

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 32

Warszawa d. 6 sierpnia 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
{ półrocznie . . . „ 3 „ 5⁰ pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O nadnerczach u dzieci, podali Stella Starkłówna i Lesław Węgrzynowski. (Ciąg dalszy). — O odczynie białkowym w płwocinie i jego wartości praktycznej, podali Mieczysław Gantz i Ryszard Hertz. (Dok). — STRESZCZENIA. *Akuszerya i choroby kobiet.* 134. Hammer-schlag. O chorobach wewnętrznych, dających wskazanie do przerwania ciąży. — 135. E. Ullman. O związku zachodzącym między mięśniakiem macicy i wołem — 136. Engelhorn. Ucisk aorty palcami, jako środek tamujący krwawienie przy krwotokach poporodowych. — *Choroby układu nerwowego.* 137. Steyerthal. Leczenie paraliżu postępującego. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — ODCINEK (dok). — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu lwowskiego (Dyr. prof. Obrzut).

O nadnerczach u dzieci

na podstawie własnych badań

podali

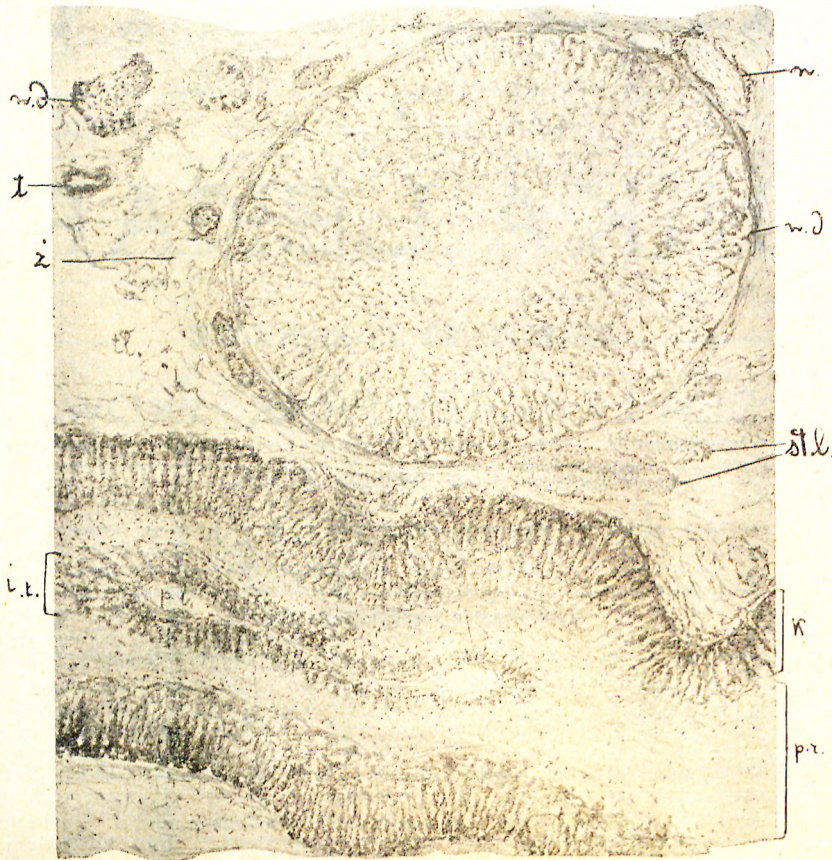
Stella Starkłówna i Lesław Węgrzynowski
b. demonstrator zakładu.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 31).

III. Obrazy drobnowidzowe nadnercza.

Przystępując do opracowania tej części naszej pracy, zaczynamy od opisu torebki

tkanko-łącznowej, która otacza całe nadnercze (patrz ryc. 7). Część jej, przylegająca bezpośrednio do powierzchni samego organu, jest wąska, ale dość zbita. Bardziej na obwodzie znajdująca się część torebki składa się przeważnie już z tkanki wiotkiej, wśród której mamy liczne naczynia krwionośne (ryc. 7 t. ż), dalej tu i owdzie porozrzucane mniejsze i większe nadnercza dodatkowe rzekome (ryc. 7 n. d.), dalej t. zw. *strumae lipomatodes suprarenales* (ryc. 7 st. l.), zwoje układu współczulnego (rys. 7 g.), włókna nerwowe (ryc. 7 n.) i dość znaczne zawsze nagromadzenia tkanki tłuszczowej (ryc. 7 tł.). Mogliśmy za-



Ryc. 7. Mikroskop Reicherta soczewka Zeissa a* okular rysunkowy Leitza 2. Nadnercze wraz z torebką dziecka 7-tygodniowego. n. d.) — nadnercze dodatkowe rzekome g) zwój układu sympatycznego t) tętnica ż) żyła tl) tkanka tłuszczowa st. l.) strumae lypomatodes suprarenales n. d.) nadnercze dodatkowe rzekome z własną torebką powstałe w rozwoju płodowym n) pień nerwowy k) kora p. r) pas rdzenny i. r.) istota rdzenna p. l.) przestrzeń limfatyczna.

uważyć, że w miarę rozwoju pasek zbitej tkanki łącznej, otaczający nadnercze, nieco grubieje; jednocześnie coraz częściej spotykaliśmy nadnercza dodatkowe rzekome. Co do naczyń krwionośnych, to należy zaznaczyć, że torebka jest zwykle przez liczne naczynia zaopatrywana

Przechodząc do podtorebkowych części nadnercza, przypominamy, że już na przekroju makroskopowym rozróżniliśmy dwa pasy: żółty i brązowo-czerwony, a w bardziej wykształconym nadnerczu, w samym środku, pas istoty perłowej. Widzieliśmy, jak w miarę rozwoju stosunki tych warstw do siebie ulegały zmianom. Przeglądając skrawki z tych preparatów pod drobnowidzem, znaleźliśmy

obrazy następujące. Pas żółty, który, jak wiemy, u noworodków jest ogromnie wąski, odpowiada zawsze zupełnie dobrze wykształconym komórkom korowym. Następny zaś pas, którego barwa zależy od ilości nagromadzonej w nim krwi, składa się z komórek o odmiennej nieco budowie u płodów i noworodków, a później pas ten ogranicza się tylko do siatki tkanki łącznej, odgraniczającej istotę rdzenną od kory. Istota perłowa odpowiada wykształconej istocie rdzennej.

Nie możemy się zgodzić z twierdzeniem MÜHLMANNA, że w nadnerczach dzieci istota rdzenna barwi się różowo, a więc zupełnie przeciwnie, niż to ma miejsce u starszych. Rzeczywiście w nadnerczach starszych ludzi

w korze jądra barwią się intensywnie niebiesko, a protoplazma eozyną różowo, istota rdzenna natomiast jest silnie niebiesko zabarwiona. U dzieci stosunki w korze się nie zmieniają, natomiast to, co MÜHLMANN brał za istotę rdzenną, nie jest niczem innym, jak u noworodków niewykształconą jeszcze korą, u starszych nieco dzieci pasem rdzennym tkanko-łącznym, w którego środku znajduje się pasek wykształconej zupełnie istoty rdzennej. Wszelkie więc wnioski MÜHLMANNA, dotyczące stę rzekomego braku wykształconej istoty rdzennej, nie wydają się być oparte na rzeczywistych podstawach.

Powyżej podaliśmy rysunek nadnercza dziecka 7-tygodniowego (Ryc. 7). Kora (K) przedstawia się na preparacie, barwionym hemotoksyliną i eozyną, z powodu znacznej liczby jąder (barwiących się, jak wiadomo, na niebiesko hemotoksyliną), niebiesko, pas rdzenny (p. r.) różowo, a istota rdzenna (i. r.) intensywnie niebiesko. U noworodka (patrz ryc. 10) zewnętrzna część (a) kory, składająca się z wykształconych już komórek, niebiesko, część położona w środku z komórkami o większej ilości protoplazmy (barwiącej się jak wiadomo różowo) różowo (A. b.), a dopiero wśród tego pasa różowego tu i owdzie mamy grupy komórek (B. ir.), odpowiadających istocie rdzennej, barwiące się silnie niebiesko.

Szerokością kory i istoty rdzennej nie zajmowaliśmy się bliżej.

Przedstawiamy tu wymiary, podane przez SOULIÉGO. Znalazł on mianowicie w pierwszym miesiącu następujące szerokości:

Kora	0,75
Kłębkowa	0,08—0,1
Pasmowa	0,3—0,35
Siatkowa	0,25—0,3
Istota rdzenna	0,08—0,08

Wymiary te nie wydają się nam zupełnie bez zarzutu. Nie będziemy występowali przeciw samej wartości podanych liczb, gdyż,

jak wspomnieliśmy, mierzeniem szerokości nie zajmowaliśmy się, nieodpowiednie nam się wydają tylko stosunki poszczególnych liczb do siebie. Na naszych preparatach mniej więcej w trzecim tygodniu życia stosunki przedstawiają się w sposób następujący. Kora szeroka, zupełnie dobrze już wykształcona, zajmuje $\frac{2}{3}$ i więcej szerokości całego nadnercza, pas rdzenny dochodzi mniej więcej połowy szerokości kory (w późniejszych okresach zwięża się coraz bardziej na korzyść istoty rdzennej), wreszcie pas zupełnie już wykształconej istoty rdzennej zajmuje $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ szerokości kory. Z poszczególnych warstw kory warstwa pasmowa jest najszersza, zajmuje około $\frac{1}{2}$ szerokości kory, warstwy kłębkowa i siatkowa są zwykle mniej więcej tej samej szerokości, zajmują po $\frac{1}{4}$ szerokości kory. Zresztą, stosunki szerokości kory i istoty rdzennej do całego nadnercza tudzież poszczególnych warstw kory do siebie ulegają najrozmaitszym wahaniom, zależnie od kształtu i od przekroju samego nadnercza, tak, że można je tylko w przybliżeniu, ogólnikowo oznaczać.

W komórkach nadnercza, a głównie w komórkach pasa rdzennego znajdowaliśmy złogi barwnika brunatno-żółtego (hemosyderyna), o znaczeniu którego mówić będziemy później przy zajmowaniu się zmianami chorobowymi, spotykanymi w nadnerczach dzieciennych. Barwnika, jaki często znajdujemy w nadnerczach osób starszych, usadowionego w komórkach warstwy siatkowej, graniczących z istotą rdzenną, a którym to VIRCHOW nadał nazwę *zona intermedia*, w nadnerczach dzieci nie spotykaliśmy wcale. W tem zgadzamy się z MÜHLMANNEM i MAASEM. Natomiast PLECNİK znalazł barwnik u dziecka sześciomiesięcznego.

Kilka słów należy się jeszcze sprawie unaczynienia nadnerczy. Jak wiemy, w torbie znajdują się liczne naczynia, o ścianach

dobrze rozwiniętych. W korze i istocie rdzennej widzimy nadto całą sieć naczyń krwionośnych. W korze biegną one głównie wzdłuż przegród (septów) tkanko-łącznowych. Natomiast w istocie rdzennej żyły przedstawiają się na preparatach, jako duże przestrzenie, znacznie porozszerzane, powyścielane jedynie śródbłonkiem. Na taki ścisły stosunek komórek nadnerczy, a zwłaszcza komórek rdzennych do naczyń krwionośnych zwracał uwagę już cały szereg autorów, dość przytoczyć HULTGRENA i ANDERSENA, MANASSEGO. Ten ostatni twierdzi, jakoby żyły często nie posiadały wcale śródbłonka, a światło ich wyścielone było jedynie komórkami gruczołowymi. Co więcej, widzi on nawet wypustki, złożone z komórek gruczołowych, wchodzące do światła żył. Brak śródbłonka w żyłach zauważaliśmy również na naszych preparatach dość często, tak, że twierdzenie to możnaby przyjąć za pewne. Bujania jednak komórek do światła żył, spostrzeganego przez MANASSEGO, nie udało się nam nigdzie wykazać. FÉLICINE twierdzi, że naczynia krwionośne pootaczane są grubymi ścianami, a komórki gruczołowe wydzielają treść do kanalików, biegnących tak między komórkami kory, jak i istoty rdzennej. FÉLICINE widziała również, że kanalikowe wchodzi do naczyń włosowatych. Wyniki te otrzymała przy badaniu nadnerczy zwierzęcych; co do człowieka, to autorka zastrzega się, że pracowała na małym materiale, nie mogła więc z całą pewnością stwierdzić obecności takich kanalików. To też przy badaniu nadnerczy ludzkich zwracaliśmy baczniejszą uwagę w tym kierunku. Wobec jednak nieznanego przez nas takich kanalików istnienie podobnych urządzeń w nadnerczach ludzkich wydaje nam się wątpliwym.

Podobne kanalikowe opisywali również STILLING i CIACCIO.

Przechodząc teraz do szczegółów, dotyczących się kory i istoty rdzennej, opiszemy

my je oddzielnie w nadnerczach płodów, noworodków, osesków, a to z powodu, iż dla każdego z nich stosunki i obrazy są nieco odmienne.

(Patrz ryc. 8 na str. 713).

U płodu sześciomiesięcznego (jest to najmłodszy płód, którego nadnercza badaliśmy) mamy torebkę cienką, zbitą, otaczającą całe nadnercze (Ryc. 8 t). Z torebki tej w kilku miejscach wychodzą cienkie pasma tkanki łącznej, które nieznacznie tylko, niezbyt głęboko wnikają w głąb nadnercza. Temu skąpemu wnikaniu tkanki łącznej odpowiada brak dobrze wykształconej kory, gdyż, jak to już wyżej raz podnosiliśmy, komórki kory układają się w kłębki i w pasma w miarę wstania w głąb nadnercza pasm tkanki łącznej. Na obwodzie nadnercza mamy wąski pas, złożony z komórek o bardzo skąpej ilości protoplazmy (Ryc. 8 a), o małych, niezbyt ciemno barwiących się jądrach. Komórki te tworzą miejscami jakby pasma i kłębki, charakterystycznej jednak dla warstwy korowej budowy wykazać tu nie można. Pas ten posiada blade niebieskie zabarwienie w przeciwieństwie do środkowej części nadnercza, która jest wyraźnie na różowo zabarwiona. Ta część nadnercza (Ryc. 8 b) składa się z komórek o bardzo obfitej, różowo zabarwionej, drobnoziarnistej protoplazmie, zawierającej liczne wodniczki, kontury tych komórek są dobrze zaznaczone, jądra ich duże, pęcherzykowate, słabo błękitnie się barwią, w jądrach widoczne są ziarna i pętle chromatyny. Komórki te są poukładane w niewyraźne pasma bardziej na zewnątrz, w części zaś bardziej wewnętrznej tworzą siatkę. Wzdłuż pasm i w oczkach siatki biegną bardzo liczne włosowate naczynia krwionośne, posiadające własny, dobrze utrzymany śródbłonek. Naczynia te są wszystkie krwią wypełnione, ztąd brunatno-krwisty wygląd makroskopowy całej tej części nadnercza. Jak widzimy, komórki, wyżej



Ryc. 8, mikroskop Reicherta soczewka 3, okular rys. Leitza 4. Nadnercze płodu ludzkiego 6-ciomiesięcznego t) torebka, a) komórki korowe wykształcone, b) komórki korowe niewykształcone, sg) grupy sympatogoniów.

opisane, różnią się znacznie od zupełnie wykształconych komórek warstwy pasmowej i siatkowej, przytem obie warstwy, t. j. obwódowa błękitna i środkowa różowa, zajmują prawie całą szerokość nadnercza, podczas gdy wykształcone już komórki korowe zajmują pas znacznie węższy. Przypuszczamy więc, że mamy tu do czynienia z komórkami, które stanowią niejako przejście między ko-

mórkami *zona interrenalis* a zupełnie już wykształconymi komórkami kory. Są to więc niejako pierwotne komórki korowe, których ułożenie stanowi zawiązek późniejszych trzech warstw kory.

W środku nadnercza widzimy duże naczynia krwionośne z dobrze utrzymanym śródbłonkiem, a w pobliżu ich niewielkie grupki komórek bardzo małych, bardzo wy-

rażnie konturowanych o nader skąpej ilości protoplazmy, niebiesko zabarwionej, i względnie dużych, prawie całą komórkę zajmujących, ciemno barwiących się jądrach. Na preparatach, utrwalonych w płynie MÜLLERA, zupełnie nie można wykazać feochromizmu. Możemy więc prawie z całą pewnością twierdzić, że mamy tu do czynienia z macierzystymi elementami istoty rdzennej z t. zw. sympatogoniami.

(c. d. n.)

Z oddziału Doc. D-r med. W. Janowskiego w szpitalu
Dz. Jezus w Warszawie.

O odczynie białkowym w płwocinie i jego wartości praktycznej.

podali

Mieczysław Gantz i Ryszard Hertz.

(Dokończenie — patrz Nr. 31)

Przechodząc obecnie do omówienia naszego materiału, rozejrzemy się w każdej z wymienionych wyżej grup oddzielnie.

I. **Gruźlica płuc.** Zpośród 60 przypadków gruźlicy płuc — w 56 mieliśmy do czynienia z mniej lub więcej rozległą sprawą, przeważnie o charakterze rozpadowym, w 2-ch ze zmianami wyraźnie bliznowatymi, w 2-ch wreszcie (jeden z praktyki prywatnej d-ra JANOWSKIEGO) ze zmianami początkowymi w szczytach.

Na 60 przypadków w 57-iu, a więc w 95% otrzymaliśmy w y n i k d o d a t n i o rozmaitem natężeniu, nie zawsze stojącym w wyraźnej zależności od rozległości procesu, cośmy gotowi zresztą tłumaczyć sobie tem, że w rozmaite dni płwocina chorych na gruź-

licę płuc może zawierać rozmaite ilości białka. To samo powiada RENK, którego zdaniem ilość białka w płwocinie suchotników podlega daleko większym wahaniom, niż — w zwykłym katarze oskrzeli.

Z trzech przypadków o wyniku ujemnym odczynu dwa dotyczyły chorych ze zmianami włóknistymi w płucach i mało wogóle oddających płwociny. Laseczników w jednym przypadku znaleźć nie mogliśmy nawet przy kilkakrotnem badaniu, zmiany jednak — lekkie stłumienie, wydech wydłużony, zlekka chuchający — i odczyn tuberkulinowy nie pozwalały wątpić, że mamy tu do czynienia z gruźlicą płuc.

Trzeci chory przedstawiał dla nas swego rodzaju zagadkę: miał bowiem dość rozległe zmiany rozpadowe, stwierdzone zresztą później na sekcji, odczyn zaś białkowy, powtarzany dwukrotnie, był ujemny. Mogą tu zachodzić tylko dwie ewentualności: albo odczyn był dokonywany błędnie (wtedy jeszcześmy nie dodawali soli kuchennej, jak radzi WANNER), albo też pewne przypadki gruźlicy rozpadowej nie dają odczynu białkowego. Należałoby się może wreszcie liczyć i z możliwością omyłki co do samej płwociny. W każdym bądź razie jest to przypadek, stojący zupełnie oddzielnie i dla nas niejasny. Myślimy przy tem, że jeszcze większy materiał kliniczny, obejmujący gruźlicę rozpadową, prędzej obali, niż potwierdzi istnienie tego wyjątku.

Silniej zaakcentować musimy wspomniane już dwa przypadki początkowej gruźlicy płuc o zmianach bardzo niewielkich w szczytach. W obu laseczników w płwocinie nie znaleziono, w jednym tylko dokonano próby Moro z wynikiem dodatnim. W obu odczyn białkowy wypadł dodatnio, w jednym nawet bardzo wyraźnie (stopień II).

Na szczególne omówienie zasługuje jeszcze chory Skrz. lat 52 z rozpoznaniem pier-

KEFIR z ŻELAZEM

W celu podniesienia leczniczej wartości kefiru dla osób nerwowych, niedokrwistych i dotkniętych długotrwałą blednicą zalecany bywa kefir z żelazem i peptonem przygotowany domowym sposobem z

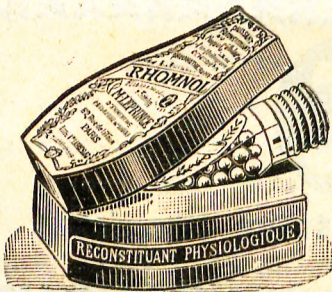
pastylek kefirowych z żelazem

Pudełko pastylek kefirowych z żelazem zawiera 40 sztuk (cena 1 rs. 20 kop.) pastylek na tyleż flaszek kefiru z preparatem żelaznym nieobciążającym żołądka, niepsującym zębów i bardzo przyjemnego smaku

poleca

Apteka E. GESSNERA w Warszawie

Jerozolimska 27, róg Kruczej.



Kwas nukleinowy
i
Nukleofosfaty
naturalne.

RHOMNOL

$C^{40} H^{54} Az^{14} O^{27} P^4$

Potężny środek przyspieszający ogólne odżywianie.
Racyonalne leczenie fosforem.

Wskazania: Gruźlica, Fosfaturia, Cukrzyca, Neurastenia, Chloro-
Anemia, Rekonwalescencya.

Pigułki: 4 do 10 dziennie podczas jedzenia, ziarenka ocukrzona, łyżeczka od kawy lub deserowa podczas każdego jedzenia.

Wzmoczone ciśnienie

Miażdżyca tętnic, krwotoki płucne, skleroza w nerkach, zaburzenia w okresie przekwitania, podagra, krwotoki kongestyjne, migrena, zawroty głowy i t. d.

GUIPSINE

Nowy środek roślinny, obniżający ciśnienie
przeciw - miażdżycowy, przeciw - krwotoczny, przeciw - białkowy.
Zawiera pierwiastek działający Gui.
6 do 10 pigułek dziennie przed jedzeniem.



Próby na żądanie
Dr. M. LEPRINCE
62 Rue de la Toure
Paris.

Docteur Maurice Leprince, 62 Rue de la Pour Paris, France.

wotnem — rozedma płuc, przewlekły katar oskrzeli. Wobec wyraźnych objawów zajęcia oskrzeli i w szczytach a także niejednokrotnych podniesień ciepłoty nawet do 39° powstało podejrzenie, czy nie mamy tu do czynienia z gruźlicą płuc. Dokonaliśmy odczynu MORO i otrzymaliśmy wynik dodatni II stopnia. Kilkakrotnie badano płwocinę na laseczniki gruźlicze, lecz nigdy ich nie znajdowano. Dwukrotnie poddawaliśmy po pewnym przeciągu czasu płwocinę próbie białkowej, i oba razy odczyn wypadł dodatnio (III stop.). Zestawiając tedy całokształt badania, należy przypuścić, że w danym przypadku mieliśmy istotnie do czynienia z gruźlicą płuc. Musimy się tu jednak zastrzedz, że pojedyncze przypadki rozedmy płuc, powikłane przez katar oskrzeli, mogą niekiedy dawać odczyn białkowy i przy braku zmian gruźliczych, o czem zresztą niżej. W tego rodzaju przypadkach sam odczyn białkowy, rzecz naturalna, decydować o naturze cierpienia nie może, i dopiero inne objawy lub ewentualnie badania pomocnicze mogą ułatwić rozpoznanie.

Wreszcie wspomnieć chcemy o chorym³⁾ z rozpoznaniem rozpoczynającej się choroby POTT, u ktorego (przy niewielkich bliznowatych zmianach w szczycie) odczyn białkowy dwa razy wypadł ujemnie, raz był wątpliwy, gdy próba MORO dała rezultat dodatni. Kilkakrotne badanie płwociny na laseczniki KOCHA było bez wyniku. Sądziłibyśmy, że wynik ujemny badania chemicznego płwociny w danym przypadku zależy od prawie lub zupełnie zagojonych zmian w szczycie, dodatni zaś wynik odczynu tuberkulinowego należy położyć na karb gruźliczych zmian kregosłupa.

Reasumując obecnie wyniki naszych ba-

dań w przypadkach gruźlicy płuc, możemy wypowiedzieć następujące wnioski:

- 1) w przypadkach bardziej posuniętej gruźlicy płuc odczyn białkowy w płwocinie daje zawsze (chory M.?) wynik dodatni;
- 2) początkowe okresy gruźlicy dają również odczyn dodatni;
- 3) włóknista postać gruźlicy płuc może dać odczyn ujemny.

II. Zapalenie płuc włóknikowe.

Na 8 przypadków tego cierpienia w jednym tylko nie otrzymywaliśmy dodatniego wyniku próby białkowej. Był to jednak chory, który przyszedł do oddziału na 7-my dzień choroby, i u którego w pierwszych dniach pobytu w szpitalu stwierdzono wysięk opłucny. Badania na białko dokonano po raz pierwszy na 16-sty dzień choroby, zaś na ósmy po spadku ciepłoty i na 4-ty po wypuszczeniu płynu z opłucny, gdy chory się miał już wcale nieźle, a objawy przedmiotowe prawie znikły. Dwa inne przypadki, w których płwocinę badano na białko tuż po spadku krytycznym ciepłoty i przez kilka dni następných, a w których odczyn był słaby, a później ledwie występujący, — w zestawieniu z pozostałymi, w których natężenie odczynu przed kryzą było bardzo silne, zaś po spadku ciepłoty (kryzie) wnet się zmniejszało, by następnie zniknąć, uprawniają do wypowiedzenia wniosku, że **z a p a l e n i e p ł u c w ł ó k n i k o w e** daje **z a w s z e o d c z y n b i a ł k o w y d o d a t n i**, przytem zazwyczaj w wybitnym stopniu, i że odczyn ten po kryzie słabnie lub nawet znika zupełnie. W przypadkach o wolnem wyłanianiu się nacieku (chory Żak.) odczyn dodatni utrzymuje się nieraz z przerwami czas dłuższy.

III. **Z g o r z e l i p ł u c** spostrzegaliśmy jeden tylko przypadek, w którym odczyn przy kilkakrotnem badaniu był stale dodatni.

IV. Przypadków **w y s i ę k u w o p ł u c n i e** było 8, z tych cztery, jako powi-

³⁾ Przypadek ten nie jest objęty powyższą liczbą 60.

klanie zapalenia płuc włóknikowego ⁴⁾). Cztery przypadki miały wysięk ropny: jeden po zapaleniu płuc, trzy jako powikłanie gruźlicy ⁵⁾), cztery zaś — wysięk surowiczy: trzy po zapal. płuc, jeden samoistny. We wszystkich odczyn białkowy był dodatni.

Dodatni wynik próby białkowej, jaki otrzymaliśmy w 7 przypadkach, wikłających bądź to zapalenie płuc, bądź gruźlicę, tłumaczmy sobie, jako zależny od sprawy, zachodzącej w samem płucu, względnie wskutek przeciągającej się t. zw. rezolucyi.

Co się zaś tyczy przypadku ósmego, w którym u chorego z ostrem zapaleniem wsierdzia rozwinęło się dwustronne wysiękowe zapalenie opłucny, to tu dodatni odczyn białkowy najprawdopodobniej warunkował się zmianami obrzękowemi w płucu, chory ten bowiem miał bardzo osłabioną czynność serca (tętno 120 — 130, obrzęki na nogach). Swoją drogą ciekawem byłoby przekonać się, czy inne przypadki samoistnego zapalenia wysiękowego opłucny bez objawów niedostateczności serca również dają wynik dodatni próby białkowej. Wtedy bowiem należałoby może przypuścić istnienie jakichś zmian szczególnych w naczyniach samego płuca (natury toksycznej?), powodujących przesączanie się surowicy do pęcherzyków i oskrzeli.

V. Przypadki cierpienia mięśnia sercowego (6), wad serca (9) i zapalenia nerek (9) mają pod względem próby białkowej tę wspólną cechę w naszych badaniach, że nie powikłane przez gruźlicę lub zapalenie płuc (wzgl. zawał krwotoczny) dają wynik ujemny, gdy natomiast występujące osłabienie działalności serca i, co zatem idzie, poczynający się obrzęk płuc dają wnet od-

c z y n d o d a t n i, przeważnie o natężeniu słabem.

Wspaniałą ilustracją tego jest chory Ptasz. l. 58, który przyszedł do oddziału z objawami osłabienia działalności serca. Rozpoznanie brzmiało: *emph. pulm., myocarditis et adynamia cordis, hypertr. prostatae*. W płucach z początku stwierdzono sporo rzeżeń u dołu. Z biegiem czasu stan chorego się poprawił znacznie, poczem chory się wypisał. W pierwszym okresie choroby dwukrotne badanie płwociny na białko dało wynik dodatni, w drugim również dwukrotne badanie dało wynik ujemny odczynu. Dodam, że rzeżenia w płucach z czasem również znikły.

U innego chorego (Warsz. lat. 68) z rozpoznaniem — *emph. pulm., myocarditis et adynamia cordis*—objawy w płucach przemawiały za niewielkim obrzękiem dolnych części płuc, odczyn zaś białkowy przy trzykrotnem badaniu (chory leżał 7 dni w oddziale) był zawsze wybitnie dodatni (III stopnia). Na sekcyi znaleziono znaczny obrzęk płuc.

Te dwa i inne przypadki, których tu dla braku miejsca przytaczać nie możemy, przemawiałyby za tem, że za pomocą odczynu białkowego w przypadkach chorób kategorii omawianej można rozpoznawać nieraz niewielki obrzęk płuc, odróżniając w ten sposób przypadki zwyczajnego zastoinowego kataru oskrzeli w dolnych płatach płuc od poczynającego się obrzęku (przypadki z objawami w dolnych płatach płuc o odczynie białkowym ujemnym). Dodać wreszcie musimy, że przypadki przesieku w opłucnie (2) dawały nam odczyn dodatni, tłumaczmy zaś sobie ten fakt w ten sposób, że wraz z obrzękiem opłucny niewątpliwie następuje i obrzęk części samego płuca.

VI. Badania nasze w przypadkach przewlekłego nieżytku oskrzeli (8) potwierdzają w zupełności dane, otrzymane przez WANNERA i innych. Na ogół bowiem

⁴⁾ wliczone już do rubryki II.

⁵⁾ do rubryki I nie zaliczone.

odczyn białkowy wypada w tem cierpieniu ujemnie. Niekiedy wprawdzie przypadki *bronchitis chronica* mogą, jak tego dowodzą trzy nasze spostrzeżenia, dać przemijająco lub nawet stale dodatni odczyn białkowy, wtedy jednak należy bądź to podejrzewać współistnienie gruźlicy płuc, bądź też, co szczególniej mieć może miejsce przy jednoczesnej rozedmie płuc, odczyn dodatni bywa wyrazem zmian obrzękowych w płucach na skutek osłabienia czynności serca (p. wyżej). Tego samego zdania jest również i WANNER.

VII. Pozostaje wreszcie do omówienia rubryka ostatnia, obejmująca 20 przypadków z rozpoznaniem rozmaitem (*ulc. ventr., carc. ventr., hysteria, gastritis* i t. p.). Pięć razy otrzymaliśmy wynik dodatni próby na białko. Z tych w jednym przypadku chory miał rozlane rżenia w całym płucu i krwiopłucie (przybył z powodu krwawej biegunki). Odczynu tuberkulinowego nie mogliśmy wykonać, pozostało więc przypuszczenie, że chory ten poza dyzenterją miał swoiste zmiany w płucach; laseczników w płwocinie nie znaleziono. Dwaj inni chorzy z rozpoznaniem *neurosis traumatica* i podejrzeniem co do gruźlicy dawali stale dodatni odczyn białkowy w płwocinie. U pierwszego odczyn Moro był dodatni, u drugiego ujemny. Prześwietlenie dokonane w 1 przypadku (kol. JUDT), żadnych zmian szczególnych w płucach nie wykryło. Objawy kliniczne w płucach u obu były bardzo nieznaczne. W ten więc sposób u pierwszego chorego musimy ze znacznem nawet prawdopodobieństwem rozpoznawać początki gruźlicy płuc, u drugiego zaś powinniśmy podejrzewać jej istnienie. W każdym razie oba te przypadki wyraźnie ilustrują wartość metody omawianej, jedynie bowiem wynik dodatni badania płwociny na białko skierował naszą uwagę na możliwość cierpienia płuc.

Chory Kacp. z *adenocarcinoma hepatis* (kliniczne rozpoznanie: *carcinoma hep.*) dawał w płwocinie odczyn wybitnie dodatni (III stopnia), co było spowodowane charłaczym obrzękiem płuc przed samą śmiercią.

Trudniej już wytłumaczyć sobie możemy występowanie odczynu dodatniego u chorego z *cirrhosis hepatis*, u którego z początku trzykrotne badanie płwociny dawało wynik ujemny, następnie dwukrotnie odczyn dodatni. Wyraźnego związku między wynikiem badania płwociny a objawami klinicznymi dopatrzyć się nie mogliśmy. Może i tu pewną rolę gra sprawa obrzęku płuc?

Widzimy tedy, że i w tej grupie przypadków odczyn białkowy daje płwocina tych chorych, u których bądź to istnieją jednocześnie zmiany gruźlicze w płucach, bądź też należy podejrzewać te zmiany, wreszcie u których istnieją objawy obrzęku płuc.

Jeżeli teraz, zanim jeszcze zgrupujemy ostatecznie nasze wnioski, zastanowimy się nad tem, jak należy sobie tłumaczyć zjawianie się białka w płwocinie w pewnych tylko stanach chorobowych, — to zgodzić się musimy najzupełniej z objaśnieniem, podawanem przez WANNERA. Autor ten rozpatruje trzy możliwości dostawania się białka do płwociny: 1) z gruczołów śluzowych, 2) z naczyń oskrzeli i pęcherzyków, 3) z owrzodzeń oskrzeli i miększu płucnego.

Pierwsze źródło mało wchodziło w rachubę, za czem zresztą przemawiają i dane badania płwociny w katarach oskrzeli (brak białka). W gruźlicy, rozszerzeniach oskrzeli i zgorzeli płuc białko pochodzi z owrzodzeń. Co się zaś tyczy zapalenia płuc włóknikowego, dającego duże ilości białka w płwocinie w krótkim czasie, to tu WANNER przypuszcza istnienie chorobowej przepuszczalności naczyń pod wpływem samego cierpienia. Że to

przypuszczenie może mieć istotne podstawy, za tem przemawia fakt, że i w obrzęku płuc,— w którym niewątpliwie zmiany chorobowe w naczyniach powodują przesączenie się dużych ilości surowicy do pęcherzyków i oskrzeli, — mamy płwocinę, obfitującą w białko.

Reasumując obecnie wyniki naszych badań i zestawiając je z wynikami badań innych autorów, musimy je formułować w sposób następujący:

1. Odczyn białkowy jest w wykonaniu tak prosty i zabiera tak mało czasu, że powinien bezwarunkowo wejść na stałe do arsenału naszych badań pomocniczych przy łóżku chorego.

2. Odczyn białkowy można uważać do pewnego stopnia za odczyn swoisty, dowodzi bowiem istnienia sprawy zapalnej albo też obrzęku w samym płucu.

3. Katary oskrzeli nie dają odczynu białkowego.

4. Gruźlica płuc w swych okresach początkowych i dalej posuniętych, z wyjątkiem może postaci włóknistych, daje mniej lub więcej wyraźnie występujący odczyn białkowy.

5. Zapalenie płuc a także zawał krwotoczny dają odczyn białkowy dodatni.

6. Obrzęk płuc nawet w niewielkim stopniu daje wyraźny odczyn białkowy.

Jak z powyższego widać, może nam odczyn białkowy oddać w praktyce nieraz znaczne usługi. Dość wspomnieć i tu tak częste wątpliwości co do istnienia początkowych zmian gruźliczych, gdy badanie bakteriologiczne na laseczniki daje wynik ujemny, a cały szereg objawów przemawia za możliwością tego rozpoznania. W takich przypadkach dodatni wynik odczynu przeważy szalę na korzyść gruźlicy.

STRESZCZENIA.

Akuszerya i choroby kobiet.

134. Hammerschlag. O chorobach wewnętrznych, dających wskazanie do przerwania ciąży.

Opierając się na materyale uniwersyteckiej kliniki berlińskiej, autor na posiedzeniu niemieckiego północno-wschodniego towarzystwa ginekologicznego w Królewcu w d. 29 stycznia 1910 r. miał odczyt pod powyższym nagłówkiem. Przedewszystkiem zaznaczył, iż ustalić wskazania winni wspólnie lekarz chorób wewnętrznych i ginekolog. Wskazania te są następujące:

1. W w a d a c h s e r c a. Jeżeli w wadzie serca niewyrównanej ogólne leczenie, usunięcie bodźców moralnych i cielesnych, spokojne leżenie, odpowiednia dyeta

i środki, wzmacniające działalność serca (przetwory naparstnicy, strofantu), zawódzą, i nie następuje wyrównanie zaburzeń, powodowanych chorobą serca, to sztuczne poronienie jest wskazane. Wywołanie sztucznego porodu przedwczesnego jest równie niebezpieczne, jak poród czasowy w tych warunkach, i dlatego musi nadzwyczaj oględnie być przeprowadzony. Powikłanie chronicznem zapaleniem nerek pogarsza rokowanie.

2. W g r u ż l i c y p ł u c i k r t a n i. Gruźlica płuc wymaga starannego leczenia na stan płuc podczas ciąży. Wzmocnienie objawów fizycznych, ubytek wagi ciała, odczyn dodatni tuberkulinowy lub krwiopłucie albo zapalenie opłucny, znamionujące wzrost sprawy gruźliczej, są wskazaniem do przerwania ciąży, a najodpowiedniej do

sztucznego poronienia; jeżeli jednak przypadek jest beznadziejny, to uwzględnienie życia dziecka upoważnia do zaniechania przerwania ciąży. Przy ustalonym rozpoznaniu gruźlicy krtani ciążę bezwarunkowo należy przerwać, a nawet wykonać wycięcie macicy dla otrzymania lepszej szansy dla następnego utuczenia kobiety.

3. **W chorobach nerek.** Zmiany nerkowe w ciąży (Schwangerschaftsniere) i zapalenie nerek podczas ciąży (Schwangerschaftsnephritis), przebiegające przy ciężkich objawach, jak puchlina opłucny, puchlina brzuszna, cierpienia oczu, stanowią bezwarunkowe wskazanie do przerwania ciąży; także samo wskazanie daje chroniczne zapalenie nerek, gdy tymczasem ostre zapalenie nerek nie daje wogóle powodu do przerwania ciąży. Zapalenie miedniczek nerkowych (*pyelitis*) nie jest również wskazaniem; w bardzo rzadkich tylko przypadkach tegoż, gdzie pomimo odpowiedniego leczenia niema poprawy, i życie pacjentki jest zagrożone, dozwolone jest przerwanie ciąży.

4. **W płasawicy (*chorea*).** Powolnie przebiegające postaci płasawicy wymagają leczenia ogólnego; ostro występujące zaś przy ciężkich objawach otrucia ustroju wymagają przerwania ciąży.

5. **W cukromoczu (*diabetes mellitus*).** Jeżeli w przypadkach lekkich, pomimo diety przeciwcukromoczowej, cukier z moczem nie znika, lecz, przeciwnie, obok niego występuje białko, aceton i kwas octowy, to wskazane jest niezwłoczne przerwanie ciąży.

6. **W chorobach krwi.** Przerwanie ciąży w złośliwej małopokrwistości (*anaemia perniciosa*) i białaczce (*leukemia*) będzie zawsze usprawiedliwione nadzieją powstrzymania zgubnego przebiegu tych chorób. W krwawiaczce (*haemophilia*) wskazane być może wywołanie sztucznego poronienia obawą przed i celem zapobieżenia mogącemu mieć miejsce śmiertelnemu krwotokowi w okresie łożyskowym.

(Monatsh. f. Geburtsh u. Gyn. 1910 r. kwiecień).

135. **E. Ullman. O związku zachodzącym między mięśniakiem macicy i wolem.**

Wiadomo oddawna, że istnieje związek

między macicą i prawidłowym gruczolem tarczowym. Niewiadomo wprawdzie, na czem zależy stosunek obu tych narządów; wiemy tylko, iż u dość znacznej liczby kobiet podczas miesiączkowania ma miejsce przemijające powiększenie gruczołu tarczowego. Spostrzega się również podczas ciąży powiększenie gruczołu tarczowego, pozostające stale po porodzie. Powstawanie wola tego objaśniano w ten sposób, iż przez parcie podczas porodu naczynia gruczołu tarczowego ulegają rozszerzeniu; lecz objaśnienie to jest nieodpowiednie, albowiem wole, pozostałe po porodzie, nie jest wolem naczyniastem (*struma vasculosa*), jakiemby być powinno według powyższego objaśnienia, lecz jest wolem mięszzowem (*str. parenchymatosa*). Autor sądzi, iż powstanie tego wola jest w związku z powiększeniem się macicy.

Daleko częstsze zjawianie się wola u kobiet, niż u mężczyzn, przemawia również za zależnością jego od macicy.

Autor zwraca uwagę na to, iż u wielu kobiet z mięśniakami macicy stwierdzał jednocześnie znaczne powiększenie gruczołu tarczowego; powiększenie to w jednych przypadkach było w części wolem mięszzowem, w części zaś skutkiem zwyrodnienia występowało jako wole galaretowate (*str. colloidea*). Po wycięciu jednak mięśniaka wola te ulegały znacznemu zmniejszeniu, a w niektórych przypadkach zupełnie nawet zanikały. Ponowny jednakże wzrost wola nie jest wyłączony, jak to spostrzegał autor w jednym przypadku, gdzie po wycięciu mięśniaka nastąpiło takie zmniejszenie wola, iż duszność, przez nie powodowana, zupełnie ustąpiła, ale po czterech latach zwyrodnienie galaretowate ponownie powiększonego wola zniewoliło do wykonania operacji wycięcia wola.

Czy dokonanie wycięcia wola (*strumectomia*) wywiera wpływ za zanik mięśniaka, autor nie miał sposobności stwierdzić.

W wieku przekwitania (*climacterium*) kobiet, cierpiących współcześnie na mięśniaka macicy i wole, wraz z przemianą wsteczną mięśniaka następuje zmniejszenie wola.

Prof. SEGOND na kongresie chirurgów francuskich potwierdził powyższe wywody

i spostrzeżenia autora, dołączając do nich swoje własne.

(Wiener. klin. Wochensch. 1910, Nr. 16).

136. Engelhorn. Ucisk aorty palcami, jako środek, tamujący krwawienie przy krwotokach poporodowych.

Już w roku 1797 PLOUQUET usiłował krwawienie w okresie łożyskowym wstrzymać uciskiem, wywieranym palcami na aortę w ten sposób, iż, wprowadziwszy rękę do macicy, ścianę jej tylną przyciskał do aorty. ULSAMER następnie zalecał ucisk aorty od zewnątrz przez powłoki brzuszne. TREHAN w r. 1829 podał ucisk aorty, jako „nowy sposób leczenia—*nouveau traitement*” i utrzymywał, iż jest on łatwo wykonalny, gdyż tylko tętnica podbrzusna doprowadza krew do narządów miednicy. LUSCHKA zaprzeczył temu twierdzeniu, wskazując na rolę, jaką odgrywa w ukrwieniu macicy tętnica nasienna, skutkiem czego, jak powiada, niema się czemu dziwić, iż wielu akuszerów nie przyznaje żadnej wartości uciskowi aorty. I rzeczywiście, oddawna już w podręcznikach położnictwa ucisk aorty, jako środek, wstrzymujący krwawienie, jest pomijany.

Doświadczenia dopiero MOMBURGA nad „sztucznym opróżnieniem z krwi dolnej połowy ciała” zwróciły ponownie uwagę akuszerów i ginekologów na znaczenie, jakie posiada ucisk aorty przy zabiegach operacyjnych i krwotokach poporodowych. Zjawily się liczne spostrzeżenia z klinik i praktyki prywatnej, zachwalające opaskę MOMBURGA, jako nieoceniony sposób w krwotokach poporodowych, powodowanych niedowładem macicy. Pomyślny skutek, wywierany przez opaskę MOMBURGA, zależny jest z jednej strony od wstrzymania dopływu krwi, z drugiej zaś od pobudzenia do skurczu macicy przez spowodowanie jej małokrwistości. Opierając się na długoletniem, nabytem w obszernej swej praktyce doświadczeniu, autor uważa, iż w krwotokach atonicznych macicy drugi ten sposób działania opaski MOMBURGA, t. j. spowodowanie małokrwistości macicy posiada większe znaczenie. Niejednokrotnie bowiem znajdujemy kobiety, wskutek krwotoków w okresie łożyskowym najzupełniej

obezkrwione, u których krwawienie przed przybyciem lekarza samodzielnie się wstrzymało, i u których macica jest ściągnięta, twarda, jak kamień; jest to skutek, wywołany bezwątpienia wysokim stopniem małokrwistości całego ustroju, a więc i macicy. W podobnych przypadkach, takie znaczne opróżnienie z krwi macicy uważać musimy za samopomoc natury, co nam objaśnia znany fakt, iż śmiertelne krwawienia poporodowe (nie powodowane np. pęknięciem szyi) stosunkowo rzadko się zdarzają. Dalej autor zauważył, iż w licznych przezeń spostrzeganych krwawieniach w okresie łożyskowym, położywszy celem kontroli niedowładnej macicy rękę na dno i tylną ścianę tejże, wyczuwał często tętnienie aorty i zaraz potem silne skurczenie się macicy. Zjawisko to wyjaśniła mu praca MOMBURGA: powyższy skurcz wywołany był mimowolnym, lecz uprzednio niezamierzonym uciskiem aorty ręką, ułożoną między kręgosłupem a macicą.

Autor opisuje dwa przypadki, w których zastosował celowo i metodycznie ucisk aorty w niedowładzie macicy w ten sposób, iż bezpośrednio po urodzeniu się dziecka trzymał palcami prawej ręki przyparł silnie aortę tuż przed podziałem jej, na wysokości 4 — 5 kręgu, do kręgosłupa, dopóki nie znikło tętno udowe. Ucisk ten wywierał od 1½ — 2½ minut; w obu razach skutek zamierzony był całkowicie osiągnięty. Autor zwraca uwagę na ten sposób i zaleca wypróbowanie go.

(Centralbl. F. Gynäk Nr. 16, 1910).

D-r Jakób Rosenthal.

Choroby układu nerwowego.

137. Steyerthal. Leczenie paraliżu postępującego.

Autor przestrzega, iż nie należy twierdzić kategorycznie, że mamy do czynienia z paraliżem postępującym w każdym przypadku, gdzie objawy kliniczne za tem przemawiają, że jest to cierpienie nieuleczalne i że w krótkim czasie powoduje śmierć.

Z własnej praktyki przytacza przypadki, gdzie rozpoznanie takie okazało się mylnem.

Przedewszystkiem są t. zw. *pseudoparalysis luetica*, są otępienia na tle nadużycia alkoholu, zwapnienia naczyń i otępienia pourazowe, przypominające paraliż postępujący.

Oprócz tych przypadków w praktyce prywatnej zdarzają się inne, gdzie rozpoznanie paraliżu postępującego jest trafne, ale gdzie cierpienie nie ma charakteru postępującego. Obraz chorobowy albo nie rozwija się w całości, jak przywykliśmy zwykle widzieć, zatrzymuje się na pierwszych szczeblach

(*abortive Paralyse*) albo też zmienia nagle tempo postępu i staje się przewlekłym (*stationäre Paralyse*).

Autor dąży do rozpowszechnienia swego mniemania, iż porażenie postępujące nie jest nieuleczalne, jeśli leczenie rozpoczyna się w początkowym okresie. Powołuje się on na podobne zdanie OBERSTEINERA.

Chodzi więc o rozpoznanie cierpienia w pierwszym okresie.

(Mediz. Klinik, Nr. 14, 1910).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie klinicz. z d. 5 kwietnia 1910 r.

KRUKOWSKI przedstawił 2 przypadki rodzimej dystrofii mięśniowej (*Dystrophia musculorum progressiva*) z oddziału d-ra BREGMANA u chłopca 9-letniego i dziewczynki 11-letniej.

Na szczególną uwagę w przypadkach tych zasługuje zajęcie mięśni drobnych dłoni, które u obojga chorych jest w wysokim stopniu wyrażone. Godny uwagi jest również wczesny początek sprawy, który nie odpowiada żadnej ze znanych postaci dystrofii.

KIZLER przedstawił preparaty laseczników gruźliczych, laseczników DUCREYA (*ulcus molle*), gonokoków, meningokoków, pneumokoków i streptokoków na pożywkach CANTANIEGO. CANTANI podaje następujący sposób przygotowywania swego podłoża: w probówce miesza się płyn, zawierający białko, np. płyn przesiękowy z jamy otrzewny, z równą zawartością gliceryny. Z tak przyrządzonego glicerolatu należy $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ ctm. sz. przelać do probówki ze zwykłym agarem lub bulionem. W powyższy sposób były przygotowane podłoża CANTANIEGO w pracowni naukowej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego i dały wyniki nadzwyczaj dodatnie.

KACZYŃSKI demonstrował preparaty *scolicas* i część błony bąblowca, otrzymane drogą nakłucia próbnego i aspiracji, oraz pęcherzyki pochodne bąblowca, znajdujące się

wewnątrz dużego pęcherza w wątrobie i otrzymane już w czasie operacji.

MORACZEWSKI ze Lwowa wygłosił rzecz pod tytułem: „Badania nad indykanem w moczu”.

W pierwszej części odczytu prelegent omówił wpływ gruczołów, podawanych zamiast mięsa, na wydzielanie indykanu. Wpływ ten wyraża się powiększeniem indykanu, które jednak nie jest ściśle proporcjonalne do spożytej ilości gruczołów, raczej jest od ilości niezależne. Powiększenie to nie jest skutkiem niedomogi wątroby, ponieważ podany jednocześnie indol znika bez śladu i nie odbija się na ilości indykanu. Prelegent uważa wpływ gruczołów za pewnego rodzaju bodziec.

Druga część wykładu zajmuje się badaniem tolerancji na indol, która wyraźnie bywa zmniejszona przy niedostatecznym odżywianiu i w niektórych przypadkach zaburzeń wątroby. Tolerancja ta, mierzona ilością indolu 0,02 i badaniem powiększenia indykanu, okazała się małą w przypadku glikozuryi na tle artrytycznym, natomiast była zupełnie normalna w przypadkach ciężkiej cukrzycy, choroby BASEDOWA i przerostu wątroby. Wreszcie autor wspomina o badaniach ilości indolu przy sztucznym trawieniu białka i gruczołów, gdzie zdaje się wynikać, jakoby ta sama ilość

gruczołów dawała znacznie więcej indolu, niż odpowiednia ilość białka.

W dyskusji LANDAU Anastazy podkreśla zmianę, jaka zaszła w poglądach prelegenta na źródła indolu w ustroju. Już w roku zeszłym LANDAU zwalczał twierdzenia MORACZEWSKIEGO o wewnątrzkomórkowym powstawaniu indolu i wskazywał na to, iż materiał prelegenta jest niewystarczający do obalenia powszechnie uznanego poglądu, iż indol powstaje wyłącznie w grubej kiszce, zależnie od gnicia białka. Następnie LANDAU zwraca uwagę, iż dobrej tolerancji indolu, którą prelegent czyni zależną od spalania się jego w wątrobie, nie należy utożsamiać ze sprawnością wątroby. Jakkolwiek wiadomem jest, iż po wprowadzeniu indolu *per os* pewna część jego znika, to jednak nie jesteśmy pewni, iż winno temu jest spalanie indolu, bowiem również dobrze może on uleść zniszczeniu przez bakterye kiszki, a po drugie, jeżeli nawet zgodzić się z prelegentem co do utleniania się indolu, to nie wiadomo, czy czyni to wątroba. Zresztą, gdyby nawet tak istotnie było, to jeszcze ze spalania jednego produktu niepodobna wnosić o całokształcie funkcji wątroby.

Alfred SOKOŁOWSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „Madera i Wyspy Kanaryjskie z punktu widzenia klimatoterapeutycznego”. Po skreśleniu właściwości klimatu Madery, który się odznacza przede wszystkim równomiernością, gdyż ciepłoty zimowe z bardzo małymi wahaniami wynoszą stale 16,5 R., i po opisie pięknej flory, prelegent podaje następujące wskazania terapeutyczne: przede wszystkim pobyt na Maderze nadaje się dla chorych z upartymi katarami górnego odcinka dróg oddechowych, przeważnie suchymi, dla osobników anemicznych, wątłych, potrzebujących dużo ciepłego, łagodnego powietrza, a mało ruchu. Tak samo dla neurasteników, przepracowanych, szczupłych, osobników, dotkniętych suchymi katarami oskrzeli z małym stopniem rozedmy, szczególnie dla osobników starszych, potrzebujących więcej spokoju, niż ruchu. Do ujemnych stron pobytu na Maderze należy brak spacerów po równinie, uniemożliwiający ruch osobnikom, dotkniętym choćby nieznacznie niedomogą oddechową, brak wszelkich urządzeń higienicznych dla chorych, wreszcie drożyzna i odległość od naszego kraju.

O D C I N E K

Technika karmienia piersią niemowląt.

(Dokończenie—Patrz Nr. 31).

Jeśli nie chcemy błędzić po omacku, musimy wyraźnie zdawać sobie sprawę z obu w skład wchodzących czynników: dziecka i piersi, popytu i podaży, — musimy wiedzieć dokładnie, do czego dążymy: czy, by leniwe niemowlę zachęcić do ssania, czy też, by, nie uszkadzając mechanicznie brodawki, pobudzić gruczoł mleczny do obfitszej sekrecji lub zbyt obfitą ostrożnie umiarkować. Dopiero na drugim planie stoi drobne zaburzenie

w stanie zdrowia dziecka, które przejdzie, gdy uda nam się z zasadniczym zadaniem uporać, bo decydującymi są dwa zarówno groźne dla zdrowia i życia dziecka niebezpieczeństwa: dziecko może nie chcieć brać z piersi pokarmu, pierś może nie chcieć go dawać; oba prowadzą na bezdroża sztucznego żywienia. Ztąd potrzeba szczegółowej obserwacji, w której obok lekarza musi stanąć ktoś, kto z minuty na minutę obserwuje i pierś i dziecko, a więc nikt inny, jeno matka, gorzej znacznie, gdy mamka. Matka musi znać wytyczne punkty techniki karmienia tak, jak je zna lekarz, udziału jej w pracy nie lekceważą francuscy klinicyści. GRANCHER we wstępie

do książki TERRIEU mówi: „celem jej jest nauczyć młodego lekarza a także młodą matkę trudnej sztuki pielęgnowania niemowlęcia”. BUDIN we wstępie do swej książki powiada: „życzeniem naszym jest, by nie tylko koledzy, ale i wszystkie matki mogły nas czytać z pożytkiem”.

Punktem wyjścia dla wszelkich wskazań są dwa jednakowo ustalone dziś fakty: każde dziecko chce i umie ssać, każda pierś ma pokarm. Tylko chwilowo pierś może leniwie dawać pokarm, tylko chwilowo niedonoszony, słaby, atroficzny noworodek może nie umieć ssać. Doświadczenia z dziećmi napółurodzonymi, to jest, gdzie główka dopiero się pokazała, dowiodły, że ruch ssania powstaje automatycznie, jak oddech. Jeśli dziecko nie chce ssać, trzeba szukać przyczyny, — jest to anoreksya z powodu przekarmienia, katar, bolesność jamy ustnej, co przy brutalnem jej szorowaniu aż nadto często się zdarza, dalej — nieumiejętność matki, która, podając dziecku pierś, jednocześnie nos mu zatyka lub podaje samą brodawkę, zamiast wraz z brodawką dać dziecku do ust i część otoczki sutkowej. Pierwszy akt ssania polega na ruchu właściwym warg, drugi — na wytworzeniu ciśnienia ujemnego przez mocne zwarcie się języka z podniebieniem; jeśli przez pięciokrotne i więcej, niezręczne zawsze wymywanie ust urazimy delikatny nabłonek śluzówki, odbija się to fatalnie na sprawności ssania. Podawanie dziecku samej tylko brodawki sprzyja powstawaniu rozpadlin i zakażeń. Zdrowego noworodka, nawet o niskiej wadze, nawet znacznie poniżej trzech kilo, udaje się utrzymać nawet przy brodawce płaskiej, nieledwie wkleśniętej.

Każda pierś ma pokarm. — „Twierdzić, że kobiety nie mają pokarmu — mówi PINARD, — jest to twierdzić, że ludzie nóg nie mają, bo spotykamy nieszczęśliwe kaleki, nóg pozabawione”.

Chwila uwagi dla ciekawej historii błędu, który cudownie przysłużył się ludzkości, który dał więcej, niż niejedna prawda, któremu zawdzięczamy „epokę odrodzenia naturalnego karmienia”, jak obrazowo nazwał ten zwrot w nauce SCHLOSSMANN.

BUNGE orzekł kategorycznie:

„Jeśli kobieta nie może karmić dziecka, wówczas córka jej nieomal bez wyjątku nie może karmić, i zdolność ta ginie bezpowrotnie dla wszystkich następnych pokoleń”.

Było to posądzenie gruczołu mlecznego o bezprzykładną wrażliwość, nie znającą analogii. Ustrój jest zachowawcą i uparcie utrzymuje narządy bez funkcji; czyżby gruczoł mleczny miał popierać anegdotyczne przypuszczenie, że dzieci bezpłodnych rodziców musiałyby być również bezpłodne?

Znów trudno ustalić, kto przed, kto jednocześnie i kto po BUNGEM bezwzględnie błędne twierdzenie sfabrykował, to pewne, że on i pod jego firmą zostało w obieg puszczane i wywołało przerażenie nie tylko w kołach lekarzy. Już REILL w 1799 roku mówił o Inactivitätsatrophie gruczołu mlecznegz, SÖMMERING oskrzał presyę gorsetu, STUMPF — nadmierne użycie piwa, ESCHERICH uznał zanik gruczołu, jako fizyczną właściwość kobiet bawarskich, co ALTMANN potwierdził sekcyjnie.

Ale ni ci, ni BULLER, HARDEGEN, KERSCHENSTEINER, BOLLINGER nie zdołali ani zainteresować ogółu, ani — wywołać tak silnej akcji. — Jeśli nazwisko BUNGEGO reprezentuje zły, upiorny sen, który przeżyła nauka, jeśli wokoło niego skryzalizowała się zła legenda niewiary i beznadziejności, to z imieniem DŁUSKIEJ, cytowanej obowiązkowo obok BUNGEGO, — związana jest ożywcza wiara, przebudzenie po malignianem majaczeniu ²⁾.

Skromna lekarska teza polskiej studentki stała się wydarzeniem epokowym. Bronisława DŁUSKA na 500 badanych w klinice BAUDELOCQUEA kolejno idących po sobie położyć stwierdziła brak pokarmu w jednym tylko przypadku — u 11 *para*, która uprzednio nie karmiła żadnego z dziesięciorga dzieci.

„*C'est le seul cas de vraie agalactie, que nous avons observé*”.

I stała się rzecz dziwna. Podczas gdy we Fryburgu u HEGARA, zwolennika zwyrodnienia piersi, nie mogło karmić z powodu braku mleka 29% matek, nieomal naprzeciwno,

²⁾ Tylko temu wydawać się może, że autor dopuścił się przesady, kto nie zna literatury odnośnego działu.

bo w Monachium u WINCKELA, matek takich było 0,8 — 0,9%. — Rzecz oczywista, że nie piersi były stronnikami BUNGEGO lub DŁUSKIEJ, ale szefowie klinik.

Przypomniano sobie teraz, że u kafrów i jawajczyków nie matki, lecz babki karmią piersią dzieci; odszukano 62 letnią piastunkę, która, chcąc dziecko uciszyć, pierś mu dawała, i pokarm obficie zaczął się wydzielać; notowano coraz więcej przykładów, gdzie gruczoł

znów pokorny, uległy woli kierownika, — na popyt podają, jak echo na głos, odpowiada, — ssanie jest jedynem niezawodnem *lactagogum*.

Zjawily się nieznane uprzednio czasowe, przejściowe przeciwwskazania do karmienia przy patologicznych porodach i rozpadlinach brodawki, ukazał się doskonały sposób chwilowego *allaitement mixte*.

Przytaczam obrazowy przykład BUDINA — dotyczy żony lekarza:

Po porodzie:	Pokarm matki:		Mleko oślicy:		Razem.
5-ty dzień	280 gm.	+	250 gm.	=	530
6 "	290 "	+	220 "	=	510
7 "	340 "	+	180 "	=	520
8 "	380 "	+	110 "	=	490
9 "	380 "	+	150 "	=	530
10 "	420 "	+	180 "	=	600
11 "	390 "	+	80 "	=	470
12 "	480 "	+	70 "	=	550
13 "	410 "	+	40 "	=	450
14 "	500 "	+	0 "	=	500

mleczny już w czasie ciąży można było pobudzić do sekrecyi lub w miesiąc po porodzie, a więc zaniedbany, ożywić. Mamki, które przy nieumiejętnem postępowaniu traciły pokarm, po upływie dwóch tygodni dawały znów po litrze mleka,

Mamka W., niezdatna, zdaniem domowego lekarza, — daje pierwszego dnia 30 gramów, drugiego dnia 130, trzeciego 430, szóstego dnia — jeden i ćwierć litra ³⁾).

Kobieta M. rodzi trzeciego kwietnia dziecko, umieszcza je na wsi i dopiero siódmego maja, więc w 34 dni po porodzie, po raz pierwszy pierś daje; przez dwa dni — zero pokarmu, przez następne dwa dni — po 5 gramów, a więc łyżeczka na dobę, piątego dnia — 35 gramów, a czternastego — pół litra ⁴⁾).

Taka jest historia sensacyjnego błędu, po którym zwyciężyła klasyczna prawda, znana wiejskim kobietom od wieków, że pierś się przez ssanie wyrabia. Gruczoł mleczny z arystokratycznego: *noli me tangere* stał się

Dwa tygodnie trwa *all. mixte*, w piersi coraz więcej pokarmu, dokarmiano coraz mniej, — po dwóch tygodniach — pierś wyłączenie.

Jak prowadzić *allaitement mixte*, mające za cel wyrobienie gruczołu i utrzymanie dziecka przy piersi? Należy postępować wprost odwrotnie, niż to się dzieje w odstawianiu, mającym za cel zniechęcenie dziecka do piersi i zanik sekrecyi, — a więc dokarmiać możliwie małymi dawkami mleka po dokładnem opróżnieniu obu piersi w ciągu długotrwałego ssania, deficyt dopełniać po każdym niedostatecznym nasyceniu się dziecka. Tu należy iść raczej w kierunku stronników pełnego, nierozcieńczonego mleka, lepiej dać 20 gramów pełnego mleka po ssaniu, niż 60 gramów rozcieńczonego dwiema trzecimi częściami wody.

I tu decyduje matka i dziecko, jak wszędzie, — a nie książka. Niekiedy głodne i niecierpliwe dziecko nie chce ssać z mało wydajnej i trudno idącej piersi pierwszoródki, — wystarcza jednak dać mu przed ssaniem trzy łyżeczki mleka, wówczas z całą energią bierze się do niewdzięcznej pracy. Niekiedy silny ból w krzyżu lub między łopatkami albo

³⁾ Schlossmann.

⁴⁾ Budin.

rozpadliny sutki nakażą całą jedną racyę zastąpić flaszką. Niekiedy wystarcza niektóre tylko ssania dopełniać mlekiem krowiem. Że matka, rozumiejąc intencye lekarza, nie tylko go słucha, nie wprowadza w błąd, ale mu chętnie współdziała, poucza następujący przykład. Matka chce dziecku obrzydzić flaszkę, więc umyślnie zaciska mu smoczek, ukośnie kładzie lub wysuwa flaszkę, nos mu zatyka.

— Niech nie myśli, że przy flaszcze tak wszystko idzie galante, — tłumaczy naiwnie cel swego postępowania.

Gdzie chcemy pierś zbyt obfitą uchronić od utraty pokarmu, musimy bądź odstrzykiwać pokarm, bądź drugie dziecko mieć w zapasie.

A więc mamka zawsze tylko z własnym dzieckiem może bez trudu, bez obawy przekarmienia lub zaniku mleka karmić dziecko „państwa”.

Trzy mamy prawdy klasyczne w naturalnym karmieniu:

- 1) Pierś przy minimum wysiłku daje maximum bezpieczeństwa.
- 2) Gruczoł mleczny dowolnie regulować się daje.
- 3) Regulatorem jest waga.

Bez wagi lekarz jest bezbronny, bezsilny, — nic nie wie, żadnej wskazówki dać nie umie, nie może.

Waga nie jest nowinką, którą dziś moda narzuciła, jutro o niej zapomni.

Ma ona stuletnią historję, przebojem szła przez opór, powoli zyskiwała prawa obywatelstwa. Jeśli dziś każde dziecko w klinice ma krzywą wysysanych racyi, a każda mamka — krzywą wydajności piersi, jeśli żaden szanujący się ambulans bez wagi dla niemowląt istnieć się nie ośmieli, jeśli wszędzie można kupić używaną lub za śmiesznie niską cenę wynająć dla prywatnego pacjenta, jeśli jedyny nieusprawiedliwiony zarzut dziś niektórzy stawiają, że może niekiedy bardzo nerwową matkę nabawić niepokoju, — to jeszcze w roku 1865 pisał JACQUEMIER:

„Regularne ważenie w celu ścisłego przekonania się o wzroście dziecka jest bez-

pożyteczne, odpowiada więcej gustowi obserwacyi, niż praktycznej potrzebie, bo wzrost dziecka jest daleki od regularności i jednakości w warunkach normalnych”.

JACQUEMIER nie chciał wiedzieć, że ustalenie tego faktu było właśnie pierwszą kapitalną zasługą wagi.

Naogół nie zwalczano wagi czynnie, jest broń lepsza, pewniejsza: bierność, — nie wymaga wysiłku, chroni od niebezpieczeństwa przegranej. Tę bierność właśnie oskarżał w roku 1868 ODIER.

Byłoby ładnie opisać, jak początkowo ważono noworodki raz jeden, potem co miesiąc, co tydzień, codziennie, wreszcie przed i po każdym ssaniu. Niestety, tak nie było. I tu, jak wszędzie w nauce, niektóre prawdy rodziły się zbyt wcześnie i nie znajdowały posłuchu. Na dwadzieścia lat przed Ludwikiem ODIER, który walczył o ważenie niemowląt raz na tydzień, — już NATALIS GUILLOT ważył je przed i po ssaniu.

GUILLOT tak mówi w wykładzie z roku 1852:

„Aby zapobiedz ignorancyi odnośnie do sumy mleka, dostarczanego przez karmicielki, i ilości mleka, przyjmowanego przez dzieci, postanowiłem ustalić związek między ssawcem i karmicielką przez ważenie przed i po ssaniu. W ten sposób próbowałem wyjaśnić: 1-o ile karmicielka może dać mleka podczas jednego karmienia zdrowemu dziecku, 2-o ile chore dziecko przyjmuje mleka, 3-o ile zdrowe i chore mogą przyjąć w ciągu doby, 4-o ile kobieta produkuje mleka w ciągu doby”.

Myśl była piękna, wykonanie fatalne. Ponieważ nie można było ważyć dziecka 30 do 40-tu razy na dobę, a tyle właśnie razy karmiły matki w klinice pod okiem profesora, więc GUILLOT mnożył poszczególne racye i otrzymywał po 3—4 litry na dobę. „Później te obserwacye dojrzeją i wzrosną”, — powiada i nie myli się, bo już w dziewięć lat później TROUSSEAU każe karmić sześć razy na dobę, w tymże roku SIEBOLD nazywa wagę „barometrem zdrowia dziecka, który powie łatwo cyframi, czego niemowlę nie może powiedzieć słowami”, — wreszcie BOUCHAUD, nazywając wa-

gę „najlepszym sędzią”, ogłasza swą świętą i błędną z gruntu pracę o inanicji niemowląt.

Tu dodać należy dla ścisłości, że kiedy QUETELET w roku 1835 opiera się na materyale przeszło 100 ważonych przez siebie dzieci, już powołuje się na poprzednika w osobie CHAUSSIER.

Waga, która przy sztucznem żywieniu może być zawodnym i niebezpiecznym narzędziem, bo zgruba konstatuje tylko wzrost dziecka, nic nie mówiąc o wewnętrznej pracy ustroju, co przy sztucznem żywieniu ma decydujące znaczenie, tam, gdzie idzie o technikę karmienia piersią, zawsze jest środkiem pomocniczym, często rozstrzyga, jak poucza następujący przykład MARFANA:

Trzymiesięczne dziecko, racjonalnie piersią karmione, okazuje żywy niepokój, głównie po ssaniu o szóstej wieczorem; waga wykazuje, że, miast 130 gramów, wypija 80,— dodano więc mleko sterylizowane po wieczornem ssaniu i dziecko uzdrowiono.

Faktem jest, że lekarz, który sięga po pióro i papier, by napisać receptę, zanim upewni się, jaką dobową ilość pokarmu otrzymuje mały pacjent, sprzeniewierza się najgłówniejszemu zadaniu: ustaleniu rozpoznania. Waga, jak termometr, jak próba PIRQUETA, jak każda metoda, nie zwalnia od badania, nie zastępuje, a w pomoc lekarzowi przychodzi, — badanie ustala, czy deficyt zależny jest od braku łaknienia, bolesności ust, kataru nosa, pęcherza, stulejki. Gdzie obok dużych racy i dużego nie książkowego wzrostu dziecka niema objawów cierpienia, tam wstawienictwo nasze jest zbyt skuteczne. Gdzie duże porcje idą w parze z zaburzeniami i słabym rozwojem, tam dopiero szukamy powodu istotnego, który tkwi bądź w konstytucji dziecka, w zmianach czynnościowych lub anatomicznej budowie, a wreszcie — w współrzednem niedomaganiu lub chorobie.

Na kim leży obowiązek popularyzowania wśród ogółu zasad racjonalnej techniki karmienia i nieodłącznie związanej z nią wagi? Kto nadać ma kierunek właściwy w każdym poszczególnym przypadku?

Tu właśnie tkwi zawiązek kolizyi mię-

dzy pediatrą a akuszerem. FINKELSTEIN wyraźnie oskarża akuszerów o „niedostateczną znajomość” techniki karmienia, o lekceważenie swych obowiązków w tej dziedzinie, — nawet o niedocenywanie wartości naturalnego karmienia. A akuszer RUNGE w obszernej książce, poświęconej chorobom pierwszych dni noworodka, czuje się uprawnionym do pominięcia wymownem milczeniem tej sprawy.

Akuszer, który zawsze ma prawo poświęcić życie płodu, gdy życie matki wyraźnie jest zagrożone, z natury rzeczy przede wszystkim musi ją mieć na względzie, gdy dziecko na drugim jest planie. Przed wprowadzeniem pedantycznej aseptyki do klinik położniczych aż nadto było powodów do obaw o losy kobiety; gdy się udało przepłynąć przez Scyllę porodu, nowe wyrastało niebezpieczeństwo pod postacią licznych i ciężkich powikłań ze strony piersi. Z drugiej znów strony, zapalenia i ropienia pępka i oczów dziecka były niebezpieczeństwem obecnego momentu, — nie czas było myśleć o przyszłości. Jeśli dziecko nie umarło przed, w czasie lub skutkiem porodu — akuszer spełnił swe względem niego zadanie. Akuszer dość ma własnych trosk, dość dźwiga odpowiedzialności, — niech teraz interniści pokażą, co umieją. Wreszcie, nie przeczuwano, że w mocy akuszerki jest dziecku pierś zabezpieczyć, — nie wiedziano, czem jest pierś dla dziecka. Bodaj czy nie pierwszy BOUCHAUD nazwał smoczek „dzieciobójcą”, który należy skazać „na banicyę” z kliniki położniczej.

Dopiero wówczas, kiedy na 4000 kobiet zmarła jedna tylko skutkiem porodu, — natomiast coraz częściej na zapytanie: „a co się dzieje z poprzednim dzieckiem?”, odpowiedź brzmiała: „umarło”, — zrozumieli akuszerzy, że owoc ich pracy przestał być wprawdzie wartością ujemną, jednakże nieznacznie tylko wzniósł się ponad zero. Jednocześnie jasnym stało, że wszystkie kobiety mogą karmić, a świadomość wartości pokarmu tak wzrosła, że, jeśli, jak mówi PETIT — arkusze położnicy głosi, że dziecko poprzednie umarło, a karmione było piersią, — PINARD mówi: „kłamstwo”, i gdy się matkę przyprze do muru py-



PARKE, DAVIS & CO.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG, Koniuszennaja, 19/8.
Telefon № 233-81.

LONDYN
(Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków lekarskich na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczną uwagę na siłę ich działania, je żeli zaś ta ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie takiego środka będzie tylko empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ścisłe określenie wartości leczniczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polegający na poprzednim zbadaniu chemicznym i fizyologicznym wprowadzony został przez nasze laboratorium i otrzymał nazwę „Standardyzacyi”. Wyrabiamy:

Adrenalinę Takamine — Adrenalin Inhalant — Adrenalin Unguent — Acetozone — Brometone — Chloreton Inhalant — Cascara Sagra Extr. fl. i w tabletkach pokrytych czekoladą i cukrem. Różne Extracta fluida. Taka — Diastazę Formidinę — Jodalbin — Glycerofosfaty w tabletkach — Lecithinę w tabletkach — Antidiphtheria serum — Antistreptococcus serum — Antitubercle serum.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie książki o „Standardyzacyi”, literaturę swjej specjalności i cenniki.



**Łagodnie działający środek czyszczący
w postaci karmelków owocowych**

Wskazany: w zaparciu stołca i towarzyszącym mu dolegliwościom.

Nieszkodliwy nawet przy długotrwałem stosowaniu.

Dawka: 1 — 2 karmelków — dzieciom połowa.

Literatura i próby dla p. lekarzy gratis i franco.

**Dom Handlowy Preparatów farmaceutycznych Mayer - Alapin
Frankfurt n. Menem**

Przedstawiciel na Królestwo Polskie, Ludwik Nissenon, Warszawa, Orla 5.

taniami, okazuje się, że obok piersi stały skromnie liczne — „panades et potages”.

Ale niedość było mówić, — to też BUDIN postanowił działać. BUDIN, który w pierwszych sześćdziesięciu trzech pracach do roku 1888 ani słowem nie wspomina o dziecku, jakgdyby nie podejrzewał wcale jego obecności w sprawie porodu, — nagle dostrzegł je i gorąco zajął się, dalszym jego losem. Jednakże, by mózdz radzić, trzeba samemu umieć, a więc nie tydzień, ale szereg miesięcy je obserwować. Otwiera więc pierwszą przychodnię przy Charité, drugą przy Maternité, trzecią przy klinice TARNIER — i uczy się, zbiera, notuje, — aż przychodzą owoce: dzieła pisane, — cenne, dostojne — i niemniej cenne dzieła czynu:

Podczas pamiętnych upałów w roku 1898 w ciągu 13 dni umiera w Paryżu 550 niemowląt, z tych 493 z powodu rozwolnień; — w przychodni BUDINA nie umiera ani jedno dziecko.

— Ach, wy macie pierś, mówią o nas z zazdrością ci, którzy wydają miliony, by zachęcić matki do karmienia, — którzy ubogim matkom płacą za karmienie własnych dzieci z funduszków państwa.

Brońmy jedyne przywileju, który posiadamy, jedyne, którego zazdrości nam za granicą; nie pozwólmy dewastować przyrodzonego bogactwa przez groźne zagraniczne mączki i krajowe mleka, zachwalane w przemysłowej reklamie....

LITERATURA

- 1) Billard. Traité des maladies des enfants 1833.
 - 2) Troussseau. De l'allaitement. Gazette des hôpitaux. 1850.
 - 3) Troussseau. Clinique médicale. 1861.
 - 4) Bouchaud. De la mort par inanition. 1864.
 - 5) Odier. Recherches sur la loi d'acer. d. n. nés. Thèse. 1868.
 - 6) Titres et travaux scientifiques de P. Budin. 1888.
 - 7) Müller. Ueber die Ursachen des Nichtstillens. In. Dissert. 1891.
 - 8) Toepfer. Statistisches zur Beschaf. d. weibl. Brust. In Diss. Sreiburg 1893.
 - 9) Dłuska. Contribution à l'étude de l'all. maternel. Thèse 1894.
 - 10) Petit. Le droit de l'enfant a sa mère. Thèse 1895.
 - 11) Budin. Les consult. denourris sons. 1899.
 - 12) Pinard. Clinique obstétricale. 1899.
 - 13) Blankemeyer. Statist. zur Beschaf. d. weibl. Brust z. Still. Freiburg 1899.
 - 14) Budin. La mortal. infantile de o a r a n. 1903.
 - 15) Marfan. Traité de l'allaitement. 1903.
 - 16) Busin. Le nourrisson.
 - 17) Finkelstein. Lehrbuch d. Säuglingskrank. 1905.
 - 18) Budin. Manuel pratique d'allait. 1905 i 1907.
 - 19) Czerny-Keller. Des Kindes Ernährung. 1906.
 - 20) Zander. Wieviele unter 1000 Wäch. sind unfähig zu stillen. In. Diss. München. 1907.
 - 21) Pinard. De la puericulture. 1908.
 - 22) Terrieu. Precis d'alimentation. 1908.
- H. Goldszmit.*

Wiadomości bieżące.

— Dnia 1-go b. m. z rozporządzenia general-gubernatora warszawskiego zamknięte zostało Stowarzyszenie Lekarzy Polskich.

— Zjazd chirurgów polskich w Warszawie (6, 7 i 8 października 1910 roku).

Zgłoszono w dalszym ciągu następujące wykłady:

65. Prof. Rosner (Kraków). O wy-

luszczeniu włókniaków wśród doszczętej myomotomii.

66. Prof. Rosner (Kraków). Dwa przypadki ciąży brzusznej.

67. Broniatowski (Kraków). Appendicitis gangraenosa wśród porodu.

68. Nowotny (Kraków). Aneurysma venosum parametrii.

69. Radwańska (Kraków). Mięśniak więzów obłego macicy.

70. Schlank (Kraków). Zapalenie miedniczek nerkowych w ciąży.

71. Marcinkowski (Piotrków). 2 przypadki uwięźnięcia wstecznego jelita cienkiego.

72. Marcinkowski (Piotrków). Przyczynę do wycięcia odźwiernika w raku żołądka.

73. Leyzerowicz (Warszawa). Zgorzel samoistna zatok kulszowo-odbytniczych.

74. Tuchendler (Warszawa). O rozpoznawaniu spraw chorobowych przełyku za pomocą wziernikowania (oesophagoscopy).

75. Tuchendler (Warszawa). Rectoromanoscopy i jej wartość kliniczna.

76. Perlis (Łódź). O tak zwanem ostrem rozszerzeniu pooperacyjnem żołądka.

77. Perlis (Łódź). Przypadek guza zapalnego flexurae lienalis coli.

Dalsze zgłoszenia nadsyłać należy do biura Zjazdu (ul. Kopernika 15, prof. dr Kryński).

— Dotychczasowy prosektor przy Uniwersytecie w Moskwie dr S. Maksymowicz mianowany został profesorem patologii ogólnej w Uniwersytecie Warszawskim. Na katedrę zaś chemii lekarskiej w Warszawie mianowany został dr S. Sacharoff, docent prywatny z Kazania.

— Dr Tadeusz Koźniewski, asystent zakładu farmakologicznego wszechnicy Jagiellońskiej, habilitował się z zakresu farmakognozy.

— Docent prywatny dr A. Wrzosek powołany został na profesora nadzwyczajnego patologii ogólnej Wszechnicy Jagiellońskiej.

— Od początku wybuchu cholery w Rosji zachorowało po dzień 3 lipca st. st. 23661 osób, z czego zmarło 9527, t. j. około 43%, obecnie śmiertelność przechodzi już 50%.

— Biuletyn Nr. 10 o stanie cholery w Rosji za czas od 27 czerwca do 3 lipca st. st. podaje 6345 przypadków, z czego 3290 śmiertelnych. Najwięcej przypadków było w obwodzie Kubańskim 1499, z czego 797 śmiertelnych. W Ziemi wojska Dońskiego 1208, śmiertelnych 595. W gub. Ekaterynosławskiej 1040, z czego śmiertelnych 459; w g.

Charkowskiej 491, zejść śmiertelnych 181; w gub. Taurydzkiej 448, przypadków śmiertelnych 166; w gub. Witebskiej 2 przypadki; w gub. Wołyńskiej 5 przypadków; w Kijowie 47 przypadków, z czego 16 śmiertelnych; w Petersburgu 37 przypadków, z czego 12 śmiertelnych; w mieście tem cholera wzmaga się z dnia na dzień.

— W Tyflisie, podobnie jak w Rostowie nad Donem, cholera rozprzestrzenia się przez wodę do picia. W wodzie wodociągów miejskich znaleziono bakterye choleryczne.

— Donoszą z Piatigorska, że badanie bakteriologiczne wody rzeki Podkumok, na której leżą zdrojowiska Kaukaskie: Kisłozawodsk, Essentuki i Piatigorsk, wykazało obecność wibrionów cholerycznych w tej wodzie.

— W Moskwie położono kamień węgielny pod budowę Instytutu Neurologicznego; nowy ten zakład nosić będzie imię prof. A. Kożewnikowa, do niego też przeniesione zostanie muzeum neurologiczne Kożewnikowa.

— W Rydze z powodu 200 jubileuszu otworzono wystawę przeciwalkoholową, wystawa ta pod wieloma względami ustępuje Petersburskiej, niedawno zamkniętej. (Wracj).

— Gubernialne ziemskie zebranie w Woroneżu asygnowało sumę 76 tys. rubli na walkę z cholera i postanowiło zaasekurować lekarzy na czas epidemii.

— Zjazd lekarzy bułgarskich odbył się 3 i 4 lipca w Sofii przy udziale gości z Czech, Chorwacyi, Sławonii, Serbii i Rosyi. Lekarze polacy, jak wiadomo, w Zjeździe tym udziału nie brali. Komitet lekarski słowiański odbył swe posiedzenie po Zjeździe lekarzy bułgarskich również bez udziału polaków pod przewodnictwem d-ra Subbotica z Belgradu. Sprawy Komitetu uchwalono powierzyć nadal prof. Wicherkiewiczowi—jako prezesowi i d-rowi Surzyckiemu, jako sekretarzowi generalnemu, którzy mają oznaczyć czas i miejsce najbliższego zebrania Komitetu. Na wniosek lekarzy rosyjskich uchwalono jedmyślnie zwołanie wszechsłowiańskiego Zjazdu przyrodniczo-lekarskiego. (Przegląd Lekarski).

— Lekarze bawarscy ułożyli sobie regulamin, podług którego postępują w stosunku do chorych i kolegów. O naradach regulamin ten mówi w następujący sposób: 1-o. Przychodzić trzeba akuracie, i lekarz, który przyjdzie pierwszy, nie jest obowiązany czekać dłużej nad kwadrans; dłuższe spóźnienie się usprawiedliwione być może jedynie okolicznościami nadzwyczajnymi. 2-o. Konsultant, gdy znajdzie się sam bez lekarza ordynującego, może zbadać chorego i przepisać lekarstwo jedynie w przypadkach, nie cierpiących zwłoki, powinien jednakże natychmiast zawiadomić ordynującego kolegę o swem zdaniu oraz o przepisanej terapii. 3-o. Wymiana zdań pomiędzy lekarzami odbywać się winna bez udziału osób postronnych. 4-o. Konsultant powinien się wstrzymywać od krytyki wobec chorego i rodziny. Z innych punktów regulaminu wymienimy jeszcze następujące: a) zabrania się krytyka wszelkiej działalności lekarskiej wobec nie lekarzy. b) zabrania się ogłaszać o leczeniu bezpłatnem. c) nie wolno się ogłaszać jako specjalista jakiegobądź gałęzi medycyny bez odpowiedniego naukowego przygotowania. d) specjaliście nie wolno zajmować się praktyką, wkraczającą w inne specjalności. e) nazwę „klinik” i „poliklinik” nosić mogą jedynie państwowe instytucje naukowe.

— Zjazd międzynarodowy w sprawie radiologii i elektroterapii odbędzie się 13—15 września r. b. w Brukselli. Program Zjazdu obejmuje zagadnienia z zakresu elektryczności, promieni Rentgena, radioaktywności i zastosowania ich w medycynie.

— Uniwersytet w Bazylei obchodzi w tym miesiącu 450-tą rocznicę założenia. Dla uczczenia tego jubileuszu złożony został fundusz 350 tysięcy franków na zapomogi dla wdów i sierot po profesorach.

— Liczba studentów medyków we Francji nie wzrasta tak, jak w Niemczech, lecz, przeciwnie, maleje. W r. 1895 było 8916 medyków, z czego 1137 cudzoziemców, w roku

bieżącym ogółem tylko 8615, z czego 1143 stanowili obcy.

— W październiku r. 1911 odbędzie się w Brukselli międzynarodowy Zjazd chirurgów. Proponowane są następujące referaty: 1-o. Pneumothorax—Garré (Bonn). 2-o. Ostry empyemat — Gaudier (Lille). 3-o. Przetoki opłucny — Girard (Genewa). 4-o. Rany płuc i opłucny — Lenormand (Paryż). 5-o. Guzy i nowotwory płuc i opłucny—Fergusson (Chicago). 6-o. Ropień i zgorzel płuc — Starkum (Rotterdam). 7-o. Bronchiektasia — Sauerbruch (Marburg). 8-o. Chirurgiczne leczenie suchot płucnych — Friedrich (Marburg). 9-o. Leczenie colitis a) Colitis acuta—Sonnenburg (Berlin), b) Colitis chr.—Segond (Paryż). 10-o. Pancreatitis a) rozpoznanie—Michel (Nancy), b) leczenie—Körte (Berlin) i Giordano (Wenecya).

— W parlamencie węgierskim zasiada 7 lekarzy, w francuskiej izbie deputowanych 50.

— Prof. d-r A. Gilbert powołany został na miejsce prof. Dieulafoy do kliniki chorób wewnętrznych w Paryżu.

Zmarli.

— Prof. A. Mari, dyrektor oddziału chorób dzieci w Ospedale Maggiore w Medyolanie.

— D-r H. G. Piffard, prof. dermatologii w Bellevue Hospital Medical College w Nowym Jorku.

— D-r Aleksander Vacqueret dnia 21 czerwca w Warszawie, w wieku lat 62.

— D-r Ludwik Zbierzchowski z Kalisza dnia 30 czerwca w Ojcowie, w wieku lat 42.

— D-r Alfons Romanowski dnia 9 lipca w Chodczu, w wieku lat 94.

— D-r Kazimierz Dąbrowski dnia 17 lipca w Grodnie, w wieku lat 40.

— D-r Leopold Breszel z Wodzisławia (w Kieleckiem) dnia 26 lipca w Warszawie, w wieku lat 69.

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA WŁASNOŚĆ RZĄDOWA FRANCUSKA



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pecherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organów żółć wydzielających.

VICHY HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

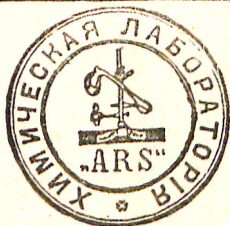
Wytwozy ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną, gazową do łatwiejszego trawienia.



Sztuczne NAUHEIMSKIE kapiela kwasowęgłowe „ARS”

W zupełności zastępują kapiela Nauheimskie, wydzielając ilość kwasu węgłowego, odpowiadającą najlepszym źródłom Nauheimu. Prostotą i wygodą stosowania kapiela kwasowęgłowe „Ars” przewyższają wszystkie inne sposoby przygotowania sztucznych kapieli kwasowęgłowych; są tanie i dają się stosować wszędzie i o każdej porze roku. Wskazania: choroby serca, przewlekle choroby nerwowe, żolzy, krzywica, gościec, dna i inne.



Przez dodanie do kapieli soli starki, żelaza i inn. możliwe są liczne i najróżnorodniejsze kombinacje. Istnieją 1, kapiela kwasowęgłowe „Nauheim w domu,” 2, siarczano-kwasowęgłowe kapiela „Akvizgran w domu,” zastępujące kapiela Akvizgrańskie i stosowane w żolzach, gościecu, dnie, przymocie i w chorobach skórnych, 3, żelazisto-kwasowęgłowe kapiela „Francensbad w domu,” zastępujące kapiela Francensbadzkie i stosowane w żolzach, chorobach kobiecych, nerwowych i innych. Szczegółowa broszura o kapielach kwasowęgłowych „Ars” wysyła się bezpłatnie i franco. Sprzedaż we wszystkich składach aptecznych i aptekach. Radzimy zwracać szczególną uwagę na markę „Ars.”

Główny skład na całą Rossyę w Towarzystwie Handlu Mater. Aptecznymi i perfumeryą: I. B. Segal, Wilno i Odessa.

Bad KUDOWA

Okr. rząd. Wrocław.) stac. kol. Kudowa lub Nachod.

400 m. nad poziom. morza.

Sezon letni: 1 Maj do Listopada. Sezon zimowy: Stycz. Lut, Marzec.

Miejscowość lecznicza dla chorych sercowych

Naturalne kapiela kwaso-węgłowe i borowinowe. Najsilniejsze źródło arseno-żelaziste w Niemczech, w chorobach serca, krwi, nerwowych i kobiecych. Frekwencya 13928. Wydano kapieli 136195. 15 Lekarzy. „Kurhotel Fürstenhof” hotel pierwszorzędny i 120 hoteli i mieszkań prywatnych. Rozsyłka wody przez cały rok. Prosp. gratis za pośredn. wszystkich biur podróży.

Rudolfa Mosse i dyrekeyi kapielowej.

VISVIT

znakomity środek odżywezy

pomaga wytwarzaniu się krwi, wzmacnia nerwy i mięśnie, zawiera: białko, węglowodany, nukleino fosforowy wapień, lecithinę i haemoglobinę, nie zawiera wyciągowych substancji.

Visvit jest nader łatwo strawny i przyjemny w smaku.

Opakowanie po 50,0—250,0.

Po broszury prosimy zgłaszać się do E. Koch i W. Borman, w Warszawie, Chmielna 18. Goedecke w Lipsku.

PILULAE PROBILINI

D-ra Bauermeistera

zalecają się przy cierpieniach dróg żółciowych i cholelithiasis.

Probilin zawiera kwas salicylowy, sole kwasu oleinowego i phenolphthaleinę, Dawka 2—4 pigułki na noc.