

MEDYCYNĄ

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 34.

Warszawa d. 26 sierpnia 1911 r.

Rok XLVI.

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. Metzl 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: W sprawie oddziaływania źrenic przy ruchu zbieżnym, podał S Goldflam. Przypadek zupełnego wycisowania podczas porodu pochwy i macicy wraz z przyklejonym doń łożyskiem, z niezwykle pomyślnem zejściem, podał Henryk Altkauer. Rany przepony, podał Bolesław Jakimiak (Dokończenie) — WYKŁAD KLINICZNY. Patologia i terapia zatrucia pokarmowego u niemowląt, podał Michał Rappel. — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna*. 144 de Quervain F. Przyczynnik do rozpoznania za pomocą promieni Roentgena wrzodu okrągłego żołądka. 145. M. Labbé i G. Vitry. Odczyn Loewiego i znaczenie jego w niedostateczności trzustki. *Choroby dzieci*. 146. Czerny. O znaczeniu wyniszczenia (inatitio) w przebiegu zaburzeń odżywiania u osesków 147. E. Welde. W sprawie stosowania mleka białkowego. 148. A. Reuss. Wyniki stosowania mleka białkowego według Finkelsteina i Meyera w klinice Wiedeńskiej. 149. Schiller. W sprawie patologii i leczenia gruczolu sutkowego w okresie karmienia. 150. J. Brudziński. O nowym objawie na kończynach dolnych w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci. 151. J. Lovett Merse. O wartości „objawu karkowego“ Brudzińskiego i odruchu drugostronnego w rozpoznawaniu zapalenia opon mózgowych u dzieci. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

W sprawie oddziaływania źrenic przy ruchu zbieżnym.

Podał

S. Goldflam.

nakże przy ruchu zbieżnym¹⁾, zdawałby się przemawiać na korzyść twierdzenia, jakoby reakcja źrenic na zbieżność oka, oddziaływające normalnie, była silniejsza, niż reakcja na światło²⁾. Według moich spostrzeżeń ta-

Rzekomy objaw ARGYLL - ROBERTSONA, gdy, przy pozornym braku oddziaływania źrenic na światło elektrycznej lampki kieszonkowej, bardzo wąskie źrenice kurczą się jed-

¹⁾ S. Goldflam. O prostej podręcznej metodzie badania źrenic etc. *Medycyna* 1911 N-r 28.

²⁾ Bumke. Die Pupillenstörungen etc. 1904 S. 27. Weiler *Zeitschr. f. gesammte Neur. u. Psych.* Tom II. S. 110.

kie zachowanie się, co najmniej, nie jest powszechne. Przy osądzeniu tej kwestyi należy właśnie uwzględnić, że zarówno skurcz zwieracza pod wpływem światła, jak i przy ruchu zbieżnym nie stanowi wielkości jednolitej, albowiem zależy ona z jednej strony od początkowej szerokości źrenicy, z drugiej zaś od natężenia bodźca świetlnego oraz bliskości przedmiotu, na którym się wzrok ustala. Jest przecie oczywistem, że natężenie reakcyi zarówno na światło, jak i przy ruchu zbieżnym u tego samego osobnika będzie różne przy szerokiej i wąskiej źrenicy, przy rozproszonem świetle dziennem i przy świetle lampki elektrycznej, przy patrzeniu na odległość 20 ctm. i na przedmiot bardzo bliski. Jeśli np. porównywać reakcyę na światło przy skąpem oświetleniu dziennem z oddziaływaniem na ruch zbieżny przy wpatrywaniu się w przedmiot bardzo bliski, można łatwo dać się pociągnąć wnioskowi, że reakcyja na światło jest właśnie słabsza. Ale u tegoż samego osobnika wniosek wypadnie odwrotny, o ile się zestawi reakcyę na światło lampki elektrycznej z oddziaływaniem na zbieżność, gdy chodzi o przedmiot odległy o jakie 20 ctm.

Aby dojść w tej sprawie do jakiegoś sądu prawdziwego choć w przybliżeniu, należałoby wprowadzić stalsze warunki badania. Co się tyczy szerokości źrenicy, to według UHTHOFFA³⁾ za szerokość „fizyologiczną” należy uważać ewentualnie tę, którą posiada oko w zupełności przystosowane w pobliżu okna przy pełnem świetle dziennem, gdyż, według badań SCHIRMERA, szerokość źrenicy przy oświetleniu około 100 do 1100 metro-świec jest w przybliżeniu ta sama. Jeśli jednak w tych warunkach badania przeprowadzić się pragnie porównanie co do siły między reakcyą na światło i na

zbieżność, to dla obu badań należy przyjąć jako pierwotną tę szerokość źrenicy, jaka istnieje przy osłonięciu oka. Określić jednak tę właśnie szerokość za każdym razem przy badaniu reakcyi na zbieżność wcale nie łatwym będzie zadaniem; wobec tego możnaby może polecić jako bodziec świetlny kieszonkową lampkę elektryczną, albowiem łatwiej jest zadość uczynić warunkowi, żądającemu, aby pierwotna szerokość źrenicy była w obu badaniach jednakowa. Utrudnia rzecz tą okoliczność, że brak, niestety, przedmiotowej, dokładnej, dającej szybkie rezultaty i łatwo stosowalnej metody mierzenia szerokości źrenicy; pupillometr HAABA mógłby jedynie być tu przyjęty pod uwagę. Odległość od oka przedmiotu, na którym się wzrok ustala, powinna być raz na zawsze ściśle ustanowiona; wydaje mi się odpowiedniejszem pacjentowi, patrzącemu początkowo w przestrzeń, nakazać szybko zwrócić wzrok na przedmiot, trzymany na wysokości oczu w odległości około 5 ctm., to jest mniej więcej w odległości końca nosa (sam koniec nosa nie powinien służyć jako punkt wpatrywania się, albowiem przy tem i osie wzrokowe zmieniają płaszczyznę, i warunki oświetlenia stają się inne, co samo przez się wpływa na szerokość źrenicy)—dzięki kontrastowi, zwięźnienie występuje tu najwybitniej.

Ale i przy zachowaniu tych warunków badania często trudno powiedzieć, która z obu reakcyi jest mocniejsza, wydają się bowiem sobierówne, albo też reakcyja na światło zdaje się być wydatniejsza, rzadko tylko przewaga bywa po stronie reakcyi na zbieżność; w obu ostatnich przypadkach różnice są nieznaczne. Należy przytem uwzględnić, że siła ruchu zbieżnego oczu i towarzyszącego mu współruchu zwieracza źrenicy wydaje się być indywidualnie różną; u niektórych zdrowych osobników ruchy te zdają się być od urodzenia słabe, niektórzy znów muszą

³⁾ Graefe—Saemisch, II wyd., Część II, Rozdz. XXII Str. 216.

dopiero nauczyć się ruch ten należyce wykonywać, wreszcie i budowa gałki ocznej nie jest bez znaczenia: wiadomo, że przy dużych i wysadzonych gałkach ocznych ruch zbieżny a wraz z nim i zwięźnienie źrenic bywają zazwyczaj słabe.

Samo postawienie kwestyi, czy oddziaływanie na zbieżność i nastawienie jest wydatniejsze od reakcyi na światło w oku normalnem, wydaje się wogóle niewłaściwem, jak to zdaje się wynikać i z poniższego spostrzeżenia.

Widzieliśmy powyżej w przypadku rzekomego objawu ARGYLL-ROBERTSONA, że zwięźniona, pozornie nie oddziaływająca na światło źrenica kurczy się jednak przy ruchu zbieżnym. Otóż odwrotnie, gdy przez wpatrywanie się w bliski przedmiot wywoła się zwięźnienie źrenicy, to światłem np. lampki elektrycznej można sprowadzić jeszcze mocniejsze zwięźnienie źrenicy, a nawet zdaje się, że oddziaływanie na światło zwięźnionej wskutek ruchu zbieżnego źrenicy jest mocniejsze, niż oddziaływanie na zbieżność zwięźnionej pod wpływem światła źrenicy. W każdym razie nie przemawia to na korzyść przewagi oddziaływania na zbieżność. Powyższy eksperyment tłumaczy się oczywiście na zasadzie prawa, że mocniejszy bodziec lub nowy bodziec (światła wzgl. zbieżności) pobudza zwieracze źrenic do silniejszej jeszcze czynności nawet wtedy, gdy zwieracze są już w stanie silnego skurczu. Zdaje się też dowodzić, że natężenie reakcyi źrenicy na światło i zbieżność nie przedstawiają się jako wielkości różne, lecz raczej w przybliżeniu jednakowe.

Jeśli zgodzić się z tymi, co twierdzą, że w oku normalnem reakcyja na zbieżność jest mocniejsza od świetlnej, to trudno zrozumieć, jak mogą oni ztąd wnioskować, że oddziaływanie na światło, słabsze niż na zbieżność,

jest patologiczne. Zapewne, że nie w takim sformułowaniu, ale bezspornym jednak pozostaje faktem, że słabe, powolne, niewydatne oddziaływanie na światło obok szybkiej, energicznej reakcyi na zbieżność jest objawem chorobowym.

Przy dokonywaniu powyższych spostrzeżeń uderzył mnie fakt, jak rzadko spotyka się ludzi z zupełną równowagą mięśni prostych wewnętrznych. W większości przypadków istnieje ukryty zez zbieżny, jak to wynika z faktu, że, jeśli się każe wpatrywać na bliską odległość i potem zasłoni się jedno oko, to ostatnie czyni ruch ku zewnątrz, by po odsłonięciu najczęściej powrócić do poprzedniego położenia; wolne oko czyni często w chwili zasłonięcia drugiego ruch ku wewnątrz, ale wraca do poprzedniego położenia z chwilą, gdy się odsłania drugie oko. Źrenice obu oczu, przy zasłonięciu jednego z ustawionych zbieżnie, rozszerzają się, trudno powiedzieć, czy wskutek zmniejszonej ilości światła przez zasłonięcie jednego oka, czy też wskutek tego, że przy tym eksperymencie ustawienie oczu może nie jest już ściśle zbieżne, raczej skojarzone (zasłonięte oko nie wykonywa jednak tak znacznego ruchu ku zewnątrz, któryby dorównywał ustawieniu ksobnemu nieosłoniętego oka, zazwyczaj nie przekracza ono środkowej linii; w dodatku wiemy przecież, że i jednym okiem można patrzeć ku wewnątrz, gdy drugie jest zamknięte, przyczem szerokość źrenicy jest większa, niż przy ruchu zbieżnym obu oczu) lub też wskutek przyciemnienia przy zamknięciu jednego oka. Obie źrenice zwięźniają się oczywiście z chwilą odsłonięcia zasłoniętego oka i powrotu jego do właściwego ustawienia zbieżnego.

Przypadek zupełnego wynicowania podczas porodu pochwy i macicy wraz z przyklejeniem doń łożyskiem z niezwykle pomyslnem zejściem.

Podał

Henryk Altkauffer.

(Asystent stały oddziału chorób kobiecych w szpitalu Starozakonnych w Warszawie).

Dnia 19 marca 1911 r. o godz. 7¹/₂ wieczorem wezwany zostałem do powtórnie rodzącej A. L. lat 24, żony czeladnika szewckiego, zamężnej od 2¹/₂ roku.

Miesiączkować zaczęła w 21 roku życia. Następne peryody miewała zawsze co 4 tygodnie; trwały one po 3—4 dni, były skąpe, przebiegały bez bólów. Po raz pierwszy rodziła w 1909 r. Poród był zupełnie prawidłowy, trwał 2 godziny; urodziło się żywe, dośnione dziecko. Okres poporodowy bez powikłań. Nie roniła ani razu. Zawsze była zdrowa. Pierwsze dziecko wykarmiła sama.

Obecny poród zaczął się 19 marca o godzinie 5¹/₂ po południu. Około godziny 7-ej wieczorem wody odeszły, a o godz. 7 m. 10 urodziło się zupełnie prawidłowe, żywe, dośnione dziecko. Gdy o godz. 7-ej m. 40 wiecz. przybył do rodzącej, zastałem obraz następujący: na łożku leżała dobrze zbudowana kobieta, trupio blada. Oczy zamknięte. Na czole i twarzy krople zimnego potu; mdłości. Brak zupełny tętna. Oddech głęboki, rzadki. Nos i kończyny zimne. Przytomność zachowana. Rodząca skarży się, iż nie widzi.

Po odrzuceniu koldry, którą okryta była chora, zauważyłem w kałuży krwi między udami wynicowaną pochwę wraz z macicą. Do tej ostatniej przylegało przyklejone na całej przestrzeni łożysko z pępowiną. Dno

macicy znajdowało się na kilka centymetrów powyżej kolan. Z błony śluzowej macicy w kilku miejscach sączyła się ciemna krew. Wynicowane narządy przedstawiały ciemnofioletową masę i spoczywały na brudnych, przesyconych krwią szmatach, z boków zaś przylegały do niczem nie pokrytych, brudnych powierzchni wewnętrznych ud. Wobec groźnego stanu chorej zażądałem od rodziny sprowadzenia mi do pomocy przynajmniej dwóch jeszcze kolegów. Pomimo jednakże b. energicznych poszukiwań nie udało się żadnemu z wysłanych w tym celu ludzi sprowadzić ani jednego lekarza, wskutek czego zmuszony byłem zadowolić się jedynie pomocą przerażonej położnej.

Nie mając ani szczotek wygotowanych, ani waty, ani serwet wyjałowionych, ani spirytusu, ani wreszcie wody przegotowanej do umycia rąk i obmycia chorej, wysmarowałem ręce mocno aż do łokci jodyną, którą stale noszę ze sobą w torbie z narzędziami. Odkazanemi w ten sposób rękoma oddzieliłem ostrożnie łożysko, które na całej przestrzeni było mocno przyklejone do dna macicy. Następnie po odgarnięciu skrzepów krwi wysmarowałem błonę śluzową wynicowanych narządów dokładnie jodyną, ułożyłem je na lewej ręce, prawą zaś zacząłem odprowadzać pochwę i macicę na właściwe miejsce.

Z pochwą udało mi się dokonać odprowadzenia bardzo łatwo. Przy odprowadzaniu zaś macicy napotkałem poważne trudności, gdyż po oddzieleniu łożyska i wysmarowaniu jodyną macica skurczyła się mocno, wskutek czego była bardzo twarda. Jednakże po dziesięciominutowym wysiłku, skorzystawszy z chwili, kiedy macica zwioteczała nieco, udało mi się przy pomocy zgiętego palca wskazującego ostrożnie wytworzyć lejkowate zagłębienie w dnie macicy, poczem cała macica wróciła powoli na właściwe miejsce.

Z chwilą, gdy odprowadził macicę, wystąpił silny krwotok maciczny, który jednakże udało mi się opanować po kilkuminutowem mięsieniu z jednej strony ręką, znajdującą się w macicy, z drugiej zaś—ręką, obejmującą dno macicy przez powłoki brzuszne.

Gdy macica była już dobrze skurczona, wyjąłem z niej rękę, zastrzyknąłem chorej 2 strzykawki ergotyny (DEUZELA) po 0,2, kazałem położyć pęcherz z lodem na brzuch, a kontrolę nad stanem macicy powierzyłem położnej.

Po odprowadzeniu macicy i pochwy ogólny stan chorej nie zmienił się zupełnie. Tętna w dalszym ciągu wyczuć nie mogłem. Oddech, jak i przedtem, rzadki i głęboki. Chora nawpół przytomna, skarży się od czasu do czasu, iż nie ma czucia w rękach, ani w nogach i—że nie widzi. Zacząłem stosować zastrzykiwania z 25% olejku kamforowego i czystego eteru pod skórę. Chorą obłożyłem flaszkami z wodą gorącą, okryłem ciepłymi kołdrami; na nisko ułożoną głowę kładłem gorące kompresy. Do ust wlewałem co pewien czas mocną kawę czarną i mocny koniak francuski.—Zaledwie po 1½ godzinnych usiłowaniach zacząłem wyczuwać tętno, które jednakże po kilku chwilach znikало znowu zupełnie. Stosując jednakże w dalszym ciągu wymienione przed chwilą środki, doprowadziłem po 3-ch godzinach działalność serca chorej do takiego stanu, że mogłem pozostawić ją pod opieką położnej. Gdy opuszczałem chorą, tętno było dobrze wyczuwalne; uderzeń naliczyć mogłem około 140 na minutę. Kończyny były ciepłe, mdłości ustały, chora oprzytomniała zupełnie, krwawienie z macicy było b. nieznaczne, macica zaś dobrze skurczona.—Przebieg dalszy opisanego przed chwilą ciężkiego powikłania podczas porodu był nad wyraz pomyślny. Nazajutrz po wypadku chora sama oddała mocz. Ciężota raz jeden tylko, dn. 20 marca, podniosła się

o godz. 6-ej wiecz. do 38°, tegoż zaś dnia o godz. 10 wiecz. wynosiła 37,4. Pozatem, aż do 12-go dnia po porodzie, kiedy chora zaczęła wstawać z łóżka, ciepłota była zupełnie prawidłowa, wahając się między 36,5 i 37,0. Tętno w przeciągu pierwszych 10 dni było znacznie przyspieszone, a mianowicie liczba uderzeń tętna wynosiła stale od 120—138 na minutę, przyczem przez cały ten czas występowała nieznaczna niemiarkowość tętna. 11-go dnia częstość uderzeń tętna wynosiła już 108—128, a od 14-go—90 do 95 uderzeń regularnych na minutę.

Brzuch przez cały czas był zupełnie niebolesny i nie wzdęty.—Po 48 godzinach od chwili wypadku mogłem już bez obawy usunąć pęcherz z lodem z brzucha. Wydzielina z macicy była przez cały czas dość skąpa i nie cuchnąca. Zwijanie się macicy odbywało się zupełnie prawidłowo. Dnia 21/III, po łyżce oleju rycynowego, były kilka razy obfite wypróżnienia. Od tego dnia wypróżnienia codziennie bez stosowania jakichkolwiek środków. Od dnia 20/III chora otrzymywała po 2 łyżki roztworu *Coffeini natrob.* (e 2,0—200,0) dziennie.

Samopoczucie chorej było przez cały czas wprost zadziwiające. Trzeciego już dnia po porodzie chora czuła się tak silną, że chciała koniecznie wstać z łóżka, i długo musiałem ją przekonywać, aby łóżka tak prędko nie opuszczała. Dłużej jednakże, aniżeli 12 dni, chora leżeć w łóżku nie chciała, gdyż czuła się, według słów jej, „zupełnie zdrową”.

Od 3-go dnia po porodzie chora zaczęła karmić dziecko, przyczem pokarm miała dobry i b. obfity. Kiedy chorą widziałem po raz ostatni, minęło 4 tygodnie od porodu. Czuła się wówczas zupełnie silną, i jedynie bladeść skóry i błon śluzowych świadczyła o ciężkiem przejściu, jakiego doznała. Działalność serca nie pozostawiała nic do życzenia.

Przypadek niniejszy podaję do wiadomości, gdyż zasługuje on na uwagę ze względu na wyjątkowo pomyślny przebieg, pomimo iż rodząca straciła znaczną ilość krwi i miała bardzo silne objawy zapaści.

Poza tem chciałem omówić sposób powstania wycisowania pochwy i macicy w danym przypadku, jak również i postępowanie moje w tym razie.

O innych kwestyach, dotyczących opisanego powikłania, jako to: częstości powstania wycisowania, symptomatologii, rokowania etc., wspominać tutaj nie będę, raz dlatego, że szczegóły te są ogólnie znane, powtóre zaś dlatego, że odnośne dane opisane są b. wyczerpująco np. w artykule Ryszarda v. BRAUN FERNWALDA w „Handbuch der Geburtshilfe” (tom III, cz. II, str. 149), wyd. przez v. WINCKELA.

Chciałbym jedynie zwrócić uwagę na dane statystyczne, ogłoszone przez różne kliniki. Na mocy tych statystyk sądzić zwykliśmy o częstości przypadków wycisowania macicy lub pochwy wraz z macicą. Liczby te jednakże, zdaniem mojem, nie mogą być w danym razie miarodajne; przypadki tego rodzaju zdarzają się prawdopodobnie daleko częściej, aniżeli to omawiane statystyki wykazują. Z przypadkami wycisowania narządów rodnych mają do czynienia najczęściej lekarze praktycy, w klinikach zaś mogą się one spotykać wyjątkowo rzadko. W klinice nie może być mowy o stosowaniu dla przyspieszenia odejścia łożyska takich środków, które najczęściej powodują wycisowanie macicy. Nikt, na przykład, w klinice nie będzie błędnie stosował zabiegu CREDÉGO, nikt nie będzie pociągał za pępowinę, nie mówiąc już o tem, że dla szybszego oddzielenia się łożyska nikt w klinice nie poradzi rodzącej, aby dmuchała mocno w próżną butelkę, jak to miało miejsce w dwóch przypadkach, opisanych przez CZARKOWSKIEGO i SACHSA, i t. p.

Przechodząc do kwestyi powstania ciężkiego powikłania w opisanym przypadku, muszę zaznaczyć, że istotnej przyczyny z całą stanowczością wykryć mi się nie udało z powodu sprzecznych danych, jakie otrzymałem ze strony obecnej przy porodzie położnej i jakie usłyszałem z ust obecnych przy porodzie krewnych rodzącej.

Położna opowiada, że, przewiązując zupełnie prawidłowej długości pępowinę, zauważyła już wówczas w pochwie część łożyska. Po przewiązaniu pępowiny położna „pomasaowała lekko dno macicy” i, przekonawszy się, że „macica jest zupełnie dobrze skurczona”, zajęła się przygotowaniem kąpiele dla noworodka. Kąpiąc dziecko, usłyszała „głośnie stęknienie rodzącej”. Zaniepokojona, wyjęła prędko dziecko z wody, odłożyła je na łóżko, sama zaś podbiegła do chorej. Zauważywszy, że chora zemdląła i że twarz ma trupioblada, zażądała natychmiastowego wezwania lekarza.

Z drugiej strony, obecne przy porodzie dwie krewnie rodzącej utrzymują, że przed zajęciem się wykąpaniem noworodka położna z ogromną siłą „naciskała brzuch”, na co nawet zwróciły jej one uwagę. W odpowiedzi miała, podobno, położna zauważyć, że siła, z jaką „naciska ona brzuch, jest jeszcze za słaba”, gdyż rękoczyn ten wykonywać należy z „daleko większą jeszcze siłą”.

Sądząc tedy z przytoczonych opowiadań, należy przypuścić, że opisane powikłanie w danym przypadku mogło być wywołane w ten sposób, że położna dla przewiązania pępowiny za nisko na nogach rodzącej ułożyła dziecko i, napinając mocno pępowinę, ściągnęła część macicy wraz z przyklejonem łożyskiem do pochwy, wskutek czego powstało wklęsnięcie w dnie macicy. Zupełne wycisowanie macicy i pochwy mogło już potem nastąpić z powodu ciężaru samego łożyska (HENNIG) i nadymania się chorej.

Drugą przyczyną, wskutek której nastąpiło wycisnienie macicy, mogło być nieumiejętne zastosowanie metody CREDÉGO (VOGT, v. HEKFF, SHOFFIELD). Zdarza się to wówczas, kiedy, stosując zabieg CREDÉGO, wywiera się za silny ucisk na macicę i nie masuje się jej dopóty, dopóki nie staje się ona zupełnie twardą. Wywołuje się w takim razie wklęsnięcie w dnie macicy, co następnie doprowadzić może do zupełnego jej wypadnięcia.

Prawdopodobniejszą przyczyną wycisnienia macicy wraz z pochwą w danym przypadku wydaje mi się druga, t. j. nieumiejętne zastosowanie zabiegu CREDÉGO.

Jak już wyżej zazaczyłem, po przybyciu do łóżka chorej nie miałem absolutnie nic przygotowanego do zastosowania metod bezgnilnych, lub przeciwnilnych. Zmuszony działać jaknajspieszniej, zastosowałem w danym razie jodynę, której użyłem dla odkażenia rąk i zabrudzonej błony śluzowej macicy i pochwy. Ten sposób odkażenia zastosowałem, opierając się na metodzie GROSSICHA.

Uważam za odpowiednie zaznaczyć w tem miejscu, że w kilku już (4-ch) przypadkach gwałtownych krwotoków z powodu wczesnych poronień stosowałem, zmuszony do tego wyjątkowemi okolicznościami, dla ręcznego wydobycia pozostałych w jamie macicy resztek łożyska, li tylko dokładne smarowanie rąk jodyną, bez uprzedniego obmycia ich wodą. Wszystkie te przypadki przebiegały zupełnie prawidłowo, bez podniesienia ciepłoty, i w żadnym z nich nie było ani razu cuchnącej wydzieliny.

Jeśli wspominałem przelotnie o pomyślnym przebiegu 4-ch obserwowanych przeze mnie przypadków poronień, to uczyniłem to nie w celu, abym miał zalecać postępowanie takie, jako metodę w tego rodzaju przypadkach. Podaję tutaj tylko fakty, nie wchodząc w ich roztrząsanie. Jeśli liczba tego rodzaju

faktów będzie większa, wówczas dopiero można będzie z nich wnioski jakieś wprowadzić. W każdym razie pożądanoby było, aby w torbach z narzędziami akuszerskimi znajdowała się zawsze na wszelki wypadek dostateczna ilość jodyny.

Przed odprowadzeniem na właściwe miejsce pochwy i macicy odkleiłem od dna macicy przytwierdzone doń łożysko.

W artykule swoim v. BRAUN — FERNWALD ¹⁾ radzi, aby w przypadkach, gdy przy wycisnieniu macicy łożysko przytwierdzone jest zupełnie do ściany macicy, starać się odprowadzić macicę wraz z łożyskiem. Uważa on postępowanie takie za dobre dlatego, iż oddzielanie łożyska wywołuje podrażnienie mięśnia macicznego, wskutek czego występuje skurcz macicy, utrudniający odprowadzenie tego narządu na właściwe miejsce.

W opisanym przypadku postąpiłem inaczej, oddzieliwszy łożysko przed odprowadzeniem macicy, chociażby dlatego, aby nie wprowadzać z powrotem przynajmniej tej ilości brudu, która zdążyła już osiąść na łożysku. Wogóle zaś należałoby we wszystkich przypadkach, gdzie mamy przy wycisnieniu macicy do czynienia z przyklejonym łożyskiem, przed odprowadzeniem macicy łożysko oddzielić, gdyż przypadek RIEVEA poucza nas, że niecałkowite nawet przyklejenie łożyska spowodować może po odprowadzeniu macicy ponowne wycisnienie. Prócz tego po odprowadzeniu macicy wraz z łożyskiem może zająć potrzeba ręcznego oddzielenia łożyska; wiadomym zaś jest faktem, że wprowadzenie ręki do jamy macicy przyczynić się może, pomimo najściślejszej aseptyki, do zakażenia rodzącej.

Co się tyczy skurczu macicy, który występuje przy oddzielaniu łożyska, to skurcz

¹⁾ Loco citato.

ten nie jest stały, i można, korzystając zchwili, kiedy macica chwilowo wiotczeje, odprowadzić ją, jak to miało właśnie miejsce w powyższym przypadku.

PIŚMIENICTWO.

1. Czarkowski. Całkowite wyciszenie macicy podczas porodu. Gazeta Lekarska 1896
2. Sachs. Inversio uteri. Medycyna 1896.
3. Bum. Grundriss zum Studium der Geburtshülfe 1903.
4. Hennig. Ueber die Ursachen der spontanen Inversio uteri und ueber den Sitz der Placenta. Arch. f. Gyn. Tom VII, 1875, str. 491.
5. Vogt. Spontane Reinverson einer akut entstandenen Umstülpung. Centralblatt f. Gyn. T. XIX str. 1383 (referat).
6. Sängner i O. v. Herff. Encyklopädie der Geburtshülfe u. Gynäkologie T. I.
7. v. Winkell. Handbuch der Geburtshülfe, T. III. Cz. II. Str. 149.

Rany przepony.

Podał

Bolesław Jakimiak.

(Rzecz odczytana na Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie 6, 7 i 8 października 1910 r.).

(C. d.)

Naturalnie, nie można takiej różnicy śmiertelności objaśniać tylko wyborem operacji, musiały wchodzić w grę i inne czynniki: jakość ran, stan ogólny chorego i t. d. Fridr. NEUGEBAUER radzi dokonywać próbnej laparotomii we wszystkich przypadkach ran dolnej części lewej strony klatki piersiowej. Stanowczo nie można się z tem zgodzić. Dlaczego przy małych zranieniach, kiedy stan chorego nie wskazuje potrzeby takiej szerokiej interwencji, dokonywać, bądź co bądź, poważnej operacji? Zresztą, statystyka do-

wodzi, że w 69 na 78 przypadków, operowanych przez torakotomię, nastąpiło wyzdrowienie, że w całej masie przypadków zranienie narządów brzusznych było rozpoznane przez ranę przepony i tą drogą zeszyte. Z tych zaś kilku przypadków, które zmarły, żaden nie zmarł dlatego, że nie była dokonana laparotomia. Przypadek Fridr. NEUGEBAUERA właśnie dowodzi, że w jego przypadku próbna laparotomia była niepotrzebna, gdyż, po dokonaniu jej, żadnego uszkodzenia narządów brzusznych nie znalazł. Cały zaś szereg chirurgów był w stanie przez rozszerzoną ranę przepony nietylko obejrzeć przyległe części jamy brzusznej, lecz tą drogą wykonywać poważne zabiegi. CIECHOMSKI usunął przez rozszerzenie rany przepony zranioną śledzionę. PRAWDOŁUBÓW przez ranę przepony dostrzegł i zeszył ranę poprzecznicy. SINAKIEWICZ po rozszerzeniu rany postrzałowej przepony zeszył żołądek. FERVARESI przez rozszerzoną ranę przepony 2 razy zeszywał śledzionę. ANDREWS zaś po wykonaniu laparotomii ściągnął wypadnięty i zraniony żołądek i zeszył, lecz szwu na przeponę już nie mógł nałożyć od strony jamy brzusznej i musiał nakładać od strony klatki piersiowej.

Naturalnie, że w tych razach, kiedy jest podejrzenie zranienia narządów odległych, wtedy, kiedy przez rozszerzoną ranę przepony sąsiednie narządy nie mogą być obejrzone, a są dane, że te narządy są zranione, należy wykonać laparotomię. Choć przypadek z kliniki prof. ENDERLENA w Bazylei, przytoczony przez ISELINA, przekonywa, że i przy laparotomii można nie wszystko dojrzeć: w przypadku tym zrobiono torakotomię, następnie laparotomię, zeszyto ranę okrężnicy zstępującej, a nie zauważono rany trzustki.

Krótkotrwała odma piersiowa operacyjna lewostronna, jak dowodzi cały szereg operowanych świeżych ran przepony i przepu-

Ichthalbina



Tannalbina

Do stosowania wewnętrznego ichtyolu
Pobudza apetyt, a przy enteritach usuwa roz-
kład w kiszkiach.

Dawka: 0,5 — 1,0 g. 3 — 4 razy dziennie w po-
staci proszków lub w tabletkach.

Oryginalne pudełko z 30 tabl. Rbl. — 50

Środek ściągający nie drażniący kiszki

Dawka: dla dorosłych 1 g. 3 — 5 razy dziennie
w proszkach lub tabletkach.

Oryginalne pudełko z 20 tabl. Rbl. — 25.

„ dawki z 40 „ „ — 50.

Próby i Literaturę darmo.

KNOLL & Co., LUDWIGSHAFEN am RHEIN. |

Warsz. Tow. Akc.

„MOTOR”

Marszałkowska 23

poleca

własnego wyrobu:

Glicerofosfat

ziarnisty z żelazem,
z lecitiną.

Piperazinę
musującą.

Kola
granulowane.

MACZKA
NESTLE
MLECZNA

Od przeszło 40-stu lat polecana przez lekarzy całego świata jako idealny
pokarm dla dzieci i dorosłych chorych na żołądek.

Dragées

ATOXYL à 0,01

BLAUDI cum ATOXYL à 0,01

Atoxyl — organiczny arsenowy związek, zawie-
rający około 37,7% arsenu mocno związanego w
swej budowie, środek względnie mało toksycz-
ny o wybitnym odżywcem i wzmacniającem dzia-
łaniu na organizm. Połączenie żelaza z atoksy-
l-m w postaci pigułek stosowane bywa z powo-
dzeniem przez najwybitniejsze powagi lekarskie,
jako środek wytwarzający czerwone ciała krwi
(chloroza, anemia), w ogólnem osłabieniu — spe-
cjalnie przy osłabieniu systematu nerwowego.
Sposób użycia: 2—3 razy dziennie po 1—2 pigu-
łek po jedzeniu.

poleca

Apteka E. GESSNERA w Warszawie

klin przeponowych, bardzo rzadko grozi niebezpieczeństwem. Znany jest tylko przypadek BERGMANNA, który operował przepuklinę przeponową przez klatkę piersiową, gdzie skutkiem szybkiego opróżnienia wysięku opłucny nastąpiła śmierć.

Co do odporności jamy opłucny na zakażenie, to, jak dowiodły badania NÖTZELA, zakomunikowane na Zjeździe chirurgów niemieckich w 1906 r., jest ona tak odporna względem zakażenia, jak otrzewna.

Przypadki ran przepony, zebrane przezemnie.

1) PLÜCKER przytacza przypadek rany w 8 lewym międzyżebżu, zadanej nożem. Wypadła sieć. Ranę przepony zeszył przez rozszerzoną ranę klatki piersiowej; wyzdrowienie.

ROSSI:

2) Rana przepony. Laparotomia; cięcie równoległe do żeber zranionej strony. (Wynik nie podany).

BLECH:

3) 29-letni robotnik, przed 2 laty otrzymał ranę nożem w 7 międzyżebżu lewej strony. Przepuklina. Operacja, śmierć.

SINAKIEWICZ:

4) 27-letni mężczyzna przed 4 godzinami został uderzony nożem w lewy bok. Silny ból, krwawienie. Rana w okolicy 9 żebra między linią pachową przednią i średnią. Po rozszerzeniu rany znaleziono ranę przepony, w której uwięzła sieć. Dziewiąte żebro na długości 8 ctm. wyrezekowano; rana w przeponie 1 i pół ctm. długości, poprzeczna do włókien mięśniowych. Sieć podwiązano, ranę przepony rozszerzono, wyciągnięto i obejrzano żołądek, który znaleziono nieuszkodzonym. Ranę przepony zeszyto, ranę zewnętrzną zwężono szwami i włożono gazę. Wyzdrowienie.

5) 24-letni nauczyciel, rana postrza-

łowa piersi (samobójstwo), ból w piersi, brzuchu, duszność, silne osłabienie, wymioty, nudności. Rana postrzałowa w 7 międzyżebżu lewej strony na linii pachowej średniej. Operacja, wyrezekowane 7 i 8 żebro; rana przepony; ranę rozszerzono, znaleziono ranę żołądka, lecz tylko do błony śluzowej; szew żołądka, odprowadzenie do jamy brzusznej, szew przepony. Wyzdrowienie.

6) Panna, lat 17, rana postrzałowa w 6 międzyżebżu na lewo od miejsca uderzenia serca. Kula pod skórą poniżej łopatki wyjęta. Po 4 dniach z powodu wysięku krwaworopnego w jamie opłucny wycięcie 7 żebra. Przepona wypięta ku górze i mało ruchoma, podejrzenie ropnia podprzeponowego; nakłucie stwierdziło podejrzenie, przeponę przecięto i ropień opróżniono. W trzecim tygodniu wypłukano kawałek koszuli. Wyzdrowienie.

7) 17-letni chłopak, rana kłuta w 5 międzyżebżu z prawej strony: rezekcja 5 i 6 żebra, rana przepony, rana wątroby. Wyzdrowienie.

8) 38-letni mężczyzna, rana kłuta lewego boku, ranę rozszerzono, założono gazę. Na piąty dzień śmierć. Na sekcji znaleziono ranę przepony, w której ściana żołądka uwięzła i zmartwiała.

EICHFL:

9) Przypadek rany w 10 międzyżebżu prawej strony.

10) Przypadek rany kłutej w 8 międzyżebżu lewym. W obu przypadkach operowano przez klatkę piersiową. Wyzdrowienie.

ANDREWS:

11) Rana kłuta w 7 międzyżebżu, wypadł żołądek. Laparotomia, żołądek ściągnięto do jamy brzusznej, ranę żołądka 2 ctm. długą zaszyto. Szwu rany przepony od strony jamy brzusznej nie można było założyć, ze-

szyto od strony jamy opłucny po torakotomii. Radzi operować przez jamę opłucny.

ISELIN:

12) Murarz, lat 50, 2 rany klute klatki piersiowej: jedna w 3 międzyżebżu lewej strony na linii pachowej, druga w 8 międzyżebżu również na linii pachowej. Oddech utrudniony; po rozszerzeniu dolnej rany i wyrezekowaniu 9 żebra znaleziono ranę przepony, przez którą wypadła sieć do opłucny, sieć i okrężnicę przez ranę wyciągnięto i obejrzano, w krezce krwawienie. Po odprowadzeniu tych narządów zeszyto górny brzeg rany przepony z opłucną ścienną i ranę przepony zeszyto. Próbną laparotomia; na okrężnicy zstępującej rana błon surowiczej i mięśniowej, ranę zeszyto. Do jamy brzusznej włożono gazę jodoformową; jamę opłucny zamknięto zupełnie. Na trzeci dzień chory zmarł. Na sekcji znaleziono ranę trzustki, zapalenie oskrzeli gnilne, zapalenie płuc.

13) Murarz, lat 21, rana kluta lewej strony klatki piersiowej. Wypadła sieć, którą obecny lekarz z powodu krwotoku podwiązał. Pod lewym łukiem żebrowym rana, w której chwilami pokazuje się czerwono-niebieskawa ściana kiszki. Rezekcja 8 żebra; rana przepony, przez którą obok kiszki wypadła sieć. Po odprowadzeniu kiszki i sieci ranę przepony zeszyto. Wyzdrowienie.

14) 36-letni mężczyzna, rana kluta w 9 międzyżebżu lewej strony, wypadła sieć. Wymioty po wypadku. Ranę rozszerzono, żebro rezekowano. Sieć, śledzionowe zgięcie, żołądek i sąsiednie kiszki cienkie przez ranę przepony obejrzano i znaleziono nieuszkodzone. Ranę zeszyto. Wyzdrowienie.

15) 26-letni mężczyzna, rana cięta prawej strony między brodawką sutkową i mostkiem długości 8 ctm. i szerokości 3 ctm. Rana przepony 2 ctm. długości. Po rozszerzeniu rany przepony znaleziono 3 ctm. długą i pół

ctm. głęboką ranę wątroby. Szew wątroby i przepony. Wyzdrowienie.

16) 41-letni mężczyzna, rana w 9 międzyżebżu lewej strony, wypadła sieć. Ranę klatki piersiowej po podwiązaniu sieci rozszerzono. Brzeg górny rany zeszyto z opłucną ścienną. Szew przepony. Wyzdrowienie.

17) 35-letni murarz, 2 rany klute: jedna w 4 międzyżebżu lewej strony, druga pod 11 żebrzem. Rana przepony, rana wątroby. Rany zeszyto. Opłucna przeponowa zeszyta z opłucną ścienną. Wyzdrowienie.

PRAWDOLUBOW:

18) i 19) 2 przypadki ran klutych z lewej strony z wypadnięciem sieci. Rany rozszerzono, sieć podwiązano i obcięto, szew rany przepony.

20) Rana kluta z lewej strony klatki piersiowej. Rana przepony. Ranę przepony rozszerzono, znaleziono ranę poprzeczną, którą zeszyto przez ranę przepony.

FASANO.

21) Rana kluta w 5 międzyżebżu z lewej strony na linii sutkowej. Zranienie wątroby. Szew od strony klatki piersiowej.

A. CIECHOMSKI:

22) K. M. szewc z zawodu, 24 lat wieku, otrzymał ranę klutą w 9 międzyżebżu lewej strony na linii pachowej tylnej długości 1 ctm., prawie nie krwawiącą; kurczowe napięcie powłok brzusznych, zwłaszcza w części górnej; chory pijany. Nazajutrz, po oprzytomnieniu, chory skarży się na mocne bóle w podżebrzu lewym podczas głębszego oddechu, wskutek tego unika jęku i mowy oraz stara się oddychać, o ile można, powierzchownie. Badania szczegółowe wykazały: brzuch nie wzdęty, natomiast deskowato twardy, rozległe stępienie w lewej połowie jamy brzusznej oraz obecność wolnego płynu w jamie otrzewny. Wiatry nie odchodzą, tętno małe i miękkie, błony śluzowe blade. Rozpoznano ranę przepony i śledziony. Wy

rezekowano 9 i 10 żebro, znaleziono ranę przepony, a w niej uwięzłą 20 ctm. długości sieć, rana przepony długości 2 ctm. Sieć podwiązano i odcięto, ranę przepony rozszerzono do 20 ctm., znaleziono ranę śledziony. Ponieważ zeszcicia śledziony nie można było dokonać, gdyż nitka natychmiast przecinała mięsz śledziony, śledzionę usunięto zupełnie. Wyzdrowienie.

Al. ZAWADZKI:

23) M. S. robotnik 29-letni, rana kluta na linii pachowej przedniej, wymioty krwawe, rana przepony i żołądka. Laparotomia,

szew żołądka, rezekcja żebra, szew przepony. Sączek. W 24 godziny po operacji śmierć.

24) J. K. robotnik 24-letni, rana kluta z lewej strony, krwawe wymioty. Rana przepony, rana żołądka. Laparotomia, szew żołądka i przepony. Wyzdrowienie.

Przypadki 25, 26 i 27 moje własne.

Przypadków Br. SAWICKIEGO, BORSUKA i dawniejszych A. ZAWADZKIEGO nie przytaczam, gdyż przypadki BORSUKA i ZAWADZKIEGO weszły do statystyki SÜTERA, a Br. SAWICKIEGO do jego własnej.

(Dok. nast.)

WYKŁAD KLINICZNY.

Patologia i terapia zatrucia pokarmowego u niemowląt.

Podał

Michał Rappel.

Ustrój człowieka dorosłego w warunkach normalnych wymaga 35 jednostek ciepłikowych, ustrój zaś niemowlęcia 100 do 110 ciepłostek na kilo wagi. Małeńki ustrój bowiem pracuje ze znacznie większą energią; sprawa przemiany materii odbywa się w nim szybciej i silniej.

Ponieważ niemowlę porusza się stosunkowo niewiele, należy uznać, że cała niemal energia wytwarza się jako skutek spraw, towarzyszących trawieniu i przyswajaniu materiału pokarmowego. Że jednak bardzo często skutkiem nadmiernej pracy narządy trawienia pod względem czynnościowym są już niemal u kresu sprawności fizyologicznej, jasne jest, że nieznaczny nieraz na pozór czynnik szkodliwy z chwilą, gdy tolerancja ustroju została przekoczona, jest w stanie wytrącić je z równowagi. Irzeczywiście bez przesady rzec można, że zaburzenia trawienia,

wzgl. zaburzenia odżywiania, stanowią niemal całą patologię wieku niemowlęcego. Dawniej zaburzenia te klasyfikowano z punktu widzenia anatomii patologicznej. Okazało się jednak, że jest to podział sztuczny, zawodny, niejednokrotnie bowiem w ciężkich postaciach zaburzeń stwierdzano nieznaczne zmiany anatomopatologiczne lub też zupełny ich brak.

Szkoła wrocławska wprowadza do klasyfikacji czynnik przyczynowy, dzieląc zaburzenia na powstałe: 1) skutkiem wadliwego odżywiania, 2) skutkiem zakażenia i 3) na tle chorobowego usposobienia ustroju (skaza wysiękowa). Czynnik przyczynowy przy dzisiejszym stanie naszej wiedzy nie może być jednak brany w rachubę, ponieważ w rozmaitych zaburzeniach odżywiania niezależnie od wywołujących je przyczyn symptomatologia może być jednakowa. To też FINKELSTEIN i jego uczniowie, uwzględniając na razie tylko kliniczną stronę rzeczy, przechodzą do porządku dziennego nad tą lub inną klasyfikacją, przyczem zaburzeniem odżywiania nazywają oni jedynie te sprawy, które są ściśle i wyłącznie związane z nienormalnym przebiegiem czynności żywienia.

Aczkolwiek zaburzenia odżywiania dają się pod względem klinicznym sprowadzić do

kilku typów, jednakże nie przedstawiają one odrębnych lub oderwanych postaci chorobowych; przeciwnie, widzimy tu stopniowanie zależne tylko od natężenia chorobowego i ciągłe wahania w tę lub inną stronę.

Każda postać chorobowa stanowi jedynie oddzielne ogniwo w nierozzerwalnym łańcuchu przyczyn i skutków, poszczególne okresy stanu patologicznego, powstałego na tle zaburzeń ustroju; najsilniejszym ich wyrazem jest zatrucie (*entero-catarrhus, cholera infantum* autorów dawnych).

Objawy zatrucia występują zwykle ostro, nagle, ale nigdy wśród zupełnego zdrowia. Stwierdzamy, że ustrój został opanowany przez jakiś szkodliwy czynnik. Świadczy o tem wygląd chorego i cała serya charakterystycznych dla zatrucia objawów.

Najwcześniej, ze względu na właściwą niemowlętom jednostajność ciepłoty ciała, zwraca naszą uwagę wzniesienie ciepłoty, która wahać się może w szerokich granicach. Według FINKELSTEINA często już liczby ponad 37°2', które właściwie potocznie nieraz gorączki jeszcze nie oznaczają, należy uważać za piętno zatrucia. Pod wpływem szybkiego przeciwdziałania zjawisko to przemija, w przeciwnym razie potrzeba niewiele czasu, aby wystąpiły inne objawy zatrucia. Od zwykłej więc gorączki, jako objawu zatrucia, do wykształconego obrazu chorobowego istnieje cały szereg stopniowań, które dawniej uprawniały do rozpoznań w rodzaju: ostra niestrawność, nieżyt kiszek. Wielką jest zasługą FINKELSTEINA, że potrafił on wykazać związek i pokrewieństwo poszczególnych tych faz

Jednocześnie stwierdzamy znaczny spadek wagi ciała.

W typowych przypadkach sam wygląd chorego zwraca uwagę. Oczy, zapatrzone wgląd, nabierają dziwnego blasku, na nieruchomej twarzy nie drga żaden mięsień, dziecina czuciowa zwykle wybitnie przyćmiona, kończyny długo utrzymują nadany im ruch. Odrętwienie to nieraz przerywają drgawki lub ruchy automatyczne. Stopniowo rozwija się stan zapaści. Uderza zmieniony, przyspieszony oddech chorego: wdech i wydech szybko następują po sobie, bez pauz, jak w śpiączce cukrzycowej (*toxische Atmung, grosse*

Atmung). W moczu ukazuje się cukier, białko, wałeczki; we krwi wybitna leukocytoza.

Gorączka, spadek wagi, charakterystyczny oddech i cukromocz są objawami głównymi zatrucia. Inne objawy (wymioty, biegunka) mogą być mniej lub bardziej wyrazne; nieraz występują one z większą siłą, nadając piętno swoiste całemu obrazowi zatrucia. FINKELSTEIN wobec tego odróżnia 5 typów zatrucia pokarmowego:

Pierwsza postać z cechami cholery: silna utrata wody i zapasę przy braku objawów mózgowych (*choleraartiger Typus*). Postać druga przypomina wodogłowie ostre lub zapalenie opon gruzlicze (*hydrocephaloid*). W postaci trzeciej na pierwszy plan występuje senność, która stopniowo dojść może do śpiączki, inne objawy zatrucia są niewidoczne (*soporöse Form*). Rzadko co prawda charakterystyczny oddech zasłania pozostałe objawy, co dało niektórym autorom pochoch do stworzenia specjalnej nazwy (*asthma dyspepticum*). Niekiedy zatrucie przybiera postać przewlekłą, w której typowe rysy są już znacznie zatarte i bardzo niewyraźne (*subchronische Form*).

W okresie rozkwitu bakterjologii, kiedy dla każdej niemal choroby starano się obowiązkowo wykryć jakiś zarazek swoisty, przypuszczano, że wszystkie wymienione objawy zależą od zakażenia. Gdy zaś przeprowadzone w tym kierunku badania nie dały określonego wyniku, zaczęto przypuszczać, że nie same bakterje, lecz wytwory ich działalności wywierają wpływ szkodliwy, przyczem substancje trujące powstają bądź w samym pożywieniu (mleku), bądź też dopiero w przewodzie pokarmowym.

W pierwszym przypadku w chemizmie mleka mają jakoby zachodzić wybitne zmiany, przyczem tworzące się kosztem cukru lub tłuszczu kwasy działają trująco na ustrój. Doświadczenia odnośne (LESAGE i TEMPLIER) i rzeczywistość jednak przeczą temu. Mianowicie okazało się, że pomimo najskrupulatniejszej czystości przy zbieraniu i przechowywaniu mleka i rozmaitych mieszanek w zakładach, wzorowo urządzonych, przypadki zatrucia pokarmowego bynajmniej się nie zmniejszyły;

co ważniejsze, przy podawaniu jednego i tego samego pożywienia tylko pewna część niemowląt zapadała.

Co się tyczy zakażenia wewnątrzkiśzkowego, to nowsze poszukiwania bakteriologiczne często stwierdzały w przypadkach ostrych zaburzeń odżywiania obecność laseczników kwasoodpornych (*Bacillus acidophilus*) (ESCHERICH, SALGE, MORO, FINKELSTEIN), barwiących się na niebiesko według metody GRAM-ESCHERICHIA i rozwijających się wyłącznie na podłożach kwaśnych. Pod wpływem laseczników tych (zdaniem SALGEGO) mają z kwasów tłuszczowych wyższego rzędu powstawać kwasy niższego rzędu (mrówczany, masłowy, octowy), co sprowadzałoby zatrucie pokarmowe do zatrucia kwasami tłuszczowymi. Kwasy te musiałyby być w znacznej ilości, czego w istocie niema. Laseczniki kwasoodporne, które bez wątpienia grają pewną rolę w okresie przedzatruciowym, nie są jednak ściśle związane ze stanem zatrucia. FINKELSTEIN niejednokrotnie widział w zaburzeniach przewlekłych odżywiania (dekompozycya) łącznie z lasecznikami kwasoodpornymi wyraźną acydozę, gdy tymczasem obraz kliniczny nie wspólnego z zatruciem nie miał. Zatrucie pokarmowe nie jest więc związane z żadną określoną florą bakteryjną, spotykamy tu najrozmaitsze postaci drobnoustrojów z lasecznikami kwasoodpornymi lub bez nich

Próbowano wreszcie zatrucie złożyć na karb spraw gnilnych, zachodzących w przewodzie kiszki pod wpływem nadmiernie wybijanej flory drobnoustrojowej. Utarło się przytem zdanie, że podłożem, podlegającym gniciu, jest białko, o czym świadczyć miały stolce cuchnące oraz odczyn zasadowy kału. Twierdzenie to ostatecznie zostało obalone. FINKELSTEINOWI udało się mianowicie dowieść, że roztwór wodny kazeiny gnicia nie sprowadza, przeciwnie nie działa bynajmniej ujemnie na przebieg zatrucia pokarmowego. Przykry zapach stolca tłoczy się gniciem wydzielin kiszki (CZERNY). Odczyn zaś zasadowy kału nie jest zjawiskiem stałym, przeciwnie, bardzo często stwierdzić można kwaśność kału,

Na istotę zatrucia rzucają dopiero pewne światło badania FINKELSTEINA, które, zarzu-

ciwszy teren dotychczasowych dociekań, stanowią niejako przełom w pediatrii. Metody badań F., aczkolwiek w zasadzie nie nowa, jest pomimo to ze wszech miar oryginalna.

Skrętne notowanie krzywych wagi, ciepłoty, tętna, częstości ruchów oddechowych przy jednoczesnym uwzględnianiu ilości pożywienia, a zwłaszcza jego części składowych daje możliwość F. szybkiego orientowania się w rozmaitych stanach chorobowych i wyprowadzania daleko idących wniosków z niemal matematyczną ścisłością.

Tej skrupulatnej obserwacji klinicznej zawdzięczamy też tak doskonale opracowaną przez FINKELSTEINA symptomatologię zatrucia pokarmowego.

Zastanawiając się z kolei rzeczy nad patologią zatrucia, FINKELSTEIN stara się przedewszystkiem wyjaśnić wpływ rozmaitych części składowych pożywienia na ustrój niemowlęcia. W tym też celu podaje on niemowlętom pożywienie o dokładnie znanym składzie, wyłączając lub dodając ten i ów składnik. Prowadzone przez lata całe badania na znacznym materiale klinicznym doprowadziły do niezmiernie interesujących spostrzeżeń.

Okazało się, że istnieje wyraźny stosunek między objawami zatrucia a dowozem materiału pokarmowego. Mianowicie objawy zatrucia często poprzedza zwiększenie ilości pożywienia. Co się zaś tyczy części składowych pokarmu, to jest rzeczą bezwzględnie pewną, że własności, powodujące zatrucie, posiada przeważnie cukier. Zastosowanie diety wodnej z wyłączeniem całkowitem węglowodanów już po 24 godzinach sprowadza znaczną poprawę. Okres zdrowienia daje nam znowu sposobność stwierdzenia wpływu trującego cukru na ustrój. Zbyt szybkie przejście do pożywienia, zawierającego cukier, nawet po 24 godzinnej diecie głodowej sprowadza natychmiast nawrót zatrucia ze wszystkimi objawami charakterystycznymi.

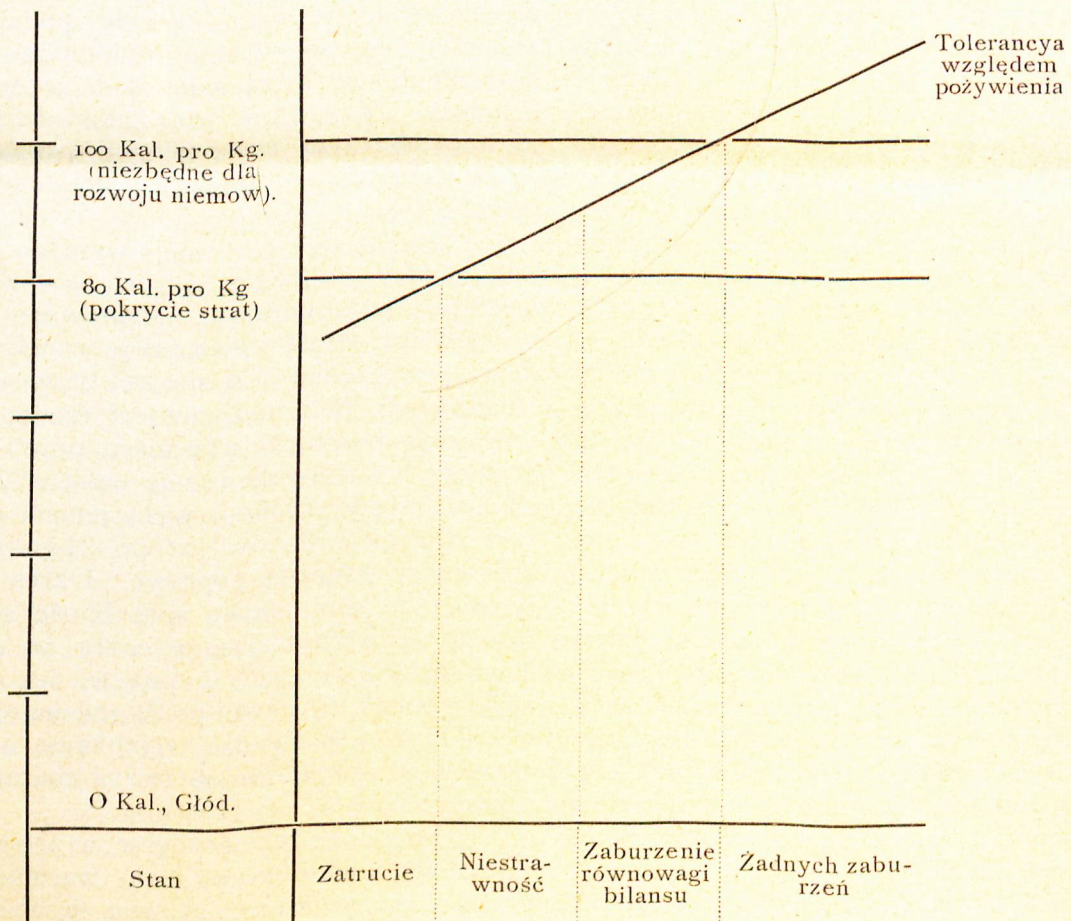
Aby jednak cukier mógł wywrzeć wpływ szkodliwy, muszą być po temu warunki pewne. Tłem, na którym rozwija się obraz zatrucia, jest stan niemowlęcia, stan jego na-

rządów trawienia, a zwłaszcza komórek, obarczonych funkcją przemiany materii. Ścisłe określone zaburzenia odżywiania, prowadząc zmiany w tych komórkach, a co zatem idzie, ich niedomogę czynnościową, stanowią ten okres przedwstępny, bez którego niema zatrucia.

Pierwszy etap tych zaburzeń—zaburzenie równowagi bilansu (Bilanzstörung)—charakteryzuje się przez to, że waga dziecka pomimo kaloryjnie dostatecznego pożywienia nie zwiększa się. Krzywa wagi przebiega zygzakowato, to znaczy: co jednego dnia niemowlę zyska, to drugiego dnia traci. Z mniejszą ilością pożywienia (70 kal. pro kg. i pro die), czem pokrywamy jedynie straty, niemowlę jest w stanie się uporać. Większa zaś ilość pożywienia (100 kalor. pro kg. i pro die), która uwzględnia już potrzebę rozwoju niemowlęcia, pozostaje bez skutku (patrz

tablica). Na dowód więc zwiększonej ilości pożywienia usrój niemowlęcia nie reaguje wagowo wzwyż, jak to bywa zwykle w warunkach normalnych. Mamy tu więc do czynienia z t.zw. odczynem paradoksalnym. Ogólny stan dziecka w tych razach bywa zadawalający. Ze strony przewodu pokarmowego zmian wybitnych niema. W tym okresie zaburzeń odżywiania zatrucie jeszcze nie zagraża.

Zaburzenie równowagi bilansu, trwające krótszy lub dłuższy czas, może pod wpływem uregulowania sprawy żywienia ustąpić warunkom normalnym lub też przejść w okres następny niestrawności (*stadium dyspepticum*), której towarzyszą już znaczne zmiany miejscowe ze strony przewodu żołądkowo-kiszkowego oraz niżka tolerancji, która w okresie niestrawności może być zachowana jedynie przy dyecie, pokrywającej straty (p.tabl.).



Tablica przedstawia schematycznie stosunek pomiędzy tolerancją a ujawnieniem zaburzeń (przy odżywianiu normalnym według PFAUNDLERA). Przy długo trwającej niestrawności lub też przy częstych jej nawrotach tolerancja stopniowo maleje. Wreszcie już minimalna ilość pożywienia, nawet nie pokrywająca strat, nie może być asymilowana. Odczyn paradoksalny w okresie tym, zwanym rozkładem (*decompositio*), jest bardzo wybitny.

Na tle niestrawności lub rozkładu każdej chwili rozwinąć się może zatrucie pokarmowe. Wybitną rolę gra tu błona śluzowa kiszek, która, jak wiadomo, podlega wówczas silnemu uszkodzeniu. Skutkiem niedomogi czynnościowej nabłonka jelit mogą być wessane wytwory jeszcze niedostatecznie gotowe do wchłaniania, a co za tem idzie, niezupełnie obojętne dla ustroju.

Widzimy więc, że zatrucie jest pochodzenia pokarmowego. Powstaje ono w ustroju, jako odczyn paradoksalny na ilość nadmierną tych składowych części pożywienia (cukru), które, mając własności zatruwające, przekraczają granicę tolerancji (FINKELSTEIN). Zatrucie zagraża dopiero wtedy, kiedy błona

śluzowa kiszek w okresie niestrawności, a zwłaszcza rozkładu zatracą swe czynności regulujące i ochraniające funkcje.

Inne czynniki również nieraz stwarzają warunki, sprzyjające powstawaniu zatrucia. Tyczy się to przede wszystkim zakażenia, które nie pozostaje bez wpływu na przewód kiszkowy, oraz czynności przemiany materii. Zatrucie i w tym przypadku jest pochodzenia pokarmowego, chociażbyśmy stwierdzili obecność bakterii w znacznej liczbie. Tak też należy sobie wytłumaczyć przypadki cholery dziecięcej, opisane niedawno przez MIECZNIKOWA, gdy badanie kału stwierdziło obecność *proteus vulgaris* w czystej kulturze. I w tym przypadku czynnikiem zatrującym był bez wątpienia cukier, zakażenie stworzyło jedynie tło, na którym powstał obraz zatrucia.

Taki sam wpływ ma wysoka ciepłota na ustrój niemowlęcia. Podczas upałów przegrzanie sprowadza niedomogę czynnościową przewodu kiszkowego, zniża tolerancję do *minimum*. Już nieznaczna ilość cukru w takich warunkach jest w stanie wywołać objawy zatrucia.

(D. n.)

STRESZCZENIA

Medycyna wewnętrzna.

144. de Quervain F. Przyczynę do rozpoznania za pomocą promieni Roentgena wrzodu okrągłego żołądka.

O ile w okresach późniejszych tworzenia się wrzodu żołądka w rozpoznaniu wielką pomocą jest badanie promieniami RÖNTGENA, wykazując wypukłość małej krzywizny żołądka (REICH, HAUDEK i in.), o tyle w okresach wcześniejszych objawy wyraźne nie występują. TEILHABER zwrócił jednak uwagę w jednym przypadku operowanego wrzodu, powodującego postać klepsydrową żołądka, na miejscowy kurcz tężcowy mięśni żołądko-

wych, powstały przypuszczalnie pod wpływem wrzodu; natomiast HAUDEK nie potwierdza tego spostrzeżenia, lecz przytacza, że przeważa zwykle wciągnięcie na wielkiej krzywiznie, nie przewyższające niekiedy 1 cm., pozwalające jednak na rozpoznanie wrzodu. RIEDER radzi dla odróżnienia prawdziwego żołądka klepsydrowego od kurczowego stosować atropinę, ponieważ kurcz, spowodowany przez wrzód, nadżarcie, a nawet przez raka (pogląd przeciwny pogładowi HAUDEKAL), pod wpływem atropiny ustaje.

QUERVAIN opisuje przypadek, mogący rzucić trochę światła na zagadnienie, czy wrzód może podtrzymać kurcz tężcowy w odpowie-

dnim odcinku żołądka. U chorej, skarżące się na ciężkie bóle po jedzeniu, promieniujące na stronę prawą, badanie ROENTG. wykazało na małej krzywiznie wypukłość 3 – 4 mm., a naprzeciw niej — znaczne wgłębienie. Chorą operowano, okazał się przytem w miejscu, oznaczonym na roentgenogramie, wrzód żołądka, zrosnięty z trzustką; o bliźnowatym żołądku klepsydrowym mowy być nie mogło. W 6 tygodni po pomyślnie odbytej operacji prześwietlano promieniami ROENTG.: na małej i na dużej krzywiznach widać wgłębienia, znikające po zastrzyknięciu 1/2 m. atropiny w ciągu 10 min. Przypadek ten dowodzi, zdaniem Q., że podczas wrzodu kurcz tępcowy mięśni żołądka wystąpić może niezależnie od jakichkolwiek spraw bliźnowatych lub zmian okołożołądkowych. Ciekawe jest, że w pewien czas po operacji wgłębienie na wielkiej krzywiznie zjawiało się, jak i podczas obecności wrzodu (zaraz po operacji wgłębienia tego nie było); zapewne kurcz powstawał przez podrażnienie względnie jeszcze świeżego szwu.

Na podstawie stosunkowo nielicznych jeszcze obserwowanych przypadków dochodzi autor do wniosku, że każda wypukłość na małej krzywiznie żołądka przemawia za wrzodem, że, im głębiej sięga i im dłużej trwa kurcz, tembardziej przemawia to za pochodzeniem organicznem, że jednakowe umiejscowienie przy powtarzających się badaniach przemawia za wrzodem, zmienne — za kurczem czynnościowym.

Wreszcie Q. zwraca uwagę i na ucisk zzewnątrz (zgrubienia tkanki łącznej, silne sznurowanie), który może doprowadzić do postaci klepsydrowej żołądka.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 17, 1911).

Stefan Sterling.

145. M. Labbé i G. Vitry. Odczyn Loewiego i znaczenie jego w niedostateczności trzustki.

LOEWI twierdzi, że wpuszczenie do zatoki spojówkowej oka 1 — 2 kropeł roztworu adrenaliny 1:1000 wywołuje rozszerzenie źrenicy u osób, mających chorą trzustkę — żadnego odczynu ze strony źrenicy niema, jeżeli trzustka jest zdrowa. LOEWI spostrzegł 10 razy rozszerzenie źrenicy na 18 przypadków moczówki cukrowej, 1 raz na 3 przypadki

choroby BASEDOWA i 1 raz w przypadku choroby wątroby z zamknięciem przewodu trzustkowego bez cukromoczu. W innych chorobach objawu ze strony źrenicy nie spostrzegł. W zwykłych warunkach zastrzyknięcie adrenaliny do krwi wywołuje rozszerzenie źrenicy, czego niema przy wkraplaniu do oka adrenaliny prawdopodobnie dlatego, że zbyt mała ilość dostała się do krwiobiegu. LOEWI przypuszcza, że wpływ trzustki jest dość silny, aby zrównoważyć drażniący wpływ adrenaliny na nerw współczulny, co nie zdarza się w chorobie trzustki. LOEWI przypuszcza jeszcze, że trzustka działa hamująco na nerwy, które wywołują zmianę glikogenu na cukier, tak, że cukrzyca, występująca po usunięciu trzustki z ustroju zależna jest od usunięcia tego wpływu hamującego. Doświadczenia, robione przez różnych autorów, oraz przez LABBÉ i VITRY, wykazały, że objaw LOEWIEGO nie istnieje w całym szeregu przypadków, w których działanie trzustki było niedostateczne — ukazuje się natomiast w takich przypadkach, w których trzustka działa zupełnie dobrze. Ztąd wniosek, że odczynu nie można uważać za odczyn znamieny, wprowadza on bowiem bardzo często w błąd.

(Jour. de med. de Paris Nr. 3).

Matylda Biehler.

Choroby dzieci.

146. Czerny. O znaczeniu wyniszczenia (inaniti) w przebiegu zaburzeń odżywiania u osesków.

Autor odróżnia wyniszczenie zależne od przyczyn zewnętrznych i od wewnętrznych. O wyniszczeniu pierwszego rodzaju jest mowa wtedy, gdy dziecko nie może przyjmować pożywienia z powodu niezwyklej przeszkód mechanicznych (np. wrodzona niedrożność przełyku, nadmierne zwięźnienie odźwiernika) albo ze względów leczniczych (zupełne przerwanie dostarczania pożywienia lub dostarczanie tegoż w ilości niedostatecznej). Przypadki pierwszej kategorii pouczają, że noworodek przy zupełnym braku dowozu pożywienia może żyć jednak przez wiele dni, i że nawet niedostateczne karmienie, trwające kilka tygodni, może nie wyrzucić wybitnego wpływu ujemnego na ustrój dziecka.

Muiracithin

Części składowe Muira
puama, Lecithina. Rad.
liqu.

Wskazania: Impotentia vi-
rilis, neurastenia płcio-
wa i inne choroby u-
kładu nerwowego.

Próby i literatura na żądanie
darmo i franko.

KACEPE
BALSAM

Części składowe: Octowo-salicylowy-
Mentholester, octowo-salicyloaetylowy
ester, maść lanolinowa.

Wskazania: Wcieranie uśmierzające bóle
i lecznicze w dnie, gościcu, rwie kul-
szowej, migrenie, newralgii, pleuritis i
innych chorobach przebiegających z ból-
jami, doskonały środek do masażu przy
przepracowaniu mięśni podczas sportów
działa znacznie skuteczniej, niż zwykle
używany salicylometylowy ester (gaul-
theria lub ojek starzęślany) posiadający
przykry zapach.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Noridal

Części składowe: Calc.
chlor., Calc. iod., Bals.
peruv.

Wskazania: Hemoroidy,
Krwotoki, Pruritus a-
nus, Tenesmus, Nie-
żyt odbytniczy, bole-
sne oddawanie stolca,
rozpadliny i wyprzenie
okolicy odbytu.

Próby i literatura na żądanie
darmo i franko.

Skład główny na Rosyję: Kantor chemicznych preparatów.

Sf. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant: St. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6, telef. 128.46.

Renetol Karpińskiego.**Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes**

RENETOL zawiera w postaci łatwej rozpuszczalnej soli, wykazane w surowicy krwi ludzkiej. Sole te pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nieprawidłowej wymiany materji

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.

RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielanie się produktów przemiany materji i wzmacnia zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczianów i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego

POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,
PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,
ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,
WZMAGA DIUREZĘ.

2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tablecie, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana
na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Nowo-karlsbadzka kuracya nowo-karlsbadzkie kryształy

Nowo-karlsbadzkie kryształy

Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materji, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wsypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUFLERA

Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZ PŁATNIE.

NAJLEPSZY ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

HISTOGÉNOL

Naline

Histogénole Naline otrzymał najlepsze świadectwa i jest jedynym środkiem tego rodzaju o którym zdawano sprawę

w **Paryżkiej Akademii Nauk,**

w **Paryżkiem Towarzystwie Terapeutycznym,**

w **Paryżkiem Towarzystwie Biologicznym**

i w rozprawach, przedstawionych kompetentnemu sądowi Paryżkiego Fakultetu Lekarskiego.

HISTOGÉNOL NALINE stosuje się z doskonałym wynikiem w ciągu kilku lat w szpitalach, sanatoriach, lecznicach i klinikach całego świata. Przepisuje się do leczenia i wyleczenia: przewlekłych katarów oskrzeli, gruźlicy, małokrwistości, neurastenii, cukrzycy, zółżów, limfatyzmu i zimnicy i we wszystkich tych przypadkach w których ustrój, czemkolwiek osłabiony, wymaga zastosowania energicznego środka wzmacniającego.

HISTOGÉNOL NALINE należy podawać w ilości 2 łyżek stołowych dziennie dorosłymi 2 łyżce deserowych dzieciom; znajduje się obecnie we wszystkich aptekach w postaci ziarenek i w postaci eliksiru. W celu uniknięcia zafalszowań należy wyraźnie przepisywać.

HISTOGÉNOL NALINE w postaci „ELIKSIRU“ lub **HISTOGÉNOL NALINE** w postaci „ZIARNEK“ i sprawdzić czy rzeczywiście podpis **A. Naline** znajduje się na szyjce butelki.

Histogénol Naline znajduje się w sprzedaży we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

HURTOWA SPRZEDAŻ U FABRYKANTA

A. Naline, Pharmacien de 1-re Classe à Villeneuve-La Garenne, près Pars St-Denis (Seine)

Składy **HISTOGÉNOLU** we wszystkich aptekach Rosyji i w Rosyjskiem Towarzystwie Handlu Aptecznymi Towarami, Kazanskaja 12 w Petersburgu, w Charkowie i Jekaterynburgu, w Towarzystwie Lemme i C-o w Rostowie nad Donem i Odessie, w Towarzystwie Jurotat w Kijowie, w Kaukaskiem Towarzystwie Handlu Towarami Aptecznymi w Tyflisie, Baku i Batumie, w aptece W. K. Ferreja w Moskwie.

Bromglidina

Nowy preparat bromu z białkiem roślinnym, środek kojący o wybitnem działaniu, nie drażniący i wolny od wszelkiego działania ubocznego. Przyjemny w użyciu i zastępujący bromek potasu. Umożliwia przeprowadzanie długich kuracji bromowych, gdyż nie występują objawy uboczne. Wskazania: choroby nerwowe, szczególnie histerya, padaczka, neurastenia, nerwowe stany niepokoju, nerwobóle, płasawica, bóle głowy, bezsenność wywołana neurastenią, słabe objawy neurastenii, jak osłabienie, zawroty. — Rp. Tabl. Bromglidin. Oryginalne opakowanie. — Dawka: kilka razy dziennie 1 — 2 tabl. — Każda tabletką zawiera 0,05 g. Bromu związanego z białkiem roślinnym.

Cena: 1 flakon oryginalny, zawierający 25 tabletek Rb. 1.

**Chemiczna Fabryka, D-r Volkmar Klopfer
Drezno-Leubnitz.**

**Skład główny na Rosyję: Kantor chemicznych preparatów
St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.**

**Przedstawiciel na Królestwo Polskie: S. Rościszewski,
Warszawa, Bracka 6.**

W przebiegu zaburzeń odżywiania wyniszczenie pochodzenia zewnętrznego rozwija się w następstwie zalecenia przez lekarza diety głodowej. Ta ostatnia, trwając od 1—3 dni, może wtedy tylko spowodować złe wyniki, gdy odżywianie dzieci, poddanych temu leczeniu, już przed jego rozpoczęciem było wybitnie upośledzone. Powstająca w przebiegu ostrych zatruc acydoza pod wpływem diety głodowej może przyjąć większe rozmiary. Pomimo to jednak dieta wodna w pierwszym, wzgl. ostrym okresie zatruc pokarmowych stanowi metodę najpożyteczniejszą i najpewniejszą. Niebezpieczeństwo, połączone z wyniszczeniem, powiększa jeszcze bardziej ta okoliczność, że po opróżnieniu kiszek i usunięciu ostrych objawów zatrucia dzieci przy ponownym rozpoczęciu odżywiania nie są w stanie osiągnąć właściwej korzyści z dostarczonego pożywienia, i dlatego, pomimo dowozu pokarmu, następuje w tych warunkach drugi okres wyniszczenia zależny od przyczyn wewnątrzustrojowych.

Błędy w odżywianiu, polegające na niedostatecznym uwzględnianiu materiału palnego w pożywieniu dziecięcia, znacznie rzadziej spowodują wyniszczenie, niż niedostateczne uwzględnienie materiału konstrukcyjnego. Faktem jest np., że w pewnych przypadkach niewątpliwą przyczyną śmierci był niedostateczny dowóz żelaza, wapnia, potasu i chloru; natomiast rola składników organicznych pod tym względem nie jest dotąd jeszcze dokładnie wyjaśniona.

Niezależnie od ilości pożywienia ważną rolę w omawianej sprawie odgrywa jeszcze postać, w jakiej jest podawane pożywienie; chodzi bowiem o to, aby ono mogło być dokładnie przez przewód pokarmowy przystosowane. Dodychczas to niezmiernie ważne zagadnienie z zakresu odżywiania sztucznego zostało rozwiązane tylko w stosunku do jednej grupy zaburzeń odżywiania, mianowicie: zaburzeń z żywienia (*ex alimentatione*), zaburzenia zaś pochodzenia zakaźnego oraz znajdujące się w związku z wrodzonymi wadami rozwojowymi nie zostały pod tym względem dokładnie zbadane.

Niebezpieczeństwo, połączone z wyniszczeniem, staje się o tyle groźniejszym, o ile

większe zaburzenia w równowadze ustroju spowodują zasadnicze cierpienie, oraz o ile bardziej jest ono zaniedbane. W pierwszych 6 miesiącach życia dziecka bardzo ważną rolę odgrywa sprawa utrzymania w równowadze zapasu wody w ustroju dziecięcym, gdyż w tym czasie rozwój jego odbywa się głównie dzięki przybytkowi wody. Z tego powodu godne są gorącego polecenia próby zmodyfikowania diety wodnej przez dodanie do niej s o l i. Wyników tej metody dotąd jeszcze przeceniać nie można, ponieważ ona w wielu przypadkach bynajmniej nie usuwa niebezpieczeństwa szybko występujących wahań wadze dziecka, natomiast odsuwa je na czas późniejszy, gdy powstałe pod wpływem stosowania diety wodnospłonej obrzęki ustępują po przejściu do diety odmiennej. Prócz tego należy zwrócić uwagę na to, że dowóz soli może spowodować również bezpośrednią szkodę.

Oseski, będące na dyecie wodno-słonej, mogą przez wiele dni bez najmniejszej szkody dla ustroju znosić wyniszczenie. To samo dotyczy sprawy żywienia dziecka małymi ilościami mleka kobiecego.

Wobec tego nawet dzieciom, znajdującym się w stanie wybitnego zaniku, należy podawać pożywienie w ilości skąpej, gdyż niedostateczne żywienie jest mniej niebezpieczne, niż przekarmienie.

Trudność w prowadzeniu odżywiania dzieci, poprawiających się po ciężkich zaburzeniach, polega na umiejętności jednoczesnego unikania niebezpieczeństwa wygłodzenia z jednej strony i przekarmiania — z drugiej. Należy więc starać się o to, by przy możliwie małej ilości pożywienia zapobiedz dalszej utracie wagi ciała. Powyższy cel osiągnąć można, żywiąc dziecko mlekiem kobiecym, które ustrój dziecięcy najlepiej znosi i najłatwiej przystosowuje dzięki obecności w mleku kobiecym k a t a l i z a t o r ó w lub materiału, z którego one powstają w ustroju dziecka. Odtworzenie identycznych stosunków przy odżywianiu sztucznym jest rzeczą niezmiernie ważną, lecz, niestety, jak dotąd, nie osiągniętą.

Zadanie więc terapeutyczne, leczącego zaburzenia odżywiania u niemowląt, sprowadza się do tego, by dostarczyć niemowlęciu po-

karmu dla niego zupełnie nieszkodliwego natomiast najskuteczniej zapobiegającego dalszej utracie wagi ciała dziecka. Bardzo dobre pod tym względem wyniki otrzymać można przy stosowaniu serwatki i węglowodanów. U dzieci, dotkniętych zaburzeniami odżywiania pochodzenia zakaźnego, wyniszczenie zależy od spowodowanej przez zakażenie utraty łąknienia i wchłaniania produktów rozpadu tkanek. Zabobiedz temu jednak nie jesteśmy w możności.

Zpśród różnych objawów, towarzyszących wyniszczeniu, znany jest ogólnie fakt zmniejszenia zakresu tolerancji cukru. Bardzo łatwo nastęrcza się tutaj przypuszczenie, że zjawisko to zależy od osłabienia odporności ustroju. Przyszłość prawdopodobnie wykaże obecność zaburzeń również w zakresie innych czynności ustroju.

Rozpoznanie niedostatecznego odżywiania o przebiegu przewlekłym opierać się winno na ocenie wszystkich obecnych objawów. Wymioty, stanowiące, zdaniem autorów, często następstwo długotrwałego niedostatecznego odżywiania, CZERNY uważa za objaw schorzenia układu nerwowego.

Co się tyczy przypadków, w których dzieci po długo trwającym okresie niedostatecznego odżywiania zapomniały jeść, CZERNY przypuszcza, że tutaj właściwie nie mamy do czynienia z utratą łąknienia, jako skutkiem wyniszczenia, lecz jest zdania, że brak łąknienia jest jednym, z najbardziej uderzających objawów istniejącej w dalszym ciągu choroby, wzgl. zakażenia.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, herausgegeben von prof. ALBU. 3, Heft 2, 1911).

147. E. Welde. W sprawie stosowania mleka białkowego.

Autor stosował w dreźnieńskim przytulku dla niemowląt mleko białkowe w 60 przypadkach różnych postaci zaburzeń odżywiania (zwykła niestrawność, dekompozycja, zatrucie pokarmowe, zakażenie pochodzenia zewnętrznego). Ogólny wynik leczenia przedstawia się w sposób następujący: wszystkie

przypadki (25) niestrawności zostały wyleczone, spośród 20 przypadków dekompozycji — 4 tylko zakończyły się zejściem śmiertelnym, na 3 przypadki zatrucia pokarmowego — zdarzył się 1 przypadek śmierci oraz na 8 przypadków zakażenia z pierwotną lokalizacją poza obrębem przewodu pokarmowego (*parenterale Infektion*) — 2 przypadki śmierci, oprócz tego leczone były z pomyślnym skutkiem 3 przypadki pryszczycy u dzieci. W niestrawności stosowano przedewszystkiem 8 — 12 godzinną dyetę herbacianą, następnie podawano 200,0 — 300,0 mleka białkowego bez cukru, ilość mleka powiększono co 2 — 3 dni o 200,0, dopóki nie osiągnięto stosunku 200,0 mleka białkowego na 1 kilo wagi ciała. Przy dodawaniu cukru, którego ilość wynosiła z początku 1%, kierowano się zachowaniem się wypróżnień; ilość cukru (SOXLETHA) dochodziła do 5 proc.

Po upływie 3 — 6 tygodni zamiast mleka białkowego wprowadzano zwykłe mieszanki młeczne. U dzieci z objawami dekompozycji natychmiast przystępowano do podawania mleka białkowego w ilości 100,0 — 200,0. Przy objawach toksycznych starano się o możliwie obfity dowóz wody, szczególnie w pierwszych dniach (herbata z 0,1—0,3 proc. soli kuchennej, wprowadzanie do kiszki roztworu MEYER-RIETSCHELA); niezależnie od powyższego okazały się koniecznymi środki podniecające oraz dowóz ciepła. Powiększanie ogólnej ilości płynów odbywać się powinno w tych razach znacznie ostrożniej. powolniej, niż w zwykłej niestrawności. W początkowym okresie stosowania mleka białkowego spostrzegano stale pogorszenie stanu ogólnego i wyglądu dziecka (szczególną uwagę zwracał spadek ciepłoty, która podnosiła się do normy dopiero po dodaniu 2 proc. cukru). W przypadkach zatrucia dyetę herbacianą stosowano przez 24 godziny, a następnie przeprowadzano powyżej opisany system leczenia mlekiem białkowym. Przy zakażeniu natomiast z pierwotną lokalizacją poza obrębem przewodu pokarmowego (*parenterale Infektion*) ilości płynów bynajmniej nie ograniczano, natomiast podawano je w takiej ilości, jakiej potrzebował ustrój dziecka

Zalety mleka białkowego stanowią: dokładność przygotowania oraz trwałość przetworu. Do ujemnych cech należą: wysoka cena, zły smak i wygląd. Bądź co bądź, mleko białkowe jest doskonałym środkiem do zwalczania skutków głodzenia; działanie jego jest dwojakie: z jednej strony — ograniczenie ilości cukru, wywołującego biegunkę, z drugiej — dostarczenie niezbędnej ilości energii cieplnej w postaci białka.

(Therapeutische Monatsschrift 25,83. 1911)

148. A. Reuss. Wyniki stosowania mleka białkowego według Finkelsteina i Meyera w klinice Wiedeńskiej.

Zaletę stosowania mleka białkowego stanowi fakt, że w przypadkach ciężkich zaburzeń odżywiania możemy wprowadzać do ustroju chorego pożywienie, zawierające węglowodany, które bynajmniej nie drażnią przewodu kiszki przede wszystkim przez wzgląd na lepszą wogóle tolerancję cukru w środowisku białkowym, powtórę z powodu małej zawartości tegoż w omawianym przetworze. Najlepsze wyniki zostały osiągnięte przez R. w przypadkach zaburzeń odżywiania, powstałych na tle fermentacji w kiszki. Dobre wyniki otrzymywano w przypadkach dekompozycji z bardzo wrażliwym przewodem kiszki, jak również w pewnych przypadkach ciężkiej postaci niestrawności (*dyspepsia*) u osesków. Natomiast w innych postaciach chorób przewodu kiszki, np. cierpieniach kiszki grubej, mleko białkowe nie daje żadnego wyniku. U dzieci, znajdujących się w stanie zaniku, z względnie dobrą tolerancją przewodu kiszki, można w zupełności obejść się bez mleka białkowego.

(Vortrag, gehalten in der Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien. Sitzung v. 12. I. 1911).

149. Schiller. W sprawie patologii i leczenia gruczołu sutkowego w okresie karmienia.

Na zapalenie gruczołu sutkowego w okresie karmienia autor zapatruje się, jako na sprawę, znajdującą się w związku bezpośrednim z zastojem w sutkach; wrotami wtargnięcia zarazka są, według niego, prawie zawsze

wyłącznie drogi mleczone, nie zaś, jak dotąd przeważnie przypuszczano, nadpęknięcia skóry na brodawkach (*rhagades*). Te ostatnie biorą tylko pośredni udział w wywoływaniu zapalenia sutki, powodując zatrzymanie funkcji gruczołu, resp. nagromadzenie się w nim wydzieliny.

W późniejszych okresach karmienia okresy miesiączkowania stanowią krytyczne momenty dla rozwoju sprawy zapalnej w gruczołach sutkowych. Leczenie powinno być przyczynowe; przede wszystkim więc należy usunąć zastój, resp. zapobiedz powstawaniu tegoż; pod tym względem najważniejszą rolę odgrywa nieprzerwanie karmienia, oprócz tego można stosować również różne metody sztucznego opróżniania gruczołu.

(Monatsschrift für Kinderheilkunde Nr. 9, 1911).

S. Łyskawiński.

150. J. Brudziński. O nowym objawie na kończynach dolnych w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci.

Po krótkiej wzmiance o opisanym przez siebie „odruchu drugostronnym” (zginanie się rzadziej wyprostowywanie się kończyny dolnej przy zginaniu biernem drugiej kończyny dolnej) autor podaje nowy objaw, spostrzegany przez siebie w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Objaw ten, nazwany przez autora „karkowym”, polega na zginaniu się obu kończyn dolnych (w stawach kolanowych i biodrowych) i przywiedzeniu ich do tułowia po zginaniu biernem karku. Dla otrzymania go radzi B. ułożyć dziecko na grzbiecie, jedną ręką, położoną na piersi dziecka, przytrzymać jego tułów, drugą zaś ująć główkę i zginać kark ku przodowi. Autor spostrzegł ten objaw w 11 przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowych, w 6 zapalenia opon mózgowych pochodzenia meningokokowego, w 6 *meningit. serosa*, w 1 *suppur. mening. acuta*, w 1 *encephalomyelitis* po odrze, w 1 przypadku meningizmu u dziecka z pseudokrupem i w 1 mongolowości. Oprócz tego w kilku przypadkach bez objawów zapalenia mózgu, w których podejrzewał wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe.

(Przegląd Pedyatryczny T. I. Z. IV i V).

U w a g a s p r a w o z d a w c y. Z kilkudziesięciu dzieci, u których poszukiwałem omawianych objawów w ambulatoryum mojem przy ulicy Pokornej, u żadnego nie znalazłem „odruchu drugostronnego”, objaw zaś „karkowy” wybitny u jednego dziecka mniej więcej rocznego z wyraźnymi objawami krzywicy, wodogłowiem przewlekłym i niedorozwojem umysłowym. Objaw ten występował i w siedzącej pozycji pacjenta. Dziecko to raz jeden tylko widziałem.

151. J. Lovett Merse. O wartości „objawu karkowego” Brudzińskiego i odruchu drugostronnego w rozpoznawaniu zapalenia opon mózgowych u dzieci.

Autor zbadał 400 dzieci (w tej liczbie 90 zdrowych) i stwierdził, że żadnego z obu objawów B. nie napotykał u dzieci, nie dotkniętych chorobami układu nerwowego. W 11 przypadkach *mening. tub.* żadnych stałych wyników nie otrzymał: odruch drugostronny rzadko wykrywał, objaw zaś karkowy znacznie częściej, ale nie stale i częściej w okresie rozwoju choroby; w jednym przypadku, badanym codziennie, nie występował wcale w ciągu 7 dni (przed śmiercią), w innym w ciągu 3 dni. W 5 przypadkach *men.*

cerebrospinalis odruch drugostronny nie występował, objaw zaś karkowy częściej, niż w zap. op. gruźliczem, uwydatniając się zawsze zginaniem się obu kończyn dolnych. W jednym przypadku, badanym codziennie, nie wykryto w ciągu 6 dni aż do śmierci chorego. Nieraz sztywność karku utrudniała ściśle badanie. W jednym przypadku *meningitidis* pochodzenia dwoinkowego z porażeniem kończyn prawych oba objawy B. występowały w kończynie zdrowej.

Wnioski autora: objaw karkowy i odruch drugostronny nie napotykają się nigdy u dzieci zdrowych i prawie nigdy u dzieci, nie dotkniętych zapaleniem opon mózgowych. Odruch drugostronny pod względem stałości występowania stoi niżej od objawu karkowego. Oba mogą występować niestale (intermittently) lub nie wykrywać się w ciągu całego przebiegu choroby. Obecność ich w chorobie ostrej przemawia za zapaleniem opon m., nieobecność ich nie wyłącza tej choroby. Wartość rozpoznawcza odruchu drugostronnego jest mniejsza, niż objawu karkowego. Oba objawy nie mają żadnego znaczenia, gdy chodzi o różniczkowe rozpoznanie typów (postaci) zapalenia opon m.

B. Polikier.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia oto-laryngologiczne.

Posiedzenie z dnia 23 lutego 1911 roku.

FERBER przedstawia chorego l. 65, który skarży się na znaczne zatkanie nosa i umiarkowany ból przy połykaniu. Przy badaniu znajdujemy: w jamie nosowej prawej — polip; w jamie nosogardzielowej — guz, na sklepieniu i częściowo na tylnej ścianie, guz jest twardy, o powierzchni nierównej, pokrytej brodawkami. W krtani widać nieznaczny

infiltrat na tylnej ścianie i lewej chrząstce nalewkowej. Rozpoznanie przypuszczalne: *carcinoma cavi pharyngo-nasalis*.

SZLEIFSZTEIN przedstawia 2 chorych:

1) mężczyznę z protezą parafinową nosa. Nos, jak to widać ze zdjęć fotograficznych, wykonanych przed operacją, był mocno zadarty i zapadnięty w środku (siodelkowaty). Dzięki protezie nos ma obecnie kształty normalne.

2) 26-letnią kobietę, która przed rokiem dostała nagle po stronie prawej bólu głowy,

leważ sprawa w krtani jest ograniczona, zmiany w płucach są nieznaczne, stan ogólny chorego względnie dobry, więc wzmiankowana postać gruźlicy krtaniowej nadaje się do chirurgicznego leczenia.

Posiedzenie z dn. 27 kwietnia 1911 r.

SZMURŁO mówił o przypadku lejkowatego zwężenia tchawicy pochodzenia przymiotowego, leczonego z dobrym skutkiem za pomocą metodycznego rozszerzania tchawicy mandrynem ezofagoskopu.

Przypadek dotyczył rolnika lat 20, który zgłosił się ze skargą na znaczną duszność, nie pozwalającą mu pracować. Przy badaniu znaleziono: na tylnej ścianie gardzieli w górze gwiazdowatą bliznę, podniebienie miękkie przyrośnięte do gardzieli. W tchawicy przy pomocy tracheoskopu odkryto zwężenie formy lejkowatej, twarde, nie ustępujące pod naciskiem. Choremu zalecono kurację specyficzną, lecz bez wpływu na zwężenie w tchawicy. Wówczas SZMURŁO zaczął rozszerzać zwężenie za pomocą mandrynu ezofagoskopu i po kilku próbach przechnął mandryn poza miejsce zwężone.

Duszność znacznie się zmniejszyła, i chory wypisał się ze szpitala ze znaczną poprawą. SZMURŁO radzi więc w podobnych przypadkach przed wykonaniem teracheotomii wypróbować uprzednio metodę mechaniczną.

LUBLINER podziela zdanie SZMURŁY i zaleca podobny sposób postępowania w zwężeniach tchawicy charakteru przymiotowego.

ERBRICH ma pewne wątpliwości, czy to nie było zwężenie charakteru twardzielowego, gdyż blizny przymiotowe tak łatwo nie dają się rozciągnąć.

Z. DOBROWOLRKI zaznacza również, że blizny przymiotowe są bardzo twarde i nawet przeciąć je trudno, i zapytuje SZMURŁĘ, jaki to był okres przymiotu, czy to były blizny, czy też nacieki przymiotowe.

W odpowiedzi SZMURŁO zaznacza, że twardziel w gub. Samarskiej, skąd pochodził wzmiankowany chory, jak wogóle w całej

wschodniej Rosyi zupełnie się nie zdarza, natomiast przymiot należy do chorób bardzo pospolitych.

Co zaś do okresu przymiotu, to przypuszcza, że był trzeciorzędny: po gummacie wytworzyła się blizna, nad którą był zapewne naciek niezbyt twardy, co pozwalało na rozszerzenie zwężonego miejsca.

Posiedzenie z dn. 24 maja 1911 r.

1) Przewodniczący MEYERSON i Cz. JANKOWSKI demonstrują raka krtani, usuniętego za pomocą całkowitego wycięcia krtani.

Chory C. lat 41 zgłosił się do MEYERSONA ze skargą na chrypkę od 3 lat z górą. Przy badaniu cała krtani była wypełniona masami nowotworowymi, zajmującymi obie struny głosowe oraz wnętrze krtani i okolicę podgłośniową, więcej po stronie lewej. Operacji wycięcia całkowitego krtani dokonał przed 5 dniami JANKOWSKI. Przy operacji J. wprowadził pewną modyfikację szwu, polegającą na tem, że błonę śluzową gardzieli zszywa się razem ze skórą, tworząc tym sposobem przewód cylindryczny, prowadzący do przełyku.

2) LUBLINER przedstawił 3 chorych: a) mężczyznę l. 30, który, wnosząc z wywiadów, zachorował przed 5 tygodniami jakoby na anginę, poczem miał się utworzyć ropień okołomigdałkowy, który otworzono, poczem nastąpił uporczywy krwotok. Gdy LUBLINER badał chorego, krwotok jeszcze trwał, temperatura była 39°; pomimo przecięcia było znaczne wypuklenie i nawet chęłbotanie. Zrobiono więc powtórnie cięcie: wyszło dużo cuchnącej ropy, i zjawilo się znów krwawienie, które następnie ustało po przewiezieniu chorego do szpitala; t° jednak stale podwyższona; zjawily się naloty na migdałku. Przypuszczając błonicę, choremu zastrzyknięto 3000 jednostek surowicy, lecz poprawa nie nastąpiła. Reakcja WASSERMANNA dała wynik ujemny.

Pomimo rozpoznania sprawy, jako septycznej, choremu zastrzyknięto 0,6 salvarsa-

nu w tem przypuszczeniu, że środek ten może pobudzić tkankę do zabliznienia. Skutek był dobry: nastąpiło zabliznienie, chory wyzdrowiał.

b) Kobiętę izraelitkę, lat 30 z naciekami twardzielowymi w jednej połowie nosa, w drugiej — *ozaena*. W krtani nacieki w postaci *chorditis vocalis hypertr. inf.*

Przed 4 laty L. widział chorą pierwszy raz, i wówczas nie było zmian twardzieliowych w krtani, tylko zwykły katar. LUBLINER zwraca uwagę w danym przypadku, że chora nie doznaje duszności, pomimo iż głoszni jest b. znacznie zwężona.

c) Kobiętę, l. 35, która przeszła w 16-ym roku *arthritis deformans*, od roku ma chrypkę. W krtani poniżej wyrostków głosowych ku tylnej ścianie idą nacieki o charakterze nie wiadomym, wymagającym dokładniejszego zbadania, a dotychczas nie dokonanego, ponieważ chora jest w szpitalu dopiero od 2 dni.

W dyskusyi co do I przypadku LUBLINERA DEBIŃSKI zapytuje, czy były zbadane bakteriologicznie naloty, gdyż zwykle w t. zw. anginach zgorzelinowych znajdujemy albo laseczniki LÖFFLERA, albo jest to *angina Vincenti*. Co się tyczy działania salvarsanu, to środek ten działa nietylko w przymiocie, ale we wszystkich sprawach, wywołanych przez krętki wogóle.

ERBRICH podnosi pomysliwość LUBLINERA, że zastosował w danym przypadku salvarsan, który okazał się b. odpowiedni.

Przewodniczący MEYERSON obserwował kilka przypadków zgorzeli gardzieli, o których przed laty mówił w sekcyi laryngolog. i wszystkie zakończyły się śmiercią. Słuszną mu się wydaje uwaga DEBIŃSKIEGO co do laseczników LÖFFLERA, znajdujących często w tych przypadkach, nie mniej jednak i w tych przypadkach klinicznie sprawa przedstawia się nie jako dyfteryt, lecz jako gangrena.

KOENIGSTEJN co do III przypadku LUBLINERA podnosi jego rzadkość i podejrzewa,

czy w owych naciekach nie kryją się złośliwości artrytyczne.

POLAŃSKI tłumaczy, dlaczego w przypadku twardzieli krtani chora, pomimo b. zwężonej głoszni, nie doznaje duszności, gdyż twardziel rozwija się bardzo powoli, nieraz lata na to się składają, więc organizm ma możność przystosowania się do zwężonej głoszni; jest to objaw nader charakterystyczny dla twardzieli i ważny nawet pod względem dyagnostycznym.

3) Następnie OPPENHEIM mówi o przypadku ropnia mózgu pochodzenia usznego u dziewczynki 12-letniej, która dotknięta jest ropieniem obustronnem z uszu od 4 roku życia. Obecnie znaczne bóle głowy z prawej strony, bolesność wyrostka prawego, przedziurawienie bębienka, opuszczenie górnej ściany przewodu, wydzielina nieznaczna, t^o podwyższona. Po otworzeniu wyrostka sutkowego wyszło dużo cuchnącej ropy; zatoka obnażona, pulsująca i normalna, również i opona twarda w okolicy *tegmen tympani* narażenie stan chorej się poprawił, lecz po paru dniach znów nastąpiło pogorszenie, wymioty, bóle głowy, apatya, puls — 56, później opuszczenie prawej powieki, nieprzytomność i t. p.; wobec tego zrobiono nakłucie poprzez obnażoną część opony twardej: ropa cuchnąca; OPPENHEIM przeciął oponę i tkankę mózgową — wyszło 45 ctm. sz. ropy. Niebawem chorej wróciła przytomność, żądała jedzenia, lecz po 4 dniach stan zaczął się znów pogarszać. Opp. otworzył szeroko średnią jamę czaszki, przeciął oponę twardą, substancję mózgową, poczem wyszło 3 — 4 łyżek ropy cuchnącej. Stan chorej po tym zabiegu znów się poprawił, lecz nie na długo — znów zaczęła gorączkować, substancja mózgową uległa zgorzeli, i w takim stanie chorą wywieziono z Warszawy.

Przewodniczący MEYERSON zwraca uwagę, iż symptomatologia ropni mózgowych bywa często mało charakterystyczna, a niekiedy wcale objawów niema, i ropień przebiega skrycie. Najcharakterystyczniejszy może jest gwałtowny ból głowy, lecz i ten co do lokalizacyi nie zawsze odpowiada miejscu znaj-

owanie się ropnia. Pewności nabiera rozpoznanie w chwili wystąpienia objawów ogniskowych, a więc zbroczeń mowy w przypadkach ropni lewej półkuli, porażenia kończyn oraz nerwów czaszkowych (*oculomotorius, abducens, facialis i hypoglossus*).

W. Polański.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 30 b. m. rozpocznie się III międzynarodowy Zjazd laryngo-rynologów w Berlinie. Zjazd trwać będzie do dnia 2 września.

— 5 Zjazd neurologów niemieckich odbędzie się we Frankfurcie w dniach 2, 3 i 4 września r. b. Oprócz licznych odczytów i pokazów wygłoszone będą referaty: 1) Nonne: O wartości i znaczeniu współczesnego leczenia przymiotu dla leczenia chorób układu nerwowego; 2) Frankl-Hochwart i Fröhlich: O wpływie palenia tytoniu na powstawanie chorób nerwowych.

— Kierownikiem uniwersyteckiego instytutu higienicznego w Getyndze na miejscowości Erwina Esmarcha mianowany został prof. Reichenbach.

— W ostatnich dniach lipca zachorowało na cholere: w Tryeście osób 10, we Włoszech 547 (zmarło 207); liczne przypadki zdarzyły się również w Salonikach i Konstantynopolu; donoszą także o jednym przypadku w Wiedniu.

Sprostowanie. W Nr. 33 na stron. 821, w kolumnie lewej, w wierszu 3 i 2 od dołu powinno być: Zpóźród 16, u których wykonano laparotomię, wyzdrowiało 9, zmarło 7.

Choroby zakaźne w szpitalu Św. Stanisława w Warszawie za czas od 13 sierpnia r. b. do 20 sierpnia tegoż roku. Oprócz epidemii ospy naturalnej i szkarlatyny zanotowano znaczną liczbę chorych na dyzenterję.

	Pozostało chorych	Przybyło	Zejścia śmiertelne
Ospa naturalna	47	21	4
Szkarlatyna	42	15	5
Dyzenterya	6	11	1
Odra	6	3	—

Zmarli.

— Prof. Dieulafoy w Paryżu, znany uczony i wynalazca aparatu aspiracyjnego.