

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznio rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznio rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Statystyka szczepień ochronnych przeciw wścieklicznie z roku 1899. Podał Wacław Orłowski. — O wskazaniach, warunkach i zasadach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku. Podał d-r Stefan Gaszyński. (Ciąg dalszy). — **WYKŁADY KLINICZNE.** O pokarmie kobiecym. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI** 20 Leczenie nadżerek na brodawkach sarkowych i zapaleniu sutek w okresie połogowym. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 15 stycznia r. b. — Sprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego w Paryżu (2—9 sierpnia 1900 r.). (Ciąg dalszy). — **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **ZMARLI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r W. Orłowski** — Sur les résultats des immunisations préventives contre la rage à Vilna en 1899. 2) **D-r St. Gaszyński** — Les principes et les indications de la symphysiotomie avec la description d'un cas de l'auteur.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r W. Orłowski** — Ueber die Ergebnisse der Schutzimpfungen gegen die Tollwuth in Wilna im Jahre 1899. 2) **D-r St. Gaszyński** — Die Grundsätze und Indicationen zur Symphysiotomie mit Anführung eines eigenen Falles.

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

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WILNIE.

Statystyka szczepień ochronnych przeciw wścieklicznie z roku 1899.

Podał

WACŁAW ORŁOWSKI.

Z liczby ogólnej 325 chorych, którzy się w roku 1899 do zakładu mego zgłosili, zaliczyłem do statystyki tylko 265 osób; ukończyły one całkowity kurs leczenia według metody PASTEUR'a. Reszta, to jest 60 osób, albo nie leczyła się zupełnie, ponieważ mogłem w tych przypadkach z całą pewnością wyłączyć zakażenie (49 osób), albo przerwała leczenie z własnej woli (7 osób), albo była pokąsana przez zwierzęta zdrowe (3 osoby); wreszcie 1 osoba powtórzyła kurs pasteurowski na własne żądanie, pomimo że go w innym zakładzie ukończyła; nie zaliczyłem jej również do mojej statystyki.

1) Ruch miesięczny chorych:

w styczniu	leczyło się 23 chorych	w lipcu	leczyło się 36 chorych
„ lutym	„ „ 18	„ sierpniu	„ „ 28
„ marcu	„ „ 29	„ wrześniu	„ „ 20
„ kwietniu	„ „ 33	„ październiku	„ „ 10
„ maju	„ „ 32	„ listopadzie	„ „ 1
„ czerwcu	„ „ 29	„ grudniu	„ „ 6

2) Płeć chorych:

Mężczyzn leczyło się 176
Kobiet „ „ 89

3) Wiek chorych:

do lat 5 było 25 osób			od lat 30 do 40 było 46 osób		
od lat 5 do 10	„ 43	„	„ 40 „ 50	„ 23	„
„ 10 „ 15	„ 34	„	„ 50 „ 60	„ 7	„
„ 15 „ 20	„ 39	„	„ 60 „ 70	„ 6	„
„ 20 „ 30	„ 42	„			

4) Miejscowości, skąd chorzy pochodzili:

z gub. Wileńskiej	leczyło się 83 osoby
„ Kowieńskiej	„ 15
„ Suwalskiej	„ 4
„ Grodzieńskiej	„ 6
„ Mińskiej	„ 131
„ Mohylońskiej	„ 8
„ Kurlandzkiej	„ 3
„ Wołyńskiej	„ 2
„ Czernihowskiej	„ 5
„ Orłowskiej	„ 4
„ Witebskiej	„ 2
„ Orenburskiej	„ 1
„ Petersburskiej	„ 1

Z samego miasta Wilna i okolic podmiejskich leczyło się 30 osób.

5) Przeciąg czasu, jaki upłynął od chwili ukąszenia do chwili rozpoczęcia leczenia:

upłynęło mniej niż 1 dzień w	1 przypadku
„ 1 lub 2 dni w	„ 34
„ 3 do 5 „ „	„ 124
„ 5 „ 10 „ „	„ 59
„ 10 „ 20 „ „	„ 35
„ 20 „ 30 „ „	„ 6
„ 30 „ 40 „ „	„ 6
„ więcej niż 40 „ „	„ —

6) Rodzaj zwierząt kąsających:

psy	pokąsały 250 osób
koty	„ 3
wilki	„ 8
konie	„ 2
cielę	„ 1
świnia	„ 1

- 7) Umiejscowienie ukąszeń:
- | | | |
|------------------------------|------|---------|
| ukąszonych w głowę i w twarz | było | 19 osób |
| „ ręce | „ | 144 „ |
| „ tułów i nogi | „ | 72 „ |
| „ rozmaite okolice ciała | „ | 30 „ |
- 8) Liczba ukąszeń:
- | | | |
|----------------------|------|-----|
| ukąszeń pojedynczych | było | 118 |
| „ licznych | „ | 147 |
- 9) Przypalenia:
- | | |
|--------------------------------|-------------|
| wystarczające stosowane były w | 1 przypadku |
| niewystarczające „ | 22 „ |
| nie były stosowane w | 242 „ |
- 10) Ukąszonych przez ubranie było 85 osób
 „ w nagie ciało „ 180 „
- 11) Kategorie *A*, *B*, *C*:
- | | | |
|-------------------|------|----------|
| w grupie <i>A</i> | było | 32 osoby |
| „ „ <i>B</i> | „ | 97 „ |
| „ „ <i>C</i> | „ | 136 „ |

12) Śmiertelność w roku 1899, obliczona na zasadzie dokumentów urzędowych o stanie zdrowia leczonych w zakładzie osób po upływie co najmniej 6 miesięcy od chwili ukończenia leczenia, = 0,76%.

Odsetka ta jest może nieco za wysoka, jeżeli ją porównamy z taką odsetką instytutu PASTEUR'a w Paryżu (0,25% z roku 1899, a nawet 0,20% z roku 1898). Należy jednak zwrócić uwagę, że wnioski statystyczne wogóle tem bliższe są prawdy, im z większej liczby przypadków bywają obliczane, że odsetka ta w zakładzie moim spada do 0,39%, jeżeli doliczyć do niej odsetki z roku 1897 i 1898, i że jest ona nawet nieco niższa od odsetki paryskiej (0,44%), obliczonej z 23245 przypadków, leczonych w ciągu 14 lat ostatnich w Paryżu, od 1886 do 1899 włącznie.

Do rubryki tej zaliczyłem dwa przypadki, które się śmiercią pomimo leczenia skończyły, a mianowicie:

1) Girko Natalia lat 50, z Nieświeża, pow. Stuckiego, gub. Mińskiej, ukąszona przez psa podejrzanego o wściekliznę dnia 16 marca 1899 r. w prawą rękę (5 drobnych i jedna dość głęboka ranka). Leczenie rozpocząłem 22 marca, ukończyłem 31 marca. Chora otrzymała 20 iniekcji, po dwie dziennie. Zachorowała 18 kwietnia 1899 r., przywieziona do Wilna 23 kwietnia, na zajutrz zmarła na wściekliznę.

2) Rudzki Wincenty, lat 25, ze stacyi Briańsk, gub. Orłowskiej, pokąsany przez psa podejrzanego o wściekliznę 22 maja 1899 r. (dwie głębokie rany na lewej ręce, 6 drobnych ranek na prawej nodze). Leczenie, rozpoczęte dnia 24 maja, trwało dni 14 do dnia 7 czerwca włącznie. Chory otrzymał ogółem 28 iniekcji po dwie iniekcje dziennie. Zachorował 22 czerwca w nocy. Ciężota trzymała się przez cały czas choroby ponad 40° C.; zmarł 25 czerwca wieczorem. Próba z mózgu zmarłego stwierdziła wściekliznę.

I w jednym i w drugim przypadku przeciąg czasu, jaki upłynął od chwili ukończenia leczenia do chwili wybuchnięcia choroby, równał się 15 dniom, lub je nawet przewyższał. Przypadki, które zakończyły się śmiercią przed upływem owych dni 15, przy obliczaniu odsetki śmiertelności w rachubę brane nie były na tej zasadzie, że jad wścieklizny na 15 dni (średnio) przed po-

czątkiem choroby już się w ośrodkach nerwowych znajduje. Fakt ten stwierdziły liczne doświadczenia na zwierzętach, którym jad wścieklizny ulicznej pod opony do mózgu szczepiono. Zwierzęta takie padają zawsze mniej więcej na 15 dzień od chwili zakażenia. Nie można więc zaliczać do statystyki śmiertelności tych wszystkich przypadków, w których choroba rozwinęła się przed upływem owych dni 15, gdyż jad wścieklizny właściwie dosięgnął już ośrodków nerwowych, zanim leczenie ukończone zostało *).

Przypadków takich miałem dwa:

1) Zabłocki Klemens, lat 30, ze wsi Kamień, pow. Boryssowskiego gub. Mińskiej, ukąszony przez wilka 27 kwietnia 1899 r.; wyrwane obie wargi, dwie rany na nosie, jedna dość powierzchowna na górnej powiece, i głęboka na prawej dłoni i liczne drobne ranki na rękach. Leczenie rozpocząłem 29 kwietnia, nie ukończyłem go jednak, gdyż 13 maja chory zachorował i w dwa dni później zmarł na wściekliznę; chory otrzymał 42 injekcje.

2) Baranowski Piotr, lat 55, ze wsi sąsiedniej Rudni, pokąsany przez tego samego wilka 27 kwietnia; jedna rana wielkości 3 kopiejek miedzianych na lewym policzku w kącie ust, 2 drobniejsze rany na twarzy. Leczenie rozpocząłem 30 kwietnia, ukończyłem 17 maja. W ciągu tych 18 dni chory otrzymał 44 injekcje; zachorował 25 maja 1899 r., zmarł na wściekliznę 29 maja.

Trzej inni włościanie, przez tegoż wilka również ciężko w głowę i twarz pokąsani, pozostali przy życiu. Leczenie trwało u nich po 18 dni, w ciągu których otrzymali po 44 injekcje.

Jeszcze jeden przypadek zasługuje na obszerniejszą wzmiankę. 11 lutego 1899 roku zwróciła się do mnie Karolina Witkowska lat 59, zamieszkała w Wilnie, pokąsana przez psa 10 lutego. Pies wyrwał jej kawał prawego policzka; rana, jaką znalazłem, miała około 4 ctm. w średnicy i około 1 ctm. głębokości. Pies był mocno podejrzany o wściekliznę na zasadzie objawów za życia i danych sekcyjnych. Leczenie rozpocząłem 11 lutego i robiłem po dwie injekcje dziennie. 24 lutego chora, przyszedłszy do mnie wieczorem, zaczęła się skarżyć na ból głowy i ogólne niedomaganie, tem u niej dziwniejsze, że, jak sama twierdziła, nie chorowała nigdy, nawet na bóle głowy. Nazajutrz stan ogólny chorej pogorszył się; pomimo to, oprócz ogólnego znieczulenia skóry i nieznacznego podwyższenia ciepłoty, nie mogłem stwierdzić żadnych zmian obiektywnych. 26 lutego chora od czasu do czasu traci przytomność; 27 lutego stan ogólny nieco lepszy, lecz chora widzi lewym okiem podwójnie. Nazajutrz chora czuje się znacznie lepiej, chociaż jest bardzo osłabiona; od tej chwili siły wracają jej szybko, i chora już po 4 dniach może wstać z łóżka. Injekcje robiłem w tym przypadku podczas całej jej choroby i ukończyłem je dnia 2 marca, zrobiwszy 38 injekcji. Staruszka cieszy się dotychczas najlepszym zdrowiem. Nie mogę przejść nad tym przypadkiem do porządku dziennego, nie zadawszy sobie pytania, z czem miałem do czynienia. Nie mam odwagi twierdzić z całą stanowczością, że miałem przed sobą poronną postać wścieklizny, bo nie mam na to żadnych dowodów. A jednak myśl ta nasuwa mi się pomimo woli: W. zachorowała 15-go dnia od chwili ukąszenia; taki właśnie krótki okres wylegania spotykamy niezbyt nawet rzadko w ciężkich przypadkach pokąsania w twarz. Cały przebieg choroby, pomimo formy zgoła nieokreślonej, zdradzał jednak pewne zaburzenie w układzie nerwowym

*) Patrz: *Specielle Pathologie u. Therapie Nothnagel'a* V Bd. V Theil. Zoonosen, II Abtheilung: *Lyssa* von prof. Högyos. Wien 1897. Str. 172.

centralnym. Podwójne widzenie mogłem stwierdzić tylko w lewym oku po stronie przeciwległej ranie, przez psa zadanej. Wreszcie nie mogłem znaleźć żadnych innych zmian chorobowych obiektywnych. Rozpoznanie więc takie nie może wyjść po za granice przypuszczenia, które mogłoby być obalone lub potwierdzone jedynie przez zaszczepienie śliny chorej pod opony mózgo-we zwierzęcia. Niestety doświadczenie to nie zostało wykonane.

O osobach, które były pokąsane przez zwierzęta wściekle, nie leczyły się jednak zupełnie i na wścieklicznę zmarły, zebrałem następujące wiadomości:

1) Czapszys Wiktorya, lat 24, ze wsi Żeniany pow. i gub. Kowieńskiej, pokąsana przez psa w rękę 20 marca 1899 r., zachorowała 28 sierpnia, zmarła 4 września tegoż roku.

2) Dziewczynka niewiadomego mi nazwiska, w okolicy Trok gub. Wileńskiej zamieszkała, zmarła we wrześniu 1899 r.

O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku.

Podał

D-r Stefan Gaszyński

b. ordynator kliniki położniczej.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 6).

Dotychczas, trzymając się punktu wyjścia FARABEUF'a, obliczyliśmy, ile zyskujemy przy przecięciu spojenia łonowego i odpowiednim rozszerzeniu kości podłędźwiowych na wymiarze przedniotylnym miednicy. Obecnie przejdźmy do obliczenia pojemności miednicy, mianowicie, pojemności tej części miednicy, która przedstawia nam cieśnię szkieletu najmniejszą.

Wejście do małej miednicy, jak to już ROEDERER dawno ustalił, przedstawia się w kształcie elipsy, której oś mała odpowiada połowie wymiaru przedniotylnego, oś wielka połowie wymiaru poprzecznego. Wymiary te w normalnej miednicy, podług SCHRÖDER'a, wynoszą:

sprzężna = 10,8 ctm.

wymiar poprzeczny = 13,5 ctm.

Obliczmy powierzchnie wejścia do małej miednicy podług tych danych:

$$\text{Powierzchnia elipsy} = \pi \cdot \frac{a}{2} \cdot \frac{b}{2} = 3,14 \cdot \frac{10,8}{2} \cdot \frac{13,5}{2} = 114,45 \text{ ctm.}^2$$

$$| 2 a = 10,8 \text{ ctm.}$$

$$| 2 b = 13,5 \text{ ctm.}$$

Wejście zatem do małej miednicy przedstawia się jako powierzchnia elipsy, równająca się w normalnych warunkach 114,45 ctm.². W normalnych zatem warunkach największy owal główki noworodka, jaki może przetoczyć się przez miednicę kostną nazewnątrż, może wynosić takąż samą ilość kwadratowych centymetrów, t. j. 114,45 ctm.²; zanotujmy tę cyfrę.

Dzięki własności główki przystosowywania się do przejścia przez miednicę, dzięki szwom i ciemiączkom, główka staje się materiałem tak plastycznym, że przy znacznych nawet zwężeniach miednicy przedostać się może.

Rozważmy, co stanie się z chwilą przecięcia, spojenia łonowego i rozciągnięcia kości podłędźwiowych na boki. Oczywiście cała przestrzeń wejścia powiększy się znacznie, główka noworodka, jako ciało plastyczne, znów przystosuje się do nowych warunków i przy przechodzeniu przez miednicę wypełni całą nowo otrzymaną cieśnię; korzyść zatem z rozciągnięcia miednicy nie będzie polegała jedynie na przedłużeniu sprężnej, lecz na rozszerzeniu całej przestrzeni.

Przyjrzyjmy się rysunkowi (Fig. II) i zróbmy właściwe obliczenia.

Dla przykładu biorę miednicę o sprężnej = 8 ctm. Fig. II.

Przed rozcięciem powierzchnia ta równać się będzie elipsie przy danej

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Osi wielkiej} = 2a = 13,5 \text{ ctm. (wymiar poprzeczny miednicy)} \\ \text{Osi małej} = 2b = 8,0 \text{ ctm.} \\ \text{Powierzchnia elipsy} = A \end{array} \right.$$

$$A = \pi ab = 3,14 \cdot 6,75 \cdot 4,0 = 84,82 \text{ ctm.}^2$$

Po rozcięciu spojenia i rozciągnięciu kości podłędźwiowych na odległość 6 ctm., jak to widać na rysunku, przestrzeń wejścia do miednicy powiększy się o całą figurę: $CFA G D Z = \Omega$.

Obliczamy tę powierzchnię:

$$\begin{aligned} \Omega &= w_1 + w_2 - w_3 \\ w_1 &= \text{powierzchni odcinka koła } CDZ. \\ w_2 &= \text{powierzchni trapezu } CFC D \\ w_3 &= \text{powierzchni trójkąta } FGA. \end{aligned}$$

$$w_1 = \frac{r^2}{2} \left(\frac{\pi \alpha}{90} - \sin 2\alpha \right)$$

$$r = 9,5 \text{ ctm.}$$

$$\alpha = 18^\circ,75; 2\alpha = 37^\circ,5; \sin 2\alpha = 0,60876$$

$$w_1 = \frac{9,5^2}{2} \left(\frac{3,14 \times 18,75}{90} - 0,60876 \right) = 2,05 \text{ ctm.}^2$$

$$w_2 = \frac{6,0 + 10,0}{2} \times 9,0 = 8,9 = 72,0 \text{ ctm.}^2$$

$$w_3 = \frac{10,0 \times 8}{2} = 40,0 \text{ ctm.}^2$$

$$\Omega = 2,05 + 72,00 - 40,0 = 34,05 \text{ ctm.}^2$$

Po rozcięciu powierzchnia otrzymana:

$$A_1 = A + \Omega$$

$$A_1 = 84,82 \text{ ctm.}^2 + 34,05 \text{ ctm.}^2 = 118,87 \text{ ctm.}^2$$

$$\text{Stosunek } \frac{A_1}{A} = \frac{118,87}{84,82} = 1,40.$$

Czyli powiększenie przestrzeni, otrzymanej po rozcięciu spojenia łonowego w miednicy, której sprężna = 8 ctm., wynosi 0,4 poprzedniej powierzchni, t. j. powierzchnia powiększy się więcej, niż o $\frac{1}{3}$ poprzedniej powierzchni, co przedstawia przecież wynik operacji rzeczywiście olbrzymi. Dla więcej poglądowego przedstawienia rzeczy, zwróćmy jeszcze uwagę na stosunek otrzymanego powiększenia pojemności wejścia do miednicy do rozmiarów główki normalnego dziecka. Powierzchnia cięcia poprzecznego u wejścia do małej miednicy równała się przed operacją 84,82 ctm.², po operacji 118,87 ctm.², czyli zyskaliśmy 34,05 ctm.².

Główka noworodka, jak wyżej było omówione, przedstawia w największym cięciu poprzecznym elipsę o osiach: $a = 9,25$

$$b = 11,75$$

czyli powierzchnia tej elipsy = $\pi a \cdot b = 85,15$ ctm.².

Dla wtłoczenia ciała o powierzchni przecięcia 85,15 ctm.² zyskaliśmy 34,05 ctm.²; jest to więc chyba zysk tak widoczny, że nie potrzebuje komentarzy.

Dla przykładu wymierzmy jeszcze miednicę chorej operowanej przeze mnie — patrz rzut miednicy w przekroju poprzecznym (Fig. III).

Powierzchnia elipsy = A

Oś wielka = $2a = 13,5$ ctm. | $a = 6,75$ ctm.

Oś mała = $2b = 8,25$ ctm. | $b = 4,125$ ctm.

$A = \pi a b = 3,14 \times 6,75 \times 4,125 = 81,47$ ctm.²

Cała powierzchnia $\Omega = C F A G D Z$ = powierzchni w_1 (odcinek koła) + powierzchni w_2 (trapez $F G D C$) — powierzchni w_3 (trójkąt $F G A$).

$$w_1 = \frac{r^2}{2} (\pi \alpha - \sin 2\alpha)$$

$r = 9,6$

$\alpha = 17^\circ$; $2\alpha = 34^\circ$; $\sin 2\alpha = 0,5592$

$$w_1 = \frac{9,6^2}{2} \left(\frac{3,14 \times 17}{90} - 0,5592 \right) = 46,08 \times 0,0342$$

$w_1 = 1,5759$ ctm.² — przyjmijmy $w_1 = 1,58$ ctm.²

$$w_2 = \frac{5,5 + 10,0}{2} \times 9,2 = 71,3$$
 ctm.²

$$w_3 = \frac{10,0 \times 8,25}{2} = 41,25$$
 ctm.²

$\Omega = w_1 + w_2 - w_3 = 1,58 + 71,3 - 41,25 = 31,63$ ctm.²

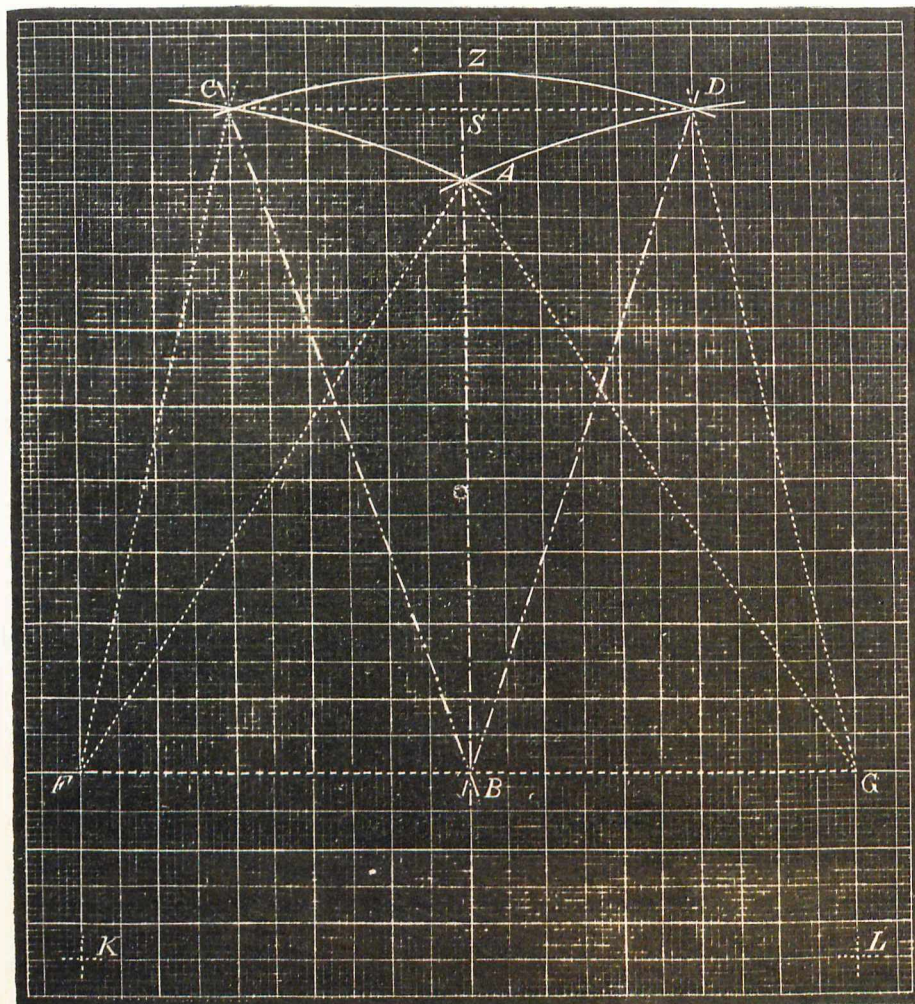
$A_1 = A + \Omega = 81,47$ ctm.² + $31,63$ ctm.²

$A_1 = 113,10$ ctm.²

$$\frac{A_1}{A} = \frac{113,10}{81,47} = 1,39$$

Czyli że po przecięciu spojenia łonowego w operowanym przezemnie przypadku wejście do miednicy powiększyło się o 0,39 swej poprzedniej powierzchni. Nic też dziwnego, że dość łatwo poród po przecięciu nastąpił, jakkolwiek główka noworodka, jak to we właściwym miejscu zobaczymy, była nienormalnie wielka.

Fig. II.



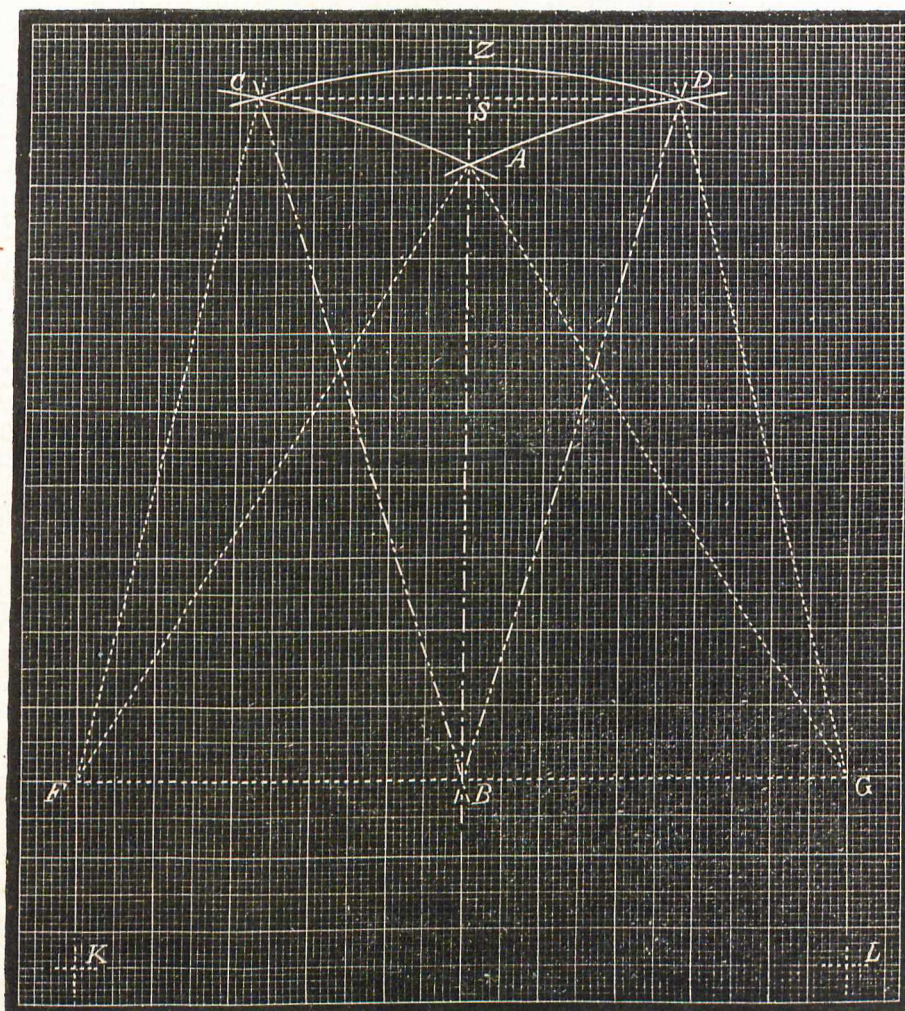
Dane:	Otrzymano:
$AB = 8,0 \text{ cm.}$	$AS \approx 1,9 \text{ cm.}$
$BF = 5,0 \text{ cm.}$	$SZ = 0,5 \text{ cm.}$
$FK = 2,5 \text{ cm.}$	$AZ = 1,5 \text{ cm.}$
$OD = 6,0 \text{ cm.}$	

Rzut miednicy w przekroju poziomym na wysokości introitus pelvis o sprężnej = 8 cm.

Powyższe obliczenia pojemności miednicy, jakkolwiek mają zupełnie realną podstawę i są bardzo ściśle dokonane, jednakże nabiorą większej wagi, gdy zostaną poparte faktami, wziętymi z życia. Dla dopięcia tego celu i skon-

trolowania siebie samego postanowiłem wykonać odlewy gipsowe z małej miednicy przed i po rozcięciu spojenia łonowego i wtedy dopiero odlewy te odpowiednio wymierzyć. Tembardziej kontrola taka wydała mi się konieczną, że przy powyższych obliczeniach brałem pod uwagę miednicę kostną, pozba-

Fig. III.



Dane:	Otrzymane:
$AB = 8,25^{\frac{1}{2}}$ cm.	$AS = 0,95$ cm.
$BF = 5,0$ cm.	$SZ = 0,4$ cm.
$FK = 2,5$ cm.	$AZ = 1,35$ cm.
$CD = 5,5$ cm.	

Rzut miednicy Maryi M. w przekroju poziomym na wysokości introitus pelvis, sprzężna = 8,25 cm.

wioną części miękkich, które zmieniają znacznie formę wejścia do małej miednicy, zwłaszcza w kierunku poprzecznym. Jakkolwiek umyślnie brałem pod uwagę nie absolutne wielkości, a tylko stosunek tychże wzajemny (forma powierzchni wejścia jest przez części miękkie zmieniona tak przed, jak i po roz-

cięciu spojenia; stosunek przeto nie zostaje zmieniony), jednakże wolałem być ściślejszym.

W powyższym celu postępowalem w sposób następujący.

Na zwłokach kobiety w wieku 28 lat, zmarłej przed 24 godzinami wskutek gorączki ostrej pologowej, po uprzednim dokonaniu wymiarów zewnętrznych malej i dużej miednicy wykonałem otwarcie jamy brzusznej. Po mechanicznym usunięciu kału z dolnego odcinka kiszek oraz opróżnieniu pęcherza, także po dokładnem zdjęciu wymiarów malej miednicy, nałalem do niej uprzednio przygotowanego gipsu płynnego. Z powodu znacznej wilgotności tkanek gips dość wolno zasychał. Po 45 minutach w miejscu poprzednio oznaczonem w kierunku od zewnątrz ku wewnątrz wykonałem za pomocą zwykłego świderka otwór, przechodzący przez kręgosłup do gipsu w miejscu przedgórza kości kuprowej, tudzież wykonałem otwór w spojeniu łonowem na pół ctm. poniżej górnego brzegu spojenia, który także przenikał do gipsu; dwa te otwory zrobiłem w celu oznaczenia na gipsie tylnego oraz przedniego punktu sprzężnej prawdziwej akuszeryjnej—*conjugata vera obstetrica*. Po dokładnem przekonaniu się o wyschnięciu gipsu oraz po oznaczeniu na gipsie górnego brzegu malej miednicy, mianowicie, linii bezimiennej (*lineae innominatae*), należało odlew gipsowy z miednicy wydostać. Że jednak, jak wiadomo, próżnia miednicy jest szersza od samego wejścia, trzeba było przeciąć spojenie, aby odlew nie uszkodzić. Po przecięciu spojenia odlew udało się bez trudności wydostać.

Po ukończeniu czynności z jednym odlewem należało wykonać powtórny w warunkach, odpowiadających zwykłej operacji cięcia łonowego.

W tym celu rozszerzyłem spojenie łonowe na długość 6 ctm. Z powodu braku przedniej ściany miednicy, jaki się wytworzył, trzeba było brak ten zastąpić odpowiednio wykrajaną z drzewa formą, aby płynny gips mógł się utrzymać. Również trudności nastęrczały się u wyjścia z malej miednicy, gdyż gips wylewał się ciągle wszystkimi dziurami. Po dokładnem pozszywanu części miękkich od dołu i zabezpieczeniu przedniej ściany należało w formę, w ten sposób otrzymaną, nałać gips. Kiedy gips po 45 minutach stęzał, oznaczono powtórnie górne brzegi malej miednicy oraz tylny punkt wyjścia sprzężnej na przedgórzu. Należało także oznaczyć miejsce, odpowiadające łukowi opisanemu, pomiędzy brzegami spojenia łonowego.

Należy zauważyć, że przy rozszerzaniu spojenia na długość 6 ctm. żadnych ważniejszych uszkodzeń na miejscu stawów kuprowopodłędźwiowych nie zauważyłem, nastąpiło tylko lekkie oddarcie okostny, która utworzyła jak gdyby mostek nad rozwartemi stawowemi powierzchniami, nigdzie jednak rozdarła nie była. Dalej zanotowałem, że po skończonej manipulacji z gipsem z łatwością doprowadziłem miednicę kostną do poprzedniego stanu, t. j. zbliżyłem brzegi spojenia oraz na miejscu stawów tylnych żadnego pęknięcia, ani nic wogóle niepożądanego nie spostrzegłem, pomimo dokładności obserwacji. Dla wyjęcia odlewu gipsowego musiałem jeszcze więcej brzegi spojenia rozszerzyć, aby gipsowego odlewu nie uszkodzić — odlew wydostałem, spojenie zbliżyłem, części miękkie uporządkowano i zaszyto.

O ile mi wiadomo, nikt jeszcze nie stosował odlewów gipsowych do wymierzania pojemności miednicy; uważam jednak, że odlewy takie mogą nauce naszej oddać olbrzymie usługi, gdyż dają trwałe modele, z których otrzymać możemy dowolne dane i to w wielkościach absolutnie pewnych.

Pierwsza ta próba, dostateczna dla osiągnięcia celu, który mię interesuje, nie tak łatwo dała się otrzymać; nastęrczają się pewne trudności natury

czysto technicznej, które nie powinny nikogo zrazić. Pierwszy i drugi odlew, to znaczy na dwóch zmarłych kobietach wykonany, nie udał się; trzeci dopiero wyżej opisany okazał się dostatecznym.

Z otrzymanego odlewu można wyprowadzić różne wnioski ogólnej treści, na tem miejscu poprzestaną tylko na szczegółach, dotyczących sprawy cięcia łonowego. Otóż ku mojej uciechu okazało się, że wymiar przedniotylny po dokonanej operacji rozcięcia łonowego jest akurat tak wielki, jak to obliczenia teoretyczne wykazują. Odlew wykonany był na miednicy o sprzężnej = 10,0 ctm., po przecięciu wymiar przedniotylny okazał się równym 11,25 ctm., czyli tak, jak potrzeba. Co się tyczy wymiarów skośnych i poprzecznego, to różnica w miednicy kostnej i miednicy z pozostawionymi częściami miękkimi, użytej do odlewów, jest znaczna.

Na trupie wymiar poprzeczny wynosił tylko 11,5 ctm., podczas kiedy podług SCHRÖNER'a kostna miednica daje poprzeczny wymiar = 13,5 ctm.; dzięki zatem częściom miękkim wejście do małej miednicy w wymiarze poprzecznym zmniejsza się o 2 ctm. Ciekawe będą dalsze badania w tym kierunku. Dalej okazało się, że rozszerzenie miednicy w kierunku poprzecznym zmienia w znacznym stopniu formę owala (*introitus pelvis*). Największa rozległość w kierunku poprzecznym leży bliżej przedniej części miednicy, aniżeli w miednicy przed rozcięciem; największa ta odległość w naszej miednicy wyniosła 14,5 ctm. Z tych wszystkich zaszłych zmian widzimy, że główka, chcąc przystosować się do nowych warunków przestrzennych, musi zupełnie inny kształt przybrać, mianowicie wydłużyć się w kierunku przedniotylnym, zaś zwężyć w kierunku poprzecznym. Że zmiana taka w konfiguracji główki jest możebna i zwykle zachodzi, o tem ani na chwilę wątpić nie można.

Przy obliczeniu powierzchni poziomego przecięcia otrzymanych odlewów okazało się, co następuje:

Odlew pierwszy, z miednicy przed rozcięciem spojenia otrzymany, wykazał powierzchnię, równającą się 90,27 ctm.².

$$\pi a b = 3,14 \cdot \frac{10}{2} \cdot \frac{11,5}{2} = 3,14 \cdot 5 \cdot 5,75 = 90,27$$

$$a = \frac{10}{2}$$

$$b = \frac{11,5}{2}$$

Odlew drugi, otrzymany z miednicy, w warunkach zwykłej operacji cięcia łonowego dokonany, wykazał powierzchnię, równającą się 127,45 ctm.².

Jeżeli porównamy dwie te wielkości otrzymane, przekonamy się, że operacja dała nam powierzchnię większą od poprzedniej o 37,18 ctm.². Wszak korzyść tutaj widoczna!

Jeszcze raz zwracam uwagę, że warto podjąć badania nad pojemnością miednicy, zdaje mi się, że tą drogą możemy osiągnąć większe i dokładniejsze wyniki, aniżeli drogą dotychczasową, badając tylko wymiary linijne

Po dokonaniu obliczeń, które przekonały nas o korzyści operacji cięcia łonowego w ogólności, przejdźmy do rozpatrzenia anatomii topograficznej pola operacyjnego.

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

DR MICHAŁ COHN.

O POKARMIE KOBIECYM.

Odczyt w Berl. Tow. Lekar. 16 Maja 1900 roku.

Badając morfologię mleka, a szczególnie mleka kobiecego, napotkałem pewne szczegóły, mało dotychczas znane i zbadane, a posiadające nie tylko ważne znaczenie teoretyczne, lecz i praktyczne. Wobec tego z wynikami moich prac postanowiłem w krótkości zapoznać Sz. Panów, szczególniejsze opracowanie tej kwestyi zastrzegając sobie na przyszłość.

Zdaniem wielu, kropla mleka kobiecego przedstawia pod mikroskopem obraz bardzo mało urozmaicony. Płyn przezroczysty z zawieszonymi w niej okrągłymi kulkami tłuszczowemi różnej wielkości, które pod nazwą kulek mlecznych znał i opisywał już LEUWENHOEK w pierwszych czasach mikroskopii — oto zwykły opis tego obrazu. Badając jednak mleko kobiece przy silniejszym powiększeniu lub po zabarwieniu we właściwy sposób, ze zdumieniem dostrzeżemy w niem twory, które i bogactwem swem i różnaitością postaci znakomicie ożywią jednostajność powyższego obrazu. Twory te, które ośmieliłbym się nazwać ogólnem mianem „czapeczek“ i „kul“, towarzyszą zawsze kulkom tłuszczowym i pochodzą z wspólnego z nimi miejsca, mianowicie, z nabłonka gruczolu, a zadaniem ich — przenikać do wydzieliny i stanowić prawidłowy składnik tejże. Najczęściej widzimy, że na kropli tłuszczowej siedzi w kształcie sierpa wąski o ostrych brzegach pasek jednorodnej, delikatnej substancyi. Twór ten siedzi na kulce mlecznej w postaci guziczka, dotykając jej powierzchni bądź tylko w jednym miejscu, lub też obejmuje jedną trzecią część, połowę, trzy czwarte części powierzchni kulki, a niekiedy otacza całą nawet kulkę w postaci wąskiej obwódki. Przy wyższym swym rozwoju twory te przybierają postać kopuł, mniej lub więcej wypukłych; rzadziej spotykamy wstążkowate lub ogoniaste wydłużenia owych czapeczek. Prócz tego nieraz wśród tych sierpów, kopuł, wstążek i ogonów rozsiane są pojedyncze kulki tłuszczowe. Oprócz tych czapeczek, a raczej kulek mlecznych, opatrzonych czapeczkami, zdarzają się także kule. Jednorodne, odosobnione, gładkiemi opatrzone brzegami — kule są, co prawda, rzadkością, częściej natomiast widzimy kule, na obwodzie lub w środku których znajdują się krople tłuszczowe. Największą zaś rzadkością, zdarzającą się jednak, są czapeczki, zawierające jądra. Są to jądra nabłonkowe. Oprócz nich istnieją jeszcze inne, bardzo liczne odmiany, zbudowane wedle jednego ogólnego typu, których szczególnie opisywać nie będę.

W literaturze głucho o tych nowotworach, tylko HEIDENHAIN (die Milchabsonderung, Herrmann's Hand. d. Physiol. Bd. 5. 1883) i DOGIEL (Wracz 1884. Ref. w Jahrb. f. Kinder. Bd. 22. S. 256) wspominają o nich, ten ostatni uważa je za twory chorobotwórcze, powodujące zaburzenia w trawieniu ssawców.

Co do mnie, to z całą stanowczością twierdzą, że mamy tutaj do czynienia z zupełnie stałemi składowemi częściami mleka kobiecego. W setkach dokonanych przeze mnie badań znajdowałem je zawsze, w mniejszej lub większej ilości, bez różnicy, czy mleko pochodziło od po raz pierwszy karmiącej, czy też od kobiety, która już kilkoro wykarmiła dzieci. W niektórych wydzielinach spotyka-

my ich nie wiele: 1—2—4 na polu mikroskopowym, w innych zaś po 15 do 20, a nawet bardzo dużo, bo 30—50. W tych ostatnich wypadkach czapeczki i kule opadają na dno, tworząc delikatny, pyłkowaty osad, gołym dostrzegalny okiem. Mleko jednego i tego samego gruczołu zawiera zazwyczaj jednakową ilość tych tworów w okresie całego karmienia, zdarza się natomiast, że między jedną a drugą sutką tejże kobiety znakomite co do ich ilości zachodzą różnice. W pierwszych jeno dniach karmienia ilość ich bywa niekiedy bardzo wielka, wkrótce jednak zmniejsza się. Prostsze postacie spotykamy w każdym pokarmie, bardziej złożone zaś przeważnie w obfitym. Nie zauważono łączności między obfitością wydzielniczą gruczołu a bogactwem wydzielanego mleka co do czapeczek i kul; u kobiet z obfitym pokarmem zauważano raz wielką ilość tych tworów w mleku, innym razem bardzo nieznaczną, a to samo spostrzegano w przypadkach o skąpej wydzielinie.

W końcu powstaje jeszcze pytanie, czy obfita ilość tych tworów w mleku ma jakieś przyczynowe znaczenie dla patologii niestrawności dziecięcych? Innymi słowy mówiąc, czy mleko takie jest ciężko strawne? DOGIEL i BIEDERT potakująco odpowiadają, uważając pokarm tego rodzaju za niedobry. Kwestya ta upada sama przez się dla tych autorów, którzy wszelki pokarm kobiecy, byleby w dostatecznej wydzielający się ilości, uważają za dobry i odpowiedni dla ssawca, przyczyny zaś zaburzeń trawienia u nich upatrują nie w samym pokarmie, lecz w niepunktualnem karmieniu, a szczególnie w przeladowaniu żołądka wskutek zbyt częstego podawania piersi. Pomimo tego wciąż odzywają się głosy (MONTI, KLEMM), główne przypisujące znaczenie składowi mleka kobiecego, które, przy niestosownym wzajemnym stosunku składników, ma powodować małokrwistość i krzywicę, wobec czego głosy te wymagają w takich razach — zmiany mamki. Zwracają ci autorzy uwagę na zmiany co do ilości cukru mlecznego, tłuszczu, a przede wszystkim białka, jakoteż zmiany stosunku pomiędzy różnymi rodzajami ciał białkowatych, znajdujących się w mleku kobiecym. Wspomniani jednak autorzy nie są z sobą w zupełnej zgodzie, gdy bowiem MONTI nadmierną ilość sernika w mleku (szczególniej w pierwszych dwóch miesiącach karmienia) za szkodliwą uważa, to KLEMM tę samą winę przypisuje zmniejszonej tegoż ilości. Jakkolwiek bądź kwestyę tę rozstrzygniemy, zawsze przyznać trzeba, że pokarm, zawierający bardzo wiele białka w nierozpuszczalnej postaci, nie może być lekkostrawny dla młodziutkiego ssawca. Doświadczenie przeczy jednak temu teoretycznemu rozumowaniu, dzieci bowiem, karmione tego rodzaju mlekiem, doskonale zazwyczaj je znosiły i pysznie się rozwijały. Niekiedy, co prawda, zapadały na niestrawność, lecz odzyskiwały zdrowie pomimo, że skład mleka w nich się nie zmieniał (przyzwyczajały się zatem. Spr.).

Nie mogę na zasadzie szczerłego mego doświadczenia rozstrzygnąć, czy mleko tego rodzaju nie powoduje w niektórych przypadkach przewlekłych zaburzeń żołądkowych u dzieci, doskonale nawet wyglądających i rozwijających się. W każdym jednak razie nie uważam za potrzebne zmieniać mamkę li tylko dla tego, że posiada ona tego rodzaju pokarm.

Oprócz powyższej sprawy chciałbym wspomnieć jeszcze o występowaniu ciałek siary w wydzielinie gruczołu mlecznego. Są to, jak wiadomo, wielkie kuliste twory, brunatnej barwy, wypełnione drobnymi cząsteczkami tłuszczowemi ziarenkami. W mleku, w którym ciała takie się pokazują, spotykamy nadto inne jeszcze elementy, mniejsze i bledsze od tych, uboższe w tłuszcz, a stanowiące, jak oddawna sądzono, niższe stopnie rozwojowe owych ciałek siarowych. W ostatnich czasach pojęcia nasze co do tych tworów znacznie się zmieniają. Przez długi

czas uważano je za stłuszczone nabłonki gruczołowe; zdania tego był i VINCOW, stawiając je nawet jako przykład fizyologicznego zwyrodnienia tłuszczowego, tak często spotykanego w patologii. Obecnie jednak coraz więcej uznania zyskuje pogląd CZERNY'ego, wygłoszony przed 10 laty, wedle którego ciała te są leukocytami, które zawędrowały do przestrzeni gruczołowych i tutaj napelnily się tłuszczem mlecznym, słowem, że ciała te—to fagocyty tłuszczu mlecznego. Pogląd ten nie jest jeszcze powszechnie przyjęty, autorowie podręczników stoją przeważnie jeszcze na dawniejszym stanowisku. Nie przytaczając wszystkich dowodów, potwierdzających ten nowy pogląd, a szczególnie badań szkoły HEIDENHAIN'a, na zasadzie których przekonaliśmy się, że podczas sprawy oddzielania mleka wcale nie ma mowy o stłuszczeniu i zanikaniu komórek nabłonkowych, zwrócimy uwagę na jeden tylko fakt, nieznaną dotychczas, a przekonujący już sam przez się. Mianowicie ciała te, które podejrzujemy o pochodzenie z białych ciałek krwi, zawierają, podobnie jak te ostatnie, drobne ziarenka, barwiące się w kwasie trójoctowym na fioletowo. Nie we wszystkich ciałach siarowych spotykamy owe ziarenka, lecz dalsze badania wykazały, że w miarę przemiany białego ciała krwi (leukocytu) w ciało siarowe, plotoplazma tegoż wskutek zaniku ziarenek neutrofilowych staje się jednorodniejszą.

Uznawszy powyższy pogląd, zapytać należy: w jakich warunkach białe ciała krwi przedostają się do gruczołu mlecznego? CZERNY sądzi, że ma to miejsce wtedy, gdy mleko wytwarza się, lecz nie zostaje wydalone, t. j. gdy zatrzymuje się w przewodach gruczołu, przyczem, jego zdaniem, działa tutaj mechaniczny wpływ wstrzymania wydzieliny. Ja zaś myślę, że główną przyczyną jest *chemotaxis*; zatrzymane mleko rozkłada się, wytwarzają się z niego ciała, działające chemotaktycznie t. j. przyciągające leukocyty i zniewalające je do wędrowania po gruczole mlecznym, w którym przemieniają się one w ciała siarowe. Na zasadzie takiej teorii łatwiej nam będzie objaśnić wszystkie zachodzące tutaj fakty.

Najwyraźniej widzimy te stosunki w wydzielinie kobiet, znajdujących się w późniejszych miesiącach ciąży. U nich skąpa wydzielina całymi tygodniami i miesiącami przebywa w sutce, istnieją zatem warunki dla tworzenia się ciał siarowych. Twory, wydzielające się w wielkiej ilości w mleku przez pierwsze dni karmienia, są tymi samymi elementami, które wytworzyły się podczas ciąży, a obecnie wydzielają się na zewnątrz. Prócz tego pod wpływem obitego przyływu krwi do sutek po porodzie następuje prawdopodobnie świeża wędrowka leukocytów, lecz zapewne przejściowa tylko. Po 8—9 dniach stare i nowe twory znikają z mleka i brak ich też przez cały okres karmienia. W małej ilości zdarzają się one od czasu do czasu w mleku najzdrowszych kobiet, lecz nie mają żadnego wtedy znaczenia. Niekiedy jednak ilość ciał siarowych w mleku karmiących znakomicie wzrasta, o czem wiedzieli już dawniejsi badacze np. DONNÉ, który odkrył i opisał ciała siarowe, przypisywał jednak ukazywanie się ich w późniejszych okresach karmienia ogólnym stanom i zaburzeniom w zdrowiu karmiącej, jakoto: gorączce, małokrwistości, miesiączce lub nowej ciąży. Moje badania przekonały mnie jednak, że twory te zjawiają się pod wpływem różnorodnych przyczyn, które w krótkości podam w niniejszej pracy.

Po większej części ukazywanie się licznych ciałek siarowych w mleku wskazywało wygasanie wydzieliny. Przyczyny tego, zdaniem mojem, szukać należy w osłabieniu sił wydzielniczych sutki, a więc w zastoju skąpego pokarmu. W innych przypadkach objaw ten zjawiał się po jednej tylko stronie: jedna

sutka wydzielala prawidłowe mleko, druga — bogate w komórki. Przyczyną było również wygasanie wydzieliny w jednej piersi, zbyt rzadko używanej do karmienia (prawej zazwyczaj. Przyp. Spr.).

W trzecim rodzaju przypadków twory te ukazywały się również tylko po jednej stronie, lecz objaw ten był przejściowy i zdarzał się w piersi, prawidłowo czynnej. Przyczyną było prawdopodobnie krótkotrwałe częściowe zatrzymanie się wydzieliny. Niekiedy widywałem także chwilowe ukazywanie się tworów komórkowych w obu piersiach, a to skutkiem chwilowego zatrzymywania się pokarmu w obu piersiach, których chory ssawiec na razie nie był w stanie opróżniać.

W końcu ciałka siarowe zjawiają się w wydzielinie kobiet, które zupełnie przerywają karmienie. Ciała siarowe zjawiają się w kilka dni po odstawieniu, niekiedy znacznie później.

A teraz pytanie: czy mleko kobiece, zawierające wielką ilość ciał siarowych, jest szkodliwe dla dziecka? **DONNE** i **CZERNY** dają odpowiedź bezwarunkowo potakującą. Chwilowe jednak spożywanie takiego mleka nie jest szkodliwe, jak to widzimy wszak na zdrowiu ssawców w pierwszych dniach karmienia, kiedy mleko zawsze zawiera ciałka siarowe. Długotrwałe natomiast spożywanie takiego pokarmu drażni przewód pokarmowy ssawców i powoduje zaburzenia w trawieniu. Zauważyć przytem muszę, że podobnie jak mleko z ciałkami siarowymi powoduje dyspepsyę u ssawców, tak znów odwrotnie dyspepsya ssawca powodować może zjawianie się ciał siarowych w pokarmie, a to z powodu zmniejszonego laknienia ssawca i niedostatecznego opróżniania piersi.

W razie ciągłego ukazywania się ciałek siarowych w mleku obu piersi nie należy tracić czasu na zbyteczne usiłowania, mające na celu zwiększenie ilości wydzieliny, lecz trzeba zmienić mamkę. Jeżeli jedna tylko pierś wydziela mleko siarowe, to można karmić dziecko drugą piersią, wyłączając poprzednią z czynności.

Jeszcze jedno pytanie, bardzo ważne pod względem praktycznym. Czy można ponownie karmić piersiami, które już przez pewien czas nie karmiły? Tego rodzaju przerwy w karmieniu, spowodowane bądź chorobą ssawca, bądź karmiącą, zdarzają się wszak codziennie; jakże mamy postąpić zatem, gdy choroba ustąpi? Zmienić karmiącą, czy pozwolić dawniejszej na dalsze karmienie? Zdaniem autora, należy spróbować dalszego karmienia przez pierwotną karmiicielkę, a w celu pobudzenia wydzieliny mleka podawać jej wielką ilość płynów, dużo substancji białkowych w pożywieniu, a nawet niektóre chemiczne przetwory o odżywczej własności (somatoza, pożywny środek **HERBEN**'a i inne). W początkach jednak wypadnie odciągnąć za pomocą wystrzykiwania lub pompką zastoinowy pokarm; później zaś, gdy dziecko znowu dobrze ssać poczyna, skład morfologiczny pokarmu dosyć szybko zmienia się, ciałka siarowe giną, ilość tłuszczu wzrasta, i pokarm odzyskuje dawniejsze swe dobre własności. Próby tego rodzaju, kilkakrotnie przez autora podejmowane, dawały zawsze pomyślne wyniki; dzieci, osłabione przebytem cierpieniem, powracały do zdrowia, szybko odzyskiwały utraconą wagę ciała, nadto, jeżeli choroba wypadła w lecie, łatwo udawało się karmić je przez ten czas, tak niebezpieczny dla ssawców ze względu na częstość i niebezpieczeństwo chorób żołądka i kiszek.

(*Bert. klin. Woch.* 1900. Nr. 47).

L. Wolberg.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

20. RUBESKA. **Leczenie nadżerek na brodawkach sutkowych i zapaleń sutek w okresie połogowym.** Naderwania, nadżerki i owrzodzenia brodawek zdarzają się nader często u karmiących. Sprawa zaczyna się od podskórnego wylewu krwi lub pęcherzyka na powierzchni brodawki lub też od łukowatego naderwania na podstawie tejże, poczem, gdy dziecko ssie nadal, powstaje owrzodzenie, otaczające całą lub część brodawki. Złe rozwinięte, mało wystające, delikatną skórą pokryte brodawki, jakoteż szczupła ilość pokarmu usposabiają do tego cierpienia, zdarzającego się u 40—50% karmiących. Po większej części (95%) cierpienie to występuje w pierwszym tygodniu karmienia.

W praskiej szkole położniczej w celu zapobiegawczym myją brodawki codziennie wodą z mydłem, wyciągają złe rozwinięte pompką i smarują naprzemian jednego dnia 60% wyskokiem, drugiego gliceryną. Podczas karmienia obmywają dwa razy dziennie ciepłą wodą mydlaną i dezynfekują 60% wyskokiem. Istniejące nadżerki i owrzodzenia pokrywają nadto okładami z 3% roztworu wodnego kwasu bornego, pokrytymi papierem i wyksatyną. Okłady te oczyszczają rany, zapobiegają tworzeniu się strupków i niszczą bakterye ropne, dostające się do ranek. Karmienie odbywa się nadal, a kobiety poddają się temu obowiązкови, gdyż doznawane przedtem straszne cierpienia ustępują pod wpływem tych okładów. Przy głębszych i szerszych rankach karmią kobiety przez ochronne czapeczki, nasadzone na chore brodawki, a w razie niedostatku pokarmu dokarmia się mlekiem krowiem. W ciągu tygodnia chore brodawki goją się zwykle pod wpływem tych zabiegów. Nieraz bakterye — *Staphylococcus pyogenes*, *albus* i *aureus* dostają się z ranek brodawki w głąb piersi przez kanały mleczne i powodują tam zapalenia. W zakładzie praskim wskutek powyższych sposobów zapobiegawczych i leczniczych liczba zapaleń sutek znakomicie zmalała. Rozpoczynające się zapalenie leczą za pomocą zdezynfekowania brodawki, zastosowania 0,5% okładów sublimatowych przez dwie godziny na brodawkę, pęcherza z lodem na pierś i odciągania pierwszego mleka z piersi za pomocą pompki. W razie silnych dreszczów, wysokiej gorączki i bardzo bolesnego obrzmienia robią natychmiast śródmiaższowe zastrzykiwania 2—3 strzykawek PRAVAZ'a 3% roztworu kwasu karbolowego; przy słabszych objawach początkowych można z zastrzykiwaniami wstrzymać się do następnego dnia. Zastrzykiwania te nigdy nie działały szkodliwie, nie są zbyt bolesne, a mają na celu niszczenie bakteryi ropotwórczych, które przenikły do piersi.

(*Archiv f. Gynakologie. B. 58. H. 1.*)

L. W.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 15 stycznia r. 1901.

TRZEŚĆ: 1) L. LUBLINER—przedstawienie chorego, dotkniętego promienicą krtani. 2) S. KOSSOBUDZKI—przedstawienie chorego, który uległ silnemu uciskowi klatki piersiowej; 3) H. ODERWELD—przedstawienie fotografii chorego przed i po operacji przepukliny pachwinno mosznowej niezwyklej rozmiarów. 4) WŁ. KRAJEWSKI—przedstawienie preparatu, otrzymanego przy operacji u chorego, cierpiącego na wznowiające się zapalenie wyrostka robaczkowego. 5) L. KRAUZE—przedstawienie chorego po dokonanej osteo-plastycznej rozceki zewnętrznej ściany oczodołu według sposobu KRÖNLEIN'a. 6) LORSEN-NURG—przedstawienie okazu nowotworu mózgowia. 7) L. PRUSSZTEJN—„Przyczyny ślepoty w kraju naszym“.

1) Kol. LUBLINER przedstawił chorego dotkniętego promienicą krtani. Chory, mężczyzna lat 25, wogóle zdrów, od 7 tygodni zauważył na szyi guz twardej. Podczas badania znaleziono: zęby wszystkie zupełnie zdrowe; na szyi rozla-

ny twardy guz, odpowiadający granicom prawej chrząstki tarczowej. Badanie wziernikiem kraniowym wykazało nacieczenie i obrzmienie po stronie prawej nagłośni, więzów nalewkowo-nagłośniowego i struny fałszywej, chrząstki nalewkowej i struny prawdziwej. Po trzech tygodniach guz został przecięty, w ropie znaleziono grzybki promienicy. Chory przyjmuje jodek potasu. Czuje się dobrze.

2) Kol. Kossobudzki przedstawił 19-letniego mężczyznę, który, wchodząc do kajuty windy, puszczonej nagle w ruch, został ściśnięty w poprzek klatki piersiowej w ten sposób, że głowa, ręce i górna część klatki piersiowej znajdowały się w kajucie, reszta ciała na korytarzu. Brzeg sufitu kajutki naciskał z góry na plecy, piersi zaś leżały na brzegu podłogi korytarza. Chory poczuł, że się dusi, z nosa rzuciła mu się krew, chwilowo na 5—10 minut zaniewidział, przytomności nie tracił. W szpitalu znaleziono u niego: twarz obrzękła, sina, miejscami prawie granatowa, łącznie powiek podbiegnięte krwią, ślinianki przyuszne, gruczoł tarczowy obrzękły, na ucisk bolesne. Na szyi i w okolicy stawów barkowych mnóstwo plam czerwonych i sinych. Ciężota 39,1^o. Tętno 90. W moczu $\frac{1}{4}$ białka. W ciągu kilku dni ciężota spadła, obrzmienie, sinica, wysypka znikły. K. powołuje się na podobne przypadki, opisane przez PERTHES'a, BRAUN'a i NECK'a (ogółem 9), którzy zgadzają się na nazwę ich: *Stauungsblutungen nach Rumpfkompresion*. Zdaniem tych autorów, zmiany, spostrzegane w podobnych przypadkach, zależą od podniesienia ciśnienia wewnątrzylnego, zwłaszcza w obrębie żył głowy i szyi, gdzie niema zastawek, po nagłym krótkotrwałym ucisku klatki piersiowej. Raptowne oślepienie zależy prawdopodobnie od wylewu krwi do pochewki nerwu wzrokowego poza gałkę oczną. NECK znalazł w podobnym przypadku wynaczynienia w siatkówce.

3) Kol. ODERHELD przedstawił fotografię chorego przed i po operowaniu przepukliny pachwino-mosznowej niezwyklej rozmiarów. Był to t. zw. przypadek zupełnej ewentracji, które zazwyczaj nie nadają się do radykalnego leczenia. Ze względu na młody wiek chorego O. zdecydował się na operację i wykonał ją według metody BASIN'ego z zupełnie zadawalającym wynikiem.

4) Kol. KRAJEWSKI przedstawił preparat, otrzymany przy operacji, wykonanej u chorego, cierpiącego na wznawiające się zapalenie wyrostka robaczkowego.

Chory, lat 21, przebył 3 napady zapalenia wyrostka, ostatni przed trzema tygodniami z niewielką gorączką. Badanie wykazało niewielkie stwardnienie w prawym dole biodrowym, obecność przepukliny w prawym worku jądrowym, brak tamże jądra i obecność przepukliny przedotrzewnowej. Przy operacji usunięto worek przepuklinowy i przedotrzewnowy, a także jądro, oprócz tego obok przedziurawionego wyrostka otworzono znacznych rozmiarów ropień. Z powodu swego przypadku kol. KRAJEWSKI zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze, jakie się następują, jeżeli przy *cryptorchismus* zjawiają się objawy, podobne do napadu zapalenia wyrostka. Nadto K. zwraca uwagę, iż pomimo operowania w 3 tygodnie po zupełnem ustaniu gorączki, znaleziono obok wyrostka spore zbiorowisko ropy.

5) Kol. KRAUZE przedstawił chorego po dokonanej osteoplastycznej rezekcji zewnętrznej ściany oczodołu według sposobu KRÖNLEIN'a.

Chory przed kilkoma tygodniami wbił sobie szydelko z kości w prawy oczodół. Po wyciągnięciu szydelka część jego, długości około 1½ ctm., została w oczodole. Przy badaniu znaleziono: znaczny wylew krwawy pod łącznicą gałki w dole i na zewnątrz, *ptosis*, ograniczenie ruchów gałki ku górze i na wewnątrz. Po kilku dniach wobec zwiększania się objawów i groźnego stanu kol. K.

wykonał operację; przeprowadził cięcie poprzeczne wzdłuż ściany górnej oczodołu, odseparował ku dołowi część miękkie wraz z gałką, lecz ciała obcego nie znalazł. Wkrótce wystąpił *exophthalmus*, ruchy gałki ocznej zostały zniesione, źrenica przestała oddziaływać, chory źle widział, wtedy kol. K. wykonał powtórnie operację, tym razem metodą KRONLEIN'a. Cięcie skóry poprowadził w okolicy skroniowej powyżej brzegu górnego oczodołu ku dołowi, oddzielił okostną, odłutował wyrostek czołowy kości licowej i wyrostek licowy kości czołowej. Dostęp do oczodołu był ułatwiony. Ciała obcego nie znaleziono. Części wydłutowane ułożono na swoje miejsce, rana zagoiła się przez rychłozrost. Chory poprawił się, wzroku jednak nie odzyskał. Kol. K. zwraca uwagę na doskonały dostęp do oczodołu, jaki daje powyższa operacja.

6) Kol. LUKSENBURG podał opis przypadku guzów mózgowia i przedstawił preparat.

Chory, lat 38, przybył do szpitala Wolskiego, skarżąc się na bóle głowy, bóle w lewej kończynie dolnej i wymioty. Badanie przedmiotowe wykazało: nieznaczną nierównomierność źrenic, na dnie lewego oka nieznaczny zastój żylny, *hemianopsium homonymum dextram* głównie dolną, lekki niedowład prawego nerwu twarzowego; innych zaburzeń ruchu lub czucia nie znaleziono. Oprócz tego znaleziono zmiany w wierzchołkach płuc i łaseczniki KOCH'a w płwocinie. Rozpoznano guz (*tuberculum solitarium*) w okolicy lewego *thalamus opticus*. Badanie postmortalne wykazało obok gruźlicy płuc istotnie guz we wspomnianej okolicy, oprócz tego drugi guz w prawej połowie mostu VAROL'a wielkości dużego orzecha laskowego. Guz ten leżał nad pęczkami piramidalnymi i dotykał włókien czuciowych. Tem też zapewne można objaśnić bóle w lewej nodze, które tu były pochodzenia mózgowego.

7) Kol. Feinsztejn odczytał pracę p. t. „Przyczyny ślepoty w kraju naszym“.

Prelegent podczas prowadzenia oddziałów okulistycznych spostrzegł 113 ślepych. W tej liczbie było tylko 19 żydów. Wszystkich chorych autor podzielił na 3 grupy: 1) ślepotą wrodzoną — 9 przypadków; 2) usposobienie wrodzone do ślepoty: a) następstwa myopii — 9 przypadków; b) zapalenie barwnikowe siatkówki — 9 przypadków; 3) ślepotą nabytą: a) zanik nerwów wzrokowych — 26 przypadków; b) jaskra — 17 przypadków; c) urazy — 4 przypadki; d) wrzody rogówki — 39 przypadków. Na ostatni dział składają się wrzody niewiadomego pochodzenia, wrzody z zapalenia łącznicy u noworodków, z ospy, z innych chorób zakaźnych, z jaglicy.

W pierwszej grupie znajdujemy 3 przypadki ślepoty z powodu *anophthalmus congenitus* i tyleż z powodu *microphthalmus* i *buphtalmus*. W drugiej grupie na 9 przypadków z powodu myopii F. często spotykał oderwanie siatkówki, czasami zwichniętą i mętną soczewką. W grupie trzeciej zanik nerwu wzrokowego zależał często od przymiotu. Brak pomocy lekarskiej najbardziej uderza w ślepotę od urazów, gdzie przynajmniej jedno oko można często uchronić. Najszerszej omówił ślepotę z powodu wrzodów rogówki. Zdaniem prelegenta, ślepotą tego rodzaju nie powinna wcale istnieć. Właściwe leczenie chorej łącznicy noworodków, przymusowe dwukrotne szczepienie ospy usunęłoby niemal zupełnie ślepotę, zawartą w trzeciej grupie.

Jaglica, zdaniem F., rzadko bywa przyczyną ślepoty. Pod tym względem panuje przesada. W końcu F. podnosi dodatnie znaczenie ruchomych oddziałów okulistycznych w walce ze ślepotą.

W dyskusyi kol. KAMOCKI zaznacza, iż zdaniem jego najczęstszą przyczyną ślepoty zarówno o ludzi biednych, jak i zamożnych, jest właśnie jaglica.

Kol. MUTERMILCH zgadza się z prelegentem i twierdzi, iż zna tylko dwóch chorych, którzy stracili wzrok z powodu jaglicy. Nie podziela jednak poglądu prelegenta co do znaczenia oddziałów okulistycznych.

Kol. STEINHAUS nie spostrzegął ani jednego przypadku ślepoty od jaglicy. Powoduje ona jedynie upośledzenie wzroku.

Kol. KRAMSZTYK podnosi wartość danych statystycznych, zbieranych przez oddziały okulistyczne. Zdanie kol. MUTERMILCHA co do znaczenia tych oddziałów w zupełności podziela.

Kol. KAMOCKI ponownie zaznacza, iż widział dużo ślepych z powodu jaglicy. W wielu razach bardzo znaczne upośledzenie wzroku równało się całkowitej ślepotie. Co się tyczy znaczenia ruchomych oddziałów okulistycznych, to kol. K. przypomina, iż zjazd ostatni w Krakowie i w Rosyi zjazdy Pirogowskie oddziały te potępiły.

St. Kopezyński.

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU MIĘDZYKRAJOWEGO W PARYŻU

(2—9 sierpnia 1900).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr 6).

KRAUSE z Altony, który 24-krotnie wycinał zwój GASSER'a i stracił z tylko chorych, jaknajmocniej zaleca ową operację, bowiem operowani bezpowrotnie zostali uwolnieni od trapiących ich nerwobólów.

JONESCO w 126 przypadkach wyciął szyjową część nerwu współczulnego, mianowicie w 97 przypadkach padaczki, 15 przypadkach wola, połączonego z wysadzeniem galek oka, 12 razy z powodu jaskry, raz jeden na skutek migreny. U 12 chorych padaczkowych widział J. trwałe polepszenie, u chorych na wole — tylko w 2 przypadkach. U chorych na jaskrę już-to zjawiało się trwałe i zupełne wyleczenie, już-to tylko polepszenie.

Z pośród 40 chorych padaczkowych CHUPAUT po wycięciu nerwu współczulnego 3 wyzdrowiało zupełnie. Znalazł on 2 nowe wskazania do tej operacji: nerwoból n. twarzowego i *torticollis* pochodzenia skurczowego.

BERGMANN z Berlina zabierał głos w sprawie złamań kości. Podnosił on znaczenie radiografii dla rozpoznania tego rodzaju uszkodzeń. Z odczytu B. widać, że jest on gorącym zwolennikiem operowania i zaszywania odłamków, skoro tylko nie udaje mu się dokładnie zestawić tychże oraz utrzymać w pożądanym położeniu, że jest również zwolennikiem stałego unieruchomienia w okresie konsolidacyi.

Wychwalali znaczenie radiografii dla sprawy złamań kości DESTOT, LOISON MAUNOURY.

TUFFIER zwracał uwagę, że stosowane zwykle sposoby unieruchomienia nadają odłamkom należyty kierunek, lecz nie zestawiają tychże dość ściśle ze sobą; przedstawił on cały szereg przyrządów swego pomysłu, dość zresztą powikłanych, mających na celu dokładne i ściśle zestawienie końców odłamków.

LUCAS - CHAMPIONNIERE z zapalem walczył w obronie leczenia złamań kości za pomocą mięsienia i poruszania; zastrzegł się, że należy ściśle odróżnić złamania, nadające się do tego rodzaju leczenia, od złamań do tegoż nieodpo-

wiednich. Do pierwszych zalicza: złamania kości ramieniowej w górnej części, aż do miejsca przyczepu m. deltowatego, i w dolnej na 4 poprzeczne palce ponad stawem; złamania w stawie łokciowym i szczególnie złamania wyrostka łokciowego; złamania kości promieniowej ponad napiętkiem, nie powikłane znacznym przemieszczeniem ręki ku tyłowi; mniej więcej wszystkie złamania obojczyka; złamania kości goleniowej w dolnej części, skoro nie mamy przemieszczenia stopy; złamania nadkostkowe, gdy nie mamy przemieszczenia ku tyłowi lub na boki; złamania kości udowej bez przemieszczeń, nasady kości goleniowej, wreszcie łopatkki.

Pewne złamania dają się leczyć za pomocą wymienionej metody tylko wyjątkowo: złamania kości ramieniowej bez przemieszczenia, obu kości goleni i przedramienia. W pewnych razach, szczególnie u dzieci, może dać jaknajbardziej zadawalniające wyniki samo tylko wczesne poruszanie, bez mięśnienia.

THIERY zachęcał do zeszywania odłamków kości.

MIGNON i SIEUR z Val-de-Grâce przemawiali w sprawie zapaleń dookoła najądrza (*epididymis*) w następstwie żyłaków ogona tegoż. Znajdujemy wówczas guz kulisty, lub wrzecionowaty, otaczający początkowy odcinek kanału odprowadzającego i ogon najądrza. Guz, początkowo sprężysty, może następnie stać się bardzo twardym. Zapalenie powoli przedostaje się na pochwówkę jądra (*tunica vaginalis testis*) i daje wodniaka tejże, zaś w następstwie zgrubienie. Ostatecznie guz może być wzięty za gruzlicę najądrza, lecz na niekorzyść takiego rozpoznania przemawiają: umiejscowienie guza, stan powrózka i gruczołu krokowego (*prostatu*), brak obarczenia dziedzicznego, wreszcie, swoiste własności samego guza.

MAUCLAIRE, zabierając głos w sprawie leczenia gruzlicy jądra i najądrza za pomocą przewiązania i przecięcia powrózka nasiennego, oświadczył, że z pośród własnych 18 spostrzeganych przypadków zupełnie dobre wyniki widział u chorych, u których nie doszło do ropienia, względnie do przetok. Po operacyi jądra traciły na objętości, twardniały, stawały się nieczułem.

GIRARD z Bernu w celu doszczętnego leczenia rozległych przepuklin pachwinowych stosuje następujący zmodyfikowany sposób BASSINIEGO: 1^o przecina rozścięgną m. skośnego brzucha zewnętrznego, otwierając cały kanał przepuklinowy, 2^o wycina, po uprzednim podwiązaniu, worek, 3^o zeszywa brzegi m. wewnętrznego skośnego i poprzecznego z górną powierzchnią więzła POUPART'a, 4^o dachówkowato nakłada już-to dolny płat na górny rozścięgną m. skośnego zewnętrznego, już to odwrotnie, i przyszywa. Z pośród 543 przypadków, w podany sposób operowanych, w 8 tylko widział G. nawrót cierpienia.

MAYLARD z Glasgow w przypadku ciężkich oraz uporczywych objawów żołądkowych radzi w celu bezpośredniego zbadania dokonać cięcia żołądka. Skoro znajdujemy cierpienie złośliwe, możemy dopomóc choremu za pomocą odpowiedniego zabiegu. Takie wywiadowcze cięcie żołądka należy do niewinnych zabiegów.

THIERY zaleca następujący sposób leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego. Przecina on otrzewną, uwalnia wyrostek robaczkowy od kreski i wszywa w ranę otrzewny, której resztę zamyka za pomocą szwów. Skoro tedy jama otrzewny została szczelnie zamknięta, przewiązuje wyrostek przy podstawie i odcina, bez obawy zakażenia otrzewny. Ranę ściany brzucha zaszywa, pozostawiając sączek. Wyniki tej operacyi były zadawalniające.

VERCESCO w celu operowania hemoroidów wprowadza do kiszki stolcowej za pomocą wziernika długi kawałek korka; pociągając tenże nazewnątrz, wyciąga jednocześnie śluzówkę wraz z guzami hemoroidalnymi. Wszelkie manipulowanie na śluzówce, w ten sposób nadzianej na korek, jest znakomicie ułatwione.

ROUX zabierał głos w sprawie zespolenia żołądka z kizką. Z pośród rozmaitych sposobów tej operacyi najlepsze jest zespolenie boczne, bowiem wymaga mniejszej dokładności, pozwala na utworzenie dowolnie dużego otworu, nie daje w następstwie zwężenia, nie wytwarza zastawki. Zespolenie żołądka z kizką poprzedza wycięcie odźwiernika, będąc zabiegiem wstępnym. Skoro guz odźwiernika nie daje się usunąć, zespolenie owo jak najzupełniej wystarcza. Wreszcie, w przypadku nawrotu guza złośliwego, utworzenie nowego otworu, zespalającego żołądek z kizką, dopełnia wycięcie odźwiernika. W cierpieniach żołądka nie nowotworowych, szczególnie odźwiernika, zespolenie ma wyższość nad wycięciem odźwiernika, i nad operacją wytwórczą tegoż, bowiem, będąc o wiele mniej niebezpieczne, jest równie skuteczne. Śmiało może ono zastąpić wycięcie wrzodu żołądka, faldowanie tegoż, gastropeksyę.

Zeszytie kiszki z żołądkiem stoi o wiele wyżej nad zespoleniem za pomocą bądź tego, bądź owego przyrządu.

Podług SOULIGOUX zespolenie żołądka z kizką jest najlepszym zabiegiem w zwężeniu bliznowem odźwiernika i początkowego odcinka dwunastnicy, w zwężeniach nowotworowych, za wyjątkiem przypadków, w których wycięcie guza jest bardzo łatwo wykonalne, gdzie nie mamy zrostów, ani zajęcia gruczołów chłonnych. Zabieg ten jest również bardzo wskazany w przypadkach wrzodu żołądka, a to w celu dostarczenia żołądkowi spokoju, niezbędnego do zagojenia się owrzodzenia. W dyspepsyach, nie polepszających się pod wpływem leczenia wewnętrznego, w swoim czasie wykonana gastro-enterostomia może przyczynić się do wyleczenia cierpienia, a to dzięki temu, że dostarcza się pokarmom łatwe przejście z żołądka do kiszki. S. zaleca metodę operowania HACKER'a

Oto są wnioski BOURGET'a z Lozanny w tej samej sprawie. Zespolenie żołądka z kizką jest zawsze wskazane, skoro dzięki zwężeniu odźwiernika wartość żołądka nie może przejść do dwunastnicy. Zwężenie to musi być jednak stałe i ostateczne, bowiem zwężenie odźwiernika przejściowe, jako to: skurcz tegoż u osób neurastenicznych, zwężenie w opadnięciach żołądka i t. p. za wskazanie do gastro-enterostomii służyć nie może. Oto dla tego należy jakstarannie i wielokrotnie badać mechanizm żołądka, uciekać się do rozdymania tegoż. Zespolenie żołądka z kizką wylecza chorych na zwężenie odźwiernika, powstałe na skutek blizny po wrzodzie okrągłym, na skutek zrostów dokołaodźwiernikowych; natomiast w przypadku guza złośliwego operacja jest tylko paliatywem. U chorych nerwowych i z opadnięciem żołądka operacja nie obfitowała w skutki pożądane. Chemizm żołądka mało zmienia się po zespoleniu, natomiast mechanizm może powrócić do stanu prawidłowego: żołądek stopniowo odzyskuje swoją prawidłową pojemność i położenie.

MONPROFIT w raku odźwiernika chętniej wykonywa zespolenie żołądka z kizką, niż wycięcie odźwiernika.

W sprawie leczenia ran zakażonych najpierw przemawiał BLOCH z Kopenhagi. Każdą ranę uważa on za zakażoną. By zakażenie wraz ze wszystkimi powikłaniami mogło rozwinąć się, niezbędne jest zatrzymywanie się w ranie wydzieliny, zawierającej drobnoustroje. Dla tego też B. leczy ranę, mając na

celu zabicie drobnoustrojów i usunięcie wydzieliny — a więc obmywa ranę roztworem karbolu, wkłada do niej sączki, zaś do opatrunku używa gazy, wchłaniającej wydzielinę, oraz waty, wyjaławiającej powietrze, przenikające do rany. Wskuteczność surowic przeciwpłciorkowcowej i innych w leczeniu zakażeń nie wierzy.

Poglądy LEJARS'a w tejże sprawie są następujące. Każda rana, zadana wypadkowo, musi być uważana za zakażoną. Musimy ją jaknajdokładniej wymyć mechanicznie, zaś w razie potrzeby rozszerzyć za pomocą cięcia, by mieć wystarczający dostęp. Do wycięcia używamy płynu wyjałowionego obojętnego, by nie pozbawiać żywotności tkanek przez obciążenie lub zatrucie. Nie jesteśmy w możności zapobiedz odczynowi miejscowemu i ogólnemu za pomocą obecnie stosowanych surowic. Do opatrywania ran wystarcza wymywanie, sączkowanie i t. d., czyli działanie na ranę czysto fizyczne.

WOJNICZ-SIANOŻĘCKI, by dotrzeć do osierdzia, jaknajmocniej zaleca cięcie w okolicy dołka podsercowego. Tą drogą z największą łatwością dostajemy się do śródpiersia przedniego, a więc i do osierdzia. To ostatnie możemy szeroko naciąć i jaknajdokładniej przesączkować.

VULPIUS z Heidelberga operuje w masce i rękawiczkach. Tylko dzięki tak ściśle stosowanej aseptyce udało mu się dokonać 130 przeszczepień ścięgien, zakończonych bez śladu zakażenia. Przyszywa on odśrodkowy koniec ścięgna do sąsiednich mięśni. Za wskazanie do operacji uważa: urazowe utraty mięśni, ścięgien nerwu, *paralyses spinales*, szczególnie *infantiles*. Skoro paraliż jest częściowy — bezwarunkowo wskazane jest przeszczepienie; w przypadku porażenia całkowitego możemy wahać się między przeszczepianiem i artrodezą. W chwili ukończenia operacji staw musi być ustawiony zupełnie prawidłowo. Po operacji powinna zjawić się ruchomość, którą możemy zwiększyć dzięki leczeniu pooperacyjnemu. W porażeniach spastycznych powinien zniknąć skurcz. Wynik zabiegu znakomicie zależy od umiejscowienia porażenia: najlepsze wyniki mamy w porażeniach goleni, mniejsze — uda, najmniejsze — przedramienia.

DELBER na podstawie odnośnych badań doszedł do następującego zapatrywania na żylaki kończyn dolnych: rozszerzenie żył kończyn dolnych jest pochodzenia mechanicznego, zależy ono od zwiększonego ciśnienia, zaś to ostatnie polega na niedomykalności zastawki żyły nożnicowej wewnętrznej (*v. saphena.*) wady — w większości przypadków wrodzonej. (D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— GALLEAZZI i GRILLO utrzymują, iż przytaczane w literaturze objawy wpływu środków znieczulających na nerki (białkomocz, waleczki) dowodzą jedynie, że nerka jest chora, lecz bynajmniej nie określają stopnia jej nieprzenikliwości. Wstrzykując zwierzętom do krwi błękit metylenowy, autorowie przekonali się, że pod wpływem środ-

ków znieczulających przenikliwość nerek zmniejsza się, przytem więcej po chloroformie, niż po eterze. Oprócz tego stan ten nerek czyni bardziej niebezpiecznemi dla ustroju choroby zakaźne. Tak np. króliki po za chloroformowaniu gęgły dwakroć prędzej skutkiem błonicy. (Presse med. 15. 1900). P.

Wiadomości bieżące.

— Z początkiem bieżącego roku powstaje w Londynie wydawnictwo międzynarodowe „Katalogu bieżącej literatury naukowej“. Wydawnictwo to, wszczęte przez „Royal Society“ Londyńską, zorganizowane pod patronatem rządów wszystkich Państw cywilizowanych, ma objąć Bibliografię prac naukowych wszystkich krajów i narodów.

Akademia Umiejętności w Krakowie pragnąc, aby i polskie piśmiennictwo naukowe zostało objęte przez to wyjątkowej doniosłości przedsięwzięcie, zorganizowała na Wydziale swoim Matematyczno-Przyrodniczym osobną „Komisję Bibliograficzną“, której zadaniem będzie opracowanie „Katalogu Literatury Naukowej Polskiej“ w zakresie i według zasad Katalogu Międzynarodowego.

By jednakże praca ta odpowiadała celowi i informowała świat uczony międzynarodowy o rzeczywistym rozwoju literatury naukowej polskiej, czynności Komisji winnyby się spotkać z życzliwym współdziałaniem społeczeństwa, a przede wszystkim z poparciem Autorów, Redaktorów i Wydawców.

Zadaniem „Katalogu Literatury Naukowej Polskiej“, będzie podawanie dokładnych szczegółów bibliograficznych o każdej pracy z zakresu nauk matematycznych i przyrodniczych, czy się ona pojawi w czasopiśmie, czy też jako dzieło osobno wydane. Komisja Bibliograficzna, pragnąc osiągnąć możliwą zupełność, zwraca się z usilną prośbą do wszystkich autorów, Redaktorów i Wydawców zarówno pism peryo-

dycznych jak i dzieł, osobnych, aby prace, ukazujące się w druku za ich staraniem, zechcieli jej przesyłać pod adresem: Akademia Umiejętności w Krakowie, Komisya Bibliograficzna.

Przewodniczący Komisji: *Władysław Natanson*, sekretarz: *Tadeusz Estreicher*.

— Wychodząc z zasady, iż sacharina jest dla zdrowia szkodliwa, stowarzyszenia cukrowników niemieckich postanowiły wystąpić do władzy projektem do prawa, aby ją opodatkować w stosunku, odpowiadającym sile jej słodocy, nadto postanowiły domagać się jeszcze rozporządzenia, aby sacharyna znajdowała się wyłącznie na sprzedaż tylko w aptekach i wydawana była za receptami na równi z innymi leczniczymi przetworami. Nadto stowarzyszeni twierdzą, iż gdyby ilość corocznie spożywanej sacharyny była zastąpiona przez cukier, dochody państwowe zwiększyłyby się o 14 milionów marek.

— Zmarł. W Łomży w dniu 7 b. m. zmarł dr Karol TYMIŃSKI w 27 roku życia. Zmarły padł ofiarą powołania, w kilka miesięcy zaledwie po ukończeniu uniwersytetu, zaraziwszy się tyfusem wysypkowym w Ciechanowcu, gdzie niedawno objął posadę lekarza miejskiego. Głęboki i szczery żal towarzyszył zmarłemu do grobu.

— W Kielcach w d. 10. b. m. zmarł D-r Józef ŚMIGIELSKI w 40 roku życia.

— W Monachium odebrał sobie życie najznakomitszy higienista prof. v. PETTENKOFER. Znakomity uczony w chwili śmierci miał lat 83.

Zakład Lecznicy dla chorych NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za
opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie
od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natan-
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-
mi kobiecimi, jako też spodziewające się
słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Am-
bulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożn.
bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
łądkowej, kału, wydzielin z narządów moczop-
ciowych, mleka kobiecego, nalotów dyftaryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898, T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue
Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ Lindop. med. 21
Juni 1899; Dr. Letort. „Etude experimentale et clinique sur
l'iodalbacid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Münc. med. Wochens. 1899 Nr. 1. Radaea dworu Prof. Dr.
Fiemer „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wir-
kung bei Magenkrankheiten u. Ernährungsstörungen.“

AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Radaea tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr.
C. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der
Chirurgie“ (Thorap. Monatshefte. Münc. med. Woch. 1899
Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodo-
forms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna
Moskwa Marossoika, Spasso-Gliantszowskij pereulok dom
Pugowkina.

Największy skład naczyń

APTECZNYCH CHEMICZNYCH I DOKTORSKICH

oraz

ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

E. CH. SZEDROWICZA

Warszawa, ulica Żmurna Nr. 6.

Towar wyborowy.

CENY UMIARKOWANE

Wody Mineralne ŹRÓDŁA RZĄDOWE

VICHY CELESTINS
GRANDE-GRILLE, HOPITAL

Zwracać uwagę, należy na oznaczenie źródła.