

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 47.

Warszawa d. 6 (19) Listopada 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 33 Rue de Varenne 33. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego. Napisał d-r T. Heiman. — Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy. Podał H. Dobrzycki. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 169. Wskazania do interwencji chirurgicznej w przypadkach wrzodu żołądka. 170. O większych przestankach w żywieniu niemowląt. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie chirurgiczne z dnia 14 czerwca 1904 r. — Odcinek. Po sezonie w Karlsbadzie. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. HEIMAN — Des indications pour la trepanation de l'apophyse mastoïde dans l'otite moyenne suppurative aiguë. 2) D-r H. DOBRZYCKI — Quelques expériences sur l'action antipyrétique de cryogenine dans la tuberculose.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r T. HEIMAN — Die Indicationen zur Eröffnung des Warzenfortsatzes bei acuter eitriger Mittelohrentzündung. 2) D-r H. DOBRZYCKI — Einige Beobachtungen über die antipyrëtische Wirkung des Kryogenins bei Tuberculose.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — Krakowskie Przedmiescie 7.

PRACE ORYGINALNE.

Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego.

Napisał

D-r TEODOR HEIMAN.

Odczyt wypowiedziany (po francusku) na VII Zjeździe międzynarodowym lekarzy usznych w Bordeaux, d. 1 — 4 sierpnia 1904 r.

Od czasu gdy SCHWARTZE w r. 1873 postawił właściwe wskazania do operacji na wyrostku sutkowym i od czasu udoskonalenia techniki

operacyjnej, pojawiły się liczne prace, mniej lub więcej wyczerpujące dany przedmiot. Zdawałoby się przeto, że poruszenie na nowo tej kwestyi jest zupełnie zbędne. Rozpatrując wszelako wskazania do operowania na wyrostku sutkowym wogóle, w szczególności zaś w ostrych sprawach zapalnych ucha środkowego, a także czas, kiedy operację wykonać należy, podawane przez rozmaitych autorów, znajdziemy pewne różnice w ich poglądach. Nadto każdy

bardziej zatrudniony lekarz otyatra przekonywa się niejednokrotnie, że wszystkie te wskazania, w teorii tak proste, wystarczają tylko dla pewnej kategorii przypadków chorobowych, i w pewnych razach lekarz nawet z wielkiem doświadczeniem znajdzie się w kłopotcie, czy powinien w danym przypadku i kiedy operować. Przeważa zdanie większości lekarzy, że, gdy się jest pewnym zbiorowiska ropnego w wyrostku sutkowym, należy ropę usunąć drogą operacyjną, ażeby osiągnąć wyleczenie szybkie i zupełne — i ażeby zapobiedz niepożądanym powikłaniom, często bardzo groźnym. Istnieje wszelako pewna liczba lekarzy poważnych, którzy są przeciwni zbyt rozległemu stosowaniu operacji otworzenia wyrostka sutkowego, ponieważ większość przypadków ostrego zapalenia ropnego ucha środkowego goi się bez otwierania wyrostka sutkowego, ponieważ operacja nie daje wyników zadawalających w powikłaniach ciężkich i wreszcie, że nie jest wyłączone zranienie podczas operacji zatoki poprzecznej, opon mózgowych i błędniaka. HEDINGER (1) powiada, że ropnie w wyrostku sutkowym często ulegają wchłonięciu lub też otwierają się same nazewnątrz i bez interwencji chirurgicznej. Im częściej spostrzegamy takie wyleczenie przez przyrodę, tem rzadziej powinniśmy się decydować na operację, która w przypadkach ciężkich jest niebezpieczna, zaś w lekkich — niepotrzebna. MEYER (2) powstaje przeciw otworzeniu wyrostka sutkowego, jako środkowi zapobiegawczemu, i wyraża obawę, aby skutkiem nadużycia operacja ta nie odzyskała swojej smutnej sławy z 18 wieku. LANGE (3) twierdzi, że zanadto rozszerzono wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego i podług jego zdania, prędzej czy później, pewna reakcja pod tym względem nastąpić musi. Jest to codzienne prawie spostrzeżenie, że u dzieci zapalenie wyrostka sutkowego goi się bardzo często bez wszelkiej interwencji chirurgicznej. Już SCHWARTZE (4) zwrócił na to uwagę, że u dzieci daje się rzeczywiście niejednokrotnie spo-

strzegać wyleczenie samowolne z powodu, że zewnętrzna warstwa kostna jest u nich cienka, co ułatwia otworzenie się ropnia nazewnątrz, dodaje wszelako, że nie powinno się liczyć na taki wynik, często bowiem dzieci giną od następstw wycieku ropnego z ucha. Atolii on wyraża obawę, że z powodu antyseptyki operacja straci swoje ścisła wskazania. COZZOLINO sądzi, że otworzenie wyrostka sutkowego jest wskazane tylko wtedy, gdy istnieje neoformacja w komórkach sutkowych. Należy zawsze rozpoczynać od leczenia niekrwawego, operację zaś przedsiębrać tylko wtedy, gdy inne środki okazały się bezskutecznymi, i gdy grożą powikłania mózgowie. ROSSI jest także zdania, że w pewnej kategorii przypadków operacja jest zbyt uczynna, LOEWENBERG wreszcie twierdzi, że w przeciągu sześciu lat nie miał ani razu potrzeby uciekać się do otwierania wyrostka sutkowego, skoro odpływ ropy, w nim zawartej, był ułatwiony przez jamę bębnową i przewód słuchowy zewnętrzny po zrobieniu dużych otworów w błonie bębnowej, skoro stosowano ścisłą metodę antyseptyczną (Boralkohol), otwierano ropnie zewnętrzne, należycie je drenowano i ranę pokrywano proszkiem kwasu borowego. Tego mniej więcej zdania jest też GELLÉ (ojciec).

Lubo poglądy te są do pewnego stopnia usprawiedliwione, i każdy lekarz uszny ma dość często sposobność przekonania się o ich słuszności, nie można wszelako uważać ich za prawo tak samo, jak nie powinno się otwierać wyrostka sutkowego w każdym przypadku, gdy zapalenie jego towarzyszy lub wikła ostre zapalenie ropne ucha środkowego, jak tego domaga się pewna kategoria lekarzy bardzo poważnych. Podług zdania tych ostatnich, należy otwierać wyrostek sutkowy w każdym przypadku, gdy objawy zapalne ze strony jamy bębnowej nie zmniejszają się w przeciągu ośmiu do dziesięciu dni. Są nawet tacy, którzy operują już piątego dnia choroby zasadniczej. Przypadek taki opisany jest u MOURE'a i LAFARLELLA'a

Pomiędzy tymi dwoma skrajnymi poglądami większość lekarzy usznych domaga się otwierania wyrostka sutkowego za każdym razem, gdy tenże zawiera zbiorowisko ropne, i gdy nie można spodziewać się, że ulegnie ono samowolnemu wchłonięciu.

W ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego pierwsze pytanie, jakie się nam nasuwa, jest: jaki jest stosunek między zapaleniem jamy bębnekowej a zapaleniem wyrostka sutkowego?

Badania anatomo-patologiczne, kliniczne, i pooperacyjne wszystkich lekarzy wykazują, że w każdym przypadku ostrego zapalenia jamy bębnekowej zawsze zajęte jest wejście do jamy sutkowej i sama jama sutkowa. BEZOLD (6), badając 18 kości skroniowych w 16 świeżych przypadkach odry, tylko w trzech znalazł komórki i jamę sutkową wolne. W pozostałych przypadkach, badanych pośmiertnie między trzecim i trzydziestym trzecim dniem od początku choroby, wejście do jamy sutkowej oraz jama sutkowa były częściowo lub całkowicie wypełnione wydzieliną śluzowo-ropną, surowiczo-ropną lub ropną. Skoro zatem w odrze przy bardzo nieznacznych objawach odczynowych ropa gromadzi się we wszystkich przestworach ucha środkowego, musimy ztąd wyprowadzić wniosek, że w sprawach zapalnych ostrych ucha środkowego wogóle, którym towarzyszą objawy odczynowe w rozmaitym stopniu, wyrostek sutkowy zawsze współcierpi, chociażby z tej strony nie było żadnych objawów. BEZOLD, jak również i inni przekonali się, że ropa, zebrana w wyrostku sutkowym często ulega samowolnemu wchłonięciu. Gdyby bowiem było inaczej, ropa daleko częściej szukałaby sobie ujścia przez błonę bębnekową, lub częściej otrzymywanoby stałe zaburzenia słuchowe.

Powstawanie zapalenia wyrostka sutkowego w sprawach ostrych jamy bębnekowej przez pewien czas przedstawiano sobie w ten sposób, że naprzód jama bębnekowa zostaje zakażona od strony gardzieli przez pośre-

dnieństwo trąbki EUSTACHIUSZ'a, następnie ropa z jamy bębnekowej spływa do jamy sutkowej i do komórek sutkowych, tam się zatrzymuje i wywołuje z początku zapalenie śluzówki, a potem ścian kostnych komórek sutkowych. Takie pojęcie okazało się błędnem. Jeżeli sobie przypomnimy budowę śluzowo-okostną powierzchni jamy bębnekowej i wyrostka sutkowego, nie trudno, jak to wykazał POLITZER przy oględzinach pośmiertnych, zrozumieć, dlaczego już od samego początku zapalenie nie ogranicza się do jednego odcinka ucha środkowego, lecz prawidłowo rozciąga się na znaczną przestrzeń śluzówki ucha środkowego.

Zachodzi pytanie, dlaczego w pewnych przypadkach ropa, zebrana w jamie sutkowej i w komórkach sutkowych, ulega wessaniu, zaś w innych rozwija się ropień oraz znaczne zniszczenie kości, zmuszające do interwencji operacyjnej?

Zjawisko to starano się wytłumaczyć warunkami niepomyślnymi dla opróżnienia się ropy z powodu budowy złożonej komórek sutkowych i wąskości ujść, łączących komórki z jamą sutkową, jak również z powodu małych lub wysoko położonych otworów w błonie bębnekowej, utrudniających odpływ ropy. Takie objaśnienie nie jest jednak dostateczne. Te niepomyślne warunki napotykamy codziennie w zapaleniach ostrych ropnych jamy bębnekowej, a pomimo to większość tych spraw chorobowych ustępuje w czasie względnie krótkim przy odpowiednim leczeniu, nie rzadko zaś przy zaniechaniu wszelkiego leczenia, a nawet pomimo najniewłaściwszego leczenia. Nie może też być przyczyną tego zjawiska natężenie sprawy chorobowej. Spostrzegamy bardzo często zapalenie jamy bębnekowej z przebiegiem gwałtownym, które szybko znikają bez wywołania powikłań ze strony wyrostka sutkowego; a znowu z drugiej strony widzimy zapalenia jamy bębnekowej, przebiegające przy objawach bardzo słabych, kończące się bardzo ciężkimi

powikłaniami ze strony wyrostka sutkowego. Widzimy przypadki chorobowe, gdzie zapalenie jamy bębenkowej widocznie się zmniejsza, otwór w błonie bębenkowej zasklepia się, nawet słuch poprawia się, a pomimo to w wyrostku sutkowym ropienie trwa lub nawet wzmagą się i często po pewnym czasie bez żadnej przyczyny widocznej wznawia się sprawa zapalna w jamie bębenkowej, błona bębenkowa ulega nanowo przedziurawieniu, pojawia się ropienie i cały szereg objawów mniej lub więcej gwałtownych ze strony jamy bębenkowej i wyrostka sutkowego. BEZOLD, HESSLER, BACON objaśniają taki stan rzeczy budową samych komórek sutkowych. Według nich, chorzy, mający wielkie komórki sutkowe, są wystawieni bezpośrednio na niebezpieczeństwo rozwoju ropnia sutkowego przy zapaleniach jamy bębenkowej. Gdy komórki sutkowe są małe, powierzchnia wchłaniająca jest daleko większa, aniżeli gdy istnieje tylko jedna wielka komórka sutkowa. Być może, że obrzmienie śluzówki sutkowej, zamykając łączność komórek sutkowych z jamą sutkową, zwłaszcza przy nieprzedziurawionej błonie bębenkowej, ma pewien wpływ na zawartość ropną w wyrostku sutkowym, która, znajdując się pod znacznem ciśnieniem, może daleko szybciej zniszczyć ściany kostne komórek sutkowych (KÖRNER) (7).

Podług mnie warunki miejscowe nie stanowią głównego momentu trwania ropienia w wyrostku sutkowym, prowadzącego do otworzenia go. Główną rolę przypisuję stanowi ustroju i jego odporności. Ropne zapalenie ostrej jamy bębenkowej może wprawdzie wywołać ropień wyrostka sutkowego, wymagający interwencji chirurgicznej u osobnika zupełnie zdrowego; częściej wszelako ropnie takie spostrzegamy w zapaleniach jamy bębenkowej, rozwijających się u osobników, dotkniętych ostremi chorobami zakaźnymi, jak: szkarlatyna, odra, błonica; u osobników gruźliczych, zolozowatych, przymiotowych i małokrwistych; jednym słowem tam, gdzie ustrój jest osłabiony, i odporność jego jest

zmniejszona. Otwierając wyrostek sutkowy u takich chorych, nieraz zdziwieni jesteśmy ogromnemi zniszczeniami kości w czasie stosunkowo krótkim. Ile razy zdarzyło mi się otwierać wyrostek sutkowy przy zapaleniu jego, które się rozwinęło skutkiem zapalenia jamy bębenkowej po szkarlatynie, a nieraz i po odrze, znajdowałem prawie zawsze kość zniszczoną aż do opony twardej i ropień zewnątrzoponowy. KÖRNER (3) jest zdania, że na rozwój zapalenia wyrostka sutkowego bardzo wielki ma wpływ wybitne cierpienie gruźlicze ojca chorego osobnika w chwili zapłodnienia. Podług tegoż autora, osobniki z moczówką cukrową źle znoszą zapalenia ostrej jamy bębenkowej, i te wikłają się ciężkimi zaburzeniami ze strony wyrostka sutkowego. Osobiście przekonałem się, że dyabetycy, zapadający na ostre ropne zapalenie jamy bębenkowej, nie przedstawiają szczególnej skłonności do cięższych powikłań ze strony wyrostka sutkowego. Skłonność ta jest taka sama, jak u osobników przedstawiających słabą odporność ustroju skutkiem innych okoliczności niepomysłnych.

Nie można też odmówić znaczenia wpływowi jadowitości substancji zakaźających, t. j. drobnoustojów. Jak wspomniałem, największe zniszczenia kości spostrzegamy w zapaleniach wyrostka sutkowego po szkarlatynie, błonicy i t. p., t. j. tam, gdzie drobnoustroje odznaczają się szczególną złośliwością. Musimy wszelako przyznać, że, jak dotąd, przyczyny ropienia w wyrostku sutkowym, nie ulegającego wessaniu, lecz doprowadzającego do otworzenia go, nie są nam znane. Z badań LEUTERT'a wynika tylko ten jeden fakt dodatni, że przy zakażeniu diplokokami sprawy zapalne w jamie bębenkowej przebiegają szybciej, zapalenie ma większą skłonność do przechodzenia na znaczne przestrzenie, i że diplokokki już po zniknięciu stanu zakaźnego w jamie bębenkowej pozostają przez czas dłuższy w stanie utajenia w wyrostku sutkowym, zanim przejdą w stan czynny.

W przypadkach, gdy cierpienie kości w wyrostku sutkowym nie łączy się z jamą sutkową i bębnową, KOERNER (8), LEMCKE, EULENSTEIN sądzą, że choroba powstała skutkiem zakażenia kości na drodze krwi obiegu. Przypadki podobne opisali TILLAUX, POLITZER i HESSLER. Lubo kategorycznie nie można zaprzeczyć takiego początku choroby, to osobiście nie mogłem dotąd przekonać się o tem; w podobnych przypadkach mogłem zawsze przekonać się, że na pewien czas przed wybuchem choroby w wyrostku sutkowym jama bębnowa zawsze przedtem była w większym lub mniejszym stopniu zajęta. Zresztą i KÖRNER wyraża zdanie, że niema dotąd dostatecznych dowodów klinicznych takiego sposobu powstania sprawy ropnej w kości. KÖRNER twierdzi, że, jeśli znajdujemy jamę bębnową zdrową przy zajęciu wyrostka sutkowego, nie mamy pewności, czy zakażenie w jamie bębnowej nie było utajone i znikło; zaś choroba kości, która powstała z zajęcia śluzówki, rozwijała się w dalszym ciągu.

Jakież są objawy istnienia ropy w jamie sutkowej, kiedy możemy spodziewać się samowolnego wessania jej, a kiedy takiego zejścia choroby wyczekiwać nie należy?

Wszystkie objawy, podawane przez rozmaitych autorów, mające pytanie to rozstrzygnąć, mają tylko znaczenie wyględne. Często zdarza się spostrzegać przypadki chorobowe, gdzie według wszelkiego prawdopodobieństwa zapalenie jamy bębnowej skończy się pomyślnie bez powikłań ze strony wyrostka sutkowego, doprowadzających do interwencji czynnej; gdy tymczasem po pewnym krótszym lub dłuższym czasie interwencya taka staje się konieczną, i, utworzywszy wyrostek sutkowy, znajdujemy go zniszczonym na znacznej przestrzeni. Innym razem znowu przebieg zapalenia jamy bębnowej jest z początku gwałtowny, są wszelkie dane, przemawiające za sprawą ropną w wyrostku sutkowym; utworzywszy go zaś, znajdujemy zmiany zapalne, ograniczone do jego śluzówki, w ko-

mórkach jego niema wysięku, zaś ściany kostne są zdrowe lub tylko przekrwione. Jeśli w przypadkach podobnych choroby nie zgadzają się na operacyę, następuje najczęściej zejście pomyślnie w czasie względnie niedługim i bez interwencji chirurgicznej-

(C. d. n.).

Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy.

Podał

H. DOBRZYCKI.

(Ciąg dalszy.— Patrz Nr 46).

Prace nad ciałami amidopochodnymi węglowodorów dały nam takie środki, jak: antyfebryna, fenacetyna, fenokol, laktofenina i t. d., oraz związki ich z kwasami lub alkaliami i dalej — barwniki anilinowe, jak pyoktaninę, metylenblau i inne. Wreszcie badania nad pochodnymi pyrazolu i ich połączeniami lub ciałami z antypiryną homologicznymi wzbogaciły nasz skarbiec terapeutyczny tak szacownymi środkami jak: antypiryna, salipyrina, pyramidon, i wiele innych, które nietylko jako środki przeciwgorączkowe, ale jako środki w nader rozmaitych stanach chorobowych czyniące zadość i innym wskazaniom, znalazły jaknajobszerniejsze zastosowanie. Cechą ich wspólną, jak wiadomo, jest własność obniżania ciepłoty; po za tem niemal każdy z nich ma jeszcze w mniejszym lub większym stopniu swe indywidualne własności, już to jako środek, działający pomyślnie w sprawach zakaźnych, już jako ból kojący, lub wreszcie stan nerwowego podniecenia łagodzący; na koniec, niektóre z nich zdają się mieć więcej wpływu na te, inne na owe obręby nerwów.

Na czele ciał amidopochodnych węglowodanów postawić należy antyfebrinę czyli acetylanilid, jeden z względnie dobrych antypiretyków, działający pewnie i byle w sposób ostrożny, t. j. w mniejszych dawkach, był podawany, nie grożący ubocznymi objawami; nadto środek bardzo tani, co w praktyce wśród biednych nie małego jest znaczenia. Dlaczego prawie że zarzucony został, trudno na to pytanie odpowiedzieć. Prawdopodobnie dlatego, że posiadamy wiele innych łagodniej działających środków przeciwgorączkowych. Nadużywany jako antypiretyk, jak się to nieraz dzieje, gdy dany środek jest tani, nie jest bez szkodliwego na ogólne odżywianie wpływu, a wtedy u chorych, zbyt często go przyjmujących, pojawia się sinawy odcień skóry, dla antyfebriny niemal charakterystyczny. Przykład nadużycia tego środka na wielką skalę widziałem w lecznicy prof. KREMIANSKIEGO w Charkowie, twórcy metody leczenia gruźlicy wziewaniami aniliny, przy współczesnym podawaniu po dwa lub trzy razy dziennie antyfebriny. Sprawdzianem skuteczności tej metody miało być zmniejszanie się stopniowe laseczników w płwocinie, a w tym celu płwocina każdego z pacjentów codziennie była badana drobnowidzowo. Pacyenci, metodą prof. KREMIANSKIEGO leczeni, mieli swój odrębny wygląd. Przedewszystkiem prawie wszyscy doznawali wzmagającego się osłabienia, jak mi to sami opowiadali, i wszyscy wyróżniali się woskową białością z dość silnym sinawym odcieniem, tak że gdyby byli oczy poprzymykali, pasowaliby do trumny i tworzyli z nią doskonałą całość. Nie też dziwnego, że nad taką metodą już dawno *requiem* odśpiewane zostało. Wizyta u KREMIANSKIEGO mimowoli mi przypomniała blagę KROCZAKA, którą własnymi oczyma oglądać byłem zmuszony.

Nad środkami takimi, jak wyliczone wyżej, a mianowicie: fenacetyną, fenokolem, laktofeniną, antypiryną, salipiryną lub pyramidonem, jako będącymi obecnie w codziennym uży-

ciu, byłoby zbyt cennym się tu rozwodzić. To tylko ogólnie o nich można powiedzieć, że chociaż są one o wiele lepszymi antypiretykami od innych i od tych, o których niżej jeszcze wspomnimy, to jednakże przedstawiają nie mało do życzenia, jeśli weźmiemy pod uwagę: stopień pewności w działaniu, czas trwania niżki temperatury, jakość i natężenie objawów, które obniżaniu się ciepłoty towarzyszą, wreszcie wpływ dalszy na stan ogólny danego pacyenta. Jeszcze wśród nich znajdujemy się jak w nieprzetrzebionym lesie, gdzie nie wiele co widać. Jedne z nich działają mniej, drugie więcej pewno; jedne krócej, drugie dłużej; jedne są przez chorych znoszone lepiej, drugie gorzej lub wcale nie są znoszone; jedne wyróżniają się nieznacznym, drugie silnem i niekorzystnem działaniem ubocznem. Co gorsza, że jeden i ten sam środek działa różnie na różne osobniki. Słowem, stosując dany środek przeciwgorączkowy, posiadamy tylko bardzo względny stopień pewności co do wyników jego działania.

Pewne, mniej lub więcej wybitne różnice we własnościach środków przeciwgorączkowych nasunęły myśl ich kombinowania ze sobą, t. j. łączenia up. środka, działającego energiczniej, ze środkiem łagodniejszym. Co do mnie, to połączenie pyramidonu z laktofeniną (0,25 aa) dało mi lepsze wyniki i lepiej było przez chorych znoszone, aniżeli po 0,5 każdego z tych obu środków oddzielnie.

Z ciał o całkiem innej budowie chemicznej, stosowanych w celach przeciwgorączkowych, na wzmiankę pobieżną zasługuje arsen, zalecany jeszcze przed niewielu laty głównie przez lekarzy francuskich, jako metoda leczenia suchot mniej więcej tak, jak metoda leczenia kreozotem; był on również stosowany podskórnym, jako środek przeciwgorączkowy, ale z więcej niż wątpliwym skutkiem. Właściwie o arsenoterapii, bez względu na to, w jakich stanach chorobowych byłaby ona stosowana, może być mowa dopiero od czasu, gdy chemicy francuscy opia

cowali stronę chemiczną przetworów arsenu, a klinicyści wykazali możność stosowania ich w postaci kakodylatów w dawkach wielokrotnie większych niż te, które bądź to w postaci roztworu FOWLER'a, bądź PEARSON'a wewnątrznie lub podskórnice były stosowane. Żółwim krokiem wlokące się wyniki, jakie z podawania tych roztworów otrzymywaliśmy, nie mogą się równać z wynikami dziś otrzymywanymi przy podskórnem użyciu np. kakodylanu sody. Dziś dopiero powiedzieć możemy, iż, posiadając nowe przetwory, pozyskaliśmy w arsenie jakby nowy a potężny środek, grający wcale niepodrzedną rolę w leczeniu suchot oraz w ogromnej liczbie różnych stanów chorobowych. Nieracjonalne więc jest obecnie posługiwanie się onymi angielskimi roztworami, które niezadługo powinny się znaleźć w lamusie bezużytecznych rupieci.

Antypiretykiem arsen nie jest. Może on rolę takiego środka odgrywać, ale pośrednio, o ile przy jego pomocy możemy ustrój wzmocnić, lepiej odżywić i wogóle ulepszyć sprawność jego funkcyj, czyniąc go odporniejszym na bodźce chorobowe.

Do rzędu środków, mających tylko historyczne znaczenie w dziejach antypirezy, należą: weratryna, pyrodin i gwajakol, stosowany naskórnice. Moglibyśmy wcale o nich nie wspominać, gdyż ich chyba już nikt nie zaleca, gdyby nie to, że, o ile są silnie działającymi środkami przeciwgorączkowymi, o tyle są niebezpiecznymi truciznami, i że samo eksperymentowanie z nimi na człowieku jest bardzo ryzykowne.

Ściśle biorąc, weratryna nie posiada własności, obniżających ciepłotę. Obniżenie ciepłoty przy podaniu tego środka występuje o tyle, o ile ma miejsce większa lub mniejsza zapaść (*collapsus*), do której oczywiście nigdy dopuścić nie powinniśmy. Nawet małe jej dawki zdolne są zatrważające wywołać objawy. Podawana bezskutecznie jako środek przeciwgorączkowy w zapaleniu płuc albo raczej ze skutkiem

ujemnym oraz stosowana celem obniżenia wzmożonej ciepłoty u suchotników, „weratryna dawała zawsze ujemne wyniki“ (SOKOŁOWSKI).

Może gorszy jeszcze w swych skutkach jest Pyrodin (*Hydracetin*) stanowiący *par excellence* truciznę dla krwi. Gorszy jest w skutkach dlatego, że podawany w małych dawkach, nie daje niepokojących objawów ubocznych, ale już w tychże małych dawkach (0,06) działa zabójczo na czerwone krążki krwi, które pod jego wpływem ulegają rozpadowi, jakby rozpuczeniu. Jest to jeden z najsilniejszych znanych dotąd antypiretyków. Już jeden gran lub dwa grany (0,12) dają potężny efekt, obniżając chorobowo wzmożoną ciepłotę o 2 lub 3 stopnie. Dawki większe szybko prowadzą zapaść oraz nadają moczowi silne krwawe zabarwienie, które zarówno lekarza, jak i pacjenta przeraża. Dawka, wynosząca półtora lub dwa grany równa się w działaniu conajmniej dziesięciu lub dwunastu granom antypiryny, i działa szybciej, niż ta ostatnia. Pyrodin stosowałem z możebną ostrożnością w 8-miu przypadkach w r. 1889 („Medycyna“ z r. 1890) t. j. przed laty 15, gdy jeszcze nie mieliśmy takiej, jak dziś, obfitości względnie lepszych antypiretyków. Z uwagi jednak, iż przy małych, bo granowych dawkach zawsze występowała hemoglobina już to wcześniej, już później, stosowania tego środka zaniechałem. Wszystkie 8 przypadków należały do kategorii, opierających się działaniu innych antypiretyków, i to mnie skłoniło do użycia tego wystudowanego przez DRESCHFELD'a środka.

Był czas pewien, może przed lat dziesiętkiem, gdy stosowano gwajakol naskórnice, jako środek dla obniżenia gorączki u suchotników. Wiadomo, iż w czasach owych daleko więcej rachowano na leczenie kreozotowe, niż dzisiaj. Otóż, wychodząc z zasady, że kreozot i otrzymane z niego przetwory wywierają na sprawy gruźlicze wpływ dodatni, uważano za pożyteczne wprowadzać do ustroju gwajakol także drogą wcieraan; i wtedy to się przekonano,

iż w ten sposób zastosowany gwajakol obniża silnie temperaturę. Do wcierań używano alkoholowego roztworu gwajakolu w stosunku 1 gwajakolu na 2 lub 3 części alkoholu. W oczyszczonej eterem lub wymytą dobrze część skóry na klatce piersiowej, odpowiadającą mniej więcej miejscu, będącemu siedliskiem sprawy, na przestrzeni, wynoszącej około 10×10 centymetrów, wcierano powyższy roztwór przy pomocy wcierań z pęcherza lub irchy. Skutek był nadszpiewany. Ciepłota ciała nagle spadała, lecz przy objawach znacznej zapaści (*collapsus*). Chorzy doznawali niepokoju, czasem potów, a zawsze silnego osłabienia. Objawy te, jako niezbyt długo trwające, dałyby się jeszcze znieść przez chorych jako tako; ale obniżka trwała krótko, a szybkiemu powrotowi do pierwotnej, a nawet wyższej od pierwotnej ciepłoty towarzyszyły tak silne dreszcze, jakich chorzy w ciągu swej choroby nigdy nie doznawali. Śmiało też w tym razie można użyć znanego zresztą wyrażenia, że lekarstwo było gorsze od choroby. Gdym kilkakrotnie podobne zjawiska widział, nasunęło mi się samo przez się przypuszczenie, że, gdyby podobnego wtarcia gwajakolu dokonać na znaczniejszej przestrzeni skóry, śmierć mogłaby nastąpić. Nie długo czekałem na stwierdzenie faktem tego przypuszczenia. Zakomunikowano mi bowiem z bezpośredniego źródła, iż 4 czy 5-letniemu dziecku, które przebyło płonicę, lecz u którego niezauważalne podniesienie ciepłoty miało jeszcze miejsce, polecono wetrzeć w plecy i piersi roztwór gwajakolu celem obniżenia zresztą niezauważalnej gorączki. Roztwór był 1 na 3, gdyż receptę miałem sposobność widzieć. Spełniający poleconą czynność fclczcr zauważył, że już po jakichś kilkunastu minutach dziecko zaczęło stygnąć, następnie sinieć, ciężko oddychać, a po niedługim czasie, może po upływie godziny, rozpoczęła się agonia, i dziecko wkrótce zmarło.

Jest prawdopodobnem, że gwajakol, wprowadzony drogą wcierań do ogólnego krążenia,

szybko odtlenia czyli dezoksyduje krew *en masse* i w ten sposób śmierć asfiktyczną sprowadza.

Ponieważ z naskórnego stosowania gwajakolu nie odnosimy najmniejszej korzyści, a przeciwnie, możemy chorego narazić na niebezpieczeństwo, byłoby rzeczą uzasadnioną, naskórnym sposobem go bezwarunkowo nie używać. Nie dzieje się tak jednakże; widziałem bowiem kilkakrotnie przepisy lekarskie, polecające wcierać codziennie w klatkę piersiową płyn, w którego skład wchodziły: terpentyna francuska, spirytus i gwajakol; ten ostatni nawet w dość dużej ilości!

* * *

Po powyższym krótkim przeglądzie środków, bliżej nas obchodzących, zwróćmy się obecnie do kryofiny, środka chronologicznie jednego z późniejszych, zanim powiemy słów kilka o kryogeninie.

Kryofina, pochodna fenacetyny, a poprzedniczka kryogeniny, polecona gorąco przez Eichhorst'a w r. 1897, jako środek przeciwgorączkowy i przeciwnerwobólowy, w bardzo niedługim czasie niemal całkiem poszła w zapomnienie pomimo entuzjastycznych zachwaleń.

Dawka półgramowa kryofiny miała się równać w działaniu całemu gramowi fenacetyny, a nadto, tam, gdzie kryofina odmawiała swego przeciwgorączkowego działania, i inne środki przeciwgorączkowe, jak: fenacetyna, laktofenina, a nawet antypiryna również miały swego działania odmawiać. Tak przynajmniej formułowano strony dodatnie tego środka, zaznaczając, że kryofina nie wywołuje nieprzyjemnych zjawisk ubocznych, które niemal przy wszystkich innych środkach przeciwgorączkowych występują, zwłaszcza, gdy ich dawka jest nieco większa.

Kryofinę stosowałem w bardzo wielu przypadkach i już po niedługim czasie miałem możność stwierdzenia, iż działanie jej jest nie stałe, zwłaszcza w razach, w których ją stosowałem

celem złagodzenia bólu. Gdy dawka 0,5 lub 0,6 antypiryny z nielicznymi wyjątkami działała kojąco w bólach, towarzyszących wadliwemu rdzeniu, w bólach stenokardycznych lub bólach głowy, to natomiast dawki gramowe kryofiny w wielu razach były całkiem bezskuteczne lub też tylko nieznacznie przynosiły ulgę.

Przeciwgorączkowe działanie kryofiny było również mocno przechwalone. I tu kryofina działa niepewno, czas trwania obniżki ciepłoty po jej podaniu bywa bardzo różny, przeważnie za krótki. Często dawkę gramową przekraczałem, podając na raz 1,25 lub nawet 1,50 kryofiny albo też stosując dwie większe dawki, jedna po drugiej w półgodzinnym lub godzinnym odstępie; lecz i to nie osiągało celu, tak, że musia-

łem się uciec do antypiryny lub laktofeniny, które pomimo zapowiedzi, iż „tam gdzie kryofina nie działa, i inne środki przeciwgorączkowe nie działają“, działały jednakże w sposób zadawalający. Prawda, że kryofina nie wywołuje niepożądanych ubocznych zjawisk, ja przynajmniej ich nie dostrzegałem — ale też nie osiąga celów, dla których ją podajemy. Nie w tem dziwnego, że w niedługim czasie akta kryofiny złożone zostały do historycznego archiwum, i z wyjątkiem dwu klinicznych robót, ogłoszonych w r. 1899, przemawiających na jej korzyść, w ostatnich 5 latach głucho zaległa cisza, i ani jedna praca o kryofinie się nie pojawiła.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

169. F. H. MURDOCH (Pitsburg Pa). **Wskazania do interwencji chirurgicznej w przypadkach wrzodu żołądka.**

Według FENWICK'a należy rozróżniać ostre i chroniczne wrzody żołądka. Ostre zwykle spotrzegać się dają między 15 a 25 rokiem życia, częściej u kobiet, niż u mężczyzn (stosunek 10:1); chroniczne przeciwnie rzadko się zdarzają przed 30 rokiem i są stosunkowo częstsze u mężczyzn. W ostrych wrzodach krwotok jako pierwszy objaw występuje w 75 przypadkach na sto, przedziurawienie zaś jako pierwszy objaw w trzech na sto. We wrzodach chronicznych krwotok nigdy nie występuje jako pierwszy objaw, najczęściej się jednak zdarza między pierwszym i piątym rokiem choroby. Krwotok zrazu smier-

telny zdarza się w trzech do pięciu przypadkach na sto, przedziurawienie zaś w siedmiu na sto. Ostre wrzody sadowią się najczęściej na małej krzywiznie żołądka pomiędzy *cardia* i *pylorus* i zwykle bywają liczne; chroniczne zaś najczęściej na tylnej ścianie odźwiernika i zazwyczaj są pojedyncze (w 87% przypadków). Ostre wrzody mają zwykle równo ścięte brzegi (ROKITANSKY), okazują skłonność do prędkiego zabliznienia i pozostawiają nieznaczną bliznę; chroniczne — przeciwnie mają kształt raczej lejcowaty i powodują bliznowate zwężenia i niekształcenia.

FENWICK rozróżnia następujące postacie wrzodu:

1) Postać gastralgiczną — znamionującą

się napadami silnych bólów, podobnych do kolki wątrobowej.

2) Postać kataralną czyli wymiotną, którą bardzo łatwo można mylnie wziąć za nieżyt żołądka, macinnictwo albo za niedające się oparować wymioty w ciąży.

3) Postać dyspeptyczną — którą należy odróżniać od chronicznego nieżytu żołądka i niestrawności nerwowej.

4) Postać krwotoczną — którą niekiedy mylnie bierze się za marskość wątroby lub tętniak.

5) Postać charłaczą — którą niekiedy trudno odróżnić od raka albo małokrwistości złośliwej.

Krwotok w ostrym wrzodzie zdarza się wprawdzie często — lecz rzadko się w następstwie powtarza, albowiem uszkodzone naczynie w owrzodzeniu o brzegach miękkich i podatnych — łatwiej się kurczy, a i sam wrzód też łatwiej się zabliznia.

Krwotoki w chronicznym wrzodzie średnio zdarzają się w 18 przypadkach na sto, lecz za to stanowią objaw o wiele poważniejszy, niż w ostrym wrzodzie, albowiem brzegi wrzodu są tu twarde, modzelowate, niepodatne — wskutek tego krwawiące naczynie nie może się skurczyć — i krwotok może się wstrzymać jedynie przez zatkanie skrzepem. Krwotoki tutaj okazują skłonność do nawrotu — albo wskutek niedostatecznego wytworzenia skrzepu, albo też wskutek obluźowania się tegoż. Jeśli więc krwotok ma miejsce w chronicznym wrzodzie, to, jeśli już pomoc chirurgiczna okazuje się niezbędną, nie należy z nią zbyt się ociągać, albowiem krwotok może i powtórzyć się, i powtarzać w krótszych lub dłuższych odstępach czasu i stać się powodem śmiertelnego zejścia. Przy przedziurawieniu operować należy jaknajspieszniej.

Wogóle jednak zdania co do sposobu leczenia wrzodu żołądka są podzielone. SCHLEIP — pierwszy zalecał tu przemywanie żołądka jako metodę leczniczą, czemu jednak sprzeciwia się LEUBE na tej zasadzie, że wprowadzona sonda, natrafiwszy na miejsce owrzodzenia, może spowodować przedziurawienie. RIEGEL również uważa tę metodę za nieprzynoszącą pożytku a nawet szkodliwą, albowiem w niepowikłanych przypadkach wrzodu trawienie odbywa się w żołąd-

ku normalnie albo nawet jest przyspieszone z powodu współistniejącej zazwyczaj *hyperchlorhydriac*; zalegania więc pokarmu tu nie bywa. Ztąd wynika, że usuwanie całej ilości kwasu z żołądka nie jest konieczne — i że ograniczyć się jedynie można na miarkowaniu zbytnej kwasoty. Poczóż więc stosować tu przemywanie, które ma tylko rację bytu tam, gdzie zawartość żołądka zbyt długo w nim zalega albo też ulega rozkładowi.

LEUBE uważa operację za właściwą, jeśli wrzód krwawi, i jeśli krwawienie to trwa tygodniami; podczas krwawienia odżywia chorego *per rectum* — nie dłużej jednak, niż trzy dni (?); nie używa on tu sondy żołądkowej weale albo ogranicza użycie jej do przypadków, połączonych z gwałtownymi wymiotami, które same większą mogłyby przynieść szkodę, aniżeli sonda.

MANSELL MOULLIN twierdzi, że każdy chroniczny wrzód żołądka, który powoduje silne bóle i wymioty i który opiera się metodycznemu leczeniu w ciągu określonego czasu, powinien być leczony drogą operacyjną. Ma on tu na myśli kurację wypoczynkową LEUBE-ZIEMSEN'a (rest cure) — trwającą 4 do 6 tygodni. Taka jednak kuracja — zdaniem autora — może być dostateczna dla ostrego wrzodu jedynie, lecz nie dla chronicznego — dla którego bezwarunkowo jest za krótkotrwała.

FENWICK utrzymuje na zasadzie klinicznego doświadczenia, że choroba nawet przy najbardziej sprzyjających warunkach wymaga dla wyleczenia kilku miesięcy, i że ustąpienie bólów i wymiotów nie jest jeszcze dowodem zabliznienia. Cały czas trwania leczenia dzieli on na cztery okresy. W pierwszym okresie, trwającym 2—3 tygodnie, chory pozostaje w łóżku i otrzymuje wyłącznie płynne pożywienie (mleko). Drugi okres od czasu ukończenia pierwszego trwa do końca drugiego miesiąca. Chory otrzymuje tu dalej pożywienie płynne, lecz już z dodatkiem do mleka mielonego ryżu, sproszkowanego biszkoptu, tapioki, lekkie zupy oraz sok mięsny. Okres trzeci od początku trzeciego trwa do końca szóstego miesiąca: tu chory oprócz mleka otrzymuje już chleb, chleb z masłem, jaja na miękko, skrobane surowe mięso, także mięso kureczęcia, smażoną — lecz przesianą przez sito — białą rybę. Okres czwarty trwa od 6 do dwunastego, a nawet w cięższych przypadkach do 18

miesiąca. Tutaj dyeta coraz bardziej się urozmaica, aż w końcu mało czego choremu się odmawia. Bądź jak bądź, mleko w pierwszych sześciu miesiącach stanowi zasadnicze pożywienie w leczeniu wrzodu żołądka.

Autor w leczeniu nie stosuje się do takich ścisłych przepisów co do czasu — lecz powoduje się raczej objawami w każdym poszczególnym przypadku. Niektórym chorym podaje już stałe pokarmy po upływie 2—3 miesięcy, innym po upływie 5—6, innych wreszcie trzymał na płynnej diecie przez 9 miesięcy. Głównie idzie tu o to, ażeby nie za wcześnie zacząć podawać pokarmy stałe. Z 32 przypadków, w ten sposób leczonych, w dwóch tylko — o ile mu jest wiadomem — mógł stwierdzić nawrót wrzodu (oba dotyczyły się chorych, którzy nie stosowali się do danych im wskazówek dyetetycznych i popełniali stałe grube pod tym względem wykroczenia). Jeśli z jednej strony wziąć pod uwagę śmiertelność, spowodowaną wrzodem żołądka — przy terapeutycznym traktowaniu tegoż — którą LEBERT określa na 8%, ROSENHEIM na 20%, LEUBE tylko na 2,4%, FENWICK nie wyżej nad 4%, — a z drugiej strony śmiertelność przy stosowaniu gastroenterostomii, która według HABERKAUT'a wynosi 25%, według KEORT'a 25%, EINHORN'a 25%, MITCHEL'a 50%, a która obecnie według ROGERS'a waha się między 15%—30% i która wreszcie w 6 przypadkach, spostrzeganych przez autora, wynosiła 16,2% — to łatwo można wyciągnąć wniosek, że śmiertelność przy gastroenterostomii jest większa, niż przy terapeutycznym traktowaniu wrzodu.

Co się tyczy częstości zwężenia odźwiernika w chronicznym wrzodzie, to BRINTON obliczył ją na $\frac{1}{2}$ % (1 przypadek na 200), FENWICK na 16%—20% częściowego zwężenia i tylko na 2% przypadki wysokoposuniętej stenozы.

Ze względu więc na stosunkowo nie wielką częstość krwotoków oraz przedziurawienia, które znów stanowi względnie najczęstsze powikłanie chronicznego wrzodu, dalej ze względu na *stenosis pylori*, które jest najczęstszym jego następstwem, domagajacem się operacyi, wreszcie ze względu na wysoką odsetkę śmierci wskutek gastroenterostomii — należy, o ile możności, zabiegu chirurgicznego unikać i przystępować do operacyi jedynie wobec pewnych i koniecznych do niej wskazań. Wskazania te są posta-

wione w sposób ściśle określony przez DEEVER'a (1904 r.), który zaleca gastroenterostomię nie ze względu na sam wrzód — lecz jedynie ze względu na jego powikłania.

Według więc DEEVER'a jedyne wskazanie dla gastroenterostomii stanowią te zmiany w żołądku, które przeszkadzają opróżnieniu się jego. Tu więc należą: zwężenie odźwiernika czy to złośliwej, czy też niezłośliwej natury, owrzodzenia i stan zapalny jego, wreszcie atonia mięśni żołądkowych.

W przypadkach zwężenia odźwiernika, w których żołądek nie może wydalać pokarmów stałych, należy podawać pożywienie płynne, i nie przystępować do operacyi, dopóki one przechodzą przez zwężenie, pacjent nie podpada na ogólnym stanie zdrowia i na takim pożywieniu poprzestaje. Jeśli zaś już i płyny nie przechodzą, należy operacyę robić niezwłocznie.

(Medic. Record. N. 1769. 1904 r.)

F. Gr.

170. DÖBELLI (Bern). O większych przesłankach w żywieniu niemowląt.

Zwykły przepis lekarski zaleca dawać pożywienie dziecku co 2 godziny w ciągu pierwszych tygodni życia, a co 3 godziny dopiero ku końcowi pierwszego roku, zachowując przytem 4—6 godzinne pauzy nocne. Na dobę zatem przypada 6—8 pożywień. Przy zachowaniu tego przepisu dzieci mają się dobrze; zachodzi pytanie, czy ta liczba jest konieczna, czy też stosowniej jest przyzwyczaić niemowlę do dłuższych pauz. Pod tym względem pouczające są doświadczenia, poczynione przez wielu najbardziej kompetentnych współczesnych pediatrów.

HEUBNER zaleca przy karmieniu piersią $2\frac{1}{2}$ — 3 godzinne pauzy, przy sztucznym żywieniu bezwarunkowo 3 godzinne, dla chorych dzieci nawet $3\frac{1}{2}$ godzinne. STOOS jest mniej więcej tegoż zdania. MORFAN kładzie nacisk na to, że niemowlęta, żywione z flaszki, powinny otrzymywać nie więcej, niż 5 pożywień dziennie i jedno w nocy. Częstsze bowiem podawanie takiego pokarmu bywa przyczyną zaburzeń w trawieniu. FEER na zasadzie swoich spostrzeżeń przychodzi do wniosku, że dla zdrowego dziecka 5—6 pożywień w pierwszym półroczu trzeba uważać za normę. CZERNY zaleca 4 godzinne pauzy dla dzieci, żywionych z flaszki. HENOCH dla dzieci, żywionych piersią $2\frac{1}{2}$, z flaszki 3 go-

dzinne pauzy bezwarunkowo, nawet u najmłodszych niemowląt. RISSMANN i FRITZSCHE zalecają 6 pożywień w ciągu pierwszych 4 miesięcy, później 5. Bardzo interesujące są dane JUNDELL'a ze Sztokholmu ze względu na to, że szpitale dziecięce w Szwecji, Norwegii i Danii zajmują jedno z pierwszych miejsc pod względem ich urządzenia i pielęgnowania znajdujących się tam niemowląt. JUNDELL przyzwyczajał dzieci do 4 godzinnych pauz, uważając to za normę. Spostrzeżenia, poczynione przez d-ra DÖBELLI w klinice i poliklinice profesora CZERNY'ego we Wrocławiu, wskazują, że dzieci zdrowe, karmione przez mamki 5 razy dziennie, nie stały niżej od karmionych częściej ani pod względem wagi, ani odporności przeciw wszelkiego rodzaju zakażeniom. Co się tyczy innych dzieci i specjalnie z chorobami trawienia, a te dzieci stanowiły główny kontyngens, to ich spokojne zachowanie się wskazywało, że przy 4 godzinnych pauzach musiały się mieć dobrze. W prywatnej

praktyce radzono sobie w ten sposób, że dzieci, które nie mogły z początku przyzwyczajać się do nowego sposobu żywienia, otrzymywały w przerwach trochę lekkiej herbaty z kwiatów lipowych, co szczególnie w nocy było dla matek dogodnie. Za większymi pauzami u chorych na żołądek dzieci przemawia jeszcze ta okoliczność, że, jak to wykazały badania wielu pediatrów, sprawność ruchowa żołądka u takich dzieci jest zmniejszona, że znajdujemy w wymiocinach resztki mleka po 4—5 godzinach.

Po tych uwagach DÖBELLI przychodzi ostatecznie do wniosku, że najstosowniej jest karmić w ciągu pierwszych tygodni piersią co 3 godziny z 6—8 godzinnymi pauzami nocnymi, przy czem nie należy budzić dziecka ze snu, chociażby upłynęło więcej, niż 3 godziny. Dzieci zaś z zaburzeniami w trawieniu powinny otrzymywać pokarm co 4 godziny.

(Correspondenz-Blatt. 17. 1904).

D-r Pyrż.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie chirurgiczne z dnia 14. VI. 1904.

1. B. JAKIMIĄK przedstawia dziecko 3-miesięczne z przepukliną mózgową (*meningocele*) na podstawie nosa i zapytuje o zdanie, jakie w tym przypadku zastosować leczenie.

KRAJEWSKI nie radzi tu operacji, albowiem wyniki w tych przypadkach bywają najczęściej niepomyślne. Co do wskazań operacyjnych, kieruje się tu głównie stosunkami podstawy guza: jeżeli podstawa ta jest wąska, szypulkowata, to operuje, jeżeli zaś jest szeroka — to nie rusza. KRZYŃSKI uważa za główną wskazówkę, którą należy się kierować, budowę i charakter samego guza. Jeżeli mamy do czynienia z właściwą przepukliną oponową (*meningocele*), co się zdarza bardzo rzadko, to operować należy; w przypadkach zwykłych przepuklin mózgowych — *en-*

cephalocèle— wskazanie do operacji zależy od stopnia odprowadzalności guza, względnie zaś od tego, jak wielki kawałek tkanki mózgowej trzeba było przy operacji usunąć. Zarówno przeciw operacji przemawia obecność wodogłowa znacznego stopnia. W danym przypadku nie odradza K. bezwzględnie operacji, a można by nawet zrobić nacięcie i dopiero, przekonawszy się o stosunkach anatomicznych, postąpić odpowiednio.

Br. SAWICKI zgadza się z tymi wywodami, zwraca tylko uwagę na niepewność objawu odprowadzalności, która może być niekiedy tylko pozorna.

2. Fr. KLJEWSKI przedstawia 12-letniego chłopca, u którego z dobrym wynikiem wykonał nacięcie płuca (*pneumotomia*).

Chłopiec ten przed 4 miesiącami zachorował; rozpoznano wysięk ropny w opłucnie prawej; okazało się jednak, iż jest jama (*bronchiectasis*) w płucu. Przystąpił przeto do operacji, wyciął 10 żebro, zrobił mały otworek w opłucnie, uchwycił kleszczykami miąższ płuca i przyszył je do tego otworu, poczem, wyciąwszy jeszcze dla uprzystępnienia 9-te żebro, przeciął miąższ płuca i jamę w niem otworzył. Przebieg pooperacyjny był ciężki wskutek szeregu komplikacji, jakie się przyłączały; mianowicie, wystąpiło zapalenie w płucu operowanym, kiedy zaś to przeszło pomyślnie, wystąpiło zapalenie po drugiej stronie. Obecnie stan chorego jest dobry, w małym otworze w klatce piersiowej sferczy jeszcze dren, wchodzący do gojącej się jamy w płucu, lecz odgłos wypukowy na całej przestrzeni jest jasny, i niema kaszlu, który tak chorego dawniej męczył. Oprócz tego przypadku operował KIJEWSKI przed $\frac{1}{2}$ rokiem dziewczynę 17-letnią także z powodu jamy, powstałej na tle rozszerzenia oskrzela; tu jednak wynik był niepomyślny. Jak okazało się na sekeyi, prócz operowanej jamy istniały jeszcze inne bronchiektazy, z których jedna pękła do opłucny.

KRAUSE podnosi trudności rozpoznawcze w orzeczeniu, czy mamy do czynienia z jamą ropną w płucu, czy z wysiękiem ropnym w opłucnie. W jednym przypadku, który operował, chory wypluwał mnóstwo ropy, jednakże nie udało się strzykawką ropy wydobyć. Zrobiwszy nacięcie klatki piersiowej, przekonał się, że obie warstwy opłucny na dużej przestrzeni są ze sobą zrosnięte. Śmiało więc naciął je i wszedł do ogromnej jamy w miąższu płucnym, którą opróżnił. Po operacji stan chorego poprawił się znakomicie, jednakże od pewnego czasu znów występuje podniesienie ciepłoty, jest więc podejrzenie, że w innym miejscu tworzy się nowa jama.

3. W. KRAJEWSKI przedstawia ciekawy pod względem rozpoznawczym przypadek, dotyczący chorego 20-kilkoletniego, który w dzieciństwie uderzył się mocno w okolice lewego boku i łopatki, co na razie nie wywołało poważniejszych następstw. Dopiero w ostatnich czasach przed 4 miesiącami, przy silnym kaszlu, utworzył się płaski guz, który po jakimś czasie znikł. W parę miesięcy później znów podczas kaszlu wystąpił w tem samym miejscu, lecz już w kształ-

cie rzeczywistego guza, jak go obecnie widzieć możemy. Guz ten pod uciskiem ręki zmniejsza się i znika zupełnie, przyczem daje charakterystyczne uczucie trzeszczenia; jeżeli chory znacznie mocno nadymać się lub kaszlać, to guz zjawia się na nowo. Ucisk na guz zupełnie nie sprawia bólu, nakłucie próbne dało trochę krwawego płynu surowiczego. W miejscu guza na klatce piersiowej wyczuć można znaczne zgrubienia i zniekształcenie żebra, które po złamaniu zrosło się wadliwie. Mamy tu więc do czynienia z dość rzadko się spotykającą postacią wypadnięcia płuca skutkiem zmian, wywołanych przez uraz, co rozpoznajemy jako *hernia pulmonalis*.

4. WŁ. STANKIEWICZ przedstawia 16-letniego chorego, którego okazywał na poprzednim posiedzeniu ze względu na wątpliwości rozpoznawcze, dotkniętego cierpieniem stawu łokciowego z jednoczesnym zajęciem i obrzmieniem gruczołów pachowych. Pod wpływem leczenia odpowiedniego gruczoły się zmniejszyły, zarówno jak i obrzęk skóry; stan jednak stawu pozostaje prawie bez zmiany. Skłania się przeto St. do rozpoznania sprawy gruźliczej w kościach, ewent. w stawie łokciowym.

5. KIJEWSKI okazuje chłopca 16-letniego, mającego rozległe zmiany w skórze całej stopy prawej; jest to przerostowa postać gruźlicy, w tym stopniu dość rzadko spotykana. K. zastosował tu leczenie za pomocą wcierania w wybujałości nasyconego roztworu nadmanganianu potasowego (*kali hypermanganicum*) i wynik otrzymał wyborny. Guzy dość szybko zaczęły się zmniejszać, i obecnie większość ich znikła, zostawiając gładką, prawidłową bliznę; inne, o wiele już mniejsze, również są na drodze do wygojenia się.

KOSICKI (z Radomia) przypomina, że przed laty jeden z lekarzy rosyjskich ogłosił bardzo pomyślne wyniki leczenia gruźlicy skóry i gruczołów za pomocą posypywania ognisk chorobowych sproszkowanym *kali hypermanganico*.

KOZERSKI podaje, że dawniej leczenie wilka (*lupus*) za pomocą smarowania nadmanganianem potasu było bardzo używane w Paryżu; obecnie jednak zniechęcono się do tego leczenia i zarzucono je. I w tym przypadku ma wątpliwości, czy postępowanie to doprowadzi do zupełnego i radykalnego wyleczenia.

ZEMBRZUSKI zaznacza, że przypadki gruźlicy skórnej, aczkolwiek zazwyczaj mają przebieg *par excellence* przewlekły, niekiedy nagle dają obostrzenia i uogólnienia sprawy gruźliczej. W jednym spostrzeganym przez niego przypadku wystąpiła nagle gruźlica płuc, która szybko skończyła się śmiercią.

6. BR. SAWICKI okazuje preparaty anatomiczne, uzyskane z operacyi.

7. ODERFELD omawia obszernie cztery przypadki gastroenterostomii, którą wykonał w następujących przypadkach.

1) Dziewczyna 20-letnia, chora od 3-ech lat na bóle w dołku; w $\frac{1}{2}$ godziny po jedzeniu lub picciu bardzo często występują wymioty bardzo kwaśne. Od czasu do czasu następuje przerwa w chorobie, która potem jednak powraca z nowym nasileniem. Badanie wykazało nadmiar wolnego kwasu solnego (80 przy ogólnej kwasocie 100) w soku żołądkowym (*hyperaciditas, gastrosuccorrhoea*). *Gastroenterostomia m. HACKER* z bocznem zespoleniem pętli jelit. Po operacyi poprawa subiektywna ogromna, bóle i wymioty znikły. Po $1\frac{1}{2}$ roku powróciła do szpitala z takimi samymi objawami, choć słabszego natężenia. Badanie soku żołądkowego znów wykazało nadmiar kwasu solnego.

2) Kobieta 38-letnia, od 2-ech lat miewa wymioty i bóle w brzuchu; początkowo wymioty

bywały tylko po jedzeniu, obecnie są one częściej i niekiedy z domieszką krwi. W wymiocinach oraz w zawartości żołądkowej brak wolnego kwasu solnego. *Gastroenterostomia m. WOELFLER cum enteroanastomosi*. Po wyjściu ze szpitala czuła się przez parę miesięcy dobrze; po 5 miesiącach powróciła do szpitala z takimi samymi objawami chorobowymi. Po krótkim pobycie wypisała się do domu, gdzie zmarła w rok po operacyi.

3) Kobieta 36-letnia, chora od lat kilku, w ostatnich czasach częste wymioty. W zawartości żołądkowej jest wolny kwas solny. *Stenosis pylori, gastrectasia. Gastroenterostomia m. HACKER c. enteroanastomosi laterali*. Po operacyi chora czuje się bardzo dobrze. Stan ogólny, łaknienie i odżywianie poprawiły się znakomicie.

4) Mężczyzna 57-letni, wyniszczony bardzo, chory od lat 6-iu, miewa odbijanie i wymioty, które ostatnimi czasy są coraz częstsze. Jadał zawsze dużo. Granica dolna żołądka znacznie obniżona, sięga na 3 palce poniżej pępka. Wolny kwas solny (39), ogólna kwasota 43. *Dilatatio ventriculi. Gastroenterostomia m. HACKER cum enteroanastomosi*. Po operacyi poprawa, zarówno przedmiotowa, jak i podmiotowa, zupełna.

O D C I N E K.

Po sezonie w Karlsbadzie.

Dziwne to miejsce, dziwny „bad“ — ów Karlsbad, osobliwa społeczność kąpielowa, jakiej właściwie nie widzi się gdzieindziej. Tłum różnojęzyczny z pośród „obere“ nawet „obersten Zehntausend“ całego świata, a obok tego i tłum chałaciarzy polskich, tłum jednak, w którym zarządzący są niemal zupełnie wielkie państwowe i

pieniężne stanowiska, urodzenie, narodowość, religia, sława i jeszcze inne atrybuty społeczne, innemi słowy — zbiorowość szczególnie zdemokratyzowana i zrównana przy poszukiwaniu zdrowia u sławnego źródła — wybitna gorączkowość, cechująca działania członków tego przejściowego społeczeństwa — nadzwyczajna, wprost nużąca wystawa strojów i klejnotów — niby na balu kostyumowym, podczas „haute saison“, t. j. w czerwcu i lipcu, luks wielu urzędów i lokali

publicznych łącznie ze słynną drożyzną — idea business'u, przepajająca mózgi chwilowych i stałych „bürgerów“ Karlsbadzkich, — a i fabryka milionów dla niejednego z nich — oto sławny Karlsbad, nestor badań europejskich, prototyp oraz przedmiot zawiści dla wielu młodszych. „Bad“ to, powtarzam, jedyny w swoim rodzaju, i trzeba w nim pobyć, żeby go należycie „pojąć“, miejscowość, równie warta pióra belletrysty-socjologa, jak było tem Lourdes — dla głośnego autora francuskiego.

„Czy ja wierzę w Karlsbad?“. Jak może „badearzt“ karlsbadzki nie wierzyć w Karlsbad — przecież nawet nie wypadaloby inaczej!.... Nie łatwiejszego, jednakże, jak „uwierzyć“ w Karlsbad, i niejednego bardzo sceptyczny lekarz-obszwarator, o ile przez czas dłuższy uczestniczył w życiu karlsbadzkim, powie chętnie: „niechaj sobie ten Karlsbad będzie tylko „sugestyą“ — to jest to jedno z najpotężniejszych narzędzi sugestyi, jakimi wogóle rozporządza medycyna — narzędzie w swoim rodzaju jedyne. I gdyby jednego dnia przestał bić sprudel karlsbadzki i wyschły inne źródła, byłby to nietylko wielki kłopot dla lekarzy, ale wprost cios dla rzeszy chorych z całego świata, cios dla tych tysięcy „prenumeratorów“ Karlsbadu, którzy tutaj z roku na rok powracają, dla których coroczny kilkotygodniowy pobyt w Karlsbadzie stał się przyzwyczajeniem życiowym, wprost warunkiem życia!

Ale chodzi stanowczo i o coś bardziej namacalnego, niż sławna i osławiona sugestia. A więc jeśli pojęcie „badu“ jest dla lekarza współczesnego pojęciem zbiorowym, t. j. oznacza nie jeden, ale sumę poszczególnych czynników terapeutycznych, to nazwa Karlsbadu odpowiada pojęciu temu w stopniu — rzecz można — najdoskonalszym. Robiło to się i wyrabiało, zapewne, nie rok jeden i nie dwa, a całe wieki — Karlsbad liczy 500 — 600 lat istnienia — ale i urobiło na swego rodzaju wzór i przykład. Nie wątpliwie znajdzie się i tutaj dość... dla „krytyki“ przygodnych korespondentów, i część braków wypływa już z samego zacieśnionego w wąskiej dolinie położenia Karlsbadu (Maryenbad w tym względzie znajduje się bez porównania w lepszych warunkach). Ale przypomnijmy obok tego tę powszechną czystość, nawet w sta-

pomnijmy dalej znakomitą, nader delikatną kuchnię karlsbadzką — ową sławną „kurgemässe Küche“ — gdzie kuracyusz prawie nie ma możności trafienia na potrawy tłuste, mocno korzenne, t. j. dla żołądka „ciężkie“, — gdzie istnieje szereg specjalnych dań dla dyabetyków — kuchnię, która dla niektórych naszych podniebień może się wydawać mdlą, — ale która jest stanowczo kuchnią najbardziej „cywilizowaną“, t. j. zdrową. Weźmy 160 kilometrów doskonałych dróg spacerowych w okolicznych lasach i wzgórzach, że przyjezdny przez przeciąg kilku tygodni ma codziennie nowy spacer i codziennie coś nowego do obejrzenia, — weźmy cały tryb życia karlsbadzkiego, kiedy już przed szóstą rano wszystko na nogach, a o 10-ej wieczór wszystko w łóżku — bo o wpół do jedenastej na „Alte Wiese“ gaszą połowę światła — weźmy wiele jeszcze innych rzeczy, które trudno mi tu wszystkie wymieniać, a całość złoży nam właśnie „kuracyę karlsbadzką“ — „Karlsbader Kur“, którą odbyć można właśnie tylko — w Karlsbadzie.

To szybko staje się pewnym nietylko dla lekarza, ale i dla samego pacjenta. „Niech mi Pan powie, jak jabym to wszystko mógł zrobić w domu“ — pyta mnie jeden obywatel ze wsi, który ma do rozporządzenia własny dom, kuchnię, ogrody i spacer i t. p. Tylko, istotnie, dla przeprowadzenia „kuracyi karlsbadzkiej“ trzeba by ten dom, co się mówi, przewrócić do góry nogami, a przedewszystkiem sprowadzić kucharza, któryby umiał gotować „po karlsbadzku“. I to jeszcze nie wszystko. W Karlsbadzie, gdy przy obiedzie wszyscy naokoło jedzą prawie jedno i to samo — „cielęcinę i kurczę, kurczę cielęcinę“, gdy na stołach widać tylko buteleczki z wodą Giesshübler czy Biliner, a wieczorem całe towarzystwa zabawiają się przy... dwóch jajkach na miękko i kawałku szynki, a na zakończenie herbatce, jakby się zapominało, że coś innego istnieje na świecie do jedzenia, i kuracyusz karlsbadzki nie czuje się mimowoli pokrzywdzonym, poniekąd wyłączonym z towarzystwa ludzkiego, jak wtedy, gdy skazany jest wśród domowników sam jeden na pewną dietę i pewien tryb życia. Ile to znaczy „sugestia“ i przykład dla podniebienia ludzkiego, właśnie można nauczyć się w Karlsbadzie!.... Cała też kuracya tutejsza ma to do siebie, że — przecię-

tnie — pacjent przerabia ją bez szczególnego, najczęściej bez żadnego moralnego przymusu — ba! przy najlepszym humorze. Psychologicznie ciekawem jest, jak niejeden chory, któremu w pierwszym dniu pobytu dyeta przepisana przedstawiała się drakońską, po kilku dniach zapomina o tem i żywi się doskonale białem mięsem, jarzynkami i t. p., jakie są w zwyczajach w Karlsbadzie.

Wszystko to bardzo pięknie — tylko czy cały ten zbiór czynników karlsbadzkich po za sugestją daje realne wyniki terapeutyczne, — daje ich więcej, niż zwykły odpoczynek, oderwanie się od wyczerpującego zajęcia, dyeta i t. p. w szeregu przypadków, kiedy nam chodzi o namacalne zmiany na lepsze w czynnościach wegetacyjnych ustroju? Są przecież lekarze, którzy właśnie bardzo wątpią o tem — nie uznając za Karlsbadem więcej, niż daje zwykła zmiana trybu życia, czy odpoczynek i t. d.

Otóż śmiem wyrazić przekonanie, że wątpić o „działaniu“ Karlsbadu będą ci właściwie, którzy wogóle za dużo wymagają od metod terapeutycznych, którzy zapominają, że żaden z posiadanych w medycynie czynników leczniczych, nawet z pośród „lekarstw na choroby“ nie jest absolutem terapeutycznym, że przecież i sławna surowica antydyfterytyczna tylko zmniejsza odsetkę śmiertelności, ale jej nie znosi zupełnie.

To samo zachodzi, mojem zdaniem, i z Karlsbadem. Nie ulega wątpliwości, że pewna liczba chorych powraca ztąd bez zmiany — może nawet ten i ów czuje się nieco gorzej po powrocie, niż przed wyjazdem. Nie ulega dla mnie także wątpliwości, że u d o w o d n i é sobie osobiście i niedwuznacznie w s a m y m K a r l s b a d z i e, czy kuracja karlsbadzka istotnie „leczy“ kamienie żółciowe, nerkowe, przejawy podagryczne — jest niezmiernie trudno, właściwie wręcz niemożliwe. W tego rodzaju stanach, jako cierpieniach, że je nazwę, peryodycznie przewlekłych, poznawanie terapeutyczne wogóle jest niezmiernie trudne, jak to rozbieierałem w innym miejscu („Zasady poznania lekarskiego“), i przedewszystkiem wymaga bez porównania dłuższej obserwacji, niż jest to możebne dla lekarzy karlsbadzkich.

Ale gdy się raz zobaczy, jak np. jakaś uporczywa *eczema*, na którą pacjent leczył się

całymi miesiącami w domu bezskutecznie, zaczyna się już w Karlsbadzie poprawiać — ledwie po paru tygodniach kuracyi — to może to istotnie wzbudzać wrażenie wprost mistyczne. Zapewne — niejedna *eczema* bywa potężniejsza, niż Karlsbad, i łatwo recydywuje; ale mimo to sam chory zaczyna wierzyć, że „coś“ się dla niego nareszcie znalazło.

Widuje się i inne ciekawe rzeczy. Mnie osobiście uderzyło działanie Karlsbadu na niektóre przypadki otyłości. Z otyłością różnie udaje się w Karlsbadzie. Jedne przypadki nie poddają się prawie zupełnie — i nie można naprzód powiedzieć, które — inne — stanowczo więcej — „poprawiają się“ tutaj znakomicie. I nie można powiedzieć, by istota tej poprawy polegała przedewszystkiem na znacznym spadku wagi ciała: przeciwnie — w Karlsbadzie traci się przeciętnie niewiele, przeciętnie 6—8 funtów, rzadko więcej. Chodzi o coś innego — o jakieś szczególne „wzmocnienie“, odświeżenie otłuszczonego ustroju. To jest właśnie charakterystyczne, w niektórych przypadkach wprost uderzające. Miałem w Karlsbadzie kilka pacjentek w wieku lat 30—40, jedna starsza, które przyjechały w stanie bardzo ciężkim: wszelki ruch mięśniowy był dla nich wysiłkiem, wprost oduczyły się chodzić — mimo iż ruchu pragnęły, widząc, jak dla nich może być on pożyteczny. Jedna z tych chorych przestrzeń od mieszkania do źródła, nie wynoszącą kilometra, przebywała w doróże, ponieważ brak tehu, osłabienie, poty już po kilkudziesięciu krokach uniemożliwiał chód dalszy.

Nie wchodzę w to, czy przyczyną takich ciężkich objawów w tym i innych i wogóle w tego rodzaju przypadkach było i jest stłuszczenie mięśnia sercowego, czy co innego. Uderzającą była dla mnie okoliczność, że możność chodzenia zjawiała się w niektórych z moich przypadków nadzwyczaj szybko — po 1—2 tygodniach kuracyi, że zjawiała się ona wprost r a p t o w n i e, tak że chore z tyumfem przybiegały oznajmić mi o tem. Było to dla mnie zastanawiające, bo tak było nie w jednym tylko przypadku, było zastanawiające i dlatego, że w tym okresie utrata wagi ciała wynosiła ledwie 2—3 funty, poniekąd więc stanowczo można było wyłączyć, że chora zaczęła chodzić wprost dlatego, iż stała się „lżejszą“.

Ustalona jest opinia Karlsbadu i w chorobie cukrowej. Spadek odsetki lub zniknięcie zupełne cukru z moczu łącznie z poprawą stanu ogólnego następuje tutaj tak szybko i tak często, że Karlsbad jest dla niektórych wprost „specyfikiem“ przeciw tej chorobie. „Specyfikiem“, zapewne, z tem zastrzeżeniem, że choroba właściwie tylko „poprawia się“ tutaj, ale nie „wylecza“ doszczętnie. Obok tego zdarzają się i przypadki — przeważnie z kategorii diabète maigre — gdzie wpływ terapeutyczny Karlsbadu jest nader skąpy, albo niema go zupełnie;

zdarzają się jeszcze i takie przypadki, że cukier, zmniejszywszy się co do ilości w początkach pobytu w Karlsbadzie, w drugiej połowie leczenia wzrasta napowrót. To przecież nie może zacieśniać znaczenia przypadków pierwszej kategorii, i tutaj trzeba pamiętać, że każdy chory ma swoją chorobę, a i każdy ma swoje „szczęście“ w leczeniu! Zresztą cóż jest dotychczas lepszego, niż Karlsbad dla choroby cukrowej?

(D. n.).

Doc. D-r E. Biernacki
(Lwów-Karlsbad).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= PUTTI stwierdził doswiadczeniami na królikach, że roztwór wodny formaldehydu (formalina) wywiera silne działanie nekrobiotyczne na wszystkie składniki mięszu nerkowego, przyczem występują też zjawiska krwotoczne. Po zabiciu zwierzęcia w tydzień po zastrzyknięciu 0,5 grm. 4%-ego roztworu, widać w nerkach wałeczki krystaliczne, zależne od złożeń wapniowych (węglan, fosforan, białkan), które znajdują się prawie wyłącznie w warstwie korowej, specjalnie w świetle kanalików; sole wapienne odkładają się na wałeczkach hyalinowych, powstałych z rozpadu komórek. Rzadko znajdowano je w warstwie mięszowej (medullarnej). Tylko w jednym przypadku wykrył autor owe sole we wnętrzu kłębków. W preparatach, utrwalonych metodą FLEMMING'a, znaleziono też umiarkowane zwyrodnienie tłuszczowe komórek. Następstwem zniszczenia mięszu nerek bywa zawsze obfity rozrost tkanki łącznej. W komórkach nabłonkowych kanalików moczowych

nigdy nie spostrzegano karyokinezy. Mocz zwierząt zawierał zawsze małe ilości białka, lecz nigdy formaldehydu.

(Clinica medica Italiana. 5—1904).

= HENKING spostrzegał w 5 przypadkach obfite krwawienia po wycięciu przerosłych migdałów; krwotoki były tak znaczne, iż stawały się groźnymi dla życia. Zawsze krwawienie pochodziło z *arcus palatopharyngeus*, na co odpowiednie podręczniki, nie zwracały dotąd uwagi. Uporczywość krwotoku daje się objaśnić tem, że powstaje tu głęboka rana mięśniowa, a przy każdym akcie mówienia lub połykania, jakoteż przy rękoczynach, skierowanych ku zatamowaniu krwi (naciskanie wacikiem, pendzlowanie) rana ulega szarpaniu, co utrudnia utworzenie się czopu. Użycie tonsylotomu, zdaje się, uspasabia łatwiej do krwotoku, niż nóż lub nożyce. Autor za najpewniejszy sposób zatamowania krwi uważa ucisk przy pomocy wskaziciela, wprowadzonego do ust. (Petersb. med. Woch. 11—1904).

Wiadomości bieżące.

— „Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcję „Gazety lekarskiej“, Nr. 189 wyszedł z druku i zawiera pracę oryginalną kolegów A. KARCZEWSKIEGO i Z. KORONKIEWICZA p. t. „O leczeniu zachowawczem przewlekłego poporodowego wycisowania macicy“.

— Na jesieni roku bieżącego w Grodnie ma się odbyć Zjazd lekarzy z całej gubernii.

— Według specjalnych wiadomości, w Anglii po dzień 1 stycznia r. b. chorych umysłowych, znajdujących się na opiece, było 117,199, czyli o 3,235 więcej, aniżeli w roku zeszłym. Statystyka ostatnich lat dziesięciu wykazuje przyrost coroczny chorych umysłowych w tem państwie o 2,500 osób.

— Profesorem na katedrze farmakologii w Wiedniu mianowany został prof. Hans MEYER z Marburga.

— Według pogłosek w czasopismach niemieckich, nagrodę Nobla w roku bieżącym za pracę medyczną ma otrzymać prof. Robert KOCH.

— Towarzystwo nauczycieli szkół wyższych w Galicyi mianowało prof. Henryka JORDANA członkiem honorowym za niespożyte zasługi, położone około fizycznego wychowania młodzieży polskiej.

— Czasopismo „R. Wracz“ podaje ciekawe wyjątki z listów jednego z lekarzy z teatru wojny; pomiędzy innymi wiadomościami lekarz ten pisze: „Chleb — jest najważniejszym pożywieniem dla żołnierza. Są dni, kiedy żołnierz zupełnie nie dostaje chleba lub zamiast 2½ funta $\frac{3}{4}$ funta na osobę. Chleb, dostarczany

z dalekich miejscowości i przy wysokiej temperaturze, otrzymywaliśmy pokryty pleśnią. Koń mój chleba tego jeść nie chciał, ludzie jednak zjadali go, głód robił swoje. Wynikiem takiego pożywienia było odesłanie 900 ludzi do szpitala. Żołnierze zachorowywali już to na ostrzy nieżyt kiszek, już to na gorączkę o charakterze malarycznym, już to na małokrwiistość z ogólnym upadkiem sił. Spotykamy się i z tyfusem i z dyzenterją. Za tę ostatnią chorobę jednak porządnie mi się dostało. Na zapytanie władzy wyższej o przyczyny tych chorób, odpowiedziałem tak, jak mi rozum i wiedza podyktowały. Wszystko było wysłuchane spokojnie, lecz kiedy wspomniałem o 30 chorych na dyzenterję, obraz się zmienił: „jestto zbrodnia mówić o dyzenterji, kiedy jej niema w armii i nie powinno być“ usłyszałem od swojej władzy. Od tej pory pomiędzy dyagnozami u mnie spotkać było można „colitis acuta“ i nie więcej. Innym razem generał wraz z naczelnym lekarzem oglądał chorych. Ja stanąłem tuż przy nich z próbką chleba dla żołnierzy, który rozdawano im pomimo zakazu, wydanego przez lekarza. Chleb ten cały był pokryty grubą warstwą pleśni. Zdawałoby się, że przyczyna choroby jest jasna, lecz generał nie zwrócił weale uwagi na owo *corpus delicti*, tylko surowo zapytał: czy noszą żołnierze pasy na brzuchu? „Nie noszą, panie generale“. „A czy mają oni te pasy?“ „Wszystcy pozrzucali“ była moja odpowiedź. Nastąpił wkrótce szereg wyjaśnień, że żołnierze dlatego chorują, że nie noszą pasów na brzuchu“.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog wydawnictw Kasy Mianowskiego“ i ogłoszenie o „preparatach fabryki Hoffmann La Roche z Bazylei.“