

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Doszczętna operacya przepuklin pachwinowych, podług sposobu Kocher'a. Podał d-r Tomasz Solman. O sposobach badania mleka kobiecego, napisał B. Polikier. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 168. O zbawiennem działaniu przelewania krwi w ciężkiej postaci niedokrwistości. 169. Leczenie chirurgiczne kurezu bolesnego twarzy (tic douloureux). — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z d. 19, 26 listopada i 3 grudnia r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Solman — De l'operation radicale de l'hermie inguinale d'après Kocher. 2) D-r B. Polikier — Les méthodes d'analyse du lait de femme.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Solman — Radicaloperation der Inguinalbrüche nach Kocher. 2) D-r B. Polikier — Ueber die Methoden der Untersuchung der Frauenmilch.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str. 5.

ZE SZPITALA CHIRURGICZNEGO D-RA SOLMAMA.

DOSZCZĘTNA OPERACJA PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH,

podług sposobu Kocher'a

Podał D-r Tomasz Solman.

Doszczętnie leczenie wolnych przepuklin zaliczyć należy do zabiegów chirurgicznych, zyskujących obecnie coraz większe rozpowszechnienie. Dzięki udoskonaleniom w sposobach wykonywania radykalnej operacji przepuklin, przy starannem zachowaniu aseptyki, dzięki coraz liczniejszym zestawieniom krytycznym dużych szeregów przypadków, ze szczególnem uwzględnieniem wyników ostatecznych, w lat kilka po dokonaniu operacji, przekonano się, że leczenie doszczętnie przepuklin ma zupełne prawo bytu i że w odpowiednich przypadkach łatwo możemy, nie narażając chorego na żadne niemal niebezpieczeństwo, usunąć zapomocą operacji tak dotkliwe, a poniekąd i groźne cierpienie, jakim są przepukliny. VAUTRIN wypowiada zdanie, że niedaleki jest dzień, w którym będziemy upoważnieni do stosowania radykalnej operacji we wszystkich przypadkach wolnych przepuklin, zważywszy na stałe niebezpieczeństwo, które zagraża obarczonemu tą dolegliwością. Zapatrywaniu powyższemu nie można odmówić teoretycznej słuszności, w praktyce jednak uogólnienie takie nie jest możliwe; pomimo bowiem częstych wskazań do leczenia doszczętnego przepuklin, istnieją liczne przypadki, w których operacya nie koniecznego i naglącego nie przedstawia, oraz takie, w których zabieg chirurgiczny do żadnego celu nie doprowadzi lub nawet jest wyraźnie przeciwwskazany. Stosując operacyę bezkrytycznie, łatwo można narazić chorego

na niepowodzenie i przyczynić się do zniechęcenia innych do zabiegu, który wykonany we właściwych przypadkach i podług pewnych, obecnie dosyć ściśle określonych sposobów postępowania, do chwały chirurgii należy.

O dobrych wynikach radykalnej operacji przepuklin przekonać mogą dane następujące. Na zjeździe międzynarodowym lekarskim w Rzymie, L. CHAMPIONNIERE podał wyniki dokonanych przez siebie 411 doszczętnych operacji przepuklin; tylko w 2-ch przypadkach zejście było śmiertelne, przytem nadmienić należy, że z liczby 258 ostatnio operowanych, nie umarł żaden wskutek operacji; przebieg pooperacyjny był zazwyczaj zupełnie pomyślny, a wyleczenie trwałe, jak o tem CHAMPIONNIERE mógł się przekonać, badając wielu operowanych w kilka lat po dokonany zabiegu chirurgicznym.

Z 220 operowanych w klinice prof. KOCHER'a, od roku 1891 do 1894, nie zmarł żaden; w 93% rany zgoiły się *per primam*, nawroty cierpienia wydały się bardzo rzadko, mianowicie około 9% po operacjach zapomocą głębokiego szwu kanałowego, około 6% po operacji z przemieszczeniem worka przepuklinowego, a ostatnia modyfikacja operacji KOCHER'a zdaje się zapewniać jeszcze rzadsze nawroty.

Prof. NICOLADONI w zestawieniu 260 operacji, dokonanych sposobem BASSINI'ego, zaznacza, że badając w 1½ roku po operacji 47-iu z pierwszej setki operowanych, dostrzegł nawroty cierpienia tylko u trzech, wyłącznie po radykalnej operacji przepuklin bardzo znacznych rozmiarów. Z liczby 160 operowanych do grudnia 1894 roku, zmarło dwóch wskutek gnilnego zapalenia otrzewnej; rany w 123 przypadkach zagoiły się przez rychłozrost.

BASSINI po 98 operacjach, tylko w dwóch przypadkach zauważył ponowne wystąpienie przepukliny.

WÖLFFLER podaje, że z 51 radykalnych operacji przepuklin, otrzymał we wszystkich przypadkach wyzdrowienie, z zagojeniem przez rychłozrost w 44 przypadkach. Przy badaniu 19 operowanych w rok po operacji, WÖLFFLER zauważył tylko w jednym przypadku ponowne wystąpienie przepukliny.

W klinice prof. KÜSTER'a, jak podaje BÜNGNER, z 40 operowanych z powodu wolnych przepuklin, zmarł jeden; nawroty cierpienia wystąpiły u czterech chorych, wyłącznie w przypadkach bardzo dużych i długotrwałych przepuklin.

W klinice prof. OBALIŃSKIEGO z liczby 46 operacji radykalnego leczenia przepuklin sposobem BASSINI'ego, w żadnym przypadku nie nastąpiło zejście śmiertelne, a rany w 37 przypadkach zagoiły się przez rychłozrost.

Mniej pomyślne wyniki doszczętnej operacji wolnych przepuklin otrzymano w klinice prof. BILLROTH'a; HEIDENTHALER oblicza śmiertelność pooperacyjną na 6,25%. Po operacjach przepuklin dużych rozmiarów, nawroty wystąpiły w 32,5%.

Nie będę dalej przytaczał długiego szeregu wyników doszczętnej operacji przepuklin, dokonywanej przez innych chirurgów. Ogólnie można wyprowadzić wniosek następujący. Doszczętna operacja przepuklin nie zagraża życiu operowanego, usuwa w 90% przypadków ciężką dolegliwość, przywraca społeczeństwu ludzi zdolnych do pracy fizycznej lub zawodowej, chroni od wystąpienia życia zagrażających objawów, w razie uwięźnięcia jelit.

Z pomiędzy różnych postaci wolnych przepuklin, najwłaściwiej nadają się do leczenia operacyjnego przepukliny, nie dające się odprowadzić do jamy brzusznej (*h. irreductibiles*), szczególnie, gdy powodują bóle lub przejściowe

objawy niedrożności jelit; następnie przepukliny, które, pomimo odpowiedniego paska, stale wysuwają się nazewnątrz (*h. incoercibiles*), wreszcie wszelkie przepukliny uwięzłe. Wogóle, jeśli tylko nie istnieją przeciwwskazania do operacyi, zależne od wieku, ogólnego stanu chorego, nadmiernych rozmiarów przepukliny, każda przepuklina, wrodzona czy też nabyta, która nie daje się całkowicie i na stałe odprowadzić do jamy brzusznej, może i powinna być usunięta zapomocą operacyi. Przy wolnych przepuklinach, odprowadzić się dających, których wysuwaniu się ponownemu pasek zapobiega, leczenie operacyjne jest zbyt ciężkie i jedynie na stanowcze życzenie danej osoby, nie chcącej nosić paska ze względów osobistych lub profesjonalnych, upoważnieni jesteśmy do zastosowania zabiegu chirurgicznego, o ile nie istnieją ku temu ważne przeciwwskazania.

Najwłaściwszym okresem wieku, w którym doszczętną operację wolnych przepuklin wykonywać należy, są lata pomiędzy 3-im a 40-ym rokiem życia; wtedy bowiem, jak wykazały zestawione wyniki spostrzeżeń klinicznych, nawroty cierpienia najrzadziej się wydarzają i rychłozrost rany najczęściej następuje. Po operacyach wolnych przepuklin u dzieci w wieku do lat trzech, oraz u osób po latach 50-ciu lub 60 ciu, nawroty cierpienia występują, pomimo dokładnie wykonanej operacyi, dosyć często; aseptyczne gojenie się rany u małych dzieci trudno przytem przeprowadzić. W sprawie, w jakim wieku u dzieci należy wykonywać radykalną operację wolnych przepuklin, zdania są rozmaite. BROCA przy przepuklinach dzieci zaleca pasek, jako środek tymczasowy, do drugiego roku życia; dzieci w wieku do lat dwóch, operuje BROCA tylko wyjątkowo, gdy przepukliny są bardzo duże, trudne do odprowadzenia i utrzymania paskiem, i gdy ujemnie wpływają na stan ogólny. Po skończonych dwóch latach, leczy BROCA operacyjnie wszelkie przepukliny u dzieci; wyniki, otrzymane w 250 przypadkach, były bardzo dobre pod względem zejścia operacyjnego i trwałości wyleczenia. MARTIN radzi nie operować wolnych przepuklin u małych dzieci, ponieważ często zdarza się wyleczenie samoistne. PARKER mniema, że operację u dzieci należy wykonywać, gdy przepukliny istnieją dłużej, niż dwa lata, i stosowane środki lecznicze do żadnego celu nie prowadzą. O'NEILL zaleca operację u dzieci w następujących przypadkach: gdy przepuklina nie jest należycie utrzymana paskiem; gdy pasek przepuklinowy, przez rok noszony, nie sprawdza poprawy; gdy cierpienie obarcza biednych, zmuszonych w przyszłości do pracy fizycznej. Podobne zapatrywania spotykamy wyrażone przez WALTER'a, SZUMAN'a, BITTNER'a, który zaleca wykonanie zabiegu chirurgicznego również w tych przypadkach, gdy przy małej przepuklinie wrota jej są bardzo szeroko rozwarte. BOSSOWSKI uważa wczesną operację przepukliny u dzieci za wskazaną i potrzebną, gdyż często, mimo wieloletniego noszenia paska, przepukliny paskiem się nie wyleczy, a uwięzła przepuklina z całą swą grozą nie jest bynajmniej u dzieci rzadkością. Daleko mniejsza jest liczba chirurgów, którzy zalecają wykonywać doszczętną operację wolnych przepuklin u dzieci dopiero po skończonych latach 6 lub 7-iu; do zwolenników późnej operacyi u dzieci należy L. CHAMPIONNIERE.

Późny wiek chorego, po latach 60-iu, jest przeciwwskazaniem do doszczętniej operacyi uwięzłych przepuklin, przy istnieniu objawów daleko posuniętego uwiąznięcia starczego oraz przy dużych, dawno trwających przepuklinach; wtedy do wykonania operacyi zniewolić winny jedynie zależne od przepuklin objawy, ujemny wpływ na ogólny stan zdrowia wywierające. Wszelkie

posunięte zmiany w narządach wewnętrznych klatki piersiowej i brzucha, znaczne wyniszczenie chorego, są przeciwwskazaniem do doszczętnej operacji przepuklin. Wreszcie przy bardzo dużych, od wielu lat nieodprowadzanych przepuklinach, doszczętna operacja jest częstokroć niebezpieczna lub bezskuteczna: niebezpieczna — albowiem w tych przypadkach, pomimo że udaje się po mozolnych zabiegach odprowadzić jelita do jamy brzusznej i zamknąć wrota przepuklinowe, to jednakże łatwo zazwyczaj bezpośrednio po operacji występują groźne powikłania ze strony płuc, serca, otrzewnej; bezskuteczna — albowiem nawroty w tym razie wydarzają się dosyć często.

Sposoby wykonywania doszczętnej operacji przepuklin są, jak wiadomo, bardzo liczne; w pogoni za najlepszą metodą operacyjną, powstawały różne pomysły, ulegając jednak często bądź zapomnieniu, bądź też zmianom zasadniczym. Obecnie do najbardziej rozpowszechnionych sposobów doszczętnej operacji przepuklin wypadnie chyba zaliczyć sposób BASSINI'ego, lecz i inne sposoby operacyjne, jak np. L. CHAMPIONNIERE'a, KÜSTER'a, BARKER'a, BELL'a, MAC-EWEN'a, WÖLFFLER'a, LANDERER'a, KOCHER'a, POSTĘPSKIEGO i innych, posiadają swoich zwolenników, bądź w osobach samych wynalazców, bądź też ich naśladowców. Na względną dowolność wyboru metody operacyjnej wpływają wyniki zestawień klinicznych, wykazujące, że przy uwzględnianiu ogólnych wskazań i przeciwwskazań, różne sposoby operowania dać mogą dobre i trwałe wyleczenie, byleby operacja oparta była na racjonalnych podstawach, a wykonanie jej jaknajdokładniejsze, przy ścisłym zachowaniu postępowania przeciwnilnego.

(D. n.).

O sposobach badania mleka kobiecego,

napisał B. Polikier.

(Ciąg dalszy. —Zob. Nr. 50).

Warunki wpływające na skład mleka kobiecego.

Na skład mleka kobiecego, podlegający znacznym wahaniom przez czas karmienia, wpływają czynniki następujące: czas, jaki upłynął od porodu, zwłaszcza w początkach karmienia; gdyż gruczoły piersiowe dosięgają największego rozwoju w końcu ciąży, później zmniejszają się, a zarazem zawartość stałych części składowych ulega zmniejszeniu. O późniejszych okresach karmienia powiada BIEDERT (23), iż wtedy wahania ilości różnych części składowych są tak znaczne i nieprawidłowe, że z wyjątkiem widocznego zmniejszania się ilości ciał białkowych między 1-ym i 7-im miesiącem, nie można wykazać żadnej zmiany, dającej się uwzględnić lub określony wpływ wywierającej.

Mleko pierwszych dni po porodzie, t. zw. siara, zawiera więcej części stałych, zwłaszcza ciał białkowych; z nich więcej albuminy i niewiele kazeiny; w miarę karmienia, sernik ma się zwiększać kosztem albuminy; cukru mlecznego, jak mówiliśmy, w siarze jest mniej, niż w mleku; tłuszczu również mniej, a nie odwrotnie, jak dawniej mniemano.

Na 100 części przypada.

	Wody.	Białka.	Tłuszczu.	Cukru.	Soli.
Siara (5-go dnia po porodzie)	86,4	5,3	3,4	4,5	0,4
Mleko (7-go dnia po porodzie)	87,8	2,5	3,9	5,5	0,3

BIEDERT (23) przytacza następujące odsetki:

Siara.	Mleko kobiece.
Białko (kazeina) 6,6 (3—9)	1,9 (1,1—2,7)
Tłuszcz . . . 2,5	3,1 (2—7)
Cukier . . . 3,6	5,0 (3,2—6,8)
Sole . . . 0,312	0,170

Według E. PFEIFFER'a ilość białka zmniejsza się w miarę karmienia i w końcu 12-go miesiąca wynosi zaledwie 1,405%. Ilość tłuszczu nie wykazuje stałego stosunku; w pierwszych miesiącach laktacji okazuje się przeciętnie nieco mniejszą, niż w następnych. Ilość cukru zwiększa się i dochodzi do 6,179%.

Czas karmienia wpływa też na ilość wydzielanego mleka, która powiększa się w początkach laktacji; w miarę dalszego karmienia zmniejsza się. Ilość mleka, wynosząca w 1-ym tygodniu 250 grm., dochodzi w 5-ym tyg. do 680 grm., w 2-im miesiącu wynosi 860 grm., w 3-im 920, w 4-ym 980, w 5-ym 1000, w 6-ym 1050, w 7-ym 920 (23). Starano się też obliczyć ilość mleka, przyjmowanego przez niemowlę za jednym razem w różnych okresach laktacji. Ilość ta w 1-ym miesiącu zwiększa się i idzie w parze z pewnym przyrostem wagi ssawca, odpowiadającym jednostce przyjętego mleka (TUMPOWSKI) (24). W pierwszym tygodniu przyjmuje dziecko 13-73 grm.; od 1-go do 7-go miesiąca: 72, 102, 115, 145, 166, 190, 184; zachodzą jednak różnymi czasy wahania w ilości 10—35—430 gramów (BIEDERT. Lehrbuch der Kinderkrankheiten).

Wiek kobiety karmiącej wpływa, jak się zdaje, do pewnego stopnia na skład mleka kobiecego. Według PFEIFFER'a ¹⁾ i UFFELMANN'a ilość stałych części składowych powiększa się z wiekiem kobiety, ilość zaś tłuszczu zmniejsza się. Zdaniem VERNOS i BECQUEREL'a wiek mało wpływa na skład mleka; wszelako mleko kobiet 30 — 40-letnich ma być uboższe w części stałe, niż kobiet w wieku od lat 15 do 20. MONTI twierdzi, że ciężar gatunkowy mleka kobiet silnych i młodych wynosi 1,030—1,033, słabych zaś i starych 1,026—1,029.

Budowa i stan zdrowia kobiety karmiącej. Mleko kobiet silnej budowy ma zawierać więcej części stałych. Opisywano też i wyjątki pod tym względem. Że jednak indywidualne właściwości kobiety karmiącej nie są bez wpływu na skład mleka, dowodzą różne usiłowania wykrycia różnicy w mleku kobiet, nie tylko ze względu na różnicę wieku i budowy, ale i rozmaitej barwy włosów (brunetek, blondynek, rudych). Według L'HERITIER'a (25), VERNOS i BECQUEREL'a, mleko brunetek ma zawierać więcej białka, cukru i soli, a mniej tłuszczu JORISIENNE (26), znalazłszy u pewnej kobiety rudej pokarm cuchnący, badał mleko kobiet rudych i nie mógł wykryć żadnej różnicy w porównaniu z mlekiem blondynek i brunetek. Nawia-

¹⁾ Przytaczamy cyfry PFEIFFER'a:

Wiek.	Białko.	Tłuszcz.	Cukier.	Sole.
20—23	1,613	3,289	5,794	0,165
30—40	1,724	2,915	5,922	0,209

sem wspomnę, że indywidualnym właściwościami kobiety karmiącej przypisywano wpływ nie tylko na skład mleka, ale nawet na charakter dziecka karmionego, o czym szczegółowe uwagi znaleźć można w pouczającej pracy WINTERS'a (27)⁸⁾.

Czy, względnie, jak wpływają na skład mleka kobiecego warunki klimatyczne, etnograficzne, społeczne i t. p., niema, o ile mi wiadomo, danych w literaturze. Stan zdrowia kobiety karmiącej, jako czynnika, wpływającego na skład mleka kobiecego, był niejednokrotnie przedmiotem badań. Według VERNOS i BECQUEREL'a (28) (1853), na 1000 części mleka kobiecego przypada średnio:

	U zdrowych (silnej budowy, przeważnie brunetek).	U słabych (blondynek, białych).
Sernika i materii wyciągowych	28,98	39,21
Tłuszczu	25,96	28,78
Cukru	32,55	42,88
Soli	1,32	1,54
Wody	911,19	887,59

Ciż sami autorowie badali mleko suchotnic i doszli do wniosku, że gruźlica nie wpływa na skład mleka, dopóki nie nastąpi wyniszczenie i biegunka. Wtedy ilość części stałych zaczyna się zmniejszać. FOA, BORDONI - UFFREDUZZI i BOZZOLI znaleźli w mleku kobiet przy *pneumonia crouposa* diplokokki.

W czasie miesiączki i po tejże, ilość i skład mleka ulegają zmianom, niezawsze jednakowym; czasem zdradza ono własności siary i wywołuje niestrawność u dzieci, prawdopodobnie dlatego, że ilość cukru mlecznego, jak i innych stałych części składowych, powiększa się.

Wpływ ujemny miesiączkowania na zdrowie dziecka przeceniano; pojawienie się jej nie stanowi przeciwwskazania do karmienia, o ile nie trwa zbyt długo i nie wywołuje u dziecka zaburzeń trwałych, skutkiem których to ostatecznie przestaje przybierać na wadze.

Przy nowej ciąży ilość części stałych zmniejsza się, powraca siara; wtedy mleko nie nadaje się do żywienia ssawca.

Czynności płciowe nie są także bez wpływu na wydzielanie mleka. Czy spółkowanie, nie spowodujące ciąży, samo przez się jest szkodliwe, niema pewności.

Że stan umysłu i wogóle układu nerwowego karmicielki oddziaływać może na własności mleka kobiecego, dowodzi wiadomy fakt, że po silnych wzruszeniach umysłu (gniew, przestrasz, ból) u karmicielki, spostrzegano nieraz biegunkę, kolki, drgawki, a nawet śmierć dziecka. MILLNER FOTHERGILL (29) utrzymuje, że wzruszenia umysłowe nadają mleku własności trujące. ASTLEY COWPER spostrzegł dwa przypadki wstrzymania się wydzieliny mleka z powodu silnych wstrząsów psychicznych. COWPER wspomina o kilku przypadkach otrucia dziecka mlekiem matki, miotanej silnymi wrażeniami. VOGEL w podręczniku swoim wspomina o kobiecie, której mleko podczas napadu epileptycznego było tak przezroczyste, jak serwatka. J. E. WINTERS (27) opisuje kilka przypadków z własnej praktyki, w których dzieci dostały drgawek, a niektóre zmarły z powodu zmartwień i wzruszeń, doznanych przez karmicielki. Być może, iż w tego rodzaju przypadkach nie uwzględniono dostatecznie usposobienia dziedzicznego ze strony niemowlęcia; bądźco bądź

⁸⁾ Obszerne streszczenie tej pracy pomieściłem przed 8-iu laty w „Kronice Lekarskiej“.

i w takim razie silne wzruszenia umysłu mogły być momentem wywołującym cierpienie. Według HEIDENHAIN'a i PARTSCH'a przecięcie nerwu, zaopatrującego wymię zwierzęcia, przyspiesza znacznie wydzielinę mleka. Wpływ nerwów gruczołowych (RÖHRIG dla kóz) jest jeszcze mało zbadany.

Pożywienie kobiety karmiącej także wywiera wpływ na skład mleka. Oprócz licznych opisów, dotyczących analogicznego wpływu paszy na ilość i skład mleka, wydzielanego przez krowę (JOLY i FILHOL (30), THOMSON, KNOBLAUCH, PELIGOT, COMMAILLE, CHEVALIER i HENRY, SUBBOTIN, SMEE i inni), istnieją spostrzeżenia (PAYEN, LEHMANN, VERNOS i BECQUEREL, ZALESKI, UFFELMANN, WEISKE i t. d.) co do zmian w składzie pokarmu kobiecego, zależnych od rodzaju pożywienia. DOYERE (1852) zauważył zmniejszenie się ilości tłuszczu u mamki, która zamiast zwyczajnego, pożywego pokarmu, otrzymywała tylko chleb i jarzyny.

Podczas oblężenia Paryża, kiedy kobiety odżywiały się nędźnie, DECAISNE znalazł w mleku kobiecym tylko 11,7% części stałych (3% tłuszczu, 2,4% sernika i 6,1% cukru). Później, przy lepszym odżywianiu — 14,2% części stałych (4,5% tłuszczu, 2,7 sernika, 6,7 cukru mlecznego).

Pierwiastki komórkowe, jak każda protoplazma, odradzają się kosztem białka; pożywienie więc karmicielki powinno zawierać ciała białkowe w dostatecznej ilości. Jeśli pożywienie obfituje w tłuszcz i nie zawiera zarazem wystarczającej ilości ciał białkowych, to ilość mleka i tłuszczu w niem zmniejsza się (SUBBOTIN). Woda podobno nie wpływa na wodnistość mleka, ale na wydzielanie tegoż zarówno jak i na inne wydzieliny.

Według PFEIFFER'a pokarm, obfitujący w białko, zwiększa ilość tłuszczu w mleku, zmniejsza ilość cukru i i prawie nie zmienia białka. Doświadczenie uczy, że po spożyciu przez karmicielkę surowych owoców lub kwasów, dziecko dostaje kolek i rozwolnienia.

Dawały się też słyszeć głosy, że pożywienie zwiększa tylko zgęszczenie mleka, ale nie wpływa na stosunek części składowych tegoż; zdanie to jednak nie utrzymało się wobec prac późniejszych oraz faktu przechodzenia wielu środków farmaceutycznych do mleka⁹⁾. Istnieją spostrzeżenia, że niektóre leki wpływają i na ilość mleka, np. *f. jaborandi* zwiększa ją. RÖHRIG przekonał się, że środki, powiększające ciśnienie krwi, zwiększają ilość mleka. W r. b. w jednym z pism angielskich opisano doświadczenia na zwierzętach, wykazujące wpływ kokainy na wydzielanie mleka. BOUSSINGAULT i LE BEL (Annales de chimie et physique 1839) utrzymują na mocy swoich spostrzeżeń (na krowach), że pożywienie o tyle tylko wpływa na wydzielinę mleka, o ile jest dostateczne lub niedostateczne. THOMSON twierdzi, że przy jednostajnym pożywieniu zmniejsza się ilość mleka. Czy ta lub owa potrawa zwiększa ilość mleka więcej, niż inne, nie daje się ostatecznie dowieść, gdyż nie zachodzi prosty stosunek między ilością i jakością mleka z jednej strony, a zawartością w potrawie azotu z drugiej strony.

Wpływ postów badał ŻUKOWSKIJ (31), który badał mleko mamek w instytucie wychowawczym w Moskwie i zauważył widoczne ubywanie tłuszczu w początkach postu (u 10-iu mamek w połowie 1-go tygodnia 0,86%), a następnie stopniowe zwiększanie się (1,97%), wreszcie pomimo postu stopniowy powrót do dawnej cyfry (w początku 5-go tygodnia 3—4%). (W sprawie tej pisali jeszcze KOLESINSKIJ i SCHMIDT). Przypuścić więc należy,

⁹⁾ Opisano też przypadki otrucia dziecka tą drogą.

iż ustrój przyzwyczajają się do niekorzystnych warunków odżywiania. Tem się tłumaczy przypadek SIMON'a, dotyczący kobiety ubogiej, której pożywienie składało się tylko z chleba, kartofli i kawy, a której dziecko pomimo to pozostawało zdrowe. Gdy S. w charakterze próby dwukrotnie żywił ją obfitą ilością mięsa, dziecko za każdym razem dostawało biegunki, a ilość tłuszczu w mleku powiększała się. Jeszcze bardziej uwydatnia rzeczoną zdolność przystosowania spostrzeżenie MANASSEIN'a (35) na króliku: samica, głodzona przez 7 dni, nie traciła pokarmu, a karmione przez nią male, po jej śmierci sztucznie odżywiane, pozostało przy życiu. Miałem sposobność badać mleko pewnej kobiety w czasie postu i po kilku miesiącach odżywiania się jej mieszanym pokarmem i nie znalazłem różnicy w ciężarze gatunkowym, ani wybitnej zmiany ilości tłuszczu.

Tryb życia. Jeszcze PLAYFAIR 1843 r., badając zależność składu mleka krowiego od różnych warunków, przekonał się, że spoczynek powiększa ilość tłuszczu w mleku (gdyż w czasie tegoż mniej się zużywa tlenu). Podobnie GORUP-BEZANEZ (1849) znalazł więcej tłuszczu w wieczornym mleku (kóz), niż w rannem; toż samo stwierdza HASSAL (*Foods and its Adulteration*, 1876). Czynności mięśni, zwłaszcza wysiłek, zmniejszają ilość mleka (FLEISCHMANN). CHEVALIER i HENRY twierdzą, że chód i wysiłki mięśniowe zwiększają wodnistość mleka u zwierząt. Wpływ tego czynnika na mleko kobiece w dotychczasowych badaniach mało uwzględniano. Pod względem praktycznym zadawaliśmy się zaleceniem kobiecie karmiącej umiarkowanego ruchu i wogóle trybu życia możliwie zbliżonego do tego, jaki wiodła przed karmieniem, co empirycznie okazuje się najwłaściwszem dla dobra niemowlęcia. Tak samo p o r a d n i a, jakieśmy wyżej wspomnieli, zdaje się wpływać na skład mleka. Ranne mleko ma zawierać mniej tłuszczu i sernika, oraz nieco więcej cukru (BAEDECKER, WICKE dla kóz, HASSAL dla krów). Co do mleka kobiecego J. SCHLICHTER (*Anleitung zur Untersuchung und Wahl der Amme*. Wien. 1894), na mocy swoich spostrzeżeń, uważa za fakt, że zmiany w składzie mleka mamki w ciągu dnia są, jeśli nie większe, to przynajmniej takie same, jak różnice w składzie mleka różnych mamek; na podstawie faktu tego dochodzi do wniosku, że ze względu na zdrowie dziecka, prócz nieznaczących wyjątków, tylko ilość a nie jakość mleka rozstrzyga. Nie mam pod ręką pracy SCHLICHTER'a (49) w oryginale (korzystałem ze szczegółowego streszczenia jej w *Archiv f. Kinderh* 1895. H. III u. IV); nie wiem przeto, czy autor ten uwzględnił wszystkie czynniki lub przynajmniej większą część tych, które tu omawiamy. W tym bowiem tylko razie, i to po stwierdzeniu przez innych badaczy, możnaby je uważać za przekonujące. Nie dowodziłyby one jednakże zbyt liczności istniejących sposobów badania, które mieć mogą znaczenie tylko w tym razie, gdy są razem wzięte. Tymczasem więc potrzeba jeszcze dalszych poszukiwań, dla zawyrokowania, czy i o ile badanie mleka kobiecego ma rację bytu. Poszukiwania takie, podobnie jak w wielu innych sprawach w medycynie, powinny być wolne od tych błędów, które dotychczas popełniano, co jest możliwe jedynie przy odpowiednim współdziale wielu lekarzy i stosownym podziale pracy, naturalnie według pewnego, starannie opracowanego planu, o czym w innym miejscu pomówimy.

Przypisywano też wpływ p o r o m roku. Latem podobno mleko jest gęściejsze, zawiera więcej części stałych i trudniej się trawi. U zwierząt zależy to może od różnicy paszy. U ludzi wpływ pór roku na wydzielinę mleka, o ile mi wiadomo, nie był przedmiotem badań.

Na własności mleka ma też wpływać częstość ssania: im dziecko ssi częściej, tem więcej części stałych (sernika) mleko zawiera.

Szukano też różnicy w mleku pierwiastek i wielorodek; w mleku pierwszych ma być mniej części stałych (tłuszczu i białka), więcej zaś cukru.

Opisywano też różnicę w składzie mleka o b u s u t e k ¹⁰⁾ (SOURDAT (33) 1870, BRUNNER (34)¹¹⁾ 1873). W mleku z piersi prawej napotymano więcej białka i tłuszczu (MOLT). MENDEZ de LEON objaśnia to większem unaczynieniem wogóle prawej połowy ciała (w myśl teorii o pochodzeniu tłuszczu mleka kobiecego z krwi).

KOLESINSKIJ badał wpływ łaźni na skład mleka kobiecego (w 37 przypadkach) i przekonał się, że łaźnia wpływa na powiększenie ilości pokarmu o 8,9%

W końcu, co jest bardzo ważne przy badaniu, zauważymy, iż różnice w składzie mleka dają się spostrzegać stosownie do tego, czy użyte zostają do badania pierwsze, środkowe lub ostatnie porcy, czy też cała zawartość piersi. FOSTER w 5-iu przypadkach znalazł co następuje:

	Ilość mleka w gramach.	Wody.	% azotowych substancji.	% tłuszczu.	% cukru mlecznego.	% popiołu.
1-a porcy	33,1	90,24	1,13	1,71	5,50	0,46
2-a „	33,1	89,68	0,94	2,77	5,70	0,32
3-a „	37,3	87,50	0,71	4,51	5 10	6,78

MENDEZ de LEON na mocy spostrzeżenia, że mleko krów, na ostatku do-
jone, więcej zawiera tłuszczu, niż z pierwszego udoju, zbierał (naciskając palca-
mi) mleko z piersi w 6 godzin po ostatniem ssaniu, kolejno w trzy naczynia,
i przekonał się, że każda następna porcy zawierała więcej tłuszczu, niż po-
przednie. Takież samo zwiększanie się ilości tłuszczu spostrzegał, zbierając
w 8 naczyń. Również różnice składu wykrył i co do innych części stałych.
Z tego powodu ten rozbiór można uważać za ściślejszy, który dokonany był
między dwoma przystawieniami dziecka do piersi, jeśli do tego użyta została
cała zawartość piersi.

II.

Metody badania mleka kobiecego.

(Wskazówki praktyczne).

Nie będę tu opisywał ścisłych metod rozbioru ilościowego mleka kobie-
cego, gdyż nie każdy lekarz jest wykwalifikowanym chemikiem i nie każda ro-
dzina jest w możności ponosić kosztu rozbioru chemicznego, tembardziej, że,
jak zaznaczyliśmy wyżej, i ten ostatni nie daje zupełnej pewności, iż pokarm
dany służyć będzie karmionemu dziecku. Podam natomiast przegląd usiło-
wań, jakie pojawiały się w celu dostarczenia lekarzom-praktykom metody
względnie dokładnej, a zarazem łatwej, t. j. nie pochłaniającej dużo czasu i nie
wymagającej złożonych rękoczynów i przyrządów. Wynikiem usiłowań tych
było zastosowanie między innemi do rozbioru mleka kobiecego metod i przy-
rządów, używanych do wypróbowania dobroci mleka krowiego, w celach sa-
nitarno - policyjnych, z odpowiedniami zmianami. Wszelako nie można

¹⁰⁾ Analogiczne spostrzeżenia co do mleka krowiego opisali po raz pierwszy PARMENTIER i DEYEUX.

¹¹⁾ Autor ten badał pod tym względem 14 kobiet i u większości znalazł wy-
bitną różnicę.

utożsamiać warunków badania mleka kobiecego z warunkami kontroli sanitarno-policyjnej, gdyż przy badaniu mleka kobiecego posługujemy się mniejszą ilością mleka badanego, i nie może tu być mowy o domieszkach, o co przeważnie chodzi przy badaniu mleka krowiego; gdyż u nas mleko kobiece używa się prawie jedynie w celu żywienia niemowląt i nie stanowi przedmiotu handlu. W niektórych miejscowościach Chin i Persyi mleko kobiece sprzedawane bywa na rynkach i używane przez osoby dorosłe osłabione lub chore. W tym celu kobiety przez czas bardzo długi podtrzymują wydzielinę mleka. Że to możliwe, dowodzą eskimoski, które karmią podobno dzieci do lat 10—15.

Zanim przystąpię do opisu metod badania mleka kobiecego, załatwię się w krótkości z niektórymi zabiegami, nie mającymi wprowadzić wartości naukowej, ale których pominąć nie mogę, chcąc ażeby opis był do pewnego stopnia dokładny. Takimi są:

Puszczanie na paznogie kropli mleka: tłuste ma spływać stosunkowo szybko, nie zostawiając prawie śladu; wodniste zaś rozlewa się i spływa powoli, zostawiając ślad. Sposób ten podobno zalecony był przez Hipokratesa.

Próba z wodą, stosowana podobno przez starożytnych indusów (opisana w jednej z Wed), polega na wpuszczeniu kropli mleka kobiecego do szklanki z wodą; gdy mleko obfituje w tłuszcz, kropla opada powoli, a zygzałki, które tworzy, są dosyć wyraźne; gdy mleko wodniste, zarysy zygzałów stają się mniej wyraźne.

Próba z igłą. Po zmoczeniu igły w mleku, ogląda się spływającą z niej kroplę; tłuste mleko daje dużą kroplę.

Próba HELIOT'a (32): 35 kropeł mleka kobiecego przy ciepłocie 16° C. powinno zajmować tę samą objętość, co 30 kropeł wody przekroplonej.

Główne punkty, wymagające uwzględnienia przy badaniu mleka kobiecego, są następujące: odczyn, ciężar gatunkowy, badanie drobnowidzowe; ilość tłuszczu, ciał białkowych, cukru mlecznego i soli nieorganicznych. Tu muszę zwrócić uwagę, na co CONRAD bardzo słusznie kładzie nacisk, że bardzo wiele zależy od sposobu, w jaki otrzymuje się próbę mleka, przeznaczoną do badania. Jakkolwiek podzielone są i nieraz sprzeczne zdania autorów o zawartości różnych części składowych pierwszych porcyi mleka i następnych, to jednakże zdania te dowodzą, że różnice istnieją¹²⁾. Niewiadomo więc, czy jednakowe wyniki otrzymamy, biorąc próby mleka z piersi, w kilka godzin po ostatniem ssaniu, albo dopiero wśród ssania, albo po udojeniu pierwszej porcyi; sam nie posiadam pod tym względem dostatecznego doświadczenia. W przypadkach, przezemnie badanych, trzymam się przeważnie wskazówek CONRAD'a i w miarę możności postępuję w ten sposób:

Po starannem zbadaniu kobiety karmiącej lub karmić mającej i zbadaniu dziecka karmionego, każę karmicielce wydobyć lub wydobywam sam odpowiednim przyrządem, albo jeszcze lepiej, naciskając palcami, do czystego szklanego naczynia najmniej 10—15 ctm. szśc. mleka. Przy pewnej wprawie udaje się u niektórych kobiet z obfitym pokarmem, bez sprawienia bólu kobie-

¹²⁾ Według niektórych autorów (REISET, BOUCHARDAT, QUEVENNE i CONRAD) pierwsze porcyje zawierają mniej tłuszczu i prawie jednakową ilość sernika, cukru mlecznego i soli; według innych, jak widzieliśmy, zawierają więcej tłuszczu (MENDES de LEON), a mniej części stałych (FOSTER).

cie, wycisnąć wskazicielem i ksiukiem łatwo i znacznie większe ilości. CONRAD otrzymywał do 200 ctm. szśc. Najlepiej czynić to we 2—3 godziny po ostatnim ssaniu, kiedy pierś nabrana i gotowa do następnego aktu ssania. W praktyce jednak nie łatwo daje się to uskutecznić, gdyż pomimo wskazówek lekarzy, nie wszystkie karmicielki przyzwyczajają dzieci do ssania w 2—3 godzinnych odstępach, ale podają pierś znacznie częściej. Przystępuję więc nieraz do odciągania mleka mniej więcej w godzinę po ostatnim ssaniu. Zarazem zwracam uwagę na wytrysk mleka, łatwy lub trudny (cienkim lub grubym strumieniem), co mi daje poniekąd pojęcie i o ilości pokarmu, o której pomówimy dalej. Do badania należy używać mleka wprost z piersi. Otrzymawszy w ten sposób przynajmniej 10—15 ctm. szśc. mleka, badam odczyn, ciężar gatunkowy, zawartość tłuszczu, obliczam ogólnikowo zawartość ciał białkowych (mało, dużo) i przystępuję do badania drobnowidzowego. Odczyn badam czułym papierem lakmusowym. Jak zaznaczyliśmy wyżej, bywa on

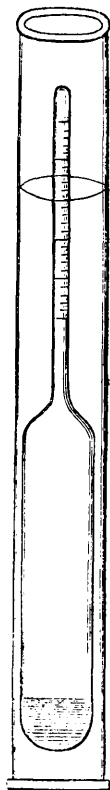


Fig. 1. Areometr QUEVENNE'a, zmodyfikowany przez CONRAD'a.

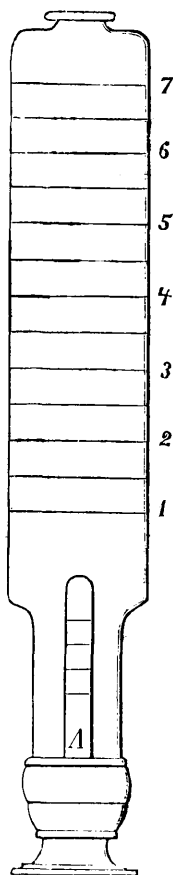


Fig. 2. Laktoskop FESER'a.

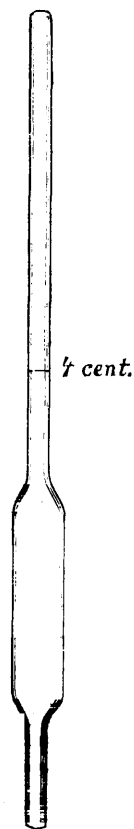


Fig. 2. a.

zwykle alkaliczny. Do badania ciężaru gatunkowego nie używam wagi WESTPHAL'a, gdyż przyrząd ten jest drogi i złożony, ale posługuję się laktodensymetrem QUEVENNE'a, zmodyfikowanym przez CONRAD'a. Jest to mały areometr z podziałką, na której po paru minutach odczytać można ciężar

żar gatunkowy badanego mleka (ob. Fig. 1) przy 15° C. Przed badaniem należy dobrze mieszać mleko. Sam przez się ciężar gatunkowy nie ma wielkiego znaczenia, tylko wraz z innymi sposobami oznaczania własności i składu mleka kobiecego; proponowane bowiem przez QUEVENNE'a i BOUCHARD'a¹³⁾, a także przez LAMPERIERE'a (*Comptes rendus* 1850) densymetryczne metody określania części składowych mleka kobiecego, nie weszły w użycie, gdyż, jak dowiódł BENNO MARTINY (38) w swojej monografii o mleku krowiem, na mocy ciężaru gatunkowego nie można sądzić o ilości tłuszczu w mleku. Zbyt niski ciężar gatunkowy może nie zależeć od nadmiaru tłuszczu, lżejszego od wody, ale i od zbyt małej ilości innych składników stałych, cięższych od wody (ciał białkowych, cukru mlecznego, soli) i odwrotnie. Przy tym samym więc ciężarze gatunkowym można otrzymać różne ilości tłuszczu. Zresztą nie łatwo tłuszcz daje się wydzielić z mleka przez przesączanie i nie każde mleko w jednakowym stopniu daje się zbierać, jak dowodzi CONRAD.

Główną część rozbioru mleka kobiecego stanowi:

Oznaczanie tłuszczu. W tym celu proponowano wiele sposobów.

Metody optyczne polegają na określeniu stopnia nieprzejrzystości mleka, który służy do pewnego stopnia za wskazówkę przy oznaczaniu ilości tłuszczu, gdyż nieprzezroczystość mleka zależy od obecności tłuszczu. Pierwszy przyrząd tego rodzaju, zwany laktoskopem, podał DONNÉ (40). Było to narzędzie w rodzaju lupy, złożonej z dwóch zachodzących jedna na drugą rurek, pozwalające dowolnie zwiększać lub zmniejszać warstwę mleka, zawartą między dwiema równoległymi płytkami szklanymi, zamykającymi te rurki; przy określaniu ilości tłuszczu kierowano się grubością warstwy mleka, przez którą płomień świecy, umieszczonej za przyrządem (w przyciemnionym pokoju), przestaje być widocznym dla badającego. Ilość tłuszczu obliczano zapomocą załączonej skali. Przyrząd ten ma tę niedogodność, że trudno dokładnie oznaczyć, kiedy zarys świeży zaczyna znikać, nadto jest bardzo drogi i łatwo się psuje (CONRAD).

Wygodniejszy w użyciu jest laktoskop VOGL'a, który w zasadzie różni się od laktoskopu DONNÉ'go tem, że odległość między dwiema równoległymi ścianami szklanymi przyrządu nie daje się dowolnie zmieniać, jak w tym ostatnim, ale jest stała (0,5 cm.); dla obliczenia zaś zawartości tłuszczu oznacza się minimalną ilość mleka, którą trzeba dolać do pewnej ilości wody, ażeby zarysy świecy przestały być widoczne dla spoglądającego przez laktoskop. Postępuje się w ten sposób, że przedewszystkiem nalewa się do jakiegobądź naczynia szklanego oznaczoną ilość wody i, zapomocą pipetki mianowanej, mleka badanego do 1-ej podziałki, a po skłóceniu mieszaniny wlewa się ją do przyrządu. Świecę ustawia się na pewnej oznaczonej odległości i spogląda na płomień przez rozrzedzone mleko; rozumie się, iż badający winien być zwrócony grzbietem do okna. Jeśli świecę jeszcze wyraźnie widać, trzeba wylać znowu mieszaninę do mensurki, dolać znowu mleka, poczem, wlawszy znowu płyn do laktoskopu, ogląda się płomień. Rękoczyn ten po-

¹³⁾ Autorowie ci porównywali ciężar gatunkowy świeżego mleka przy 15° C. z ciężarem gatunkowym mleka zbieranego, t. j. pozbawionego śmietanki, oraz serwatki, otrzymanej przez przesączanie lub strącanie kwasem octowym. LAMPERIERE obok odczynu badał ciężar gatunkowy przed filtrowaniem i po filtrowaniu i znalazł, że na każdy stopień, o który ciężar gatunkowy mleka kobiecego się powiększa, przypada pewna ilość tłuszczu.

wtarza się dopóty, dopóki badający nie przestanie odróżniać zarysu świecy. Znając ilość dolanego mleka, oblicza się odsetkę tłuszczu zapomocą stosownej metody $\left(\frac{23,2}{X} + 0,23\right)$, gdzie X oznacza ilość mleka użytego do próby).

Próbie VOGL'a, zaleconej pierwotnie dla mleka krowiego, równie jak rozmaitym jej modyfikacyom, wytknięto liczne i zasadnicze wady, o których pomówimy. Pomimo to FLEISCHMANN zaleca próbę tę zwłaszcza tam, gdzie chodzi o określenie tłuszczu naprędce; również GRENSER, który badał mleko 6 kobiet, sądzi, że dopóki niema dokładniejszej metody, próbę VOGL'a można polecić do badań klinicznych i w praktyce.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

168. Prof. C. A. EWALD. **O zbawiennem działaniu przelewania krwi w ciężkiej postaci niedokrwistości.** Był czas, kiedy pod wpływem prac fizyologicznych PANUM'a z jednej strony, a doświadczeń GSELLIUS'a i HESSE'go z drugiej, czyniono nadużycia pod względem przelewania krwi odwłóknionej. Sądono wówczas, że przelewanie krwi leczy wszelkie postacie osłabienia, wyniszczenia, nawet gruźlicę. Później nastąpiła reakcja: stosowanie metody tej ograniczono do bezkrwistości złośliwej i do tak zwanych niedokrwistości ostrych, urazowych. Leczą w tych przypadkach skuteczność zabiegu polega nie tyle na działaniu fizyologicznem, podnieceniu czynności oddechowych i krwiotwórczych ustroju, ile raczej na działaniu czysto fizycznym: skutkiem napełnienia zapadniętych naczyń zwiększa się ciśnienie krwi, dzięki czemu serce ma ułatwioną pracę. Liczne doświadczenia pogląd ten popierają, stąd też obecnie zamiast krwi używają często rozczynu soli kuchennej. Co się tyczy skuteczności tego zabiegu, szczególnie w przypadkach bezkrwistości złośliwej, zdania są bardzo podzielone. Gdy jedni bardzo zalecają przelewanie krwi, inni je całkiem odrzucają, jako zabieg zgola bezskuteczny. Prof. E. przytacza przypadek ciężkiej postaci niedokrwistości, w którym zastosowanie przelewania w stanie zapaści chorego odniosło wybitnie pomyślny skutek. Krew dostarczyła młoda 20-kilkoletnia osoba, żona chorego. Przelano około 85 ctm. szc. przy zachowaniu odpowiednich środków ostrożności. Po tej operacji tętno było mocniejsze, oddech głębszy. Pomimo to przez cały wieczór i noc stan był wciąż groźny. Nazajutrz chory zaczął otwierać oczy, poruszać głową, na trzeci dzień zaczął mówić, a następnych dni stan stopniowo się polepszał. Badanie krwi przed przelewaniem wykazało poikilocytozę; czerwone krążki nie układały się w ruloniki; brak leukocytozy; krew była rzadka, wodnista. Po przelewaniu mocznik nie zawierał ani białka, ani hemoglobiny. Na trzeci dzień znaleziono w 1 mm. szc. krwi 1,250,000 czerwonych krążków, hemoglobiny 29%; w preparatach zaś zabarwionych nieliczne ciała wielojądrowe, pojedyncze zaledwie komórki eozynofilowe i brak czerwonych krążków z jądrami (normoblasty). Poprawa postępowała względnie szybko. Badanie krwi w kilka dni później wykazało: bardzo nieznaczna poikilocytozę, znacznie mniejszą względnie do dawnego stanu ilość ciałek białych, brak normoblastów; w 1 mm. sz. 3,500,000 czerwonych ciałek, 33% hemoglobiny; czerwone krążki tworzą ruloniki. Wątroba wciąż nieco zwiększona i cokolwiek bolesna; od czasu do czasu biegunka. Wielokrotne badanie kału nie wykazało nic nieprawidłowego. Wogóle stan względnie niezły, jakkolwiek przy znacznej bezkrwistości zejście śmiertelne jest tylko kwestią czasu. Z danych wywiadowych zaznaczyć należy, że do 1889 roku chory był zupełnie zdrow, pochodzi z rodziny zdrowej, przymiotu nigdy nie przebywał. Od 7 lat żonaty, bezdzietny. Chorobę swą przypisuje przeziębieniu. Wkrótce potem wystąpiła biegunka, często zmieniana zaparciem stolca, bladeść, utrata łaknienia, osłabienie ogólne, zawroty głowy i t. d.

W przypadku powyższym prof. E. bez wahania rozpoznaje *anaemiam perniciosam*, jakkolwiek w nagłówku swej pracy wyrazu „*perniciosa*“ nie używa; albowiem tylko zejście choroby pozwala ostatecznie sądzić o przebiegu złośliwym. Zachodzi teraz pytanie: czy istotnie przelewaniu krwi można zawdzięczać bezpośrednio uratowanie chorego? Pod tym względem E. wątpliwości nie ma: bezpośrednio spostrzeganie najmocniej przekonywa, że pomyślne wyniki zawdzięczać należy nie samej istnej poprawie, lecz istotnie przelewaniu.

Aby teraz zrozumieć wpływ przelewania, należy wejrzeć nieco w istotę bezkrwistości złośliwej. Rozróżniamy wogóle dwie postacie tego cierpienia: pierwotną i wtórną, objawową. W zasadzie bezkrwistości wtórnej leżą pewne widoczne zmiany w ustroju: nowotwory, gruźlica, zimnica, przymiot i t. d. Bezkrwistość pierwotna może zależeć od nędzy społecznej, wielokrotnej ciąży, warunków klimatycznych, zmian w przewodzie pokarmowym (jakkolwiek, ściśle mówiąc: w tych razach nie mamy do czynienia z postacią pierwotną), wreszcie pasorzytów. W znakomitej większości wszystkich przypadków znajdujemy zmiany w przewodzie pokarmowym: zanik błony śluzowej żołądka i kiszek, wrzody w żołądku i kiszkiach, zmiany w pierwiastkach nerwowych błony śluzowej kiszek i zwojów brzusznych. We wszystkich bliżej sobie znanych przypadkach E. spostrzegał pewne stałe objawy, a mianowicie: 1) śledziona nigdy nie była powiększona i wyczuwalna; 2) gruczoły albo nie zwiększone, albo bardzo mało; 3) ilość czerwonych krążków krwi i hemoglobiny zmniejszona, poikilocytoza, brak leukocytozy, nieznaczna ilość komórek eozynofilowych; normoblasty spotykały się bardzo rzadko; 4) wylewy krwawe na siatkówce; 5) nadewszystko, na co E. szczególny nacisk kładzie, badanie zawartości żołądka wykazywało osłabienie czynności tegoż i zupełny brak kwasu solnego, natomiast zawsze był obecny kwas mleczny.

Otóż między temi pierwotnemi zmianami przewodu pokarmowego, a występowaniem bezkrwistości złośliwej E. widzi ścisły związek. Ponieważ jednak istnieją przypadki, w których przy zmianach w przewodzie kiszkiowym (zanik żołądka, nerwice żołądka, brak kwasu solnego i wogóle zdolności trawienia) niema bezkrwistości złośliwej, przypuszczać przeto należy, że do wywołania tego ciężkiego cierpienia, obok zmian w przewodzie kiszkiowym, konieczne są jeszcze inne czynniki (bakteryje?).

Inni autorzy, jak HUNTER, WILTSCHUR, w zmianach przewodu kiszkiowego widzą zjawisko wtórne. Według nich, mamy tu do czynienia z samozatruciem natury przewlekłej: toksyny, ptołmiany rozpuszczają krew, a jednocześnie żelazo wydziela się w narządach krwiotwórczych (wątroba, śledziona), w moczu zaś urobilina. O ile jednak istotę bezkrwistości złośliwej trudno obecnie jeszcze, zdaniem E., sprowadzić do podobnego samozatrucia, to znów trudno oprzeć się myśli, że cięższe i częstsze napady w przebiegu cierpienia przedstawiają rodzaj samozatrucia, które zależy od powyższych zmian w przewodzie kiszkiowym. Nasuwa się przeto przypuszczenie, czy właśnie w przypadku E. nieznaczna względnie ilość krwi zdrowej, przelana do ustroju chorego, nie posiada działania antytoksycznego, skutkiem czego jad, krążący w ustroju i wywołujący cięższe stany, a nawet śmierć, zostaje zobojętniony, a nawet prędzej lub wolniej zniszczony?

Co się tyczy leczenia, to E. w przypadku powyższym stosował objawowe (biegunka, cierpienie języka), a jednocześnie starał się zwalczać cierpienie zasadnicze. W tym celu stosował arsen w różnej postaci (*ac. arsen.* z chininą i żelazem, wody mineralne), kwas solny, rezorcynę, *bism. salic.*, benzonaftol.

(*Berl. klin. Woch. N.* 45 1895).

W. Męczkowski.

169. Prof. Le DENTU. Leczenie chirurgiczne kurczu bolesnego twarzy (*tic douloureux*). Korzystając z danych, zaczerpniętych z literatury, a także z własnego materiału klinicznego, prof. Le DENTU rozpatruje patologię i leczenie ciężkich przypadków kurczu twarzowego (*tic douloureux de la face*, choroba FOTHERGILL'a, *prosopalgia*).

W ręce chirurgów choroba ta dostaje się wówczas, gdy wszelkie metody medycyny wewnętrznej zawodzą. Straszne cierpienia, jakie towarzyszą nerwobólom w zakresie nerwu twarzowego, a które niekiedy skłaniają chorych do samobójstwa, wywołały konieczność stosowania operacji radykalnych. Cierpienie to występuje w najrozmaitszych postaciach. Raz nerwoból ogarnia całą twarz: bóle nad- i podoczołowe, bóle idące wzdłuż nerwu językowego, szczękowego górnego i dolnego.

go. To znów nerwoból trzyma się przeważnie pewnego rozgałęzienia nerwu trójdzielnego: nerwy powiekowe, nosowe. Nadto istnieją dwie postacie nerwobólu: z nadczułością i znieczuleniem. Według NOTHNAGEL'a w świeżych nerwobólach znajdujemy nadczułość, w starych, długotrwałych znieczulenie. GILLETTE twierdzi, że szczególnie ciężkie, uporczywe nerwobóle towarzyszą znieczuleniu. Niekiedy, zamiast ograniczenia nerwobólu do pewnego punktu lub przebiegu gałązki nerwowej, spotykamy promieniowanie bólu po całej okolicy. Rozpoznanie różniczkowe opiera się na istnieniu punktów bolesnych. Nerwoból twarzowy różniczkować należy od gościa mięśniowego twarzy, gościa stawu szczękowego, histeryi, bólu zębów, znieczulenia bolesnego twarzy, wreszcie od jaskry. Co się tyczy przyczyn kurczu bolesnego, to sprowadzamy je do trzech spraw: 1) niekiedy zależy on od nerwobólu, który często może być równie uporczywy, jak zapalenie nerwu; u wielu osób próchnienie zęba sprowadza taki nerwoból; 2) czasami zależy od zapalenia nerwu, często pochodzenia obwodowego; punktem wyjścia dla takiego zapalenia bywa ząb zepsuty lub uszkodzenie kości twarzy; najczęściej te obwodowe zapalenia nerwu są wstępujące; 3) wreszcie niekiedy kurcz zależy od zapalenia nerwu zstępującego: innemi słowy, w tych przypadkach mamy do czynienia z tak zwanymi nerwobólami objawowymi. Takie zapalenia są następstwem uszkodzeń wewnątrzmoźgowych, tętniaka *a. carot. int.*, guzów, położonych wzdłuż przebiegu nerwów i t. p. Najczęstszą jednak przyczyną zapalenia nerwu zstępującego jest przewlekłe ograniczone zapalenie opon, pewnego rodzaju stwardnienie (*sclerosis*) ograniczone opon w miejscu przejścia gałęzi nerwowej, co powoduje początkowo ucisk, a następnie zaburzenia anatomiczne.

W przypadkach ciężkiego przebiegu kurczu musimy uciekać się do zabiegów chirurgicznych. Tu należą: wyciąganie nerwu, przecięcie nerwu (*neurotomia*), wycięcie nerwu (*neurectomia*) i wyłuszczenie (*exstirpatio*) zwoju.

Wyciąganie nerwu w wielu razach dało wyniki znakomite. HINSDALE dopełnił wyciągania nerwu twarzowego, prof. Le D. nerwu językowego. Jednakże operację tę obecnie stosują względnie rzadziej z chawy, aby nie wywołać uszkodzenia mózgowia. Przecięcie nerwu (*neurotomia*) rzadko usuwa nerwoból; zwykle sprawia ulgę czasową, poczem cierpienie wraca z poprzednim natężeniem skutkiem złączenia się odcinków przeciętego nerwu. Prawdziwie radykalną operację stanowi wycięcie nerwu i wyłuszczenie zwoju. Pierwsza operacja polega na usunięciu większego lub mniejszego odcinka nerwu. Lecz wycięcie nerwu osiąga pożądaný skutek, o ile jednocześnie wycina się i część zdrową nerwu, leżącą między mózgiem a częścią porażoną pnia nerwowego; czyli innemi słowy, operacja odnosi skutek tylko w przypadkach nerwobólu albo zapalenia nerwu pochodzenia obwodowego. Jeżeli zaś zapalenie nerwu jest pochodzenia wewnątrzczaszkowego, albo też zapalenie nerwu (wstępujące) zbyt daleko sięga, wówczas nie możemy oczekiwać pomyślnych wyników ani od wycięcia nerwu, ani od wyłuszczenia zwoju. Ta ostatnia operacja jest bardzo trudna, nadewszystko zaś, według prof. Le D., rzadko prowadzi do celu. Wyłuszczenie nawet zwoju GASSER'a jest operacją możliwą i wielokrotnie już było wykonywane. Operacja ta bywa wskazana wówczas, gdy nerwoból zależy od cierpienia wszystkich gałęzi nerwu trójdzielnego. Wogóle autor nie jest zwolennikiem tej operacji.

Wyniki operacji, dokonanych przez prof. Le D., tak się przedstawiają: 1) jeden raz dokonał wyciągania nerwu nadszczękowego z doskonałym skutkiem; 2) trzy razy przecięcia nerwu w połączeniu z wycięciem odcinka w okolicy jamy podoczodołowej, przyczem w jednym przypadku nastąpiło zupełne wyzdrowienie, w drugim—poprawa, w trzecim zaś operacja żadnego skutku nie odniosła; 3) dwa razy wycięcia długiego odcinka nerwu w jamie oczodołowej, z zupełnie pomyślnym skutkiem; 4) trzy razy wycięcia nerwu uszno-skroniowego, lecz w dwóch przypadkach operacja zawiodła; 5) wycięcia nerwu zębowego dolnego z doskonałym skutkiem.

Wogóle więc wycięcie nerwu daje często wyniki doskonałe. Zauważyć jednak należy, że wyniki te zależą często raczej od charakteru cierpienia, a nie od rodzaju metody operacyjnej.

(*La semaine médicale* 1895 N. 34).

W. Męczkowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 19 listopada r. b.

TREŚĆ. 1) NEUGEBAUER — przedstawienie a) okazu teratologicznego, b) 2 macie, wyciętych z powodu włókniaków. 2) JASIŃSKI — przedstawienie dziecka z nowotworem wrodzonym w okolicy potylicowej. 3) STANKIEWICZ — przedstawienie włókniaka ucha. 4) ZAGÓRSKI (z Lublina) — odczyt „O cięciu nadłonowem“.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił małe kureczątko o 4 nogach i podwójnych skrzydłach — *dipygus tetrabrachius*. Następnie pokazał dwie macie, wycięte z powodu włókniaków. Jedna usunięta była przez kol. STANKIEWICZA zapomocą cięcia brzuszno, druga przez kol. N. przez pochwę. Przy operacji N. miał do zwalczania duże bardzo przeszkody z powodu silnych, zadawnionych i rozległych zrostów.

2) Kol. JASIŃSKI przedstawił 3-letnie dziecko z guzem wrodzonym w okolicy potylicowej. Guz zwieszał się w kształcie dużego, miękkiego, nienaprężonego worka, pokrytego skórą barwy bruno-brunatnej, obrosniętą meszkiem. Na dnie worka wyczuwał się brak znacznej części kości potylicowej. Zawartości guza przepełnić do jamy czaszkowej nie można. Załnego uszkodzenia urazowego czaszki nie było, guz rozwijał się dość szybko. Uciskanie guza żadnych objawów mózgowych nie wywoływało. Wobec danych powyższych J. przypuszcza, że wskutek wzrostu umiejscowionego tu nowotworu wrodzonego, mającego cechy znamię włókniasto-naczyniowego, zabarwionego i uwłosionego, nastąpiło zatrzymanie kostnienia kości potylicowej. Guz nie łączy się z jamą wewnątrzczaszkową. J. zaproponował rodzicom dziecka operację w celu usunięcia niezwykle tego nowotworu.

3) Kol. STANKIEWICZ przedstawił wyjęty z ucha włókniak kształtu wałkowatego. Włókniak ten utworzył się około nakłucia w celu zawieszenia koleczyka. Na drugim uchu też wyczuł się dawał guz, tylko znacznie mniejszy.

4) Kol. ZAGÓRSKI wygłosił odczyt p. t. „O cięciu nadłonowem“. Praca ta drukowana będzie w „Medycynie“.

W dyskusyi kol. JAWDYŃSKI zaznaczył, że podniesiona przez Z. sprawa zeszywania pęcherza była już dwukrotnie podnoszona w Towarzystwie Lekarskiem: przed kilku laty przez JAWDYŃSKIEGO i przed 2 laty przez kol. STANKIEWICZA. Wtedy już J. zaznaczył, że zdaniem jego należy pęcherz zeszywać. Motoda zaś ANTAL'a ma przecież znaczenie teoretyczne, niż praktyczne, gdyż cięcie ukośne nie ma w danym razie tak wielkiego znaczenia; więcej bowiem znaczy aseptyka, dokładny szew, niż kierunek cięcia. Dalej J. podnosi, że przy cięciu nadłonowem duże ma znaczenie położenie operowanego i że z doświadczenia radzi nadawać chorym położenie TRENDLENBURG'a, gdyż przy niem pole operacyjne jest widoczniejsze. Zdaniem J. zeszywanie pęcherza daje zawsze wyniki lepsze, gdyż bardzo często chroni od przetok moczowych, które znacznie opóźniają zdrowienie operowanych. Co się tyczy przypadków kol. Z., to J. pyta, czy niełatwiej byłoby w 2-gim przypadku wprowadzić cewnik od tyłu, uniknęłoby się bowiem w takich razach przeszkody, jaką może wytwarzać powiększony gruczoł krokowy. Wreszcie J. twierdzi, że zaburzenia w wydalaniu moczu po operacji nie można tłumaczyć porażeniem zwieracza, lecz przedłożeniem detrusora.

Kol. ZAGÓRSKI, opierając się na podanym przez J. wyniku 12 operacji, po których 5 razy tylko nastąpiło wyleczenie bez powikłań, zaznacza, że już to samo przemawia za praktycznym znaczeniem metody ANTAL'a, gdyż przy niej rzadziej spostrzegać możemy przetoki. Co się tyczy kwestyonowanego cięcia ukośnego, to Z. sądzi, że ma ono wielkie znaczenie, szczególnie tam, gdzie ściana pęcherza jest gruba. Dalej Z. zaznacza, że wprowadzić cewnik od tyłu było w danym przypadku bardzo trudno. Udziału *detrusoris* w zaburzeniu w wydalaniu moczu nie odrzuca, nie przypisuje mu jednak roli wybitnej.

Kol. STANKIEWICZ zauważył, że użycie balonu PETERSEN'a dla wypełnienia odbytnicy, u operowanego nie jest tak niezbędne, jak to mówi ANTAL. Dostatecznym nie raz okazuje się tylko wypełnienie rozcynem kwasu bornego. Przewagi cięcia ukośnego nad poprzecznym, którego sam używa, S. nie uznaje. Dalej S. zaznacza, że według metody GUYON'a należy nakładać szew na wszystkie warstwy, nie omijając błony śluzowej. Przejsia szwu przez tę ostatnią S. nie uważa za zbyt groźną, gdyż pęcherz nigdy nie rozciąga się tak znacznie, tembardziej, jeżeli operowany ma założony syfon GUYON'a, który szczególnie w przypadkach niepewnych ma wielkie znaczenie, gdyż w pewnej mierze zabezpiecza od zacięć.

Kol. ZAGÓRSKI zaznacza, że właśnie GUYON radzi wystrzegać się nakładania szwu przez błonę śluzową i zwraca uwagę kol. S. na pracę SOREL'a, gdzie przytoczone są opisy GUYON'a.

Posiedzenie z dnia 26 listopada r. b.

TREŚĆ. DMOCHOWSKI — odczyt: „Przyczynek do sprawy leczenia tak zwanej *tonsillitis desquamativa chronica*“.

Kol. DMOCHOWSKI w odczycie swym pod tytułem powyższym, streściwszy to, co dotychczas o *tonsillitis desquamativa* powiedziano, i określiwszy, co pod nazwą tą pojmuje, zaznacza, że niezmiernie ważnym czynnikiem w etyologii tego cierpienia jest budowa anatomiczna migdałów i stosunek ich do łuków, co szczegółowo opisuje. Następnie mówca zatrzymał się nad anatomią i histologią migdałów i określił interesującą go sprawę, jako sprawę nieżytową, cechującą się prawie wyłącznie bardzo mocnem łuszczeniem się nabłonka, wysięlającego krypty migdałków. Powstawanie tej sprawy D. stawia w bezpośredniej zależności od zatrzymywania się zawartości w kryptach. Dalej D. w kilku słowach skreślił objawy kliniczne i przebieg opisywanego cierpienia i, przechodząc do leczenia, rozebrał najprzód w paru słowach metody sondowania i rozrywania krypt haczykiem i uznaje je za nieodpowiednie. Za metodę odpowiednią uważa rozerwanie ścian krypt na całej przestrzeni, by wywołać zupełne zarosnięcie krypty. W tym celu kazał zrobić odpowiednie noże, które przedstawia, opisując przytem szczegółowo sposób ich użycia. W przypadkach, w których zawartość krypt jest zatrzymana w migdałach przez pokrywające je fałdy błony śluzowej, D. rozcina te fałdy, t. j. rozcina łuki (zwykle przedni). Podobnych rękoczynów D. wykonał 26, z wynikiem zupełnie dobrym, gdyż po operacji uciśnięto powierzchnie migdałów są odsłonięte, a przez to samo przyczyna, zatrzymująca zawartość w kryptach, zostaje usunięta. Dla łatwiejszego i szybszego wykonania operacji, D. również kazał zrobić odpowiednie noże, które pokazuje i sposób ich użycia objaśnia. Podczas operacji większych krwotoków D. nie widział, po zbliżeniu się zaś rany zaburzeń w czynności łuków lub podniebienia miękkiego nie spostrzegał.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI zauważył, że na zasadzie danych, otrzymanych przez D., nie można wyodrębnić *tonsillitis desquamativa* w osobną postać chorobową. Podobne obrazy otrzymują się w każdym zapaleniu nieżytowym, która to nazwa i do opisywanego przez D. cierpienia zastosowana być winna.

Kol. DMOCHOWSKI zgadza się, że *tonsillitis desquamativa* jest to sprawa analogiczna z zapaleniem nieżytowym; ze względu jednak na charakterystyczne układanie się nabłonka w wydzielinie krypt i na obecność w niej leukocytów, sądzi, że uzasadnionem jest wyodrębnienie tego cierpienia jako nowej postaci klinicznej.

Prof. BRODOWSKI zaznacza, że używane przez czas jakiś określenie podobnej sprawy w płucach jako *pneumonia desquamativa*, coraz mniej jest używane. Zdaniem B. drażnienie, wywołane przez złuszczonego nabłonka, nie odgrywa tak wybitnej roli, jaką mu nadaje D.; większe zaś ma znaczenie w obrazie patologicznym zgrubienie ścian, wskutek rozrostu tkanki łącznej, powodującej zamknięcie krypt.

Kol. KRYSIŃSKI wypowiada przypuszczenie, że obecność w krypcie znacznej ilości złuszczonego nabłonka może działać drażniaco na ściany krypty i może wywoływać sprawę zapalną; mowa tu bowiem o złuszczeniu nie pojedynczych komórek, lecz całej warstwy nabłonka, tak np., jak to bywa w zapaleniu skóry.

Kol. SREBRNY zaznaczył, że metoda rozrywania krypt nie została podana, lecz wskrzeszona przez M. SCHMIDT'a; autorem jej jest HOFFMANN. Zamiast tego postępowania stosuje S. oddawna zegadło galwaniczne, wkluwając je w kryptę, a nieraz, zagiawszy kauter, przepala kryptę przez całą długość; w ten sposób otwiera kryptę i wypala ją, wskutek czego tworzą się blizny.

Kol. SOKOŁOWSKI nadmienia, że wprowadzenie przez niego i DM. nazwy *tonsillitis desquamativa* przyczyniło się znacznie do wyjaśnienia etyologii klinicznej tej sprawy, co zresztą wielu autorów zaznacza, a w ostatnich czasach prof. MONRE w pracy swojej o owrzodzeniach krypt, wygłoszonej w roku bieżącym na zjeździe laryngologów w Paryżu. Cierpienie to, opisywane pod różnorodnemi nazwami, jest bardzo uporczywe. S. stosował w leczeniu go najróżnorodniejsze metody, w ostatnich zaś czasach głównie stosuje rozrywanie krypt metodą SCHMIDT'a, jest to bowiem, zdaniem jego, metoda łatwa, prosta, a przy mocnem zakokainowaniu nawet mało bolesna. Rzetelny postęp stanowi podane przez D. przecinanie łuków w przypadkach, gdzie

migdały są ukryte. Co się dotyczy stosunku *tonsillitidis desquamativae* do ropni okołomigdałkowych, to zdaniem S. stosunek ten rzeczywiście w rzadkich przypadkach istnieje.

Kol. DOBROWOLSKI nie uważa za konieczne wprowadzanie terminu *tonsillitis desquamativa*, ponieważ mamy również dobrze określającą i już oddawna przyjętą nazwę dla omawianego cierpienia „*tonsillitis lacunaris chronica*“; z drugiej zaś strony obfite łuszczenie nabłonka zdarza się i w innych postaciach przewlekłego nieżytu migdałków. Co się dotyczy leczenia, to w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z migdałkami przerosniętymi lub zrosniętymi z łukami, najskuteczniejszym sposobem jest doszczętne usunięcie migdałka, co D. często widywał i sam dokonywał. Stosowanie tępego haczyka, zdaniem D., w niektórych razach ma swą rację bytu i cel łatwiej jest osiągnąć, operując tępym haczykiem, niż ostrym, gdyż w pierwszym razie następuje zapalenie i wydzielanie się złożeń, w drugim zaś szybko gojenie nie pozwala na wydalanie zawartości krypt. Następnie D. zaznacza, że przecinanie łuków podniebiennych do podstawy, jak to czyni Dm., może wywołać zaburzenia w połykaniu i mówię; wreszcie nadmienia, że używane przez Dm. wyrażenie „przecinanie, rozrywanie krypt“ nie wydaje mu się odpowiednie; gdyż krypty są to zatoki, jamki, których przecinać nie można; można tylko przerywać przegródki pomiędzy kryptami.

Kol. DMOCHOWSKI nie podziela obaw, ażeby przecięcie łuków mogło wywołać zaburzenia, o których wspomina D., gdyż nigdy ich nie spostrzegł. Po wycięciu migdałków zaś pozostają zdaniem Dm. dolne ich odcinki, w których mogą powstawać sprawy zapalne w kryptach. Nieścisłość wyrażenia: przecinanie krypty, D. też uznaje.

Posiedzenie z dnia 3 grudnia r. b.

TREŚĆ. DOBROWOLSKI — przedstawienie a) chorego z *oedema laryngis*, b) chorej z *papillomata labiorum oris et linguae*.

Kol. DOBROWOLSKI przedstawił: a) chorego z *oedema laryngis*. A. P. lat 32, zgłosił się do kol. D. przed paru dniami, skarżąc się na zawadę i ból w gardle, trwający od tygodnia, oraz ogólne rozbicie, dreszcze i chrypkę. Przy badaniu krtani D. znalazł bardzo silne opuchnięcie prawej fałdy (więzu) nagłośnio-nalewkowej i błony śluzowej chrząstki nalewkowej prawej. Opuchnięte części dosięgają wielkości sliwki (węgielki), są napięte, szarawej barwy, błyszczą i przy dotykaniu zgłębnikiem są bolesne. Na lewej stronie fałszywej widzimy powierzchowne nadżarcie; struny prawdziwe wyraźnych zmian nie przedstawiają, tylko prawa—nieco opuchnięta i ledwie się porusza. Przy badaniu płuc D. znalazł stłumienie i oddech zaostrowany w prawym górnym płacie. Gruczoły chłonne na szyi powiększone, śledziona wyczuwalna, w innych narządach zmian nie wykryto. Ciężotarano około 38°, wiecz. 39°, kaszel nieznaczny. W wywiadach chory zaznaczył, że 1/2 roku temu miał krwiotłucie, żadnych cięższych chorób nie przechodził, dziedzicznie nie jest obciążony. Na zasadzie badania i wywiadów D. rozpoznaje *oedema laryngis acutum inflammatorium*. Chodzi tylko o etiologię cierpienia. Wiemy, że ta wogóle dość rzadka choroba krtani bywa pierwotną i wtórną. Tę ostatnią mogą powodować rozmaite sprawy chorobowe, zaś etiologia pierwotnego obrzęku krtani jeszcze nie jest dokładnie wyjaśniona. Przedstawiony przypadek D. uważa za pierwotny obrzęk krtani (*oedema acutum laryngis submucosa, phlegmonosa* i t. d.), jakkolwiek zastrzega się, że wobec wyraźnych zmian w płucach i krwiotłucia jest bardzo możliwe, że obrzęk ostry spowodowany został głębokim owrzodzeniem gruźliczem, powstałym uprzednio na wewnętrznej powierzchni chrząstki nalewkowej prawej.

b) Chorą z *papillomata labiorum oris et linguae*. Dziewczynka lat 10, J. Kl., z warszawskiego szpitala dla dzieci. Zgłosiła się do kol. DOBROWOLSKIEGO ze skargą, że od 2 ch miesięcy coś jej rośnie na wargach i w prawym kącie ust. Przy badaniu D. znalazł guzowatości na błonie śluzowej wargi górnej i dolnej, w prawym kącie ust oraz na górnej powierzchni języka. Guzowatości te na oko gładkie, szarawej barwy, o równych brzegach, na wargach wielkości grosza, a na języku dosięgają rozmiarów srebrnego rubla; w tem ostatniemi miejscu zajmują one górną powierzchnię języka od środka do *valleculae linguae*. Gruczoły chłonne podszczękowe wyraźnie powiększone, szyjowe wyczuwalne, również pachwinowe. W innych narządach zmian nie wykryto. D. wyciął kawałek zagadkowego tworu i, poddawszy go badaniu drobnowidzowemu, przekonał się, że ma do czynienia z *papilloma*, właściwiej *fibroma papillare durum*. Jeżeli rozpoznanie potwierdzi się przy badaniach dokładniejszych, wtedy należałoby nowotwór wyciąć i wyskrobać, a dno przypalić że gądką galwaniczną.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Według GRUBE'go *diabetes mellitus* nie jest odrębną postacią chorobową, lecz objawem zaburzeń w przemianie materii, występującym w różnych chorobach, mianowicie w chorobach trzustki, w podagrze, miażdżycy naczyń, niektórych chorobach nerwowych (wład rdzenia, nowotwory mózgu, choroba BASEDOW'a i t. p.), zakaźnych (cholera, grypa, błonica, płonica), w przymiocie, wreszcie przy urazach. Za jedną z głównych przyczyn cukromoczu uważa GR. miażdżycę naczyń. GR. sądzi, że miażdżycę odgrywa ważną rolę w sprawie występowania cukromoczu nie tylko przez swe działanie na trzustkę, lecz i przez działanie na ośrodki nerwowe. Związek między miażdżycą a cukromoczem potwierdzają jeszcze bardziej wyniki leczenia zapomocą masażu. Nigdzie bowiem masaż nie wywierał tak pomyślnego wpływu na znikanie cukru, jak w przypadkach, w których obok cukromoczu istniała miażdżycza naczyń. Z drugiej zaś strony, jak wykazały poszukiwania wielu autorów, żaden inny środek nie jest tak skuteczny w walce z miażdżycą naczyń, jak masaż. Pomyślne wyniki stosowania masażu w cukromoczu świadczą o przyczynowym związku między cukromoczem a miażdżycą. GR. wyraża nadzieję, że badania, z tego punktu widzenia prowadzone, pozwolą z czasem określić dla każdego przypadku cukromoczu cierpienie zasadnicze, a wówczas po rzucimy nazwę *diabetes mellitus*, jako osobną postać chorobową. Zresztą i obecnie tam, gdzie jest znana zasadnicza podstawa cierpienia, należałoby mówić o cukromoczu trzustkowym, miażdżycowym, podagrowym, urazowym, nerwowym, przymiotowym i t. p. (Zeitschr. f. klin. Medic. 1895 Bd. 27).

W. M.

== HAIM, zbadawszy pod względem bakteryologicznym 20 przypadków płoniczego zapalenia gardła, rozróżnia 2 rodzaje tego zapalenia: 1) nieżytowe (*angina catarrhalis*) i 2) zgorzelińowe (*angina necrotica*), które niesłusznie nazywają błonicą szkarlatynową, gdyż nie ma nic wspólnego z błonicą prawdziwą. W nieżyłowym zapaleniu autor najczęściej znajdował gronkowce i rzadko paciorkowce; w zgorzelińowym zaś głównie paciorkowce, które najniekorzystniej wpływają na cały przebieg choroby. Z 8 przypadków płonicy z *angina necrotica*, dwa zakończyły się niepomyślnie; reszta miała przebieg bardzo ciężki, z powikłaniami w różnych narządach. Autor sądzi, że na podstawie badania bakteryologicznego tworów chorobowych można będzie z góry przepowiedzieć, czy dany przypadek będzie miał ciężki, czy też lekki przebieg. (Przegl. Lek. № 41. 1895).

== THOMALLA poleca *Rhinalgin* (preparat składający się z *alumnoli*, *ol. valerianae*, *mentoli* i *ol. cacao*) w nieżytach nosa, zapaleniach błony śluzowej nosa różnego rodzaju, szczególnie zaś powstających skutkiem użycia przetworów jodu. Należy wprowadzić do każdego otworu nosowego $\frac{1}{2}$ czopka tego przetworu (cały czopek = 1,0), a skoro tylko pocnie topnieć, posunąć go w tył, do tylnego otworu jamy nosowej, gdzie go na pewien czas pozostawiamy. Czynność tę należy powtarzać kilka razy dziennie. (Allg. med. Centr. Zeit. 1895 N. 5).

W. M.

== W źródłach siarczanych w Pirenejach zauważono obecność dwóch niedawno odkrytych gazów: *argonu* i *helium*. Własności lecznicze tych gazów są dotychczas nieznane. (Le progr. médic. 19. VI. 1895).

W. M.

Wiadomości bieżące.

— Następujący koledzy powiększyli gramię uczestników wydawnictwa „Medycyny”: 1) DOBROWOLSKI Zdzisław; 2) ODERFELD Hipolit; 3) ORŁOWSKI Wacław; 4) SAWICKI Władysław; 5) STANIEWICZ Cezar (z Petersburga); 6) WIZEL Adam.

— Członkowie VII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, zamieszkali w Królestwie Polskiem i w Rosyji, mogą, poczynawszy od dnia 18 b. m., otrzymać bezpłatnie Pamiętnik Zjazdu w księgarni GEBETNERA i WOLFA w Warszawie.

— Pruski minister oświaty i spraw lekarskich D-r Bosse zażądał od czterech profesorów berlińskiego wydziału lekarskiego wytło-

maczenia się: jakim sposobem podpisy ich znalazły się na świadectwach, dotyczących się mydła mirolinowego, wyrabianego i reklamowanego przez aptekarza FLÜGGE'go. Trzech profesorów dało żądane wyjaśnienie, czwarty zaś prof. H. KRAUSE, docent laryngologii, oświadczył, iż spełni żądanie ministra dopiero wtedy, gdy będzie wiedział, na co ono potrzebne, i dodał, iż właściwą jego władzą dyscyplinarną jest tylko wydział lekarski. Wobec tego polecił minister wydziałowi lekarskiemu wytoczyć śledztwo dyscyplinarne prof. KRAUSE'mu.

— Akademia francuska przyznała nagrodę LEVY'ego w ilości 50,000 franków po połowie prof. BEHRING'owi i Roux.

Rok XXXI-szy.

M E D Y C Y N A

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“, w r. 1866-ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy, w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1896 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniedbując tego wszystkiego, co naukowego lekarza obchodzić może, ma przede wszystkim na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem, za najważniejsze zadanie dla siebie poczytuje uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy, dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin, obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów, dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które, o ile to będzie możebne, rozszerzeniu ulegną. Wobec sformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma, program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty, lub litografie, obejmować będzie tekstu najmniej **stron 24** dotychczasowego formatu, zamiast, jak dotąd, stron 20.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Na prowincyi rocznie rs. 7 — lub półrocznie rs. 3 kop. 50.

Każdy artykuł pomieszczony w „Medycynie“ jest płatny.

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub naukowej pomocy i t. d. i t. d. zwracać się należy pod adresem: **Redakcyja „Medycyny“ w Warszawie — ulica Oboźna N-r 5**, z wszelkimi zaś interesami, dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich nalożności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Gurański w Warszawie, Nowo-Zielna 47.**

WYDAWCA Dr. L. Gurański.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава, 7 Декабря 1895 г. Друк К. Ковалевскаго, Warszawa, Mazowiecka 8.