

# MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyna”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O lokalizacji w rdzeniu paciierzowym, dotyczącej włókien czuciowych i ruchowych najważniejszych nerwów spłotu barkowego (plexus brachialis) Napisał d r G. Bikeles i d-r M. Franke. — O uchyłkach w dolnej części przetyku. Podał S. Mintz. (Dokończenie). — Ośmy przyczynek do nauki o zбочeniach mowy. Przez d-ra Wł. Ołtuszewskiego. (Dokończenie). — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 85. Przypadek raka szyi macicznej jako przeszkody porodowej w końcu ciąży. 86. O nowych środkach lekarskich: Aspirynie i dyalizacie naparstnicy. 87. Lupus erythematoses. 88. Wstrzykiwanie do żył tlenu u człowieka. 89. Przyczynek do cytologii gruźliczego zapalenia opłucny. 90. Przemiana materii w okresie gorączkowym i w czasie zdrowienia po chorobach zakaźnych. 91. Zestawienie przebiegu 71 przypadków duru brzuszego w szpitalu dziecięcym w Filadelfii. 92. Rozprawa akademicka o spędzaniu płodu z punktu widzenia medycyny sądowej. 93. Zapalenia stawów spowodowane przez zakażenie pneumokokowe. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 7 października r. b. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r G. Bikeles et D-r M. Franke — Sur la localisation dans la moëlle épinière ayant rapport aux fibres sensitives et motrices des cordons principaux du plexus brachial. 2) D-r S. Mintz — Sur les diverticules de la partie inférieure de l'oesophage 3) D-r W. Ołtuszewski — La 8-ième contribution à l'étude des troubles de la parole.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

## „MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r G. Bikeles und D-r M. Franke — Ueber die Lokalisation im Rückenmark betreffend die sensitiven und motorischen Fasern des plexus brachialis. 2) D-r S. Mintz — Ueber die im unteren Theile der Schlundröhre vorkommenden Divertikel. 3) D-r W. Ołtuszewski — Der 8 te Beitrag zur Lehre über die Pathologie der Sprache.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

## O LOKALIZACJI W RDZENIU PACIERZOWYM,

dotyczącej włókien czuciowych i ruchowych  
 najważniejszych nerwów spłotu barkowego

(*plexus brachialis*).

Napisali

Doc. D-r. G. BIKELES i D-r M. FRANKE

(Z pracowni kliniki lekarskiej prof. A. GLUZIŃSKIEGO we Lwowie).

### I.

W dłuższy czas po amputacji kończyny, jak to już często stwierdzano, występują w rdzeniu, po stronie odpowiadającej amputacji, bardzo znaczne zmiany, zwłaszcza w sznurach tylnych. U zwierząt po amputacjach lub przecięciach nerwów badali rdzeń metotą MARCHI'ego — DARKSCHEWITSCH, LANGLEY i ANDERSON, FEINBERG i SADOWSKI, a potem REDLICH (die Pathologie der



tabischen Hinterstrangserkrankungen 1897, cytowane według CASSIRER'a (zob. niżej)], który u zwierząt w krótki czas po amputacji nogi w korzonkach tylnych nie znalazł zwyrodnienia, natomiast napotkał zwyrodnienie tak korzonków, jak i sznurów tylnych u tych zwierząt, które żyły 36 do 76 dni po operacji. FLATAU znowu (Deutsche med. Wochenschr. 1897), badając metodą MARCHI'ego rdzeń człowieka, który zmarł w trzy miesiące po amputacji, znalazł w odpowiednich odcinkach rdzenia wyraźne zwyrodnienie po stronie, odpowiadającej operacji. Dalej CASSIRER (Ueber die Veraenderungen der Spinalganglienzellen und ihrer centralen Fortsätze nach Durchschneidung der zugehörigen periferen Nerven. Deutsche Zeitschrft. f. Nervenheilkunde. 1899) badał metodą MARCHI'ego rdzeń królików, zabitych najmniej we 20 dni po rezekcji *nervus ischiadicus*, dokonanej tuż poniżej *foramen ischiadicum*, i skonstatował następujące zmiany: w części lędźwiowej rdzenia pacierzowego w sznurach tylnych, po stronie operowanej, znajdowały się w przebiegu włókien korzonków tylnych liczne czarne kule, które po drodze tychże włókien sięgały także wgłąb szarej substancji; a i po tej samej stronie także w przebiegu śródrdzeniowym korzonków przednich widział nagromadzenie czarnych kul.

Obserwacje te, dokonane przy pomocy metody MARCHI'ego, nasunęły nam myśl, czy na tej podstawie nie da się wykazać, na jakiej wysokości w rdzeniu umiejscawiają się włókna czuciowe głównych nerwów obwodowych, a. m. tymczasem w tej pracy nerwów kończyny przedniej, i to *n. radialis, medianus i ulnaris*. Jeżeli, mianowicie, po rezekcji jakiego nerwu w przebiegu śródrdzeniowym korzonków tylnych wystąpi nagromadzenie czarnych kul, to ten odcinek rdzenia będziemy mogli uważać za odcinek początkowy dla włókien czuciowych dotyczącego nerwu, w którym czarne kule znajdują się będą w obszarze wejścia korzonków (Wurzeleintrittszone).

Poszukiwania metody dla wykazania umiejscowienia włókien czuciowych poszczególnych nerwów w rdzeniu uważaliśmy jako wskazane i konieczne, bo wogóle dotychczas badania nad tą kwestją są bardzo niedostateczne i to z powodu braku wygodnej i ścisłej metody.

Postanowiliśmy zwłaszcza stosunki te zbadać u rozmaitych gatunków zwierząt, aby w ten sposób drogą porównawczą wyświecić zachowanie się ich u ludzi. Dla tego wykonaliśmy nasze doświadczenia na królikach, psach i kotach\*). Z przebiegu nerwu wycinaliśmy zawsze około 1½, do 2 ctm. i to u jednego zwierzęcia z każdego gatunku wykonywaliśmy taką rezekcję wszystkich trzech nerwów kończyny przedniej w parze, więc *n. radialis, medianus i ulnaris* razem, dalej zawsze znowu po jednym z każdego gatunku rezekcję każdego z nerwów osobno: a) *n. radialis* i to na zewnętrznej stronie ramienia, b) *n. medianus*, c) *n. ulnaris*, obydwie ostatnie powyżej stawu łokciowego. Zwierzęta utrzymywaliśmy przy życiu przez cztery tygodnie po operacji, opierając się na doświadczeniu CASSIRER'a (l. c.), który podaje, że zmiany opisane nieznacznie tylko występowały u zwierząt, zabitych we 20 dni

\*) Świniki morskie dały nam wynik ujemny, może z powodu tego, że zabiliśmy je w zbyt krótki czas po operacji. DARKSCHIEWITSCH (Neurol. Centrabl. 1892.) widział te same zmiany u świnek morskich w 6 tygodni po rezekcji *n. ischiadicus*.



po operacji, najwybitniejsze były u tych, które żyły 30 dni, po tym czasie coraz bardziej zmniejszały się, a już ledwie były do poznania w 63 dni po operacji. Do badania anatomicznego braliśmy zawsze kawałki rdzenia, odpowiadające samemu miejscu przyczepu korzonków i barwiliśmy je metodą MARCHI'ego, jak zwyczajnie.

U królików, kotów i psów znaleźliśmy w rdzeniu po stronie operowanej w sznurach tylnych zmiany, opisane przez wyżej podanych autorów, a m. w. śródrdzeniowym przebiegu korzonków tylnych znajdowały się liczne, drobne, czarne kulki rozpadłej myeliny, które w mniejszej lub większej liczbie niższych odcinków występowały w obszarze wejścia korzonków (Wurzelnintrittszone), w wyższych odcinkach cała masa ich była przesunięta ku linii środkowej i powoli stopniowo zmniejszała się, podobnie jak to widzimy przy degeneracji wstępującej po uszkodzeniu samych korzonków tylnych rdzenia. A ten odcinek uważaliśmy jako początkowy dla przeciętego nerwu, w którym czarne kulki znajdowały się bądź to tylko w obszarze wejścia korzonków, bądź to też przytem i w obszarze środkowym (Mittelzone). Że KNAPPE (Ueber die Veränderungen im Rückenmarke nach Resection einiger spinaler Nerven u. s. w. Beiträge zur Pathol. Anatomie 1901) u królików, po rezekcji jednego, a nawet dwu nerwów powyżej stawu łokciowego, metodą MARCHI'ego w rdzeniu żadnych zmian nie znalazł, to wytłumaczyć sobie możemy tylko tem, że je przeoczył, zwłaszcza, że u królików po przecięciu *n. medianus* i *ulnaris* zwyrodnienie jest minimalne.

Przechodząc do opisanie szczegółowego faktów, któreśmy skonstatowali to: 1) u jednego królika, kota i psa wykonaliśmy w parze rezekcję wszystkich trzech nerwów razem, a m. *n. radialis*, *medianus* i *ulnaris*. U tych zwierząt znaleźliśmy bardzo liczne, drobne, gęsto obok siebie leżące czarne kulki po stronie operowanej, w obszarze wejścia korzonków sznurów tylnych tak u królika, jak kota i psa, w odcinkach: szyjowym VII i VIII bardzo obfite, mniej natomiast w piersiowym I, chociaż tu można je było wyraźnie rozpoznać. W odcinku C.VI u królika obszar wejścia korzonków był zupełnie wolny od czarnych kul, u psa i kota natomiast przeważna część tych kulek była już przesunięta ku linii środkowej, ale obszar wejścia korzonków niezupełnie był ich pozbawiony.

Na podstawie tego musimy przyjąć, że u wszystkich tych trzech gatunków zwierząt przeważna część włókien czuciowych trzech najgłówniejszych nerwów kończyny przedniej wstępuje do rdzenia z korzonkiem tylnym C.VII, C.VIII i DI., a u psa i kota może mała część także z korzonkami C.VI. Że może powyżej tych odcinków wstępują jeszcze do rdzenia nieliczne włókna, tego wyłączyć nie możemy, bo pojedyncze włókna, po przecięciu ich na zewnątrz od zwojów międzykręgowych, nie mogą wywołać żadnych albo prawie żadnych zmian w rdzeniu.

(D. n.).



## O UCHYLEKACH W DOLNEJ CZĘŚCI PRZELYKU.

Podał

S. MINTZ.

(Dokończenie—Zob. Nr. 44).

Pozostaje mi jeszcze powiedzieć kilka słów o dalszym przebiegu choroby. Chorego spostrzegałem do końca czerwca, widząc go po raz ostatni na kilka dni przed śmiercią. Podczas pierwszych 3 miesięcy, pod wpływem częstych przemywań uchyłka, pacjent czuł się względnie dobrze, a nawet przybyło mu kilka funtów na wadze (142 f.). Wypijał on codziennie kilka szklanek mleka ocukrzonego, dwie szklanki kakao na mleku, konsumował kilka jaj na miękko *per se* lub w bulionie, do którego dodawał łyżeczkę soku mięsnego (*Puro*), wreszcie kilka sucharków i od czasu do czasu trochę drobnej kaszy. Znaczne pogorszenie nastąpiło w drugiej połowie maja. Chorego zaczęły trapić częste zwracania już to spożytego pożywienia, już to śluzu w znacznej ilości. Nieraz wyrzucał całe płaty śluzu (*oesophagitis membranacea*). W zwracanym płynie śluzowym można było widzieć pod drobnowidzem liczne ciała śluzowe i nabłonek płaski. Nadto dołączył się męczący kaszel (bez objawów przedmiotowych ze strony płuc), który odbierał choremu sen i spokój. W tym okresie choroby pacjent sam sobie przemywał przelyk kilka razy na dzień. Z powodu niedostatecznego odżywiania chory zaczął chudnąć i słabnąć. Lawatwy odżywcze nie były w stanie zapobiedz szybko postępującemu wycieńczeniu. Jedyne dlań ocalenie upatrywałem w wykonaniu przetoki żołądkowej (*gastrostomia*), ale ani chory, ani jego otoczenie nie chcieli się zgodzić na operację. Chory zmarł w ostatnich dniach czerwca. O sekcji nie mogło być mowy.

Choroba przelyku u naszego chorego trwała rok i 10 miesięcy. Jakaż była patogeneza rozpoznanego przez nas uchyłka? Pod wpływem jakich czynników powstało w naszym przypadku ograniczone rozszerzenie przelyku? Na te pytania trudno dać stanowczą odpowiedź. Uchyłki, o ile nie należą do rzędu trakcyjnych (w naszym przypadku brak wszelkich danych, któreby za uchyłkiem trakcyjnym przemawiały), wytwarzają się wogóle wskutek tych samych przyczyn (zwężenie skurczowe i organiczne wpustu), które wywołują rozszerzenie rozlane przelyku, jeżeli w chwili powstania przeszkody pewna część ściany po nad przeszkodą więcej jest podatna, niż reszta. Pod wpływem ucisku, wywieranego przez zbierający się nad zwężeniem pokarm, mniej odporna część ściany poddaje się, innymi słowy, wskutek ciśnienia wewnętrznego powstaje t. zw. uchyłek pulsyjny. Uchyłki w dolnej części mogą również powstać jako samoistne, pierwotne, wskutek wrodzonej wady, ale trudno chyba się zgodzić z FLEINER'em<sup>2)</sup>, że t. zw. głębokie uchyłki przelyku nie są nic innego, jak zboczenia rozwojowe, znane jako *antrum cardiacum* (rozszerzenie części brzusznej przelyku od przepony do wpustu) i *Vormagen* (rozszerzenie części przelyku, leżącej nad przeponą), albowiem powyższe wrodzone rozszerzenia nigdy nie dosięgają takiego stopnia, jak w spo-

2) Die Krankheiten der Verdauungsorgane. S. 104.



strzeganych przezemnie i innych autorów głębokich uchyłkach: są to względnie małe rozszerzenia, które mogą mieścić zaledwie kikadziesiąt cm. sz. plynu, podczas gdy pojemność uchyłków wynosi 200 cm. sz. albo i więcej. Powtórnie, początek głębokiego uchyłka znajduje się już na wysokości 30 — 20 cm. od zębów siecznych, gdy natomiast powyżej przytoczone anomalie siedzą dość nisko.

Wracając do naszego przypadku, to w obec niemożności przejścia sondą do żołądka nawet po opróżnieniu uchyłka, sądzę, że nie może być wyłączona organiczna natura zwężenia wpustu, *resp.* dolnej części przełyku, zaś ze zwężenia natury organicznej wydaje mi się w naszym przypadku jedynie możliwym zwężenie bliznowe po *ulcus rotundum oesophagi*, ponieważ brak w wywiadach wszelkich innych momentów przyczynowych, któreby powstanie blizny wywołać mogły. Przeciw złośliwej naturze zwężenia przemawia względna długotrwałość choroby (1 r. i 10 miesięcy) i brak charłactwa nawet w 1½ roku od początku choroby, jakkolwiek nie jest bynajmniej wyłączona możliwość powstania raka na bliźnie po *ulc. rot. oesophagi* w ostatnim okresie choroby.

Rozpoznawanie dużych uchyłków w dolnym odcinku przełyku szczególnych trudności nie przedstawia, istnieje bowiem cały zbiór cech rozpoznawczych, bardzo charakterystycznych dla tej sprawy chorobowej.

Pragnąłbym na zasadzie spostrzeganych przezemnie przypadków oraz danych, zaczerpniętych z piśmiennictwa tego przedmiotu, pomówić o rozpoznawaniu rozszerzeń przełyku w ogóle, w szczególności zaś o rozpoznawaniu głębokich uchyłków.

Zaznaczyć muszę przedewszystkiem, że objawy podmiotowe są jednakowe w rozszerzeniu przełyku rozlanem i ograniczonym. Chorzy skarżą się na trudności w polykaniu pokarmów, na gnieciecie i rozpieranie po za mostkiem po jedzeniu, na kaszel i duszność, na zwracanie pokarmów, często-kroć również na zwracanie śluzu w dużej ilości. Chorzy zazwyczaj jasno zdają sobie sprawę z tego, że pokarmy w drodze do żołądka zatrzymują się w przełyku, i starają się zapomocą wysiłków polykowych, a nieraz bardzo złożonego mechanizmu, jedzenie do żołądka przepchać. W masach zwracanych mogą się znaleźć resztki pokarmu z poprzedniego dnia, podczas gdy nie będzie w nich śladu ostatnio zjedzonej potrawy. Ostatni objaw spostrzegamy w niektórych przypadkach jak uchyłka (MINTZ), tak i wrzecionowatego rozszerzenia przełyku (CZYGAN)<sup>3)</sup>.

Objawy przedmiotowe podzielić można na objawy wspólne dla rozszerzenia wrzecionowatego i dla uchyłka i odrębne, cechujące tylko jedną z powyższych postaci i służące zatem do celów rozpoznania różniczkowego.

#### A. Objawy przedmiotowe wspólne:

1) Już po wprowadzeniu zgłębnika żołądkowego na wysokość 30 albo i mniej cm. od zębów siecznych wylewa się 200—300 cm. sz. zawartości pokarmowej o własnościach chemicznych i fizyologicznych, dowodzących, że zawartość ta nie zetknęła się wcale z sokiem żołądkowym. Wyjątkowo tylko można znaleźć przy rozszerzeniu rozlanem dobrze strawioną miazgę po-

<sup>3)</sup> D-r P. CZYGAN. Spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre infolge von Pylorusstenose, Archiv f. Verdauungskrankheiten r. 1901. str. 91.



karmową w przełyku, jak w opisanym przez CZYGAN'a przypadku wrzecionowatego rozszerzenia przełyku wskutek zwężenia odżwiernika, ale takie nader rzadkie wyjątki ogólnej reguły nie znoszą.

2) Przy dalszym wprowadzaniu zgłębnika napotykaemy w odległości 38 albo i więcej (w moim aż 46) cm. od przednich siekaczy przeszkodę. Wdmuchiwane przez sondę powietrze nie rozdyma żołądka, jak w warunkach zwykłych, gdy koniec sondy znajduje się wewnątrz żołądka, lecz z charakterystycznym szmerem wychodzi napowrót przez usta.

3) Jeżeli przez miękki zgłębnik, połączony z lejkiem i wprowadzony do przełyku aż do miejsca przeszkody lub wyżej, wlewamy 200 lub więcej cm. sz. płynu, to przy opuszczaniu lejka cała ilość wlanego płynu wypływa napowrót.

4) Przez miękki zgłębnik, wprowadzony do przełyku, możemy wlać o wiele mniejszą ilość płynu, niż do żołądka. Gdy przy ciągłym dolewaniu płynu następuje chwila, kiedy spływanie się zatrzymuje, to spostrzegamy w dolnej części lejka miarowe podnoszenie się i opadanie poziomu płynu, przyczem podnoszenie odpowiada wydechowi, opadanie zaś wdechowi (PECHKRANC<sup>4)</sup>). To samo zjawisko spostrzegamy, gdy po wlaniu przez zgłębnik około 200 cm. sz. zwyczajnie opuszczamy lejek do takiej wysokości, aby wypływający płyn wypełniał tylko pewną część lejka lub szyjki. Stosunek poziomu płynu w lejku do faz oddechania, jak wiadomo, będzie odwrotny, gdy sonda znajduje się w żołądku.

5) Po wprowadzeniu do miejsca przeszkody połączonego z akumulatorem diafanu (sondy elektrycznej) nie występują świecące plamy w okolicy żołądka (MINTZ l. c.).

6) Jeżeli się udaje pokonać przeszkodę i zgłębnik do żołądka przeprowadzić, to można otrzymać zawartość z 2 zbiorników, ponad i poniżej przeszkody, o odmiennych własnościach chemicznych i fizjologicznych. Doświadczenie to przeprowadzałem wiele razy w pierwszym przeze mnie obserwowanym przypadku głębokiego uchyłka przełyku. Dla ścisłości dodać muszę, że w powyżej już przytoczonym przypadku wrzecionowatego rozszerzenia, opisanym przez CZYGAN'a, jedynym w swoim rodzaju, stosunek nieraz był odwrotny: w przełyku znajdowano niekiedy miążgę dobrze strawioną z wyraźnym odczynem na wolny kwas solny, podczas gdy zawartość żołądka była niestrawiona i zawierała tylko kwasy organiczne.

7) Próba z różnokolorowymi płynami zastosowana była po raz pierwszy przez MERMOD'a<sup>5)</sup> i później, niezależnie od niego, przez EINHORN'a. MERMOD wykonał w swoim przypadku następującą próbę: choremu wlał on przez sondę do przełyku około 220 ctm. sz. ciepłej wody, różowo zabarwionej za pomocą czerwieni; po kilku minutach wprowadzono powtórnie zgłębnik i z górnego zbiornika wyciągnięto całkowitą ilość zabarwionego płynu; następnie, nie wyjmując zgłębnika, pcsunięto go o kilkanaście ctm. głębiej, do żołądka, w którym nie okazało się ani kropli zabarwionego płynu, gdyż przy przemywaniu przepłuczyny wracały niezabarwione.

---

<sup>4)</sup> M. FLAUM i S. PECHKRANC: Rozszerzenie przełyku samoistne. *Gazeta Lekarska*, 1899. Nr. 24 25, 26.

<sup>5)</sup> MERMOD: Dilatation diffuse de l'oesophage sans rétrécissement organique. *Revue médicale de la Suisse Romaine*. 1887, p. 422. Patrz: EINHORN: *Arch. f. Verdauungskrankheiten*. 1901. s. 357.



Doświadczenie EINHORN'a <sup>6)</sup> z kawą czarną, t. zw. „Kafeexperiment“, polega na tej samej zasadzie, co próba MERMOD'a. Chory wypija na godzinę przed próbą filiżankę kawy czarnej. Pacjent usiłuje za pomocą głębokiego wdechania i ściskania klatki piersiowej przepchnąć wypitą kawę z przelyku do żołądka. Po godzinie pacjent wypija szklankę czystej wody. Jeżeli teraz wprowadzimy zgłębnik na wysokość 35—40 ctm., to wyciągniemy wodę, niezmienną w barwie i w tej samej prawie ilości, jaką chory wypił. Następnie posuwamy zgłębnik dalej do żołądka, skąd wydostajemy nieco kawy bez domieszki wody. Powyższe próby dowodzą, że powyżej żołądka znajduje się zbiornik, który podczas doświadczenia nie komunikował się z jamą żołądka.

8) Ostatnim objawem rozszerzenia dolnej części przelyku będzie brak szmerów połykowych, zwłaszcza drugiego, t. zw. „Durchpressgeräusch“ MELTZER'a, przy wysłuchiwaniu *in scrobiculo cordis*. W niektórych przypadkach słychać t. zw. „Fallgeräusch“ (WESTPHALEN) <sup>7)</sup>, t. j. szmer, który powstaje, gdy płyn wpada do jamy, zawierającej już płyn.

### B. Objawy przedmiotowe odrębne:

1) Przy samoistnem rozszerzeniu wrzecionowatem udaje się przy użyciu pewnego wysiłku przejść sondą do żołądka po przez nagromadzoną w przelyku zawartość i bez zmiany kierunku zgłębnika, natomiast przy uchyłkach, niezależnych od zwężenia organicznego wpustu, przeprowadzenie zgłębnika do żołądka staje się możliwe dopiero po opróżnieniu uchyłka i po pewnych manipulacjach sondą, albowiem wypełniony uchyłek mechanicznie zamyka drogę do żołądka.

2) Doświadczenie RUMPEL'a <sup>8)</sup> z 2 zgłębnikami pozwala nam także odróżnić uchyłek od rozszerzenia rozlanego. Doświadczenie to polega na następującem. Gruby zgłębnik, opatrzony w dolnej swej części, na długość 15 ctm., licznymi otworami, wprowadzamy do żołądka w ten sposób, że część sondy z kilkoma jeszcze otworami pozostaje w przelyku. Następnie wprowadzamy obok tego t. zw. zgłębnika głównego drugi, cieńszy, t. zw. zgłębnik dodatkowy, połączony z lejkiem, do przelyku. Gdy przez ten drugi zgłębnik wlejemy określoną ilość wody do przelyku, to przy rozszerzeniu rozlanem woda przy opuszczaniu lejka nie wylewa się napowrót, gdyż przez okienka w zgłębniku głównym ścieka do żołądka. Gdy zaś mamy do czynienia z uchyłkiem, natenczas większa część wody wróci do lejka przy opuszczeniu tego. Doświadczenie RUMPEL'a, zdaniem CZYGAN'a, nieraz zawodzi, mianowicie wskutek nagle występującego skurczu wpustu.

3) Wielkie znaczenie dla rozpoznania różniczkowego ma prześwietlanie za pomocą promieni X. Po raz pierwszy w r. 1898 zastosowałem rentgenografię do celów rozpoznawczych w cierpieniach przelyku. Sprawa dotyczyła 47-letniego chorego B., u którego rozpoznałem uchyłek w średniej części przelyku. Zgłębnik gałkowaty zatrzymywał się w odległości 28 ctm. od zębów siecznych. Po wypiciu 200 cm. sz. płynu, chory czuł, że cała ilość pozostawała w przelyku, a po wprowadzeniu zgłębnika na 27 ctm. rzeczywiście

<sup>6)</sup> M. EINHORN: Wiener medic. Presse. 1890. N. 2 u. 3.

<sup>7)</sup> WESTPHALEN. Archiv f. Verdauungskrankheiten. 1899. S. 106.

<sup>8)</sup> RUMPEL. Münchener medic. Woch. N. 15. 1897 r.



można było nawet jeszcze po 3 kwadransach całą ilość wypitego płynu wy-  
dostać napowrót. Chorego demonstrowałem w Warszawskim Towarzystwie  
Lekarskim na posiedzeniu w dniu 5 kwietnia 1898 r. Przedstawiłem również  
wówczas kryptogram tego uchylka, zdjęty przez d-ra M. BRUNERA, po wy-  
piciu przez chorego mieszaniny bismutowej. Dzięki rentgenografii <sup>9)</sup> łatwo od-  
różniamy uchylek przełyku od rozszerzenia wrzecionowatego: w pierwszym  
przypadku w dolnej części przełyku, po wlaniu doń mieszaniny bismutowej,  
otrzymujemy cień po jednej tylko stronie kręgosłupa, natomiast przy rozsze-  
rzeniu rozlanem cień występuje po obu stronach, przyjmując formę wrze-  
cionowatą.

Nie umiem powiedzieć, jakie znaczenie dla rozpoznania różniczkowego  
obu powyższych spraw może mieć oesophagoskopia, gdyż brak mi pod tym  
względem własnego doświadczenia.

---

Z WARSZAWSKIEGO ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY ORAZ CIERPIEŃ JAMY  
NOSO-GARDZIELOWEJ.

## ÓSMY PRZYZYNEK DO NAUKI O ZBOCZENIACH MOWY.

Przez

D-ra Władysława Ołtuszewskiego.

---

(Dokończenie. — Zob. Nr. 44).

**Jąkanie.** Spostrzegąłem 248 przypadków jąkania. W etiologii tego  
zboczenia, zarówno jak w latach uprzednich, najczęstszym momentem przy-  
czynowym była dziedziczność patologiczna w obszernem znaczeniu,  
odnotowana w 143 przypadkach (ściska w 69, obszerna w 74). Z pomiędzy  
spostreżeń, zamieszczonych pod rubryką dziedziczności, zasługuje na uwagę  
10 przypadków, w których nerwica przechodziła na dzieci, mimo iż one nie  
pozostawały w żadnej styczności z rodziną. Uraz bez momentu dziedzicz-  
nego zanotowałem w 5-ciu przypadkach. To samo dotyczy przestachu,  
zaznaczonego w 2, i naśladownictwa również w 2. Z szeregu momentów  
wywołujących, bez dającego się wykryć usposobienia neuropatycznego, mie-  
liśmy jeszcze chorobę zakaźną w 3, chorobę ustrojową osobni-  
ków w 8, upośledzenie umysłowe osobników w 6 i prędką mo-  
wę otoczenia w 1. W pozostałych 72 przypadkach z powodu braku wy-  
wiadów przyczyny nie można było wynaleźć. Jako drugi moment, usposabia-  
jący do jąkania, po dziedziczności uważam wiek. Z zestawionych szczegóło-  
wo odnośnych liczb okazało się, że większa część przypadków jąkania przy-  
padła na wiek tworzenia się mowy, daleko już mniejsza na czas między 5 — 8

---

<sup>9)</sup> RUMPEL pierwszy w roku 1897 posługiwał się rentgenografią dla celów rozpoznawczych  
w cierpieniach przełyku.



rokiem. Tylko w 2 poniżej zamieszczonych przypadkach jąkanie powstało w stosunkowo późnym wieku, a mianowicie jeden w 25 roku i jeden w 34.

Kazimierz K. lat 48 (Nr. 28 z 19 00/01). Ojciec nerwowy, nie zrównoważony. Zaczął się jąkać od 25 roku życia wskutek przestraszu. Jąkanie należało głównie do typu głosowego. Chory ten w ciągu 2 miesięcy wyleczył się.

Sz. 34 lat. licząca (Nr. 42, 19 01/02). Zgłosiła się 16/X 1901. Jak opowiada, przed 18 tygodniami zachorowała na czarną krostę na lewej ręce, wskutek czego zmuszona była poddać się operacyi, co ją tak przestraszyło, że straciła mowę samodzielną, obok zachowanego jej rozumienia. Trwało to 4 tygodnie, poczem powoli zaczęła mówić, ale z wielkim wysiłkiem. Obecnie mowę, jak również pismo rozumie, ma jednak przeszkody przy mowie, polegające na tem, że jest ona bardzo powolna, a głos jakby wydlawiany z krtani. Skurczów warg i języka nie dało się zauważyć. Badanie krtani wziernikiem nie wykazało żadnej nieprawidłowości. Wzruszenia pogarszały opisany stan mowy, szept nie zmniejszał kurczów krtaniowych, śpiewać nie chciała. Oprócz tego znalazłem u chorej wzmoczenie drugiego tonu aorty i białkomocz. Przypadek zaliczam do afonii spastycznej.

Anatomiczne objawy zwyrodnienia zanotowałem w 46 przypadkach. Jąkanie bardzo często wikłało się z innymi objawami nerwowymi, jak padaczka, histerya, neurastenia, strachy nocne, mimowolne oddawanie moczu i t. d. Leczenie czysto indywidualne, zastosowane do typu i postaci jąkania, dało mi, zarówno jak w latach ubiegłych, wyniki bardzo dobre. Leczyły się 62 osoby i wszystkie się wyleczyły z wyjątkiem tych, które samowolnie przerwały kurację.

Na zaznaczenie zasługuje jeden przypadek jąkania przy grze na trąbce (Nr. 85 z 19 00/01), oraz dwa przypadki jąkania głosowego, stwierdzone w lusterku krtaniowym. Zanim jednak ostatnie opiszę w strzeszczeniu, wspomnę choć w kilku słowach o obecnym poglądzie moim na jąkanie głosowe (porównaj Przyczynek I, II, III).

Wyróżniam: 1) toniczne kurcze głosowe mięśni zamykających głośnie 2) kloniczne tychże mięśni 3) toniczne kurcze głosowe mięśni rozszerzających głośnie i 4) kloniczne tychże mięśni. Pierwszy rodzaj jąkania głosowego przedstawia się pod postacią wydlawiania głosu, w lżejszych zaś stopniach jako przedłużanie samogłosek, drugi głosu drżącego, przyczem zamiast mowy artykułowanej mamy rodzaj beczenia, trzeci kurczu głosowego zupełnego, gdyż wskutek niemożności zbliżenia strun wokalizacya staje się zupełnie niemożliwa, wreszcie czwarty kurczu głosowego przerywanego, zależnego od prób zbliżenia do siebie strun, przyczem mowa artykulacyjna przerywa się, a chory w pewnych odstępach wydaje głos, zajmujący pośrednie miejsce między samogłoskami *y—e*. Wszystkie te skurcze tylko w wyjątkowych razach można spostrzegać w lusterku, a to z tej przyczyny, że jąkanie bardzo rzadko występuje przy wymawianiu pojedynczych głosek, oraz że już samo włożenie lustra do jamy nosowo-gardzielowej, działając poniekąd rewulsyjnie, znosi kurcze. Otóż do tych bardzo nielicznych przypadków, w których udało mi się pozycyę strun głosowych spostrzegać w lusterku, a tem samem ustalić ostatecznie teorię ostatnich dwu postaci jąkania głosowego, należą 2 poniżej zamieszczone spostrzeżenia.

Julian P. lat 23 (Nr. 38 z 99/00). W rodzinie ojciec się jąka, podlega jąkaniu od maleńkości. Oprócz jąkania głosowego przerywanego zauważy-



łem kurcze wdechowe. Przy badaniu lusterkiem, podczas wygłaszania przez chorego pojedynczych samogłosek, okazało się, że struny w celu zbliżenia się wykonywały ruchy wahadłowe. Chory ten po kilku miesiącach wyleczył się.

Mikołaj W. lat 14 (z 1901/02). Przed 4-ma miesiącami wskutek przestachu zaczął się jąkać przez 2 miesiące, a od 8 tygodni w zupełności przestał mówić, tak że skierowany został do mnie przez kol. HEINRYCHA, jako chory z zupełną niemotą ruchową. Ojciec chłopca oddaje się nałogowemu pijaństwu. W organach wewnętrznych żadnych zmian nie znalazłem. Układ nerwowy, oprócz wzmożonych odruchów ścięgnistych, nic godnego uwagi nie przedstawiał. Przy próbach odpowiedzi na zadawane pytania występowały silne skurcze przepony oraz słabo wyrażone skurcze mięśni twarzy i szyi, przyczem chory nie był w możności wymówienia nawet szeptem pojedynczej sylaby i dawał odpowiedzi na piśmie. Po za aktem mowy ruchy narządów artykulacyjnych okazały się w zupełności prawidłowe. Badanie lusterkiem krtaniowem przy próbach wokalizacji wykazało obraz, jaki spotykamy przy porażeniach, względnie skurczach mięśni obrączko-nalewkowych tylnych, a mianowicie: struny głosowe rozchodziły się ku tyłowi i tworzyły trójkąt równoramienny. Wobec wywiadów, skurczów przepony, mięśni twarzy i szyi oraz obrazu wziernikowego rozpoznałem jąkanie głosowo-oddechowe. Zupełną niemożność mówienia nawet szeptem objaśniam sobie równocześnie istniejącym skurczem przepony. Ten ostatni nawet sam przez się może znosić w zupełności możność mówienia, co niejednokrotnie miałem sposobność stwierdzić w przypadkach ostrego jąkania u histeryczek. Chory rozpoczął leczenie 17/III 1902. Już po kilku dniach mógł wygłaszać szeptem z początku oddzielne samogłoski, następnie zaś sylaby, a badanie wziernikiem wykazało zachodzenie struny fałszywej prawej na prawdziwą oraz nieznaczne zbliżenie strun prawdziwych. Przy końcu pierwszego tygodnia skurcze przepony znakomicie się zmniejszyły, a chory był w możności wygłaszać prawidłowo szeptem krótkie zdania. Przy badaniu wziernikiem znalazłem jeszcze znacznie-  
sze zbliżenie strun prawdziwych, a równocześnie z tem chwilami występujące zupełne zakrywanie prawdziwych przez nasuwające się fałszywe. Obraz wziernikowy stwierdził kol. WRÓBLEWSKI. Powoli zaczął chory mówić szeptem już zdania dłuższe, nieco zaś później powrócił głos z początku przy wygłaszaniu pojedynczych samogłosek, następnie sylab i wyrazów. Po miesiącu chory mówił prawidłowo, a struny prawdziwe w zupełności się zeszyły. Dodatni wynik leczenia potwierdził również rozpoznanie.

Jąkanie głosowe, stwierdzone w lusterku krtaniowem, jak wyżej nadmienilem, należy do niezmiernych rzadkości. Na 889 przypadków jąkania widziałem je tylko 3 razy, a mianowicie: w jednym przypadku afonii spastycznej, którą, jak wyjaśniłem w V Przyczynku, zaliczam do kurczu tonicznego mięśni, zamykających głośnie, oraz w dwu powyżej opisanych jąkania głosowego przerywanego i głosowego zupełnego.

\*

\*

\*

Na tem kończę szereg przyczynków, rozpoczętych w 1892 roku. W następstwie zamierzam jedynie ogłaszać ciekawsze kazuistyczne przypadki z Zakładu, jako pożyteczny materiał dla przyszłych pracowników na polu zbo-



czeń mowy. Obok naukowo opracowanego materiału klinicznego z ostatnich lat dziesięciu, zawierają one podstawowe nauki dla logopatologii, szereg ogólnych pytań, wiążących naukę o zбочeniach mowy z medycyną wewnętrzną, oraz obrazy patologiczne wszystkich kategorii jej zбочeń. Prace te pomieszczałem w całości (oprócz historii zбочeń mowy, drukowanej w „Medycynie“ oddzielnie) lub w obszernych streszczeniach (oprócz psychologii i filozofii mowy). Przyczynki te posłużą mi do napisania podręcznika nauki o zбочeniach mowy, którego część ogólna jest już na ukończeniu. Niektóre sprzeczności w zapatrywaniu się na obrazy patologii mowy, jakie, czytając je systematycznie, możnaby znaleźć, dadzą się w zupełności usprawiedliwić tem, że patogenezę niektórych zбочeń mowy musiałem sam opracowywać, a z tego względu w miarę gromadzenia się klinicznego materiału oraz większego doświadczenia niejednokrotnie zmieniałem swój pogląd. Ujednostajnione w tym względzie zapatrywanie znajdzie czytelnik w podręczniku, o którym powyżej wspominałem.

W ciągu dziesięcioletniego istnienia Zakładu zgłosiło się 1752 osoby <sup>2)</sup>. Liczba ta rozdzieliła się na różne kategorie zбочeń mowy w sposób następujący:

niemoty u dzieci . . . . .	348
niemoty u dorosłych . . . . .	45
bełkotania . . . . .	77
wadliwego wymawiania . . . . .	319
mowy nosowej . . . . .	62
jąkania . . . . .	889
trzepotania . . . . .	12

Na 1752 osoby leczyło się 310, a mianowicie: na 393 przypadki niemoty 27, w tej liczbie 4 dorosłe i 23 dzieci, na 346 przypadków bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem 9 dzieci od bełkotania i 74 od wadliwego wymawiania dzieci i dorosłych, na 62 przypadki mowy nosowej 10 osób dorosłych i dzieci, na 889 przypadków jąkania 190 dorosłych i dzieci.

Wyniki lecznicze okazały się zupełnie zadowolające. Wszystkie przypadki niemoty, w szczególności u dzieci, o ile ukończyły kurację, zostały wyleczone. To samo odnosi się do bełkotania, wadliwego wymawiania i mowy nosowej. Co się tyczy jąkania, to chorzy, którzy ukończyli całkowity kurs leczniczy, otrzymali pożądaný wynik, z wyjątkiem nielicznych ciężkich przypadków nerwicy, gdzie udało się jedynie uzyskać poprawę mowy.

Jeśli wziąć pod uwagę rzadkość zбочeń mowy w stosunku do chorób wewnętrznych, to chyba należy się zgodzić, że liczba zgłaszających się aż nadto usprawiedliwiła potrzebę otwarcia zakładu dla zбочeń mowy w naszym kraju, a to tembardziej, że nieliczne istniejące na zachodzie pod kierunkiem lekarzy (a tylko o takich może być mowa), nie nadają się dla nas choćby z tego względu, że leczenie odbywa się tu w języku obcym, nie odpowiadają więc najelementarniejszym w tym względzie wymaganiom. Największa stosunkowo liczba leczących się przypadła na jąkanie, najmniejsza na niemotę, bełkotanie i mowę nosową. Nie usprawiedliwia danego faktu ani mniejsza

<sup>2)</sup> Oprócz materiału poliklinicznego z ostatnich 3 lat.



ważność tych ostatnich zbroczeń, zwłaszcza u dzieci, ani też wyniki lecznicze, które zarówno, jak przy jankaniu, są dodatnie. Za najgłówniejszy powód tego poczytuję brak rozpowszechniania przez lekarzy odpowiednich w tym kierunku poglądów oraz małą poczytność wśród ogółu publiczności popularnych prac, które w ciągu ubiegłych lat ogłosiłem <sup>3)</sup>.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

85. BAMBERGER. Przypadek raka szyi macicznej jako przeszkody porodowej w końcu ciąży. Rak szyi macicy stanowi jedną z najcięższych przeszkód porodowych ze względu na groźne powikłania dla życia matki i płodu, powstające podczas porodu.

Oprócz przedwczesnego pęknięcia pęcherza, nadmiernie długiego przewlekania się porodu, zamarcia płodu, niebezpieczeństwa porodowe wzmagają się przez łatwość zakażenia, obrażenia dróg porodowych, wyczerpanie rodzącej, niezależnie od tego, że poród w niektórych przypadkach drogą naturalną staje się niemożliwy, a rodzące częstokroć umierają nierozwiązane.

Na szczęście tego rodzaju stany należą do rzadkich; częściej poronienie przerywa ciążę, a jeszcze częściej kobiety, dotknięte rakiem, nie zostają zapłodnione (statystyka WINCKEL'a, THEILHABER'a).

Postępowanie lecznicze w przypadkach raka, wikłającego poród, według COBNSTEIN'a i THEILHABER'a, powinno być uwarunkowane stanem rodzącej i zależec od rodzaju i rozwoju raka.

Oдноsna jednak literatura lekarska poucza, że wszelkie rodzaje operacji, stosowane w przypadkach porodu przy raku macicy miały przeważnie wynik ujemny.

Według GÖNNER'a w przypadkach, w których mamy do czynienia z guzem rakowatym na szypule, należy guz ten, o ile to jest możliwe, usunąć za pomocą żegadła tak, aby następnie można było przystąpić do nałożenia kleszczy. GÖNNER wszakże na podstawie swych przypadków stwierdza, że nałożenie kleszczy było zwykle trudne, pociągania wymagały użycia większej siły, a w dwóch przypadkach na cztery skutkiem kleszczy wytworzyła się przetoka pęcherzowo-pochwowa. Z tego powodu, według G., najważniejszą zasadą postępowania lekarskiego powinno być wyczekiwanie, aby dać możność rozwinięcia się pracy porodowej i rozciągnięcia się dolnego odcinka kanału rodnego, oczywiście zdrowej jego części. Wtedy dopiero ocenić można dokładnie stan rodzącej i wybrać zabieg najwłaściwszy, a mianowicie, określić, czy należy wyłuszczyć guz, czy tylko poprzestać na nacięciach części macicy zrakowaciałej, mając na względzie głównie życie płodu. „Gdzie znajdujemy jedynie nacięczenie rakowate, a nie guz, wystarczają nacięcia części zrakowaciałej macicy, oprócz tego wycięcie dostępnych części raka, a dopiero potem przystępujemy przy położeniach główkowych do nałożenia kleszczy.”

Podobną radę daje i FEHLING, który zaleca w przypadkach położenia podłuznych, jeżeli stwardniały pierścień rakiem dotkniętej macicy nie rozszerza się

<sup>3)</sup> Próba popularnego wykładu fizjologii i patologii mowy, Warszawa 1892. Hygiena mowy, Warszawa 1896. Zadanie rodziców oraz społeczeństwa względem dzieci umysłowo upośledzonych, Warszawa 1900. Niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jankanie oraz hygiena mowy, Warszawa 1901.



pod wpływem bólów, śmiałe, głębokie nacięcia szyi tak w górnej, jak w dolnej jej części, strzegąc się jednak obrażeń pęcherza.

W przypadkach, w których ze względów anatomicznych, częściowe wycięcie guza jest niemożliwe, a drogi porodowe nie rozszerzają się pod wpływem bólów, pozostaje dokonanie obrotu. Zabieg ten według COHNSTEIN'a należy do najniebezpieczniejszych operacji przy raku macicy ciężarnej. Tak, np. w 6-iu przypadkach THEILHABER'a trzy matki zmarły skutkiem zabiegu, a tylko jedno dziecko przyszło na świat żywe.

Jeżeli obrót jest przeciwwskazany, pozostaje do wyboru wymóżdzenie albo cięcie cesarskie. Ze względu na nieuleczalne cierpienie matki, ponieważ rak macicy w ciąży najczęściej nie nadaje się do operacji, wszyscy autorowie zgadzają się, że przy wyborze zabiegów operacyjnych należy mieć przedewszystkiem na względzie życie płodu.

Zaznaczyć jednak należy, że cięcie cesarskie przy raku macicy jest zabiegiem ciężkim i dającym dla matki wyniki złe, gorsze, aniżeli przy stosowaniu innych operacji akuszeryjnych.

Powodem do omówienia przebiegu i leczenia raka macicy w czasie porodu był własny przypadek autora.

W przypadku swym autor miał do czynienia z chorą lat 36, 8-my raz rodzącą. Chora w czasie ciąży cierpiała na krwotoki maciczne, powtarzające się w różnych odstępach czasu. Okoliczność ta wzbudziła podejrzenie akuszerki co do istnienia łozyska przodu. Z tego powodu wezwany już po rozpoczęciu bólów porodowych d-r BAMBERGER wymacał nacieczenie rakowate na obydwóch wargach części pochwowej, a twardy guz na prawej ścianie kanału szyi wielkości jaja kurzego, w jednej części rozpadający się i krwawiący.

Po nad guzem, obok którego można było przejść palcem, wyczuwała się główka płodu. Pęcherza płodowego nie było. Ujście zewnętrzne, rozwarłe więcej, aniżeli na palec. Tętno płodu prawidłowe. Stan matki był ciężki: tętno przyspieszone (120), ciepłota podniesiona (38,1°), duszność, wyczerpanie, krwawienie stałe, cuchnące odchody, wody odeszły od 5 dni, bóle co 3—5 m., silne i dotkliwe,

B., ze względu na skłonność do pęknięcia macicy zrakowaciałej, postanowił przystąpić do leczenia czynnego, obawiając się stracić dziecko przy dłuższem wyczekiwaniu.

B. w uśpieniu chorej dokonał licznych nacięć głębokich na części pochwowej i nadpochwowej szyi macicznej, a kiedy ujście zewnętrzne przepuszczało rękę, dokonał łatwo obrotu i wyciągnięcia żywego płodu.

Ze względu na znaczny krwotok B. natychmiast wycisnął łozysko i wprowadził zatykadło do jamy macicy. Trzeciego dnia jednak po operacji chora zmarła z powodu posoczniczego zajęcia otrzewny.

W końcowych uwagach autor wypowiada zdanie, że w następnym przypadku również podobnie postępować będzie z tą różnicą, że nacięć dokonywać będzie przy pomocy żegadła PAQUELIN'a; dezynfekcyja bowiem kanału rodowego za pomocą lizolu nie wystarcza przy rozpadzie raka macicy dla zapobieżenia zakażeniu posoczniczemu, łatwo przenoszacemu się do miejsca nacięć. Zejście dla matek mogłoby być pomyślniejsze, gdyby chore już w ciąży zwracały się do lekarza.

Wraz z udoskonaleniem techniki operacji pochwowych, szczególnie przy stosowaniu pochwowego cięcia cesarskiego według DUEHRSEN'a, w większej części przypadków raka macicy, nadających się do operowania jeszcze w końcu ciąży, zejście dla matek i dziecka mogłoby być pomyślniejsze; co się tyczy ra-



ków, nie nadających się do operowania, rokowanie zawsze pozostanie niepomyślnem. (*Münch. Med. Woch. N. 31. 1902 r.*). *Bronisław Szymański.*

86. GÖRGES. **O nowych środkach lekarskich: Aspirynie i dializacie naparstnicy.** Aspiryna jest acetylatem kwasu salicylowego, krystalizującym w postaci białych igiełek, rozpuszczalnych w wodzie 37° C. ciepłoty w ilości jeden na sto. Nie rozpuszcza się w kwasach, łatwo natomiast w rozcieńczonych szczawach (w soku kiszkiowym, krwi i limfie), przyczem rozkłada się na swe składowe części. W żołądku nie działa wcale i nie drażni go przeto, nawet po dłuższem użyciu.

GÖRGES już od 3 lat w szpitalu i w prywatnej praktyce używa u dzieci aspiryny zamiast przetworów salicylowych; jest z niej nader zadowolony. Przewszystkiem środek ten nie powoduje nieprzyjemnych działań ubocznych, jakoto objawów żołądkowych, t. j. wymiotów i gniecenia, a również nie sprowadza szumu w uszach lub głuchoty. W 2 tylko przypadkach na sto wystąpiły powyższe niepożądane objawy u bardzo wrażliwych osobników.

Wskazaniem głównem były cierpienia gośćcowe w stawach i mięśniach, a u tego rodzaju chorych dzieci stosował GÖRGES aspirynę w ciągu 8 dni do 6 tygodni w dużych dawkach, wynoszących po 0,5 na dawkę, trzy razy dziennie u dzieci od 3—5 lat, a po 1,0 również trzy razy dziennie u 6—10 letnich. Podobnie skutecznie działał ten przetwór w gośćcowem zapaleniu osierdzia i wsierdzia: gorączka spadała po 2—3 dniach, tętno poprawiało się, objawy podmiotowe ustępowały, a po dłuższem stosowaniu ginęły zupełnie.

Wreszcie skuteczność aspiryny spostrzegł GÖRGES w leczeniu płasawicy (*chorea minor*). 10 przypadków tego rodzaju miał w swej pieczy; niektóre z nich były bardzo ciężkie, a jednak przy systematycznym stosowaniu aspiryny ustąpiły w ciągu 3—4 tygodni, podczas gdy, jak wiadomo, uporczywe to cierpienie przy innych lekach (arszenik, chinina, brom) trwa zwykle kilka miesięcy. W płasawicy stosowano aspirynę po gramie na dawkę, trzy razy dziennie przez pięć dni z rzędu, poczem przerywano leczenie na trzy dni. *Ex juvantibus* skłania się autor ku zdaniu niektórych autorów (BESANÇON i PAULESCO), że płasawica jest chorobą zakaźną.

Aspirynę sprzedają obecnie w postaci pastylek półgramowych; 20 pastylek kosztuje 1 markę, leczenie przeto nie jest kosztowne. Pastylki rozpuszcza się w wodzie ocukrzonej i tak podaje dzieciom.

W drugiej części swego odczytu, wygłoszonego w berlińskim towarzystwie lekarskiem, zwraca G. uwagę na dializaty, wyrabiane przez firmę Golar i C. w Saxon (Szwajcarya). Świeże rośliny poddawane są przez 14 dni dializowaniu z wodą i wyskokiem, otrzymane zaś dializaty corocznie są tytrowane i stale zawierają przeto tę samą ilość substancyi działającej. Nadto tytracye te poddawane bywają jeszcze kontroli farmakodynamicznej na zwierzętach. Nawet w latach mało słonecznych, gdy rośliny mniej zawierają substancyi nam potrzebnych, owe przetwory dializowane wykazują zawsze tę samą wartość farmaceutyczną, a to dzięki dłuższemu wyparowywaniu roślin. Wiadomo, jak wielkie zachodzą nieraz różnice w obecnie używanych infuzach i dekoktach, przygotowywanych z tej samej rośliny, w tej samej nawet aptece; zależy to od zawartości środka działającego w roślinie, a różnice te wahają się np. co do digitotoksyny pomiędzy 0,1 a 0,6, czyli że jeden nastój może być sześćkroć silniejszy od drugiego, pomimo użycia tejże samej ilości liści naparstnicy i wody!

Dializaty zaś są przetworami stałymi i, jako takie, doskonale nadają się do dawkowania, wobec czego G. używał dializatu naparstnicy u dzieci 2—4 letnich, podając go im trzy razy dziennie po 2 krople i podnosząc powoli dawkę do



5—6 kropel na raz, a do 18 na dzień. U starszych dzieci rozpoczynał od 5—6 kropel, a potem podawał 8—10 kropel na raz. Lek ten wzmacniał i regulował tętno, usuwał sinicę, poprawiał łaknienie i stan ogólny. Działanie to objawiało się już po 2—3 dniach; podawano lek przez 8, a nawet 14 dni z rzędu, nie spostrzegając żadnych ubocznych niepożądanych skutków (kumulacji). Wskazania: wady serca, osłabienie działalności mięśnia serca i t. p.

Firma ta wyrabia nadto dializaty z innych roślin: *secale cornutum*, *semina colchici*, *semina thymi et pinguiculae* (doskonale podobno w kokluszu) i t. p., których GÖRGES próbuje obecnie w szpitalu, a otrzymanymi wynikami obiecuje podzielić się z kolegami.

(Berl. klin. Woch. 1902. Nr. 32).

L. Wolberg.

87. E. HOLLAENDER. **Lupus erythematodes.** Leczenie *lupus erythematodes* napotyka często na nieprzewyciężone trudności: o ile lekkie postaci ustępują zwykle pod wpływem środków obojętnych, ciężkie wędrują od lekarza do lekarza, a sprawa postępuje wciąż dalej. Zgodnie z najnowszymi poglądami choroba stoi w związku z cierpieniem naczyń, przebiegających dokoła i w samych gruczołach. Czy sprawa posuwa się z zewnątrz włąb, lub też przeciwnie — pozostaje kwestyą sporną; nie ulega jednak wątpliwości, że sprawa rozlana na obwodzie staje się coraz bardziej ograniczoną w głębi.

Co się tyczy poglądów na pochodzenie tej choroby, to jedni widzą w *lupus erythematodes* sprawę, bardzo zbliżoną do zwykłego wilka, zatem czysto gruźliczego pochodzenia, inni, zbijając argumenty strony przeciwnej, nie chcą widzieć w tych sprawach żadnego związku. Do bezwarunkowych przeciwników gruźliczego pochodzenia *lupus erythematodes* zalicza siebie i autor. Wobec zarzutów, stawianych w ostatnich czasach, zwolennicy gruźliczego pochodzenia omawianej sprawy zmienili swoje poglądy w ten sposób, że w *lupus erythematodes* widzą tylko wysypkę właściwą gruźlicy. Autor jednak zbija i ten pogląd i twierdzi, że choroba polega na specyficznych zmianach w gruczołach skóry, nie stojących jednak w najdalszym związku z lasecznikami KOCH'a.

Od kilku lat autor leczy *lupus erythematodes* wielkimi dawkami chininy do wewnątrz z jednoczesnym stosowaniem jodiny na miejsca chore.

Leczenie odbywa się w sposób następujący. Przedewszystkiem dajemy choremu 0,05 siarczanu lub chlorku chininy, żeby się przekonać, czy znosi wogóle chininę. W jednym przypadku u chorej po 0,06 chininy wystąpiły objawy zatrucia (drgawienie rąk, pęcherze na błonie śluzowej jamy ustnej, symetryczne sine plamy na dłoni); a jednak udało się przyzwyczaić ją do większych dawek, chociaż przy powtórzeniu kursu leczenia objawy te występowały za każdym razem na nowo.

Gdy chory znosi chininę dobrze, autor stosuje trzy razy dziennie po 0,5; w dziesięć minut po zażyciu chininy miejsca porażone smaruje się mocno jodyną. W ciągu 5—6 dni należy stosować ten zabieg podwójny, następnie robimy tyleż trwającą przerwę, w ciągu której tworzy się strup, a pod nim zjawia się błądy, zdrowy naskórek.

Większość chorych zużyła w ciągu leczenia około 60,0 chininy; nawet dawki 2-gramowe dziennie nie wywoływały żadnych objawów, prócz szumu w uszach, bólów głowy i łamania w kościach.

Dowodem wyleczenia jest tworzenie się strupa, składającego się z cząsteczek jodu, łusek naskórka i części składowych gruczołów. Strup ten zdejmuje się łatwo, a na dolnej jego powierzchni widzimy odlewy gruczołów łojowych



i potowych, czasami 6 — 8 mm. długie. Dopóki miejsce porażone swędzi, wyleczenie nie nastąpiło.

Zejsście przy tem leczeniu polega na wytworzeniu się blizny lub też powrocie do normalnej tkanki.

(*Berliner klinische Wochenschrift* Nr 30. 1902 r.)

H. Goldberg.

88 MARAGLIANO. **Wstrzykiwanie do żył tlenu u człowieka.** W ostatnich czasach prof. GAERTNER z Wiednia stosował wstrzykiwania śródżylnie tlenu u psa. Tlen został pochłonięty przez ciała krwi; jeżeli jednak chcemy uniknąć zatoru, musimy wybrać do wstrzykiwań miejsce możliwie odległe od serca, a samo wstrzykiwanie uskutecznić nader powoli.

W lipcu 1902 roku metoda ta została po raz pierwszy zastosowana do człowieka w klinice prof. MARAGLIANO.

Przyrząd do wstrzykiwania składa się z cylindra miareczkowanego i probówki; każde z tych naczyń jest zatkałe gumowym korkiem o dwóch otworach; cylinder z probówką połączony jest za pomocą rurki. Prócz tego od probówki odchodzi rurka, zakończona igłą, a cylinder łączy się z naczyniem, wypełnionem wodą i działającym, jak syfon.

Probówkę i cylinder wypełnia się 5% roztworem KOH, a następnie przepuszcza się prąd tlenu z gazometru. Ług pochłania resztki kwasów, tlen zaś wypełnia cały przyrząd, usuwając ług. Wtedy dopiero łączymy cylinder z syfonem, i woda, spadająca kroplami, wycisnia odpowiednią ilość tlenu.

Chory, u którego po raz pierwszy zastosowano ten zabieg, był to suchotnik w ostatnim okresie choroby. Duszność i sinica, puls 144, oddech 54 groziły śmiercią.

Utworzono prawą *vena dorsalis pedis*. W ciągu półgodziny zastrzyknięto 80 c. sz. tlenu; po 15 minutach jeszcze 40 c. sz. Po upływie godziny występuje: zmniejszenie liczby uderzeń pulsu o 24, oddechu o 14; stan subiektywny o wiele lepszy. Na drugi dzień jednak nastąpiło znowu pogorszenie wszystkich objawów, przy czem ciepłota spadła do 36.0° (*collapsus*). Chory domaga się powtórzenia zabiegu, lecz żadna żyła nie nabrzmiewa dość wyraźnie dla wkłucia igły.

Zdaje się, że wstrzykiwanie śródżylnie przedłużyło o parę godzin życie chorego. Zator jest wyłączony, jeżeli zabieg odbywa się powoli i najwyższa ilość gazu nie przekracza naraz 500 c. sz.

(*Semaine médicale* 23. Juillet 1902).

H. Goldberg.

89. F. BARJON i A. CADE. **Przyczynnik do cytologii gruźliczego zapalenia opłucny.** Na mocy swych poszukiwań autorowie uważają cytodyagnostykę WIDAL'a za metodę, mającą doniosłe znaczenie praktyczne, zwłaszcza przy rozpoznawaniu przyrody wysięków opłucny. Co się tyczy cytodyagnostyki wysięków stawowych, otrzewnowych oraz płynu mózgowodzeniowego, to poprzednie badania autorów wykazały, że znaczenie jej dla kliniki jest o wiele mniejsze, zwłaszcza z pierwszych. W obecnej pracy autorowie zajmują się jedynie gruźliczym zapaleniem opłucny. Materiał ich obejmuje 43 przypadki, z których 25 pewnej gruźlicy, a 18 bardzo prawdopodobnej. Do pierwszej kategorii należą przypadki, w których za przyrodą gruźliczą cierpienia przemawiają: dane badania klinicznego, oględziny pośmiertne, serodyagnostyka oraz szczepienie zwierzętom; do drugiej autorowie zaliczają te przypadki, które nie zależały od żadnej znanej i oczywistej przyczyny, i których przyroda nie mogła zostać stwierdzona ani przy oględzinach pośmiertnych, ani za pomocą szczepienia (zapalenie opłucny pierwotne).

Ze spostrzeżeń swych autorowie wyprowadzają wniosek, że wysięki gruźlicze cechuje wzór, odznaczający się przewagą limfocytów. Liczba limfocytów wa-



ha się między 65—98%. Dodać jednak należy, że często w początku cierpienia spotykamy w osadzie większą lub mniejszą liczbę leukocytów wielojądrowych. Wogóle autorowie sądzą, że ostateczny wzór wysięków gruźliczych opłucny ustala się dopiero, poczynając od trzeciego tygodnia. Jeśli obok wysięku opłucny istnieją zmiany w płucach, szczególnie zaś zmiany wrzodziejące, to komórki wielojądrowe stwierdzić się dają przez czas bardzo długi, a nawet nieokreślony. W pierwotnej zaś gruźlicy opłucny leukocyty wielojądrowe także istnieją z początku choroby, lecz ich obecność tu jest tylko przemijająca; są one jakby świadkami istniejącego w początku odczynu zapalnego i wraz z tym ostatnim znikają. Zaznaczyć jeszcze należy, że badanie płynu po odwłóknieniu nie jest odpowiednie, gdyż wytwarzający się włóknik porywa za sobą wiele leukocytów wielojądrowych, co znacznie wpływa na wynik badania.

Co się tyczy komórek śródbłonkowych, to napotykamy je dość często w wysiękach gruźliczych. Odróżnienie ich od dużych komórek jednojądrowych jest trudne. Na 25 przypadków pewnej gruźlicy opłucny autorowie napotkali je 9 razy, a na 18 przypadków prawdopodobnej gruźlicy — 8 razy, co stanowi razem 40% wszystkich przypadków.

Wniosek, jaki autorowie wyciągają ze swych badań, brzmi jak następuje: cytodyagnostyka WIDAL'a stanowi dla klinicysty drogocenną metodę, łatwą w wykonaniu, a w stosunku do gruźliczego zapalenia opłucny prawie nieomylną.

(*Archives génér. de Med.* Sierpień. 1902).

S. P.

90. A. JAQUET. **Przemiana materii w okresie gorączkowym i w czasie zdrowienia po chorobach zakaźnych.** Autor, rozpatrzywszy krytycznie najnowsze jednoosne prace, wyprowadza z nich następujące wnioski praktyczne.

Podniesienie ciepłoty w chorobach zakaźnych zależne jest tylko w słabym stopniu od spotęgowania przemiany materii, głównie zaś uwarunkowane jest przez niedostateczne wydalanie ciepła z ustroju. Między stopniem ciepłoty a natężeniem przemiany nie zachodzi żaden prosty stosunek; przemiana zależy przede wszystkim od rodzaju zakażenia, które może samo przez się zwiększyć wymiany organiczne bez równoległego podniesienia ciepłoty. To ostatnie jest tylko objawem drugorzędym, który nie powiadamia nas o ciężkości zakażenia i na przebieg choroby wielkiego wpływu nie wywiera, skutkiem czego lekarz nie powinien występować do energicznej z niem walki na wzór niedawnej jeszcze stosunkowo przeszłości, gdy, pod wpływem prac LIEBERMEISTER'a i LEYDEN'a, upatrywano w gorączce największego wroga.

Jakkolwiek spotęgowanie przemiany materii w chorobach zakaźnych nie jest tak znaczne, jak dawniej sądzono, to jednak zwiększenie spraw utleniających jest faktem. A zatem w ciągu okresu gorączkowego ustrój ponosi straty, które w miarę możliwości uzupełniać winniśmy przez dostateczne żywienie. Obawa żywienia chorych gorączkujących jest jeszcze nadto rozpowszechniona. Chorzyjci okazują wprawdzie najczęściej brak łaknienia i nie chcą przyjmować większych ilości pożywienia; można jednak przez podawanie pokarmów płynnych ułatwić im przyjęcie pewnej ilości pożywienia, pokrywającej do pewnego stopnia ponoszone przez ustrój straty, przez co zmniejszamy wyczerpanie chorego przy długotrwałych stanach gorączkowych. Najważniejsza jest ta okoliczność, ażeby pożywienie było bogate w azot. Wskazanie to wypełniają: mleko, jaja, soki mięsnej oraz różne przetwory białkowe. Można jednak również zmniejszyć rozpad białka, jak tego dowiódł SCHOLTZ, przez dodawanie do pożywienia dostatecznej ilości wodoranów węgla.



Ważną również rolę gra pożywienie w okresie zdrowienia. W tym okresie sprawy utleniania, jak tego dowodzą odnośne poszukiwania, są jeszcze znacznie wzmożone, a więc winniśmy starać się o przekarmianie. Nadmierny dowóz pożywienia winien trwać przez cały czas zdrowienia, t. j. dopóty, dopóki natężenie przeróbki nie spadnie do granic prawidłowych, co, według badań SVENSON'a, po ciężkim tyfusie następuje dopiero po 6—8 tygodniach.

(*Sem. méd.*, 1902, N. 35).

S. P.

91. A. HAND i J. WALKER. Zestawienie przebiegu 71 przypadków duru brzuszego w szpitalu dziecięcym w Filadelfii. W lecie 1901 roku dur brzuszny szerzył się nagminnie w Filadelfii pomiędzy dziećmi. Na 71 przypadków przyjęto do szpitala chłopców 42, dziewczynek 29. Dzieci do lat dwóch, chorych na tyfus, w szpitalu nie było, pomimo przepełnienia oddziału, przeznaczanego dla niemowląt. Najwięcej (11) było chorych 7 letnich i 12 letnich. Autor przypuszcza, że częstość zapadania dzieci w wieku lat 7 na tyfus można tłumaczyć zaburzeniami trawienia, towarzyszącymi wypadaniu zębów mlecznych.

W okresie zwiastunów notowano rozwolnienie w 36 przypadkach, wymioty w 19, krwawienie z nosa w 13, drgawki w 1. Najkrótszy przebieg choroby był 9 dni, najdłuższy 44. Najwyższa spostrzegana ciepłota była 40,9°. Z 64 badanych przypadków odczyn WIDAL'a znaleziono w 56. Autorowie znajdowali odczyn WIDAL'a u dwóch siostr chorych na 27 dzień choroby, u jednej z nich na 10 dzień nawrotu. Również u siedmioletniej dziewczynki odczyn WIDAL'a wystąpił dopiero na 26 dzień po nawrocie i 42 dzień choroby.

W 12 przypadkach śledziona nie była powiększona. Z 65 białych dzieci u 52 była wyraźna, lecz nie obfita wysypka. W 11 przypadkach było znaczniejsze zajęcie sensorium. Krwawienia z nosa spostrzegano w przebiegu choroby w 3 przypadkach, diazoreckoya wystąpiła w 70 na 71 przypadków.

U 13 chorych nastąpiły powikłania, u 6 ropne zapalenie średniego ucha, u 1 nieropne zapalenie gruczołów szyjowych, u 1 ropne zapalenie tych gruczołów, *vaginitis* i *nephritis* u 1 chorej, *nomu* w jednym, i dyfteryt w jednym przypadku. Ostatnie dwa przypadki skończyły się niepomyślnie.

W 6 przypadkach były nawroty. Zmarło 3 chorych. Leczenie było objawowe. We wszystkich przypadkach podawano alkohol w małych dawkach. Stosowano też kąpiele 29,5° C. i wycierania zimną wodą.

(*The American Journal of The medical sciences*, June, 1902 p. 990). Hobub.

92. G. HEDRÉN. Rozprawa akademicka o spędzaniu płodu z punktu widzenia medycyny sądowej. (Sztokholm. 1901). W jednym z ostatnich numerów „Centralblatt für Gynaekologie“ (Nr. 32) znajduje się streszczenie bardzo ciekawej rozprawy HEDRÉN'a, które i czytelników naszych zainteresuje. Jest to monografia o spędzaniu płodu z punktu widzenia medycyny sądowej, uwzględniająca przede wszystkim kazuistykę szwedzką. Po określeniu samego pojęcia: spędzenie płodu, po zestawieniu danych historyi, statystyki ogólnej i prawodawstwa względem *abortus criminalis*, autor przystępuje do krytyki prawodawstwa z punktu widzenia lekarskiego, nareszcie omawia sposoby zapobiegania przestępczym poronieniom przez rząd i ogół: Urządzenie jak największej liczby żłobków dla podrzutek, uwolnienie od kary każdej kobiety, która wyda nazwisko osoby, która jej płód spędziła, aby przede wszystkim pociągnąć do odpowiedzialności zawodowców tej czynności zbrodniczej, ścisłą kontrolę wszelkich przytułków położniczych prywatnych, kontrolę działalności każdej akuszerki.

Dalej autor podaje ścisłą statystykę wszystkich przypadków poronień kryminalnych w Szwecji, ujawnionych w przeciągu czasu od roku 1851 do roku



1900. We wszystkich tych przypadkach miało miejsce dochodzenie sądowo-lekarskie. Na 1412 przypadków poronień kryminalnych zmarło kobiet 1388, czyli tylko 24 kobiety pozostały przy życiu. Spędzanie płodów staje się coraz częstsze w Szwecyi. 1851—1880: 3,04 przypadków na rok oraz na 100,000 ludności, 1891—1900 natomiast aż 19,01. Na 1394 kobiety, których stan cywilny był wiadomy, były 1262 niezamężne, 86 mężatek i 46 wdów. Do spędzenia płodu w Szwecyi najczęściej używano fosforu: 1271 razy — tylko 10 kobiet pozostało przy życiu, — białego arszeniku użyto 70 razy, sabiny 15 razy, mechanicznych środków tylko 8 razy. Od 15 lipca 1901 r. w Szwecyi zabroniono sprzedaży zapalek fosforowych, aby zapobiedz używaniu ich do spędzania płodów. Rozporządzenie takie wydał rząd po kilkakrotnej dyskusji owej kwestyi oraz usilnej agitacyi prasy.

*Fr. Neugebauer.*

93. James B. HERRICK. Zapalenia stawów, spowodowane przez zakażenie pneumokokowe. Dwuziarniak FRAENKEL'a może powodować pierwotne i wtórne zapalenia stawów; te ostatnie spotykają się w związku z zapaleniem płuc włóknikowem. Powikłanie to w zapaleniu płuc jest dosyć rzadkie. Na 3293 przypadki *pneumoniae crouposae* spostrzegano zapalenia stawów 2 razy według statystyki Charité z lat 1874—1889. Inne statystyki podają 2 razy większą częstość. Autor zestawil 52 przypadki, znane w literaturze, i między nimi trzy własne spostrzeżenia. We wszystkich tych przypadkach rozpoznanie robiono bakterjologicznie.

W 23 przypadkach dotknięte były tylko górne kończyny, w 18 tylko dolne, a w 32 — chory był tylko jeden staw. W 22 przypadkach zajęty był staw kolanowy, w 8 — obojczykowo-mostkowy, w 12 — barkowy, w 3 — biodrowy, w 8 — napaściowy, w 9 łokciowy. Z 47 chorych 40 było mężczyzn.

W kilku przypadkach są wzmianki o poprzednim urazie stawu, przebytem goścu stawowym, otruciu ołowiem, wreszcie podagrze. W jednym przypadku zapalenie stawu kolanowego było pierwotne. Chora zmarła po 17 dniach, pomimo odjęcia nogi. W ropie znalezione dwuziarniak FRAENKEL'a i gronkowiec złocisty. Zapalenie stawów spostrzegano w przebiegu zapalenia płuc przed przesileniem, najczęściej zaś po przesileniu po 2—4—15 dniach. Śmiertelność w spostrzeganych przypadkach wyniosła 65%. W 44 przypadkach zapalenie było ropne, w 8 surowicze. Przebieg w spostrzeganych przypadkach był podobny do rzezączkowego porażenia stawów. Zapalenie było długotrwałe i nie przechodziło szybko z jednego stawu na drugi, jak w ostrym goścu.

Natężenie zapalenia i zniszczenie tkanek stawowych może być bardzo różne. W ostrych przypadkach znajdowano często tylko „*synovitis*“. U tego samego chorego w jednym stawie może być wysięk ropny, w innym surowiczy. Przy większej złośliwości zapalenia chrząstki mogą być nadżarte, kość, więzy, pochwy ścięgien i mięśnie mogą być mniej lub więcej wciągnięte w sprawę.

Leczenie zapaleń ropnych wymaga przecięcia i drenowania stawu, surowicze zapalenia przechodzą przy unieruchomieniu z uciskiem po aspiracyi wysięku. Autor zwraca uwagę, że po zapaleniu płuc mogą występować zapalenia stawów, zależne od innych pasorzytów (tyfusowych, ropnych według SMIRNOW'a), wreszcie artralgie w okresie zdrowienia spostrzegane były niejednokrotnie. Zapalenia stawów, zależne od dwuziarniaka FRAENKEL'a, spostrzegane były nie tylko w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego, ale też w przypadkach *meningitis, endocarditis et pericarditis pneumococcica*.

(*The American Journal of The Medical sciences*. July. 1902 P. 12—35).

*Hohub.*



## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 7 października 1902 r.

TREŚĆ: 1) Z. ENDELMAN — przedstawienie rozszerzacza Bossi'ego. 2) Teodor HEIMAN — przedstawienie chorej po operacji z powodu zakrzepu zatoki poprzecznej lewej. 3) A. LANDAU — „Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu w warunkach normalnych i patologicznych“.

1) Kol. Z. ENDELMAN przedstawił rozszerzacz Bossi'ego i wypowiedział kilka słów o stosowaniu tego przyrządu w praktyce akuszeryjnej.

Najpierw E. przypomniał o metodach, stosowanych obecnie w praktyce akuszeryjnej w celu bezkrwawego rozszerzenia ujścia macicznego, a polegających na: 1) wprowadzaniu do macicy elastycznych lub nieelastycznych balonów, 2) kolejnym wprowadzaniu do szyi macicznej palców. Pierwsza wymaga dużo czasu, druga męczy operującego i jest dość niebezpieczna. W celu szybkiego rozszerzenia ujścia macicy prof. LEOPOLD poleca bardzo przyrząd włoskiego akuszerza Bossi'ego, demonstrowany przez mówcę. Przyrząd ten składa się z 4-ch ramion, które za pomocą śruby, umieszczonej na drugim końcu instrumentu, oddalają się wzajemnie, rozszerzając w ten sposób szyję maciczną. Ramiona rozszerzacza zaopatrzone są w gilzy, dające się łatwo usunąć; posiadają one u górnego zewnętrznego brzegu listewki, które mają zapobiegać ześlizgiwaniu się instrumentu z ujścia wewnętrznego. W końcu E. opowiedział o jednym przypadku, w którym ze skutkiem stosował ten przyrząd.

2) Kol. T. HEIMAN przedstawił 5-letnią dziewczynkę, którą operował w Częstochowie z powodu zakrzepu zatoki poprzecznej lewej, wywołanego zapaleniem ucha środkowego. Dziewczynka ta na 7 tygodni przed operacją zapadła na jakąś chorobę gorączkową z wysypką (szkarlatyna?), a następnie dostała płam w gardle, na łukach podniebiennych. Na 3 tygodnie przed opisywaną operacją kol. WRZEŚNIEWSKI otworzył jej lewy wyrostek sutkowy, który uległ ropnemu zapaleniu. Stan pomimo to był nadzwyczaj ciężki. Ciężota 40,5<sup>o</sup>, tętno 140—160. Oddech 36. Wezwany H. usunął kleszczami kostnemi cały wyrostek, uległy zgorzeli, z jamy sutkowej usunął ropę, następnie otworzył jamę czaszkową w kierunku zatoki poprzecznej, zrobił przekłucie opony twardej; nie otrzymawszy płynu, H. rozciął zatokę, wyciągnął z niej zakrzep 3 ctm. długi. Podwiązaniu żyły szyjowej przeszkodził bardzo ciężki stan chorej. Przez pierwsze 3 dni po operacji stan był bezgorączkowy, później jednak chora gorączkowała jeszcze przez 3 miesiące. Wystąpiło ropne zapalenie opłucny i kilka ropni. Następnie gorączka znikła, i chora zupełnie się poprawiła.

W danym przypadku operacja, zdaniem H., złagodziła przebieg ropnicy. H. przypomina o ważności przekłuwania zatok i nie polegania na niebieskim kolorze opony twardej.

3) Kol. A. LANDAU odczytał dokończenie swej pracy p. t. „Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu w warunkach normalnych i patologicznych“.

Mówca rozpatrywał ciśnienie osmotyczne krwi i moczu w poszczególnych stanach chorobowych, jako to: zapalenie nerek, niedomoga serca, miażdżyca tętnic, choroby gorączkowe, krwi i przemiany materii. Mówca stawia w końcu wnioski następujące:

1) Podniesienie ciśnienia osmotycznego krwi nie stanowi nieodłącznej cechy niedomogi nerek, zdarzają się bowiem przypadki, kiedy pomimo osłabionej działalności tych narządów ciśnienie osmotyczne krwi pozostaje normalne lub nawet spada poniżej normy. Zjawisko, powyższe zależne jest od zatrzymania



przez krew wody, za czem przemawia zmniejszona zawartość we krwi azotu, względnie białka i suchej substancji.

2) Ciśnienie osmotyczne krwi przy miażdżycy tętnic niekiedy podnosi się. Opierając się na objawie powyższym oraz na wynikach badania kryoskopowego moczu, autor stwierdził u chorych, dotkniętych miażdżycą tętnic, istnienie napadów niedostatecznej czynności nerek, napadów, przedstawiających analogię do dusznicy bolesnej i dychawicy sercowej.

*St. Kopczyński.*

## Wiadomości bieżące.

— W kwietniu 1903 r. Warszawskie Towarzystwo Higieniczne urządza specjalne obrady z udziałem członków prowincjonalnych, poświęcone uzdrowotnieniu mniejszych miast i wsi w kraju. Ze względu na niepomyślny stan warunków higienicznych naszej prowincji obrady te mogą mieć doniosłe znaczenie społeczne. Pożądanym jest przedewszystkiem współdziałanie mieszkańców prowincji (lekarzy, weterynarzy, prezydentów miast i t. p.), jako najbliższej oboznanych z potrzebami miejscowemi. Program obrad obejmuje następujące sprawy: 1) Zaopatrzenie miast i wsi w dobrą wodę. 2) Usuwanie nieczystości i ścieków. 3) Szczepienie ospy w miastach i gminach i zapobieganie chorobom zakaźnym w ogólności. 4) Budowa domów mieszkalnych, szpitali, szkół, rzeźni i t. p. w mniejszych miastach i wsiach. 5) Pomoc lecznicza ludności wiejskiej; pomoc dla położnic. 6) O środkach materyalnych ku uzdrowotnieniu miast i wsi. 7) Kąpiele ludowe. 8) Statystyka sanitarna. Obrady zajmą nie więcej nad 4—5 dni czasu. W obradach mogą brać udział jedynie członkowie Towarzystwa higienicznego. We właściwym czasie ogłoszony będzie szczegółowy program podziału pracy z datami posiedzeń. Wszelkie zgłoszenia z zapowiedzią referatów (odczytów) [zwracać należy do Towarzystwa Higienicznego (Krakowskie Przedmieście 66).

— Wyszła z druku praca d-ra W. MĘCZKOWSKIEGO p. t. „O udawaniu objawów nerwowych oraz kilka uwag o badaniu i świadectwach lekarskich w przypadkach cierpień urazowych“. Skład główny w księgarni E. Wende i S-ka. Cena 1 rb.

— Były Naczelnym lekarzem szpitala Dz. Jezus D-r med. J. WSZEBOR wybrany został na kuratora szp. Ś-go Stanisława (b. Zapasowy) w Warszawie.

— Kol. Józef ZAWADZKI, współredaktor „Kroniki Lekarskiej“, otrzymał koncesję na wydawanie nowego pisma lekarskiego p. t. „Biblioteka Lekarska“; ma to być miesięcznik, zawierający przeważnie podręczniki lekarskie oryginalne i tłumaczone. Cena prenumeracyjna ma wynosić 8 rb. rocznie w Warszawie i 10 rb. na prowincyi.

— Pod kierunkiem lekarskim kol. Wł. KOCIATKIEWICZA otworzono zakład Leczniczo-Gimnastyczny p. KARPOWICZOWEJ. Zakład mieści się przy ulicy Kruczej Nr. 47.

— Zjazd otologów w Bordeaux odbędzie się dopiero w roku 1904.

— Następny międzynarodowy Zjazd do walki z gruźlicą odbędzie się w Paryżu w roku 1903.

— Na redaktora Pamiętnika Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego na nowe trzecielecie wybrany został dotychczasowy redaktor kol. Stanisław KAMIENSKI.

— Kol. MAJEWSKI Feliks, który otrzymał nagrodę stypendyum Imienia T. DUNINA, jest elewem kliniki prof. KADERA.

— Kol. B. CHROSTOWSKI, starszy ordynator szpitala Dz. Jezus, mianowany został 2-im pomocnikiem Naczelnego lekarza tegoż szpitala.

— Sprawozdanie roczne z działalności Towarzystwa Lekarskiego w Częstochowie. Rok sprawozdawczy obejmuje czas od września 1901 r. do września 1902 r. Pierwsze posiedzenie organizacyjne miało miejsce w d. 1 września 1901 r. Posiedzenia zwyczajne od-



bywały się systematycznie raz na miesiąc. Ogółem w ciągu roku było 10 posiedzeń zwyczajnych i 2 nadzwyczajne, poświęcone wyłącznie sprawom higieny. Na posiedzeniach zwyczajnych wypowiedziano 19 odczytów treści następującej: Kol. BATAWIA — O Elektropsychoforze (druk. w „Medycynie“). Kol. BIEGAŃSKI — Cel Towarzystw Lekarskich prowincjonalnych (druk. w „Czasopiśmie lekarskim“). Tenże — Stanowisko R. VIRCHOW'a w historii medycyny (druk. w „Now. Lek.“). Tenże — O pracy naukowej lekarzy prowincjonalnych (druk. w „Kryt. Lek.“). Tenże — O ciśnieniu osmotycznym. Tenże — O tegorocznej epidemii gośdca stawowego. Kol. BRZEZIŃSKI — O postępowaniu lekarskiem przy uszkodzeniach fabrycznych (druk. w „Czasop. lek.“). Kol. DRABZYK — Z powodu śmierci prof. NENCKIEGO (druk. w „Czasop. Lekarsk.“). Dentysta p. GELBARD — Wyniki badania zębów u młodzieży gimnazjalnej w Częstochowie. Kol. KOHN — Sposób kontroli chorych robotników fabrycznych. Kol. MARCZEWSKI — Ciała obce, pogrążone całkowicie w ciałku szklistym. Kol. PIETRASIEWICZ — Sprawozdanie z działalności przytulku położniczego w Częstochowie. Kol. PISARZEWSKI — Jeden z najwcześniejszych objawów przymiotu mózgu. Tenże — O leczeniu pęknięć macicy. Kol. PUFERMAN — Wpływ egzaminów szkolnych na układ krwionośny (druk. w „Gaz. Lek.“). Tenże — Kilka słów w sprawie osmotycznego i tonometrycznego ciśnienia krwi przy pewnych zaburzeniach czynności nerek. Kol. ROZENFELD — O rozpoznawaniu i leczeniu ostrej rzeżączki cewki tylnej. Kol. WASILEWSKI — Trzy przypadki krupu przewlekłego. Kol. WASSERTHAL (z Karlsbadu) — O metodach badania funkcji nerek. Na posiedzeniach nadzwyczajnych wypowiedziano 2 odczyty: Kol. BIEGAŃSKI — Pałace potrzeby higieniczne m. Częstochowy. Kol. ROZENFELD — Higiena pielgrzymek do Jasnej Góry (druk. w „Zdrowiu“). Oprócz odczytów na posiedzeniach zwyczajnych było 13 przedstawień (demonstracji) chorych i preparatów. Sprawozdania z posiedzeń zwyczajnych były umieszczane w „Czasopiśmie lekarskim“, z nadzwyczajnych w

„Zdrowiu“. Na posiedzeniach bywało obecnych od 24 do 36 członków. W maju b. r. Towarzystwo Lekarskie urządziło 2 odczyty bezpłatne dla ludu. Była przeczytana książeczka popularna d-ra PUŁAWSKIEGO p. t. „O tem, co to jest ospa i co czynić należy, aby się od niej uchronić?“. W maju i czerwcu w Czytelni Towarzystwa zaszczepiono bezpłatnie ospę 600 dzieciom i dorosłym. Wreszcie Towarzystwo poruszyło trzy ważne pod względem praktycznym sprawy, a mianowicie sprawę budowy nowego szpitala, urządzenia kąpeli ludowych i higieny pielgrzymek. Biblioteka Towarzystwa, licząca 176 dzieł w 266 tomach, powstała częściowo dzięki ofiarności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i Kolegów (za pośrednictwem d-ra PITASA, po d-rze WASSERZUGU, od d-ra KOHNA, STANISZEWSKIEGO, BIEGAŃSKIEGO, PASIERBIŃSKIEGO, SZPIGLA, SERKOWSKIEGO), częściowo z własnych funduszy Towarzystwa. W bibliotece znajduje się nadto 118 roczników czasopism lekarskich, ofiarowanych przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, przez d-ra STANISZEWSKIEGO, WASSERZUGA i KOHNA. Czytelnia Towarzystwa, otwarta codziennie, posiada 17 czasopism lekarskich, w tem 11 polskich, 2 francuskie, 2 niemieckie, 1 rosyjski i 1 czeskie. Członkowie rzeczywisci tytułem rocznej składki płacili 10 rb., korespondenci — 3 rb. Ogólny dochód Towarzystwa, powstały ze składek członków rzeczywistych i korespondentów, wpisowego i zasiłków pieniężnych członków ofiarodawców, wynosił w ciągu roku 494 rb. 95 kop. Rozchód — 461 rb. 89 kop. W końcu roku sprawozdawczego Towarzystwo liczyło 49 członków rzeczywistych, 5 korespondentów i 11 członków ofiarodawców. Skład Zarządu był następujący: Prezes — kol. BIEGAŃSKI, Wiceprezes — kol. PISARZEWSKI, Sekretarz — kol. SĘKOWSKI, Skarbnik — kol. REJMAN, bibliotekarz — kol. KOHN, członkowie zarządu: kol. ŚLIZIEN i WRZEŚNIEWSKI. Uroczyste posiedzenie w d. 4 września r. b., na które zaproszeni zostali przedstawiciele inteligencji m. Częstochowy, rozpoczyna drugi rok istnienia Towarzystwa.

Sekretarz *K. Rozenfeld.*



# HEMATOGEN D<sup>-ra</sup> HOMMELA

Czyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0;  
chemicznie czysta glicerina 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0;  
(alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny, odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

**Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.**

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakteryi, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetworzonym) Sztuczne trawienie, bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach, znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony, albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonale wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zolżów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy organizmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

**Wystrzegać się zafalszowań!** Ostrzegamy przed licznymi zafalszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to po prostu najwzyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu Hommela.

**Próby:** darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własności naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycyi: **APTEKA NA BOLSZOJ OCHTIE W S. PETERBURG.** Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!), Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków); Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

*Sprzedż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8½ uncyi) 1 r. 60 k.*

**Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).**



# SANATOGEN

*Środek wzmacniający*  
*Działanie tonizujące*  
**Zupełnie nie drażni.**

Panom lekarzom wysyła próby i broszury  
bezpłatnie reprezentant: **Biertuempfel,**  
Warszawa Marszałkowska 136.

Fabrykanci: **Bauer & C-ie,**  
Berlin, S. O. 16.



**Aparaty Dezynfekcyjne**  
za pomocą **Formaldehydu**

do dezynfekcji  
MIESZKAN,  
MEBLI,  
Garderoby  
i wszelkich  
PRZEDMIOTÓW  
bez  
uszkodzenia  
takowych.

**Adolf Witt**  
FABRYKA  
ul. Leopoldyny № 11

GENIUM NA ZADANIE

— Skład fabr. Elektoralna 21

## Pracownia analityczno-lekarska Dr-a Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-  
skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-  
łądkowej, kału, wydzielin z narządów moczop-  
łciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-  
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki  
lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

## NAŁĘCZÓW

Zakład leczniczy dla chorych z choroba-  
mi **wewnętrzniemi** (z wyłączeniem gruźlicy  
i zakaźnych) i **nerwowemi** (z wyłączeniem  
umysłowych). W sezonie zimowym ceny  
zniżone (utrzymanie wraz z leczeniem od  
3 rb. 50 kop. dziennie). Szczegółowe pro-  
spekty na żądanie gratis i franco.

Dyrektor **Dr. A. Puławski.**

Lekarz zakładu **Dr. B. Małewski.**

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny  
**PRACOWNIA przyrządów ORTOPEDYCZNYCH**  
**D-ra Reichsteina**  
Warszawa—Leszno 31.

1) Tampony ginekologiczne na nitkach po 10 sztuk  
2) Ligatury

## Składy Główne materiałów opatrunkowych Sterylizowanych z Pracowni D-ra Bo- rzymowskiego

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

w Warszawie: 1) Solna 17 m. 5. Pracownia  
Steryliacyjna  
2) Towarzystwo Akc. Handlu Towar.  
Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptekarze  
i Ludwik Spiess i Syn Senatorska Nr.  
24. Telefon. Nr. 610.  
w Łodzi: 1) Piotrkowska Nr. 11 (Spiess).  
w Lublinie: Skład Apteczny W-go Magierskiego.  
w Siedlcach: Apteka W-go Skowrońskiego.  
w Kielcach: Apteka W-go Wierzbicy.  
w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

6) Gaza jodoformowa po 0,25; 0,5 i 1 m. 7) Banda-  
że 5-10-20 ctm. sześ. 6 m. dług.

3) Wata po 10; 25; 50; 100; 200; 400 grm. 4) Gaza  
hygroskopijna po 0,5 i 1 m

## Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-  
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natan-  
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-  
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-  
mi kobiecemi, jako też spodziewające się  
ślub., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za  
całkowite utrzym., lekarstwa leczenie, i t. d.

## ZAKŁAD LECZNICZY

Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9-10 r. i od 3-5 pp.  
Chorych na uszy od 12-2 pp.

WIELKI WYBÓR

## Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

rajtaniej w składzie fabrycznym

## J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane  
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko