mięśni oka, podniebienia i kończyn dolnych, które wystąpiło u 7-letniego dziecka po niebłonnicowem zapaleniu gardła. Badanie drobnowidzowe wykazało obecność koków i małych laseczek, laseczników zaś LOEFFLER'a nie było. Matka chorego, która pielegnowała syna, zaraziła się też zapaleniem gardła, lecz i w tym przypadku przedsięwzięte badanie bakteriologiczne nie wykazało obecności laseczka błonnicowego. Przypadek ten doświadczałnie potwierdza dawno już wypowiedziane przez GUBLER'a zdanie, że porażenia występować mogą i po niebłonnicowych zapaleniach gardła. (Arch. de médecine experim. Styczeń, 1895).

== GLÉNARD zwraca uwagę, że często bóle *in epigastrio* są wczesnymi objawami w cierpieniach wątroby. Zazwyczaj bóle tego rodzaju uważane bywają za pochodzące z żołądka.

— LABORDE wykazał, iż sole strontu są zupełnie dla ustroju nieszkodliwe i wywierają wpływ dodatni na odżywianie i trawienie, zwiększając zarazem ilość wydzielanego moczu. Constantin PAUL i DUJARDIN-BEAUMETZ przekonali się, że przy zapaleniu nerek sole te zmniejszają białkomocz. Obecnie RIED podał wyniki, otrzymane przy stosowaniu soli strontu w klinice prof. DRASCHE'go. Przy stosowaniu mleczanu strontu w roztworze (w proszkach wywołuje nudności i wymioty) 25,0 : 150,0 w ilości 3—4 łyżek dziennie, u 12 chorych z zapaleniem nerek, ilość moczu szybko zwiększała się, zwłaszcza przy istnieniu dużych obrzęków. Białkomocz znacznie zmniejszał się, lecz nie stałe. W jednym przypadku po 17 dniach stosowania tego środka ilość białka z 8‰ spadła do 1,5‰. Przy wysiękach w opłucnej otrzymano też dobre wyniki. (Wien. kl. Woch. 16 i 17. 1894).

— ISNARDI stosował przy gruźlicy skóry olejek terpentynowy w postaci maści wazelinowej w równych częściach, a przy ropniach i przetokach gruźliczych zastrzykiwania z olejku. Przetoki wyskrobywano poprzednio, ropnie częściowo opróżniano. Po zastosowaniu olejku występuje silne zapalenie z podniesieniem ciepłoty do 40°, lecz bez ciężkich objawów ogólnych. Po 4—6 dniach ropnie otwierano i tamponowano gazą jałową, napojoną maścią terpentynową. W 18 przypadkach wynik leczenia był bardzo pomyślny — chodziło zawsze o dzieci —, po dłuższym nawet czasie nawrotów cierpienia prawie bez wyjątków nie było. (Centr. f. Chir. 1895, № 1).

— HAIN podaje następujące wskazania do jejunostomii: 1) przy nadżarciach przełyku i żołądka, spowodowanych kwasami lub alkaliami, jeżeli zachodzi obawa zejścia śmiertelnego; 2) przy raku przełyku w dolnej jego części i przy raku wpustu, gdzie leczenie zgłębnikiem jest niemożliwe, a gastrostomii z powodu skurczenia się żołądka wykonać nie można; 3) przy raku odźwiernika, jeżeli żołądek tak jest sprawą chorobową zajęty, że innej operacji — ani gastroenterostomii, ani reseki — wykonać nie można. Obecnie nie da się jeszcze stanowczo orzec, czy nie należałoby zalecać tego rękoczynu we wrzodzie żołądka z często powtarzającymi się krwotokami, występującymi zwłaszcza po przyjęciu pokarmów. (Deut. med. Woch. № 27. 1894).

— BECKMANN przekonał się, badając na indykan mocznos osób chorych z rozmaitemi sprawami ropnemi, że niema żadnego związku między ropieniem, a wydzielaniem indykanu. (Petersb. med. Woch. 1894. № 28 i 29). Tak samo MORI wykazał, że indykanuria nie jest wcale objawem rozstrzygającym rozpoznanie różniczkowe ropni ukrytych, obecność bowiem indykanu zależy głównie od gorączki. (Polichinico, 1894, № 22).

— MIRON używał z dobrym skutkiem przy wysiękach w opłucnej wcierań w ścianę klatki piersiowej według następującego przepisu: gwałajolu 3,0; gliceryny 20,0; nalewki jodowej 20,0. Miejsce, w które płyn ten został wtarty, należy owinać watą, na wierzch położyć ceratę, a potem bandaż. (Lyon med., 4, 1895).

M. S.

Wiadomości bieżące.

— Za artykułem prof. RYDYGIERA, napisanym w przedmiocie dopuszczenia kobiet do studyów lekarskich, pojawił się w 8-ym № „Przeglądu lek.” artykuł prof. CYBULSKIEGO. Artykuł ten, wysławiający kwestję z innego punktu widzenia, pisany o wiele obiektywniej, może być również materiałem do obszerniejszej dyskusji, z którego to punktu głównie na artykuł prof. RYDYGIERA się zapatrywaliśmy. Oba są podatnym ku temu materiałem.

— W warszawskim szpitalu dla dzieci (Aleksandrya 25) również utworzono specjalny oddział dla dzieci dotkniętych błonicą, które są leczone zapomocą surowicy przeciwbłonicowej. Dotychczas wyniki lecznicze są zadawalające. Bywa tu stosowana surowica prof. BUJWIDA również z dobrymi wynikami.

Zmarli: W Warszawie prof. Duszan LAMBL, długoletni dyrektor kliniki terapeutycznej wydziałowej tutejszego Uniwersytetu. Zmarły urodził się w Pilźnie, ukończył Uniwersytet Praski. W roku zeszłym z powodu 70-lecia swoich urodzin ofiarował na stypendya przy Uniwersytecie Praskim 20,000 guldenów. Przed kilkunastu laty pisał prace naukowe po polsku; był członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

W Paryżu prof. d-r DUJARDIN-BEAUMETZ w 62 roku życia, klinicysta francuski, redaktor „Bulletin de Therapeutique”.