

# MEDYCINA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 18.

Warszawa d. 19 Kwietnia (2 Maja) 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 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. Czy dzieci nowonarodzone należy kapać. Podał J. Saks. — Dwa przypadki cięcia cesarskiego klasycznego przy względnem wskazaniu. Podał d-r G. Pisarzewski. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 40. O grupach węglowo-wodanowych w ciałach białkowych surowicy krwi. 41. Leczenie choroby Basedow'a surowicą. 42. Przyczynę do chirurgii płuc. 43. Odróżnianie kości ludzkich od zwierzęcych metodą Wassermana. 44. O wzmożonem napięciu spraw biologicznych w organizmie niemowląt sztucznie karmionych w porównaniu z karmionemi piersią. 45. Antithyreoidyna. 46. O glicerolatach. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w kwietniu 1903 r. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Saks — Faut-il beigner les enfants nouveaux-nés. 2) D-r G. Pisarzewski — Deux cas de section césarienne à indication relative

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

## „MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r J. Saks — Sollen neugeborene Kinder gebadet werden? 2) D-r G. Pisarzewski — Zwei Fälle von klassischem Kaiserschnitt bei zweifelhafter Indication.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału położniczego szpitala im. małż. Poznańskich  
w Łodzi.

### CZY DZIECI NOWONARODZONE NALEŻY KAPAĆ?

Podał

**JÓZEF SAKS**

Zasady postępowania lekarskiego, uznawane przez czas b. długi za nader pożyteczne, spo-

1) Podług odezwy wygłoszonego w Tow. Lek. Łódzkim dnia 4 marca 1903 r.

tykają się niekiedy nagle z krytyką odmawiającą nie tylko pożyteczności danego, uświęconego wiekami, postępowania lekarskiego, lecz nawet uznające szkodliwość takiego postępowania.

Takiej krytyce uległ odwieczny, uświęcony tradycją, zwyczaj kąpienia noworodków. Ponieważ kwestya pożyteczności lub szkodliwości kąpieli dla noworodków może interesować lekarzy nie tylko z punktu widzenia naukowego, lecz i praktycznego, ośmielę się zająć uwagę czytelników wspomnianą sprawą.

Wiadomą wszystkim jest rzeczą, że z chwilą urodzenia się dziecka poród nie jest jeszcze zakończony; matka nie traci jeszcze związku z dzieckiem: pępowina, idąca od dziecka do rodzącej kobiety, przypomina jej, że nie pozbyła się jeszcze w zupełności płodu.

Jeżeli może być mowa o jakimś instynkcie, którym jakoby powodują się kobiety szeszepów dzikich przy porodzie, to w okresie łożyskowym uwzględnić się on powinien najwięcej.

Tymczasem postępowanie w tym okresie bywało i bywa najróżnorodniejsze u rozmaitych ludów. Śród zwierząt, u których, instynkt wogóle odgrywa tak poważną rolę, widzimy niejednolite w tych razach postępowanie. U krów i koni rozrywa się pępowina, gdy młode na ziemię wypada; świnia depece po pępowinie tak długo, póki ją rozerwie; śród niektórych dzikich zwierząt matka zjada łożysko i pępowinę aż do samego pępka dziecka.

Śród ludzi panowały i panują najróżnorodniejsze sposoby oddzielania pępowiny. U niektórych ludów Australii przecinają pępowinę trzcina bambusową i pokrywają przeciętą pępowinę gorącym popiołem (zapewne w celu uchronienia od krwawienia); w Chinach przecinają pępowinę rozpalonym kawałkiem żelaza, Chińczycy zatem wyprzedzili nas, niedawno bowiem dopiero zalecił MARTIN przecinać pępowinę rozpalonymi nożyczkami; śród wielu plemion dzikich czeka się z przecięciem pępowiny do czasu odejścia łożyska, sposób, stosowany zresztą, w niektórych klinikach amerykańskich np. w Woman — szpitalu w Philadelphii<sup>2)</sup>. Widzimy zatem, że nie instynkt kieruje ludźmi w omawianych chwilach lecz zwyczaj, oparty na doświadczeniu. W świecie cywilizowanym pępowina bywa przeważnie podwiązywaną w sposób zresztą rozmaity.

Sprawa dalszego postępowania z pozostawioną resztką pępowiny jest kwestyą po dziś dzień nierozstrzygniętą.

Badania STURZ'a<sup>3)</sup> wykazały, że pępowina nie zawiera naczyń naczynnych (*vasa vasorum*), z chwilą przeto podwiązania pępowiny ustaje krążenie krwi i rozpoczyna się obumieranie, które przy pomyślnych warunkach odbywa się na sucho. Po uschnięciu pępowina, jako ciało obce, wywołuje na granicy pierścienia skór nego proces odczynowy (reakcja), skutkiem czego następuje oddzielenie się resztki pępowiny. Badania lat ostatnich wykazały, że pozostający po odpępleniu kawałek pępowiny, po odpadnięciu zaś tej ostatniej — pozostała ranka stanowi otwartą bramę do wniknięcia drobnoustrojów w głąb ustroju dziecięcego. Tą drogą przedostają się do ustroju dziecięcego drobnoustroje chorobotwórcze, wywołujące b. groźne i często zabójcze dla noworodka cierpienia, że wspomnę tylko o zapaleniu błony brzusznej.

Łatwo zrozumiała jest przeto rzecz, że przy postępowaniu z pozostałą częścią pępowiny należy się ściśle trzymać zasad przeciw — lub bezgnilnych; przyjąwszy jednak pod uwagę, że w znakomitej większości przypadków noworodek pozostaje na łasce niewykwalifikowanych kobiet, nietrudno się domyśleć, że procent zachorowań, zależnych od zakażenia rany pępkowej, winien być wysoki.

Niejaką ilustracją słów wyżej przytoczonych może służyć fakt, że w klinice budapeszteńskiej według spostrzeżeń ERÖSS'a<sup>4)</sup> 43% noworodków gorączkowało, 22% zaś niewątpliwie z powodu zakażenia rany pępkowej; nieprawidłowe zaś gojenie się rany pępkowej zauważył on w 68% wszystkich przypadków. Jeżeli tak znaczny procent zachorowań zanotowany został we wzo-

<sup>2)</sup> Cytowane u d-ra H. NEUMAN'a „Ueber ein Uebermaas in der Säuglingsbehandlung“. Berlin. klin. Wochenschrift. Nr. 1. 1898 r.

<sup>3)</sup> Cytow. podług d-ra KOŚMIŃSKIEGO „W sprawie pielęgnowania noworodków“. Przegląd Lek. N. 2. 1898 r.

<sup>4)</sup> Cytowane u KOŚMIŃSKIEGO z Archiv für Gynäkol. Bd. XLIII.

rowo prowadzonej klinice, nie trudno sobie wyobrazić straszne stosunki, jakie prawdopodobnie panują w biednej i ciemnej sferze ludności.

Postępowanie lekarskie przy pielęgnowaniu pępowiny u noworodków zmierzać winno, jak już wyżej wspominaliśmy, ku temu, aby uchronić noworodka od zakażenia na tej drodze. Póki istnieje pępowina i rana po odpadnięciu pępowiny, dopóty grozi noworodkowi niebezpieczeństwo zakażenia na tej drodze — im prędzej zatem odpadnie pępowina, tem mniej, przez krótszy bowiem czas, dziecko jest wystawione na niebezpieczeństwo wspomniane. Otóż celem postępowania lekarskiego przy pielęgnowaniu pępowiny jest ułatwienie najszybszego oddzielenia się pępowiny, a powtórne uchronienie dziecka od wtargnięcia drobnoustrojów chorobotwórczych, względnie zapobieganie gnicia resztki pępowiny i samozatrucia ustroju noworodka. W celu opatrywania pępowiny były zalecane najróżnorodniejsze środki; stosowano rozmaite rozezyny, że wspomnę tylko nadmanganian potasu, 2% lapis, gliceryna, rozezyn kwasu bornego i t. d.; inni autorzy zalecali różnorodne proszki — sproszkowany węgiel, alun, gips palony, tanninę, kwas salicynowy z pudrem, dermatol, airoł; inni znów zalecali oliwę, waselinę, czystą wodę sterylizowaną i t. d. mnóstwo, jednym słowem, środków, co już może być dowodem niezadawalniających wyników, otrzymywanych przy ich pomocy.

Sprawa opatrywania pępowiny jest związana z kwestyą stosowania kąpeli u noworodków. Jeżeli bowiem zgodzimy się, że zasady przeciw — lub bezgnilne winny być w zupełności zachowywane przy opatrywaniu pępowiny, to stosowanie kąpeli w tej formie, jak to się najczęściej dzieje w praktyce, nie bardzo licować będzie z wyżej przytoczonymi postulatami. Codzienne moczenie pępowiny w naczyniach i wodzie wątpliwej czystości staje na przeszkodzie prawidłowemu usychaniu pępowiny, a równocześnie styka znajdujące się ewentualnie w

wodzie drobnoustroje chorobotwórcze z pępowiną lub raną pępkową.

Pomysł przeto SCHRADER'a<sup>5)</sup> zaniechania kąpeli noworodków aż do czasu odpadnięcia pępowiny, ogłoszony w Hamburgskim Towarzystwie ginekologicznym, pomimo jego oryginalności, znalazł wielu naśladowców. Zwolennicy takiego postępowania twierdzą, że zaniechanie kąpeli, ułatwiając szybsze odpadnięcie pępowiny, dzięki czemu noworodek mniej jest narażony na niebezpieczeństwo zakażenia, nie przynosi mu krzywdy pod żadnym innym względem. Jeżeli bowiem celem kąpeli ma być powierzchwnia ciała, to ten sam rezultat osiągnąć można przez kilkakrotne omywanie ciała wodą letnią w razie jego zanieczyszczenia.

Zwolennicy zaniechania kąpeli u noworodków kładą jeszcze nacisk na inny ujemny skutek stosowania kąpeli codziennej, a mianowicie wystawianie dziecka na znaczną utratę ciepła w czasie, zanim noworodek po kąpeli zostaje wysuszony i zawinięty. Obserwacye Feiss'a<sup>6)</sup> wykazały, że ciepłota ciała noworodka po każdej kąpeli spada i kilka godzin dopiero trzeba, nim ciepłota ciała do normalnego stanu wraca.

Jeżeli w pierwszych dniach życia dziecka występuje utrata wagi niejaka fizyologiczna uwarunkowana dość energiczną przemianą materii w celu utrzymania odpowiedniej ciepłoty ciała, to kąpiel codzienna, wywołując obniżenie ciepłoty ciała, spowodować winna jeszcze większą utratę wagi ciała. Wiadoma to rzecz, że dzieci słabe, przedwcześnie urodzone należy b. ciepło trzymać, sztuczne przeto ochładzanie dziecka podczas i po kąpeli ujemnie na dziecku odbić się musi. Z rozumowań powyższych wypływa wniosek, że dzieciom niekąpanym więcej na wadze przybywać winno, niż kąpanym; o ile się w praktyce sprawdza, niżej zobaczymy.

<sup>5)</sup> Centralblatt für Gynäk. N. 41. 1894 r.

<sup>6)</sup> Cytowane u NEUMAN'a. Loco citato.

W klinice budapeszteńskiej Dokt r <sup>7)</sup> zaniechał kąpeli u 230 noworodków, przy czem widział w 3½ przypadków cierpienia zakaźne pępka na 45% gorączkowych zachorowań dzieci wogóle.

KEILMAN <sup>8)</sup>, zaniechawszy kąpeli u noworodków w wrocławskiej klinice (dziecko raz tylko było kąpane po narodzinach, pępowina była pozostawiona krótką na długość 2 — 3 ctm., i opatrywana sterylizowaną watą) prawie że nie widywał cierpienia zakaźnych pępka. Według obserwacji KEILMAN'a dzieci niekąpane więcej przybierały na wadze, niż kąpane, co może służyć, jako ważny probierz dobrego stanu ustroju dziecięcego.

W naszej literaturze kwestya omawiana też znalazła badaczów. W pracy p. t. „W sprawie pielęgnowania noworodków“ (Przegląd Lek. r. 1893 N. 1, 2, 3, 4,) dr Franciszek KOŚMIŃSKI zdaje sprawę z obserwacji w tym względzie czynionych.

W jednej grupie obserwacji przy opatrunku pępowiny bezgnilnym (wata sterylizowana), codziennie zmienianym, 50 noworodków kąpano, 50 zaś drugich nie kąpano (1, 3, 5, dziecko kąpano, 2, 4, 6 i t. d. nie kąpano). Wyniki jego obserwacji są następujące. U dzieci niekąpanych pępowina odpadała przeciętnie 5, 8 dnia, nieprawidłowe zaś usychanie pępowiny i gojenie rany pępkowej zanotowano w 22% przypadków; u dzieci zaś kąpanych odpadała pępowina przeciętnie 5, 5 dnia, nieprawidłowe zaś usychanie pępowiny i gojenie rany zanotowano w 34% przypadków. Widzimy zatem, że różnica w rezultatach jest mało znacząca.

Mniejszy procent przypadków nieprawidłowego gojenia się rany pępkowej otrzymał autor przy krótkim obcinaniu pępowiny i przeciwnym opatrunku za pomocą dermatolu. U 200 noworodków w ten sposób opatrywanych i nie

kąpanych zanotowano tylko 6,5% nieprawidłowego gojenia się, pępowina zaś odpadała przeciętnie 4, 6 dnia, u 50 zaś noworodków kąpanych przy opatrunku przeciwnym i krótkiej pępowinie, pępowina odpadała przeciętnie 4, 5 dnia, nieprawidłowe zaś oddzielanie się pępowiny zanotowano w 18% przypadków.

Z cyfr powyżej przytoczonych widzimy, że czas przeciętny, potrzebny do oddzielenia się resztki pępowiny w przypadkach, w których stosowano kąpiel, był nawet cokolwiek mniejszy niż u dzieci nie kąpanych; większy zaś procent nieprawidłowego oddzielania się pępowiny zanotowano u dzieci kąpanych, co jest sprawą bynajmniej nie obojętną. Według obserwacji KOŚMIŃSKIEGO dzieci nie kąpane przybierały więcej na wadze, niż kąpane, co potwierdza obserwacje autorów wyżej cytowanych.

D-r MIKUCKI w pracy pod tytułem: „Czy zaniechanie kąpeli noworodków wywiera korzystny wpływ na zachowanie się pępowiny“ (Przegl. Lek. r. 1897 N. 36 i 27) przychodzi do wniosku, że u dzieci kąpanych pępowina, naogół biorąc, wcześniej odpada, niż u niekąpanych; gojenie się rany pępkowej u dzieci nie kąpanych postępowało b. pomyślnie, niemniej dobre wyniki otrzymał autor u dzieci kąpanych przy zachowaniu odpowiedniej czystości. Kwestya zaniechania kąpeli u noworodków pomimo tak przekonywających prób nie może być bynajmniej uważaną za rozstrzygniętą. Bardzo wielu lekarzy broni starego systemu, uzasadniając go teoretycznymi rozumowaniami lub cyframi, które mają dowieść korzyści kąpeli dla noworodków.

Zwyczaj kąpania noworodków znalazł gorącego rzecznika w osobie Th. SCHRADER'a, który w artykule „Sollen Neugeborene gebadet werden?“ <sup>9)</sup> dzieli się ze światem lekarskim rezultatami, otrzymanymi w klinice w Halli u noworodków, w jednej połowie kąpanych, w drugiej zaś połowie nie kąpanych.

<sup>7)</sup> DOKTOR. Archiv für Gynaekol. Bd. 45. 1894. Cytow. u NEUMANA.

<sup>8)</sup> KEILMAN. Deutsche med. Woch. N. 21. 1895.

<sup>9)</sup> Berliner Klin. Wochenschrift. N. 8. 1893.

SCHRADER też zauważył fakt wcześniejszego cokolwiek przeciętnie odpadania pępowiny wśród dzieci kąpianych. Na 150 obserwowanych noworodków gorączkowało 22 dzieci, z tych 8 były kąpane, 14 zaś było niekapanych. Nieprawidłowe odpadnięcie pępowiny zanotowano 9 razy, 3 razy u kąpianych, 6 zaś razy u niekapanych dzieci. 9 razy resztką pępowiny była cokolwiek cuchnąca, w jednym przypadku u dziecka kąpianego, w 8 zaś przypadkach u dzieci nie kąpianych. Widzimy zatem, że w klinice w Halle zaniechanie kąpieli nie dało tych wyników, jakimi szczyli się wyżej cytowani autorzy. SCHRADER polemizuje w swej pracy namiętnie z KEILMAN'em, któremu zarzuca, z pewną racją, nieścisłość obserwacji jego.

MAURAGE<sup>10)</sup> z kliniki BAUDELOQUE'a w Paryżu, przeprowadziwszy obserwacje na 100 noworodkach, kąpianych codziennie i 100 noworodkach niekąpianych, przychodzi do następujących wniosków. Czas odpadnięcia pępowiny bywa rozmaity, najczęściej 6 — 7 dnia, u słabych dzieci później, u silniejszych wcześniej. Zakażenia rany pępkowej nie są częstsze u dzieci kąpianych codziennie, z obserwacji jego wypływa nawet że zakażenie u dzieci kąpianych są rzadsze. U dzieci kąpianych pępowina wcześniej odpada niż u nie kąpianych, zabliznianie się rany pępkowej jest też szybsze. Na zasadzie swych obserwacji zaleca autor kąpanie codziennie noworodków.

Z rezultatów, osiągniętych przez różnych autorów, a wyżej cytowanych, jest widoczne, że kwestyi stosowania lub zaniechania kąpieli u noworodków nie należy uważać za rozstrzygniętą.

Zamierzyłem przeto przekonać się osobiście o ewentualnej wyższości jednej metody nad drugą, wskutek czego przystąpiłem do odpowiednich prób na oddziale położniczym szpitala małż. Poznańskich. Obserwacje czynione były na 60 noworodkach, których na zmianę je-

den był kąpany, drugi zaś nie kąpany. Postępowanie nasze pod względem opatrywania pępowiny było następujące: pępowina pozostawiona była krótką (do 3 cm.), podwiązywanie pępowiny odbywało się przy pomocy tasiemki sterylizowanej; w jednej grupie obserwacji pępowina opatrywana była watą sterylizowaną, w drugiej zaś grupie stosowaliśmy opatrunek z gipsu przepalonego do 100°C. (przy wyższej temperaturze gips traci własności higroskopijne). Rezultaty mych obserwacji przedstawiają się w ogólnych zarysach w sposób następujący. Śród dzieci kąpianych pępowina odpadała przeciętnie 7 dnia, u niekąpianych zaś  $6\frac{2}{3}$  dnia i różnica zatem w czasie bardzo nieznaczna.

Śród dzieci kąpianych najwcześniej odpadała pępowina 4 dnia, później zaś niż 8 dnia w siedmiu przypadkach. U dzieci nie kąpianych najwcześniej odpadała pępowina piątego dnia (w 6 aż przypadkach), później zaś niż 8 dnia w pięciu przypadkach. Wpływ kąpieli lub zaniechanie tego rękoczynu na wagę dziecka przedstawia się w ogólnym zarysie w sposób następujący. Śród 30 dzieci nie kąpianych, 16 dzieciom przybyło na wadze w przeciągu 7 dni przeciętnie po 108 gramów, i najmniejszy przyrost wynosił 18 gramów, najwyższy 360 gramów; 14 zaś dzieciom ubyło na wadze, przeciętna utrata wagi wynosiła 170,9 grm. Najmniejsza utrata wagi wynosiła 8 gramów, najwyższa aż 615. (Dziecko przy urodzeniu ważyło 2300 z czemś gramów, przy opuszczeniu szpitala ważyło ledwo 1700 gramów, zatem 4 funty; dziecko było przedwcześnie urodzone, z powodu słabości nie ssało). Śród dzieci kąpianych przyrost ciężaru ciała przedstawiał się w sposób następujący; 22 dzieciom przybyło na wadze przeciętnie po 120,0; najmniejszy przyrost wynosił 10 gramów, najwyższy 470 gramów. 8 zaś dzieci straciło na wadze przeciętnie po 110 gramów; najmniejsza utrata wynosiła 30 gramów, najwyższa 230 gramów.

Widzimy zatem, że wśród dzieci kąpianych mamy znaczniejszy procent takich, którym przy

<sup>10)</sup> Referat w Centralblatt für Gynaekol. N. 4. 1901.

było na wadze, niż wśród dzieci nie kąpanych. Jeżeli przytem rozejrzeć się szczegółowo w cyfrach, przekonać się można, że naogół dzieci kąpane lepiej się rozwijały, niż dzieci niekąpane. Otrzymałszy zatem rezultat, nie potwierdzający słów zwolenników zaniechania kąpiei. Nie chciałbym jednak wyciągać jakichś wniosków z mych cyfr, jak zresztą nie uważam za miarodajne w tym względzie opinie autorów wyżej cytowane. Na rozwój dziecka fizyczny w sensie dodatnim lub ujemnym składa się tyle czynników, jak zdrowie matki, ilość mleka w piersiach matki, czasowe lub przedwczesne narodziny dziecka, przypadkowe choroby dziecka i bardzo wiele innych momentów, że uważam za nieostrożne przypisywanie w tym względzie doniosłego znaczenia kąpiei dziecka lub zaniechania tego rękoczynu.

Śród dzieci kąpanych dziewięć razy zauważono dno nieczyste po odpadnięciu pępownicy, które zresztą w 1 — 2 dni oczyszczało się w zupełności, u dzieci zaś nie kąpanych zauważyliśmy to zjawisko 12 razy; poważnego cierpienia rany pępkowej pochodzenia zakaźnego nie zauważyliśmy nigdy w szpitalu, co zresztą mogło nastąpić niekiedy później poza szpitalem. Widzimy zatem, że i pod względem gojenia się rany pępkowej nie otrzymaliśmy jakiejś wybitnej korzyści, bo nawet cokolwiek gorsze rezultaty, u dzieci nie kąpanych.

Z szeregu cyfr, które przytoczyłem, nie decydujących zresztą w zupełności kwestyi przez nas omawianej, jeden, zdaje się, wypływa wniosek pewny, a mianowicie, że zaniechanie kąpiei u noworodków w pierwszych kilku dniach nie przynosi szczególnej ujemnej noworodkom, że w klasie zamożniejszej, gdzie dziecię otoczone bywa racjonalną opieką, staranne obmywanie dziecka, a szczególnie okolicy narządów płciowych i odbytnicy, zastąpić może kąpiei w pierwszych dniach życia noworodka. Nie przyłączyłbym się jednak do zdania tych autorów, którzy orzekają ze stanowczością szkodliwość kąpiei, jest to bowiem po pierwsze kwestya jeszcze w zupełności

nie zdecydowana, a po drugie, pogląd taki w praktycznym zastosowaniu wśród klasy ubogiej, spowodowałby bardzo smutne skutki, pozbawiłby bowiem w większości przypadków dzieci tego bądź co bądź higienicznego zabiegu przy zachowywaniu odpowiedniej czystości, nie dając w zamian nic lepszego, liczyć bowiem na troskliwą opieką pod względem utrzymywania czystości ciała dziecka nie bardzo można w tych sferach.

Z przytułku położniczego w Częstochowie.

### Dwa przypadki cięcia cesarskiego klasycznego przy względnym wskazaniu.

Podał

**D-r GRACJAN PISARZEWSKI.**

Do przytułku zarządzanego przeze mnie zgłosiła się z porady d-ra Brzozowskiego z Kłobucka wieśniaczka, Agnieszka Jeziorska, dla ewentualnego poddania się operacyi cięcia cesarskiego. Pobudką dla poddania się operacyi była chęć posiadania dziecka, gdyż poprzednie dwa porody musiały być zakończone wymóżdżeniem. Przy badaniu 4 kwietnia 1902 roku znalazłem co następuje: A. Jeziorska, szatynka wzrostu 140 ctm. prawidłowo rozwinięta, szczupła, lat 28. O ile pamięta, chorób cięższych nie przechodziła, miesiączkować zaczęła w 15 roku życia, co 28 dni po 4—5 dni; wyszła zamąż w 22 roku życia. Pierwsze dziecko miała w 7 miesiącu ciąży, żywe lecz wkrótce zmarło. Następne dwie ciąży dobiegły do końca, lecz pomimo długotrwałych cierpień (przeszło 2—3 doby) poród nie nastąpił i obydwie razy wezwany lekarz nie mógł wydobyć płodu kleszczami, lecz musiał zrobić wymóżdżenie. Po operacyach tych A. J. nie chorowała, podnosiła się dosyć wcześnie 13—15 dnia i czuła się dobrze. Obecnie uważa się za

brzemienną w 9 miesiącu, czuje się zupełnie zdrową, lecz pragnąc mieć dziecko żywe, gotowa poddać się operacji cięcia cesarskiego, do czego namówił ją d-r Brzozowski. Ostatni peryod miała o ile pamięta w lipcu 1901 roku. Wymiary miednicy były następujące: *D. S.* 21, *D. ert.* 25. *D. Tr.* 28½, *Conj. ext.* 17½, *C. D.* 8½. Objętość brzucha 95 ctm. Położenie płodu podłużne, I główkowe. Mieliśmy więc przed sobą typ miednicy ogólnie zwężonej i ciążę dobiegającą końca 8½ miesięcy. Wobec tego, że A. Jeziorska pragnęła koniecznie mieć dziecko żywe i zgadzała się na tak ciężką operację jak cięcie cesarskie, pomimo objaśnienia jej i męża o całej ciężkości tego zabiegu, zatrzymałem ją w przytulku, gdzie brała kąpiele i przygotowaną była do porodu, ewentualnie cięcia cesarskiego. Wobec zwężenia miednicy i prawdopodobnie dużego płodu, na co wskazywały poprzednie dwa porody, nie mogłem jej przyrzec, że i przy innym zabiegu operacyjnym dziecko zostanie uratowane. Dnia 17 kwietnia, w 2 tygodnie po przybyciu do przytulku, koło północy zaczęły się silne i częste bóle porodowe. Zawiadomiony o tem przez akuszerkę zakładową, przybyłem do przytulku i przy badaniu znalazłem część pochwową zanikłą prawie zupełnie, szyjkę maciczną otwartą na 3 palce i główkę leżącą w lewym skośnym wymiarze nad wejściem miednicy. Przygotowawszy wszystko co potrzebne do operacji i zebrawszy kolegów, którzy łaskawie przyrzekli mi swoją pomoc, zbadałem rodzącą po raz drugi o godz. 4¼. Rozwarcie macicy zupełne, główka nie ustalona. Nie czekając dłużej, ani też nie przebijając pęcherza płodowego, przystąpiłem do operacji przy łaskawym współudziale kol. PIETRASIEWICZA, WRZEŚNIEWSKIEGO, REJMANA i BATAWII.

Po należytem obmyciu powłok brzusznych, sromu i pochwy i wypuszczeniu moczu, zrobiłem cięcie w smudze białej na 5 ctm. powyżej pępka i nie dochodzące na 4 ctm. do spojenia łonowego. Po wytoczeniu macicy, musiałem cięcie rozszerzyć ku górze na 2—3 ctm. Po wydobyciu

macicy i zasłonięciu jelit gorącymi serwetkami kol. WRZEŚNIEWSKI ucisnął dolny odcinek macicy obydwoma rękami i w tej chwili przeciąłem macię od dna do dolnej trzeciej części macicy, przy czem łożysko znalazło się w polu cięcia na całej prawie jego długości.

Wskutek tego przedłużyłem cięcie macicy jeszcze niżej o parę ctm. i wydobyłem płód męzki, który natychmiast zaczął dobrze i mocno krzyczeć. Podwiązawszy pępowinę, oddałem dziecko akuszerce i zaraz wydobyłem ręką łożysko wraz z błonami. Cały ten zabieg odbył się prawie bez krwawienia. Na macię nałożyłem szew węzełkowy dwupiętrowy i zrobiwszy tualete jamy brzusznej zaszyłem powłoki brzuszne. Do szyjki macicznej i do pochwy, włożyłem kawałek gazy wyjałowionej. Na brzuch zwykły opatrunek uciskający. Całą tę operację i opatrunek zrobiłem bez użycia jakichkolwiek antyseptyków, używając sublimat li tylko do obmycia rąk. Przebieg po operacji był idealny. Cięplota tylko pierwszego dnia podniosła się do 37,8° i po kilku godzinach spadła do 36,8°, i na tej wysokości pozostawała przez cały czas pobytu chorej w przytulku. Dziewiątego dnia szwy brzuszne zostały wyjęte — *prima intentio* — linia szwu pociągnięta *Tra Jodi* i 18 dnia chora zaczęła się podnosić i wstawać. W cztery tygodnie po operacji, chorą przedstawiłem w naszym towarzystwie lekarskiem i nazajutrz Jeziorska pojechała wraz z tegim, zdrowym chłopcem (waga 3600 grm. przy urodzeniu) do domu oddalonego o 4 mile, mając nałożony pas brzuszny.

## II.

W kilka tygodni po pierwszym przypadku, 4 maja, wstąpiła do przytulku Ewa Kepura, 32-letnia, żona robotnika fabrycznego. Ewa K. rodziła już w przytulku w 1901 roku w styczniu, i poddana była operacji wymóżdżenia. Przy opuszczaniu przytulku przedstawiono jej, że jeżeli chce mieć żywe dziecko, powinna przyjść do przytulku w 8 miesiącu ciąży dla wywołania

przedwczesnego porodu lub też poddania się cięciu cesarskiemu. K. dowiedziawszy się, że dziecko przy przedwczesnym porodzie z trudnością tylko daje się utrzymać przy życiu, i pragnąc mieć dziecko zdrowe i silne, nie zgłosiła się wcześniej, lecz dopiero przy wystąpieniu bólów porodowych, by się poddać odpowiedniej operacji.

Anamnestyczne dane E. K. następujące: Kobieta 32 lat, wzrostu poniżej średniego, dwa razy rodziła. Pierwszy raz u siebie w domu — gdzie lekarz zrobił jej wymóżdzenie, drugi raz w przytułku w 1901 roku, gdzie z powodu nie możliwości wydobywania główki, musiało być zrobione wymóżdzenie. Po obydwóch tych operacjach nie chorowała i obecnie czuje się dobrze. Miesiączkuje co 28 dni w ciągu 6 dni, daty ostatniej miesiączki jak również pierwszych ruchów nie pamięta. Wymiary: objętość brzucha 96 cm. *D. S.* 25, *D. C.* 27, *C. Extr.* 17., *Diag.* 9½. Położenie drugie czaszkowe.

E. K. wstąpiła do przytułku o godz. 2 po południu, gdzie zbadał ją mój stały pomocnik w zakładzie d-r PIETRASIEWICZ i znalazł otwarcie na 3 palce i główkę nie ustaloną nad wejściem do miednicy. Podczas mojej nieobecności kol. PIETRASIEWICZ był łaskaw przygotować wszystko do ewentualnej operacji. O godz. 6 udałem się do przytułku w celu zbadania rodzącej. Ujście maciczne rozwarte zupełnie, główka nie ustalona leży w prawym skośnym wymiarze nad wejściem miednicy. Wobec nalegania rodzącej, że pragnie mieć żywe dziecko i chętnie poddaje się operacji, nie czekałem dłużej, ani też nie przebiejałem pęcherza, lecz po należytem obmyciu chorej przystąpiłem do operacji przy łaskawej pomocy kol. PIETRASIEWICZA, WRZEŚNIEWSKIEGO i BATAWII. Technika operacji była absolutnie ta sama, co i w pierwszym przypadku; tak samo łożysko leżało na przedniej ścianie macicy i zostało nadcięte, tak samo macica była trzymana przez kol. WRZEŚNIEWSKIEGO, z tą tylko różnicą, że nie uciskany był cały

dolny odcinek macicy, lecz tylko tętnice maciczne, i tak samo operacja była prawie bezkrwawą. Dziecko tylko (dziewczynka) wydobyte zostało w stanie lekkiej asfiksji, lecz po uderzeniu w pośladki natychmiast zakrzyczało. Opatrunek i sama operacja bez użycia antyseptyków i tamponada gazą szyjki i pochwy. Przebieg pooperacyjny był w tym wypadku znacznie gorszy. Przez pierwsze 3 dni K. czuła się dobrze, lecz po tem zaczęła gorączkować i przy badaniu znaleźliśmy znaczną ilość białka w moczu i objawy opadowego zapalenia w prawym płucu. Pomimo ustąpienia zapalenia płuca i poprawy ze strony nerek, gorączka 38 — 38,5° nie ustępowała i dopiero obrzmienie i bolesność po lewej stronie smugi białej wskazała na przyczynę cierpienia. Wytworzył się dość znaczny ropień pomiędzy mięśniami brzucha, pochodzący prawdopodobnie ze zropiałego szwu. Po otwarciu ropnia gorączka ustąpiła i K. wyszła z przytułku po 45 dniach po operacji z niezupełnie zagojoną raną w ścianie brzusznej. Dziecko zmarło w 4-ym tygodniu wskutek utworzenia się ropnia na pośladkach i ogólnego przez to wyniszczenia.

Obydwa opisane tu przypadki należą do kategorii względnych wskazań do cięcia cesarskiego, gdyż w obydwóch zwięźnienie miednicy było stosunkowo nie znaczne i nie dochodziło do tych stopni, przy których inny sposób rozwiązania rodzącej staje się niemożliwym. Jak w pierwszym tak i drugim przypadku możebne było wywołanie przedwczesnego porodu z nadzieją na dobry wynik co do życia dziecka, w obydwóch jednak przypadkach położnice zbyt późno wstąpiły do przytułku, by zabieg ten można było zastosować. Jak w jednym tak i drugim przypadku możebnym było czekać dłużej i pozostawić jeszcze czas jakiś przebieg porodu siłom natury lub też spróbować nałożenia kleszczy. Szanse jednak samoistnego rozwiązania ciężarnych wobec przebiegu poprzednich porodów były bardzo małe, a strata czasu, wyczerpanie rodzących, lecz wobec silnych bezskutecznych bólów, oraz



możliwe odejście wód płodowych, znacznie pogorszyłyby spodziewane wyniki ewentualnego cięcia cesarskiego. Z tych też względów nie czekałem dłużej, lecz na wyraźne żądanie rodzących przystąpiłem w obydwóch przypadkach stosunkowo wcześniej do operacyi.

W ostatnich czasach, pod wpływem udoskonalonej techniki i aseptyki, operacya ta przestała być straszną i daje dobre wyniki; często też bywa nadużywana lub wykonywana tam, gdzie wskazań do niej żadnych zgoła nie bywa. Jest to jednak operacya ciężka dla rodzącej i wskutek tego, że przy najlepszej technice dokładne zeszyicie macicy i brzucha, zajmuje sporo czasu, nie jest pozbawiona niebezpieczeństwa. Słuszne jest też zdanie, że lekarz wobec względnego wskazania do operacyi cięcia cesarskiego, powinien przedstawić rodzącej operacyę raczej jako ciężką i niebezpieczną zarówno na razie jak i w dalszym swym przebiegu (możliwość przepukliny brzusznej) i powinien przedsięwziąć ją w tych przypadkach, gdzie rodząca zgadza się na nią dobrowolnie, a nie wtenczas, gdy, wskutek długotrwałych cierpień zostaje tak zmęczoną, iż zgadza się na wszystko, byle skrócić swe cierpienia.

Co do samej techniki operacyjnej, wybrałem metodę konserwatywną, ponieważ obydwie rodzące były młode i silne i mają wszelkie szanse powtórnego zajścia w ciążę i urodzenia dziecka czy to przez wzniesienie przedwczesnego porodu, czy też drogą innych zabiegów operacyjnych. Prawda że szanse powtórnego cięcia cesarskiego są gorsze, liczne jednak przypadki powtórnego, a nawet potrójnego cięcia cesarskiego na jednej i tej samej chorej dowodzą, że metoda konserwatywna, szczególnie w przypadkach względnego wskazania jest racjonalniejszą, ponieważ nie pozbawia kobiety możności powtórnego zajścia w ciążę.

Co do otwarcia macicy, to wybrałem metodę dawniejszą, t. j. cięcie podłużne, a nie FRI-

TSCH'a — poprzeczne — ze względu na to, że w obydwóch przypadkach jajowody były znacznie oddalone od siebie i leżały bliżej tylnej ściany macicy. Według LEOPOLD'a położenie jajowodów przy wytoczeniu macicy ciężarnej daje ścisłą wskazówkę, gdzie znajduje się łożysko. Jeżeli jajowody leżą bliżej ku przodowi i nie daleko jeden od drugiego ma to wskazywać, że łożysko leży na tylnej ścianie macicy; jeżeli zaś przeciwnie — jajowody oddalone od siebie i leżą więcej ku tyłowi — łożysko ma być przyrzucone na przedniej ścianie macicy. Na operowanych przeze mnie przypadkach przekonałem się o prawdziwości powyższego zdania. Ponieważ w obydwóch razach położenie jajowodów wskazywało na to, że łożysko leży na przedniej ścianie, przy cięciu poprzecznym musiałbym przecinać łożysko lub też odklejać je z boku, t. j. stracić zbyt wiele czasu, przez co dziecko mogłoby uleżeć zaduszeniu. Obydwa łożyska leżały na przedniej ścianie macicy, obydwie zostały nacięte i w obydwóch przypadkach musiałem przedłużyć cięcie ku przodowi po za miejsce przyrzepu łożyska. W obydwóch też razach wraz z przecięciem worka płodowego wytoczyła się główka dziecka, chociaż pomimo tego w drugim przypadku, jak wspomniałem, dziecko trzeba było pobudzać do życia. Z tego też względu należy w wyborze metody otwierania macicy kierować się nie z góry przedsięwziętą ideą, lecz wskazówką, o której wspomniałem. Tam gdzie łożysko leży na tylnej ścianie macicy, możemy wybrać metodę dowolną, gdzie zaś na przedniej ścianie, tam cięcie podłużne będzie stanowczo wygodniejsze, gdyż łatwiej i prędzej odsłoni nam części płodu.

Co do sposobu ucisku dolnego odcinka macicy dla powstrzymania krwawienia w obydwóch przypadkach zaniechałem nałożenia elastycznej podwiązki, lecz czynność tę powierzyłem pomagającemu mi koledze. Jak wiadomo, LITZMAN i SAENGER pierwsi stosowali elastyczną przewiązkę, i sposób ten wszedł w powszechne uży-

cie, jako wygodny i osiągający cel, t. j. powstrzymujący krwawienie. Doświadczenia jednak wielu autorów dowiodły, że macica pozbawiona krwi nawet przez czas krótki, kurezy się gorzej i często bywa powodem wtórnych krwotoków i dla tego zamiast elastycznej przewiązki w powszechnem użyciu jest obecnie ucisk ręczny dolnego odcinka macicy lub nawet tylko tętnic macicznych. W przytoczonych tu przypadkach — w pierwszym pomagający mi kol. WRZEŚNIEWSKI uciskał cały dolny odcinek, w drugim tylko tętnice maciczne. Jak w pierwszym, tak i drugim przypadku krwawienie było minimalne; sama operacya cięcia macicy i wydobyte płodu była łatwa i nie mieliśmy niedowładu macicy. Zaraz po wydobyciu łożyska macica skurczyła się bardzo dobrze, i zeszyeie jej nie przedstawiało żadnych trudności. Prawda, że trzymanie rękami czy to dolnego odcinka, czy też tętnic jest męczące i wyczerpujące, ale sowiec wynagradza i operującego i pomocnika możliwością dokładnego obejrzenia i szycia i brakiem następczych krwawień. Opatrunek na powłoki brzuszne założyłem aseptyczny i dość silnie uciskający, do

pochwy i szyi macicznej włożyłem luźno kawałek gazy jodoformowej, który odgrywał rolę drenu odprowadzającego. Gazę tę po dwóch dobach usunąłem.

Ponieważ macica jak w jednym tak i drugim przypadku była dobrze skurezona, nie wstrzykiwałem ergotyny, licząc na to, że samo podrażnienie macicy wskutek cięcia i obecności szwów w ścianie macicy, będzie dostatecznym bodźcem do utrzymania jej w stanie skurezu. Bandaż na brzuchu musiałem zmienić po trzech dniach, t. j. ścieścić go, gdyż brzuch stawał się miękkim i opatrunek okazał się za luźny. Szwy w powłokach brzusznych, jak wspominałem, zdjąłem 9 dnia i w obydwóch przypadkach było zupełne zlepienie się brzegów rany. Dyeta i zachowanie się chorych nie różniły się w niczem od tych, jakie bywają zachowane przy każdej laparotomii, i dla tego o nich nie wspominam.

Obydwie chore wyszły z przytulku z pasem brzuszny i jak mogłem się przekonać w pierwszym przypadku po 2 miesiącach i w drugim po 4 miesiącach prawie, ściany brzuszne pozostały niezmiennione, bez śladu przepukliny.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

### 40. L. LANGSTEIN. O grupach węglowodanowych w ciałach białkowych surowicy krwi.

Oddawna już oczekiwano od chemii dowodu możliwości powstawania w organizmie zwierzęcym cukru z białka, jak to ma miejsce w cukromoczu. Niektórzy autorowie, MERING np. już w roku 1887, bez dostatecznych danych uważali białko za rodzaj glukozydu, który w pewnych warunkach może odezepsć od siebie cukier. Poglądy te ugruntowały się jeszcze bardziej, gdy

PARY'emu udało się otrzymać z niektórych ciał białkowych substancję dającą odczynny węglowodanów.

Z biegiem czasu pojęcia te uległy zmianie i, można powiedzieć, że obecnie panują wprost przeciwne poglądy. Było to skutkiem dokładniejszego poznania grup węglowodanowych niektórych ciał białkowych. Otrzymywane dotychczas z rozmaitych rodzajów białka węglowodany zawierały zawsze w cząsteczce azot (chondrozyna,

chitozamina) lub też były pentozami. Ani razu dotychczas nie udało się otrzymać cukru mogącego fermentować, związek którego z tworzeniem się glikogenu byłby oczywistym. Większość zaś ciał białkowych, a zwłaszcza te, które stanowią podstawowe składniki organizmu weale pod względem zawartości grup węglo-wodanowych nie były badane.

Autor wykonał odpowiednie badania chemiczne nad ciałami białkowymi, zawierającymi się w surowicy krwi. Najprzód badał on otrzymany w stanie krystalicznym serumalbumin; ciało to zawiera około 1% węglo-wodanu, który okazał się chitozaminą lub jej izemeronem, prócz tego znajduje się w nim bliżej nie określony, zawierający azot kwas węglo-wodanowy.

O wiele bardziej interesujące rezultaty otrzymał autor badając globulin krwi. Poprzednio już MÖRNER i ELICHOLZ dowiedli, że w globulinie tym znajduje się grupa węglo-wodanowa, bliżej jej jednak nie określili. W celu odczepienia węglo-wodanu autor posługiwał się rozcieńczonym kwasem bromo-wodowym. Otrzymano: węglo-wodan zawierający azot, nie będący jednak chitozaminą; cukier nie fermentujący, dający dobrze krystalizujący osazon; wreszcie, co najważniejsza: prawoskrętny zdolny fermentować węglo-wodan, pod względem chemicznym najzupełniej identyczny z glukozą. Nie ulega więc wątpliwości, że zwykły cukier gronowy bierze udział w budowie cząsteczki globulinu surowiczego.

Co się tyczy pytania, czy wykrycie glukozy w globulinie krwi objaśnia nam powstanie cukru z białka w organizmie w ilości tej, jaka bywa w cukromoczu, to ilość jego (podług obliczeń autora globulin krwi zawiera 1% glukozy) nie wystarcza, aby pokryć cukier wytwarzany w organizmie dyabetycznym. Być może zadaniem globulinu jest tylko dostawiać cukier do wątroby. W każdym razie fakt wykryty rzuca pewne światło na mechanizm przemiany materii w cukromoczu.

(Münch. med. Woch. N. 45 1902).

S. Janczurowicz.

#### 41. LANZ. Leczenie choroby Basedow'a surowicą.

Autor już w roku 1894 i 1895 wycinał gruczoł tarczowy u kóz w tym celu, by surowicę ich resp. mleko wprowadzić do ustroju chorych z cho-

robą BASEDOW'a; czynił to autor nie tylko w celach leczniczych, lecz i dla wyjaśnienia patogeny tej choroby. Przyczyna choroby BASEDOW'a, zdaniem jednych tkwi w samozakażeniu ustroju, stojącym w związku z gruczołem tarczowym, zdaniem zaś innych w nerwicy, jak to wykazuje nagłe powstawanie choroby, np. po prześtrachu; zdaniem autora można tu przypuścić nerwicę gruczołu tarczowego, tak, jak przypuszcza się nerwicę żołądkową, serca, i nerek. Z objawów choroby BASEDOW'a najważniejszym jest zmiana gruczołu tarczowego. Zarówno teoria tłumacząca powstawanie choroby tej pierwotnymi zmianami nerwu sympatycznego lub centralnego systemu nerwowego, jak i teoria upatrująca przyczynę choroby w powiększeniu gruczołu tarczowego, są to tylko hipotezy.

Spostrzeżenia kliniczne teorii tych dostatecznie nie potwierdzają. Gdy bowiem jedni spostrzegali pogorszenie przy powiększeniu się gruczołu tarczowego, drudzy znajdowali polepszenie lub stan bez zmiany. L. u pewnej nerwowej damy spostrzegł przy nieodpowiednim traktowaniu gruczołu tarczowego objawy ostrego cierpienia serca z zaburzeniem wyrównania, obrzękami, puchliną brzuszną i wylewem w opłucnej, a następnie typowy obraz choroby BASEDOW'a. Chociaż przeciwnicy teorii, tłumaczącej powstawanie choroby BASEDOW'a zmianami gruczołu tarczowego, utrzymują, że przypadki wyleczenia choroby na drodze operacyjnej, osiągnięto tylko w przypadkach wrzekomej choroby BASEDOW'a, nie da się jednak zaprzeczyć skuteczności leczenia operacyjnego.

Pomimo to zabieg operacyjny jest nie tylko bardzo trudny, lecz i niebezpieczny, jak to L. spostrzegł w jednym przypadku, gdzie po operacji nastąpiło *delirium cordis* z tętnem, nie dającym się zliczyć. Z innych środków leczniczych stosowanych w chorobie BASEDOW'a, wspomnieć należy znane nam żelazo, arsenik, fosfor, wodolecznictwo, które jednak w ciężkich przypadkach zawodzą. Dla tego też L., wychodząc z założenia, że choroba BASEDOW'a jest chorobą wprost przeciwną t. zw. *cachexia thyreopriva*, powziął myśl zastosowania w niej surowicy w celach leczniczych. Jak wiadomo u ludzi, pozbawionych gruczołu tarczowego skutkiem choroby lub operacji, wytwarzają się substancje trujące, które przedtem zubożniała wydzielina gruczo-

łu tarczowego. Trujące te substancje u zwierząt mięsożernych wywołują ostrą tężyczkę, u roślino-żernych — przewlekłe charłactwo, u ludzi — tężyczkę przy zupełnym i nagłym pozbawieniu ich gruczolu tarczowego, charłactwo *resp. cretinismus* przy niezupełnym i powolnym zanikaniu gruczolu tarczowego.

Zobojętnić substancje trujące udaje się przez zaprowadzenie substancji gruczolu tarczowego *per os* lub przez zastrzyknięcie soku gruczolu tarczowego w przypadkach ostrych. Gdyby się więc udało jad, wytwarzający się przy charłactwie wprowadzić w ustrój chorego z chorobą BASEDOW'a, by zbyt obfitej lub chorobowo zmienionej wydzielinie gruczolu tarczowego przysporzyć więcej pracy, wtedy można by było w ten sposób związać jad chorych. L. przytacza szereg przypadków, leczonych skutecznie mlekiem kóz, u których wycięto gruczoł tarczowy. W jednym z tych przypadków nb. bardzo ciężkim, nastąpiła po kuracji znaczna poprawa objawów przedmiotowych i podmiotowych: drżenie rąk ustąpiło zupełnie, tętno stało się rzadsze, *exophthalmus* mniejszy, wole jednak się nie zmniejszyło; w drugim przypadku obwód szyi się zmniejszył, tętno stało się również rzadsze, *exophthalmus* mniejszy; w przypadku trzecim wole znikło zupełnie, a wraz z niem i *stridor*, wywołany wolem. Jednocześnie z autorem BALLET i ENRIQUEZ leczyli chorobę BASEDOW'a wstrzykiwaniami surowicy psów, którym wycinano gruczoł tarczowy. MÖBIUS stosował z dobrym wynikiem w tej chorobie antytyreoidynę MERCK'a t.j. surowicę baranów, którym wycinano gruczoł tarczowy. W jednym przypadku obserwowano zwiększenie ponowne obwodu szyi i częstości tętna po przerwaniu wstrzykiwań surowicy i zniknięcie tych objawów po ponownym wstrzyknięciu surowicy.

(*Münchener med. Woch. Nr. 4. 1903*).

M. Goldflam.

#### 42. ROCHELT. Przyczynę do chirurgii płuc.

Pomimo zajmujących odczytów MOSLER'a o leczeniu miejscowym jam płucnych, wypowiedzianych w latach 1873 i 1883, mało zajmowano się chirurgią płuc, aż dopiero QUINKE w 1896 roku w pracach swoich o pneumotomii zwrócił

uwagę na pomyślnie wyniki, jakie otrzymać można przy leczeniu operacyjnym chorób płuc. Do ostatnich czasów leczenie operacyjne płuc zastosowano przeważnie przy ranach płuc, jeżeli wystąpił silny krwotok. Wykonano wycięcie żeber na dużej przestrzeni i miejsce krwawiące podwiązano, co nie zawsze łatwo dało się wykonać. Części płuc wypadłe odprowadzono napowrót do klatki piersiowej po należytem odkażeniu ich, jeżeli się to nie dało wykonać, części te odcięto, z pozostawieniem kikuta w ranie.

Z powodu nowotworu płuc raz tylko jeden operacja wykonana została przez HELPERICH'a. Nowotwór (mięsak) zajął środkowy i dolny płat i został w całości usunięty. Chory zmarł po 25 godzinach. Znane jeszcze 7 przypadków mięsaka płuc, podległych operacji, dotyczyły nowotworów, które z klatki piersiowej przeszły na płuca. Cztery przypadki zakończyły się pomyślnie.

Co się tyczy operacji bąblowca płuc, to TUFFIER w swoim zestawieniu przytacza 61 przypadków z 90,1% wyzdrowień; GARRÉ 79 przypadków — 71 wyzdrowień. W przypadkach nieoperowanych znalazł MAYDL 60% śmierci. Każdy więc przypadek bąblowca płuc rozpoznany, powinien podlegać operacji; przekucie zaś, jako bezcelowe i niebezpieczne, nigdy miejsca mieć nie powinny.

Ze wszystkich chorób płuc, podlegających leczeniu chirurgicznemu, najważniejsze miejsce zajmuje gruźlica. Przy zajęciu szczytów dokonano wstrzykiwania miąższowe (KOCH, MOSLER, STEFANILE, FABOZZI), lecz bez pomyślnego wyniku. W początkowym okresie cierpienia próbował TUFFIER wycinać ognisko gruźlicze w sposób jak się postępuje przy nowotworze złośliwym; tę samą operację wykonali LOWSON i DÖYEN z dobrym wynikiem. FOSTER-PALMER zaleca traktować gruźlicę płuc w sposób, jak się traktuje tak zwaną gruźlicę chirurgiczną; należy szczyt płuca wyciągnąć nazewnątrz, podwiązać i odciąć. Nie ulega wątpliwości, że wszystkie te rękożyny wielkiej przyszłości mieć nie mogą z tego powodu, że odgraniczenie chorej części płuca od zdrowej nie jest pewne, rozpoznanie pomimo użycia promieni RÖNTGEN'a wiele pozo-

stawia do życzenia, a co ważniejsze gruźlica pomimo wycięcia jednego ogniska wciąż postępuje.

Nieco większe uzasadnienie znajduje leczenie chirurgiczne przy jamach płuc pochodzenia gruźliczego. I tu rozpoznanie przedstawia większe lub mniejsze trudności, zależnie od umiejscowienia ogniska i od powikłania. Również trudno z góry orzec, czy w danym przypadku istnieją zrosty z opłucną ścienną. Do niedawna zrosty takie były niezbędnym warunkiem w przypadkach jam płucnych, które podlegały operacji; przy braku zrostów występuje naturalnie pneumotoraks. Groźne objawy, które przytem występują z początku, były przeceniane i niebawem przekonano się, że można w takich razach płuco wciągnąć w ranę klatki piersiowej, tamże przymocować za pomocą szwów i objawy wkrótce znikają. Przy braku zrostów jeszcze bardziej należy się obawiać zakażenia jamy płucnej, jeżeli operacja przedsięwzięta zostaje z powodu septycznych jam w płucach. Radzono w takich razach operować w dwóch tempach, jednakże TUFFIER odrazu zeszywa oba listki opłucnej i otwiera ognisko w płucu. W ten sposób postępują SONNENBURG, BERCHERT, GARRÉ i inni.

Co się tyczy wycięcia żeber, które przy takich operacjach przedsięwziąć trzeba, to należy je wykonać w takim rozmiarze, aby ognisko chorobowe było w zupełności dostępne dla oka, i aby jama powstała po operacji znajdowała się w sprzyjających warunkach dla gojenia się. Wogóle przy operacjach w górnej mniej elastycznej połowie klatki piersiowej wycięcie żeber powinno być obszerniejsze, aniżeli w dolnej połowie więcej elastycznej. SONNENBURG zaleca duże cięcie płatowe i wycięcie zawsze kilku żeber. Według GARRÉ'go należy przy ognisku w górnym płacie wyciąć 2 żebra, zaś w średnim i dolnym płacie 3 żebra. Same ognisko w płucu przecina się za pomocą żegadła PAQUELIN'a w celu uniknięcia silnego krwotoku.

Przy leczeniu chirurgicznym jam płucnych pochodzenia gruźliczego, przedewszystkiem należy mieć na uwadze rękoczyn bardzo prosty i w skutkach swych wielce obiecujący, zasadza się on na wycięciu żeber, pokrywających jamę gruźliczą bez otwarcia jamy opłucnej i bez otwarcia jamy gruźliczej. Już QUINCKE, będąc

przekonanym, że brak elastyczności w górnym odcinku klatki piersiowej przeważnie przyczynia się do powstawania jam gruźliczych i stanowi główną przeszkodę do ich zmniejszenia się i wyleczenia, zaleca w celu leczenia jam gruźliczych obszerną rezekeję żeber.

Otwieranie jam gruźliczych daje nie bardzo zachęcające wyniki. QUINCKE przytacza 10 przypadków, w których tylko 3 razy rany się zagoiły, przyczem w 2 przypadkach po 2 lub 3 latach gruźlica zaczęła się rozprzestrzeniać, jeden przypadek pozostawał uleczonym. Z 26 przypadków zebranych przez TUFFIER'a, w 13 przypadkach wkrótce nastąpiła śmierć, w wyjątkowych tylko razach rany się zagoiły. SONNENBURG operował jamy gruźlicze 4 razy, raz jeden nastąpiło wyzdrowienie, 3 razy śmierć.

Różne podawano sposoby operacyjne: zwyczajne przecięcie za pomocą żegadła PAQUELIN'a w pierwszym międzyżebrzu (POIRIER i JONNESCU), wycięcie części pierwszego żebra, niepokrytej obojczykiem (SONNENBURG), czasowa rezekeja obojczyka i całkowite wycięcie pierwszego żebra (CICI) i nowy sposób SAIFERT'a łatwy i dający dobry dostęp, a polegający na podokostnem wycięciu 2 żebra od chrząstki do przedniej linii pachowej, na tępem oddzielaniu opłucnej ściennej za pomocą palca, otwarciu jamy nożem lub żegadłem i zatamponowaniu. Operacja ta znajduje swoje usprawiedliwienie we wszystkich przypadkach, w których mamy do czynienia z dużą jamą, a drugie płuco jest zdrowe, gdy następnie z powodu wessania się zawartości jamy występuje przewlekła ropówka, lub też jama daje powód do częstych i ciężkich krwotoków. Zwłaszcza przy krwotokach w odpowiednich przypadkach operacja oddaje wielkie usługi; w takich razach jedynie tylko zatamponowanie jamy może chorego jeżeli nie wyleczyć to przynajmniej uchronić od niechybnej śmierci.

Weale dobre wyniki daje operacja przy ropniach w płucach. W wielu przypadkach przez różnych autorów spostrzeganych, nastąpiło wyzdrowienie. Wykonywano we wszystkich przypadkach obszerne wycięcie żeber, ropień przecięto żegadłem PAQUELIN'a a następnie wytamponowano.

Przy zgorzeli płuc wyniki były mniej pomysne, również nie bardzo zachęcające wyniki daje operacya przy bronchektazyach.

Operacya z powodu ciał obcych w niewielu tylko przypadkach wykonywana została. Przystępowano do operacyi w tych nielicznych przypadkach, w których ciało obce wywoła zgorzel płuca lub ropień albo też miał miejsce silny krwotok.

Promienica płuc dawała nieraz sposobność do operowania. KAREWSKI w przypadku promienicy płuc wyciął znaczną część płuca za pomocą żegadła PAQUELIN'a i chory wyzdrowiał. Podobny przypadek przytacza TUFFIER.

(*Wiener klin. Wochenschr.*). 1902. N. 49).

L. Krause.

#### 43. Albert SCHÜTZE. Odróżnianie kości ludzkich od zwierzęcych metodą WASSERMAN'a.

Zasada odróżniania białka różnego pochodzenia za pomocą strąków (*Präzipitine*), podana przez WASSERMAN'a, nabrała już dużego praktycznego znaczenia w dziedzinie hematologii. Również z wynikiem dodatnim badano białko mleka, jaj, mięs, pepton i t. p.

Autor usiłował zastosować tę metodę biologiczną celem odróżniania kości człowieka od kości zwierząt, pytanie wagi niezmiernej w przypadkach sądowych. Z góry łatwo przypuścić, że o ile na kości znajdziemy choćby małe ilości mięśni lub innej tkanki, zawierającej białko, odczyn za pomocą metody WASSERMAN'a uda się w zupełności: gdyż dostateczne są najmniejsze cząstki białka, krew zaschnięta, nawet zgniła po latach wielu.

Inaczej rzeczy stają, gdy określenie pochodzenia ma się odbyć na zasadzie małego kawałka gołej kości. Autor zarządził doświadczenie w sposób następujący. Upřednio zastrzykiwał podskórnym królikom surowicę krwi ludzkiej, końskiej, wołowej i t. d., każdemu inną — w ciągu 6 tygodni — na ogół po 120 cm. sz.. W ten sposób każdy królik uodporniony został na odpowiednią surowicę, innemi słowy — surowicą danego królika dawała strąć jedynie z surowicą odpowiedniego gatunku (człowieka, konia, wołu i t. d.). Małe kawałki kości ludzkiej, końskiej, wołowej i t. p. umieszczone zostały z osobna w 10 — 20 cm. sz. 0, 85% roztworu soli kuchennej

na  $\frac{1}{2}$  godziny, a to w tym celu, aby ciała białkowe, znajdujące się w szpiku kostnym, przeszły w roztworze do wody. Małe ilości (5 cm. sz.) tej mieszaniny po odfiltrowaniu, dawały z odpowiednią surowicą strąć; tak, np. płyn po kości ludzkiej dawał strąć jedynie z surowicą królika, któremu upřednio zastrzykiwano surowicę ludzką; podobnie było z kością wołu, konia, świni.

I tym więc razem mamy do czynienia ze sprawą swoistą, dającą niezwykle pewne wskazówki tam, gdzie dane anatomiczne nie mają już punktu oparcia.

Dla większej pewności dobrze jest dodać roztworu soli, w którym się kość moczy, kilka kropel  $\frac{1}{4}$ % sody.

Powyższa metoda, zauważyć należy, daje wynik dodatni jedynie tam, gdzie zachowane są chociażby szczątki warstwy gąbczastej resp. szpiku. Próby z kawałkami samej zbitej tkanki kostnej pozostawały bez rezultatu.

(*Deut. Med. Wochschr.* N. 4. 1903). L.

#### 44. Prof. WASSERMANN. O wzmożonym napięciu spraw biologicznych w organizmie niemowląt sztucznie karmionych w porównaniu z karmionymi piersią.

Wykrywanie i badanie odczynników w przebiegu wcielenia obcego białka w żywy organizm — oto nowe zagadnienie w dziedzinie biologii, którego rąbek przed kilku zaledwie laty uchylono, a już dziś posiadliśmy sporo faktów, mających doniosłe znaczenie praktyczne.

Rok temu wykazał autor na tej drodze swoistą różnicę między białkiem mleka zwierzęcego i ludzkiego za pomocą t. z. precypitynow. Surowica krwi królika, któremu zastrzykiwano podskórnym mleko krowie, daje osad jedynie z krowim mlekiem; po zastrzykiwaniu mleka kobiecego otrzymuje się osad jedynie z mlekiem kobiecym — a nigdy odwrotnie.

Jest to wielokrotnie stwierdzona swoista różnica nie tylko tych obu gatunków mleka, ale i wogóle białka zwierząt, w systemie biologicznym od siebie oddalonych.

Ta wybitna różnica, udowodniona jedynie na tej drodze dla mleka wskazuje, że karmienie piersią stanowi dalszy ciąg odżywiania łożyskowego; i w łonie matki, i przy piersi organizm

dziecka ma do czynienia z przemianą homologicznego białka.

Powszechnie zgodzono się, że mleko kobiece jednak przez żaden surogat zastąpić się nie da. HEUBNER wykazał, że przy karmieniu piersią osiąga się daleko mniejszą ilością kalorii to samo, co przy sztucznym karmieniu, dającym znacznie większą ilość kalorii. Z doświadczeń autora wypływa, że owa nadwyżka kalorii spotrzebowuje się na przemianę obcego białka w homologiczne, zdolne do przyswojenia — innymi słowy — organizm sztucznie karmiony pracuje więcej, a to na drodze wzmoczonej pracy wydzielniczej.

Tego ostatniego punktu autor dowiódł doświadczalnie. Zastrzykuje on świnie morskiej do jamy otrzewnej obce białko, na przykład, mleko kozie, a następnie — dużo ilości bakteryi (tyfusowych). Okazuje się, że wkrótce bakteryje zostają uśmiercone i rozpuszczone. Gdy zaś poprzedniego zastygnięcia nie było — bakteryje nie giną. Pochodzi to stąd, że pod wpływem weielenia obcego białka organizm wytwarza trawiące fermenty (complementy EHRlich), które, trafiając na bakteryje, niszczą i te ostatnie. Homologiczne białko (np. surowica świnki zastrzyknięta świnie) nie wywołuje fermentów trawiennych — zastrzyknięte bakteryje zakazają cały organizm. Ogólnie więc — dla przyswojenia sobie heterologicznego materiału odżywczego organizm wytwarza uprzednio pewne biologiczne fermenty, których nie wytwarza, jako zbyt cenne, wobec homologicznego białka.

W stosunku do mleka wykonał doświadczenia MORO, który wykazał, że surowica krwi dzieci, karmionych piersią, posiada znacznie większe własności bakterjobjęzce, aniżeli karmionych sztucznie. Z chwilą zmiany piersi na flaszkę własności te znacznie słabną. Zważywszy, że bakterjobjęzce działanie surowicy polega na obfitości fermentów trawiących (complementy), że mleko kobiece samo przez się takowych nie zawiera, należy więc przypuścić, że sztucznie karmione dziecko mniej fermentów posiada w surowicy z tego powodu, że idą one na przeróbkę obcego białka na homologiczne. Im dziecko starsze, tem mniej wymaga ono kalorii dla swego rozwoju przy sztucznym karmieniu w porównaniu z mlekiem kobiecym. Autor przypuszcza, że

we wczesnym dzieciństwie, przy ogólnie słabo rozwiniętych własnościach wydzielniczych, a zatem i ubóstwie fermentów, wszelkie pożywienie, oszczędzające wytwarzanie fermentów, oszczędza też i pracy. Zgadza się z tem i spostrzeżenie praktyczne, że na dzieci w pierwszych miesiącach życia oraz na przedwześnie urodzone mleko kobiece posiada, zdaniem ESCHERICH'a, wpływ swoisty.

(D. Med. Wochschr. N. 1. 1903). L.

#### 45. MÖBIUS. Antithyreoidyna.

Na żądanie autora wycinał MERCK z Darmsztatu u baranów gruczoł tarczowy i po zabiciu ich przyrządził z nich surowicę leczniczą. Autor zastrzyknął sobie i kilku chorym z chorobą BASEDOW'a 1 grm. tej surowicy pod skórę, przyczem wystąpiło w miejscu wstrzyknięcia nacieczenie i zaczerwienienie, a raz jeden nawet gorączka. Dla tego też M. wprowadzał następnie surowicę *per os* w liżce słodkiego wina co drugi dzień po 5 grm.. Rezultat leczenia był następujący. Surowica przeciwko chorobie BASEDOW'a zaburzeń żadnych nie wywoływała, a skutek miała dobry: obwód szyi się zmniejszył, napięcie wola ustępowało, chory czuł się spokojniejszy, spał lepiej. Chorzy ci byli długie lata leczenia bezskutecznie różnymi środkami. MERCK na żądanie autora przyrządził pastylki z mięsa oparowanych zwierząt, które jednak żadnego skutku nie wywarły. Pastylki, przyrządzone z surowicy, okazały się mniej skuteczne, niż surowica.

(Münchener Medic. Woch N. 4. 1903).

Maksymiljan Godflam.

#### 46. K. HERZHEIMER. O glicerolatach.

Gliceryna nie zawiera w sobie tłuszczu i nie ulega przez długi czas psuciu, przez co znakomicie nadaje się do przygotowania maści, ale dotychczas rzadko się ją stosuje. Z przetworów gliceryny należy zwrócić uwagę na maść glicerynową, składającą się z 10 cz. krochmalu pszennego, 15 cz. wody, 90 cz. gliceryny. Jest to maść bezbarwna, bez zapachu, łatwo daje się wcierać w skórę. Autor dodawał do tej maści tragakantę (2 cz. tragakanty: 100 cz. gliceryny) i wyskok, i stosował ją przez szereg lat przy najrozmaitszych swędzeniach (*pruritus post scabie, pruritus senilis, pruritus e saccharo* i t. d.) z jak najlepszym skutkiem, co więcej, maść ta

pomagała nieraz nawet w tych przypadkach, gdzie inne środki, jak mentol, naphthol, dziegieć i t. d. nie przynosiły ulgi choremu. Dalej należy zwrócić uwagę na przetwór: „*glycerolatum aromaticum*“, składający się z 4 cz. tragakanty, 30 cz. acetonu, 46 cz. gliceryny, 4 cz. perfum i 8 cz. wody. Pasiada on następujące zalety; jest przezroczysty, łatwo daje się wetrzeć w skórę, szybko paruje, przez co znakomicie nadaje się do pokrycia; zastosowanie w praktyce jest bardzo proste — mianowicie, wystarczy tylko wetrzeć, podczas gdy przy stosowaniu maści musimy po wcieraniu nałożyć opatrunek.

Jeżeli do tego dodamy zdolność wzmiankowanego preparatu do łączenia się z różnymi przetworami (*Ol. Rusci, fagi, cadinum, pyrogallolum, chrysarobinum* i t. d.), które przez to nie tracą swych pierwotnych właściwości, to zrozumimy, jak szerokie może mieć zastosowanie w praktyce „*glycerolatum aromaticum*“. Powstają w ten sposób najrozmaitsze glicerolaty, jako to *Pyrogallol — glycerolatum, chrysarobin-glycerolatum* i t. d. Stosowane przez autora w różnych postaciach chorób skórnych dały wyniki nader zachęcające do dalszych spostrzeżeń. (*Berl. Klin. Wochschr. N. 47. 1902.*) *Springer.*

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— KAYER opisuje człowieka, u którego śródek rogówki był przezroczysty, lecz na obwodzie widoczne było zmętnienie obrączkowe barwy ciemno-zielonawej. Przy użyciu lupy (powiększenie 25 razy) K. znalazł w owej obrączce, w głębi rogówki, prawie na tylnej ścianie, skupienie płaskich plam, niewyraźnie odgrauiczonych, barwy żółtej, zasłaniających tęczę. Ku środkowi rogówki plamy te były rzadsze. Zdaniem K. barwnik ten leżał nie w mięszu, lecz między nim a błoną DESCHEMET'a. Zapewne był to stan wrodzony. (*Klin. Monatsbl. F. Ang. Lipiec 1902.*)

— RINDFEISCH widział 5-letnią dziewczynkę u której przed 4 miesiącami bez żadnej przyczyny zaczęły się pojawiać siwe rzęsy w lewym oku. W wywiadach były: krzywica, odra, krztusiec i przed 6 tygodniami zapalenie płuc nieżytowe. Badanie oka nie wykryło żadnych zboczeń. Rzęsy powieki górnej w oku lewym prawie wszystkie siwe; na powiece dolnej są siwe obok blond lecz siwe przeważają. (*Klin. Monatsblatt f. Aug. Lipiec. 1902.*)

P.

## Wiadomości bieżące.

— Na Prezesa Rady Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wybrano kol. POLAKA, na wice prezesa kol. PALMIŃSKIEGO, a na sekretarza p. BIAŁOBRZESKIEGO.

— Stosownie do zapowiedzianego programu, który w całości zamieściliśmy w N. 17 „*Medycyny*“, odbyły się narady w Towarzystwie Higienicznym Warszawskim, mające na celu porozumienie się Towarzystw i obradowanie nad higieną miast i wsi z kolegami prowincjonalnymi. O godz. 11 rano dnia 27 kwietnia, kol. POLAK w imieniu Rady Towarzystwa, zagał posiedzenie i zaprosił do przewodniczenia w naradach

p. Józefa OSTROWSKIEGO oraz kol. MAJKOWSKIEGO z Radomia, prezesa Radomskiego towarzystwa lekarskiego.

Po przemówieniach obydwóch przewodniczących, zabrał głos p. Stanisław CHEŁCHOWSKI w imieniu Płockiego towarzystwa rolniczego, podnosząc zasługi Towarzystwa Higienicznego i zwracając uwagę obradujących na przygotowanie oraz na środki, jakimi prowincya rozporządzać może, przy wykonywaniu ewentualnych zaleceń, jako wyników obrad obecnych.

Po ukończeniu przemówienia p. St. CHEŁCHOWSKIEGO, kol. POLAK zawiadomił o utworze-



niu komisji specjalnej do spraw gospodarstwa higienicznego miasteczek.

Teraz dopiero zaczęły się odczyty objęte właściwym programem narad. Pierwszy odczytał swój referat kol. CHEŁCHOWSKI: O zadaniach Towarzystwa Higienicznego pod względem higieny ludu, po tem zaś kolega HEWELKE: O nadzorze sanitarnym obywatelskim.

Tegoż dnia po południu o godz. 5 rozpoczął się dalszy ciąg odczytów programem narad objętych.

Z chwilą oddania numeru bieżącego naszego czasopisma pod prasę, obrady trwają jeszcze. Ostateczne wyniki obrad oraz sformułowanie wniosków podamy w jednym z najbliższych numerów „Medycyny“, dziś zaś tylko wnosząc z licznego przyjazdu kolegów z prowincyi i bardzo

dobrej organizacji pracy sądzimy, że narady doprowadzą naturalnie na początek chociaż w części do poprawy, oplakanych stosunków pod względem sanitarno-higienicznym na prowincyi. Zaslugą wielką w takim razie będzie Towarzystwa Higienicznego Warszawskiego, a właściwie jego Rady, inicjatywa i doprowadzenie do skutku podobnych obrad, które oby częściej miejsce mieć mogły w naszym mieście.

— Na członków Rady Towarzystwa Higienicznego Warszawskiego wybrano pp. BIAŁOBRZESKIEGO, BORKOWSKIEGO, GROTOWSKIEGO, oraz kol. CHEŁCHOWSKIEGO.

— W dniu 24 b. m. w Ratuszu p. Prezydent miasta, wobec przedstawicieli Rady Towarzystwa Higienicznego Warszawskiego dopełnił otwarcia Wystawy higieniczno-dydaktycznej.

## Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w kwietniu 1903 r.

### Gazeta Lekarska.

N. 14. 1) S. DZIERZGOWSKI. Przyczynę do kwestyi powstawania antytoksyny błoniczej w zwykłych warunkach życia zwierząt i przy sztucznym ich uodparnianiu.

2) D-r A. KROKIEWICZ. Przyczynę do nauki „o niedokrwistości złośliwej postępowej samoistnej (*anaemia perniciosa progr. idiop.*)

3) Robert BERNHARDT. Przyczynę do budowy wrzodu pierwotnego.

N. 15. 1) Józef SAKS. O śródmacicznym stosowaniu balonów gumowych w położnictwie.

2) S. DZIERZGOWSKI. Przyczynę do powstawania antytoksyny błoniczej w zwykłych warunkach życia zwierząt i przy sztucznym ich uodpornianiu.

3) D-r A. KROKIEWICZ. Przyczynę do nauki o „niedokrwistości złośliwej postępowej samoistnej“. (Dok.).

N. 16. 1) H. LANDAU. Trzy przypadki powolnicznego zaniku języka (*Hemitrophia linguae*).

2) D-r M. KOENIGSTEIN. O wartości leczniczej adrenaliny w cierpieniach uszu, gardła i krtani.

3) Józef SAKS. O śródmacicznym stosowaniu balonów gumowych w położnictwie. (Dokończenie).

N. 17. 1) St. KOPCZYŃSKI. W sprawie anatomii patologicznej i patogenyzy płasawicy (*cho-rea minor s. Sydenhami*).

2) Henryk LANDAU. Trzy przypadki powolnicznego zaniku języka.

3) D-r M. KOENIGSTEIN. O wartości leczniczej adrenaliny w cierpieniach nosa, uszu, gardła i krtani. (Dok.).

### Kronika Lekarska.

Zeszyt 7. D-r Z. GRUDZIŃSKI. O rozpoznawaniu różniczkowym pomiędzy padaczką i histeryą.

Zeszyt 8. D-r Z. GRUDZIŃSKI. O rozpoznawaniu różniczkowym pomiędzy padaczką i histeryą. (C. d.).

### Krytyka Lekarska.

Nr. 4. 1) Fr. GIEDROYĆ. Król Władysław IV. (Historja choroby).

### Zdrowie.

N. 4. 1) D-r H. DOBZYCKI. Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem (z dwoma rysunkami).

2) Tenże. „Therapia palace“. Zarząd przyrodolecznicy d-ra H. EBERS'a na Kroatkiem pobrzeżu pod Cirkvenicą.

3) Tenże. Kolonia zdrowotna dla słabowitych dzieci w Brzegach.

4) D-r A. PUŁAWSKI. Sprawozdanie lekarskie zakładu leczniczego w Nałęczowie za rok 1902 (23 ist. Zakładu).

**Przegląd dentystyczny.**

Nr. 3. Wł. ZIELIŃSKI. Kilka słów z historii zębów sztucznych.

**Przegląd Felczerski.**

Nr. 7. 1) D-r A. RYCHTER. O szkodliwości bleiweisu.

2) W. GRONCZYŃSKI. Sposoby przyrządzania lekarstw.

Nr. 8. D-r B. Ciało obce w organizmie.

**Przegląd Lekarski.**

Nr. 14. 1) D-r K. LEWKOWICZ. O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego, zarazka wrzodnego zapalenia jamy ustnej.

2) D-r med. i fil. P. PRĘGOWSKI. O chorobie uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne (cykliczne) małego stopnia.

Nr. 15. 1) D-rzy A. WRZOSEK, Stefan HOROSKIEWICZ i Bolesław RZEGOCIŃSKI. Otruciu aniliną.

2) K. RZĘTKOWSKI. O sprawności trawiennej treści żołądkowej.

3) D-r med. i fil. P. PRĘGOWSKI. O chorobie uważanej jako neurastenia okresowa lub jako obłąkanie przemienne małego stopnia. (C. d.)

Nr. 16. 1) R. BREJTER. Kilka uwag o metodzie rozszerzania szyi macicznej za pomocą rozszerzadeł metalowych wraz z opisem czterech przypadków.

2) D-rzy Adam WRZOSEK, Stefan HOROSKIEWICZ i B. RZEGOCIŃSKI. O otruciu aniliną. (C. d.)

3) D-r med. i fil. PRĘGOWSKI. O chorobie uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne małego stopnia. N. 17 nie otrzymaliśmy.

**Nowiny Lekarskie.**

Zeszyt 4 STRZEMIŃSKI (Wilno). Cierpienia oczu, wywołane przez płonicę podczas epidemii r. 1902 w Wilnie.

**Przegląd Weterynarski.**

Nr. 4. 1) D-r Józef SZPILMAN. D-ra BEHRING'a jenneryzacja jako środek zwalczania gruźlicy u bydła. (Dok.)

2) W. GÓRECKI. Nowa rzeźnia miejska we Lwowie.

3) Jan KOWALEWSKI. O znaczeniu anatomiczno-patologicznych zmian, napotykanych w gruczołach chłonnych przy oględzinach mięsa.

4) Fr. FRIED. Poglądy uczonych specjalistów na sprawę gruźlicy u bydła i spostrzeżenia nad niektórymi urządzeniami weterynaryjnymi zagranicą poczynione w podróży naukowej.

**Postęp okulistyczny.**

Nr. 3. 1) K. NOISZEWSKI. *Ruptura retinae i retinitis proliferans.*

2) B. WICHERKIEWICZ. Kilka słów w sprawie opasek ocznych. (Dok.)

3) SZULISŁAWSKI. Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednym oku jest trwałym osłabieniem wzroku w rozumieniu (§ 156 a) w. k.?

**Czasopismo Lekarskie.**

Nr. 4. 1) D-r Z. WIRKOWSKI. Stan leczenia wśród ludu z okolic Krzepic.

2) D-r Wł. BROSOWSKI (z Kłobucka). Kilka uwag krytycznych o praktyce lekarskiej wśród ludu wiejskiego.

3) D-r J. PEŁCZYŃSKI (z Radomia). W sprawie walki z ospą.

4) D-r K. LIDMANOWSKI (z Zagórowa). Kilka słów o leczeniu niedrożności jelit, więcej niż najwyższymi dawkami atropiny.

5) D-r F. ARNSTEIN (z Kutna). Kilka uwag o kąpielach nasyconych kwasem węglowym (gazowych), przy chorobach serca i naczyń.

6) D-r Karól ROZENFELD (z Częstochowy). W sprawie leczenia polucyi.

7) D-r H. ROZENTHAL. Przypadek duru brzuszego o przebiegu bezgorączkowym.

8) D-r A. RZĄD. Przypadek srebrzycy (argyria).

**Przegląd Higieniczny.**

Nr. 4. 1) Sprawozdanie fizykatu m. Lwowa z oględzin lekarskich w szkołach miejskich przeprowadzonych w roku szkolnym 1899—1900.

2) Wychowanie fizyczne młodzieży szkół ludowych we Lwowie i starania około jej dobra cielesnego.

**Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego  
Warszawskiego.**

Zeszyt I. 1903 r. 1) W. POŁAŃSKI. Fizyczna charakterystyka osób dotkniętych gruźlicą płuc.

2) Fr. KIJEWSKI. O wycinaniu płuc („*de pneumectomia*“).

3) D-r Fr. GIEDROYĆ. Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.