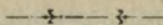


GAZETA LEKARSKA.

I. REZEKCJA MUSZLI DOLNEJ.

Napisał

Władysław Wróblewski.



Częstą przyczyną zatkania nosa jest nadmierny rozrost muszli dolnej. Bywają różne rodzaje takiego rozrostu. Niekiedy blaszka kostna jest tak rozwinięta, że dotyka prawie przegrody i wtedy nieznaczne nawet zgrubienie błony śluzowej powoduje zupełną niedrożność przewodów nosowych z jednej lub nawet z obu stron, co tem bardziej ma miejsce z tej strony, ku której jest jednocześnie skrzywienie lub listwa na przegrodzie nosa. Częściej, niż wielki rozwój *ossis turbinati*, bywa nadmierny rozrost błony śluzowej, a zwłaszcza podśluzowej wraz z ciałami jamistymi. Rozrost ten dochodzi niekiedy do takich rozmiarów, że wypełnia ściśle cały przewód dolny i średni. Muszla przybiera wygląd biały lub szary o powierzchni poprzecznie pomarszczonej, tylny jej koniec zwiesza się przez nozdrze tylne do jamy nosogardzielowej, przypominając formą i niegładką powierzchnią malinę i powodując zupełną niemożność oddychania nosem. W przypadkach mniej zaawansowanych rozrosty takie znajdujemy tylko na oddzielnych częściach, bądź zwieszające się ku dołowi z wolnego brzegu *ossis turbinati*, bądź tylko jako przerosty ograniczone, guzikowate w każdym punkcie muszli mogące powstać, bądź jako przerost tylko przedniego lub tylnego jej końca. Przerosty takie należy doszczętnie usuwać w celu przywrócenia zupełnej drożności, gdyż niewielki nawet stopień ostrego nieżyty powoduje w tych razach zupełne zatkanie nosa. Jako zasadę należy przyjąć, że takie tylko przerosty trzeba usuwać, które po znieczuleniu kokainą (10%) nie kurczą się, lecz zostają jako takie, to znaczy wtedy, gdy mamy do czynienia z rozrostem tkanki łącznej i w ogóle wszystkich tkanek, w skład muszli wchodzących, a nie ze zgrubieniem kongestyjnym, zależnym od większego przepelnienia krwią ciał jamistych skutkiem chorób narządów wewnętrznych (serce, wątroba, nerki *etc.*).

W celu usuwania wyżej wymienionych przerostów używano przypalania kwasem chromnym, trójchloro-octowym, lapiem i t. p., co naturalnie nie dawało zadawalających wyników. Za postęp w tym kierunku uważać należy galwanokaustykę w postaci żegadła, lub pętlicy, których używano i często nadu-

żywano z mniej lub więcej dodatnim rezultatem. Zapał jednak do niej ostygł w ostatnich czasach wszędzie i dziś wyrobiła sobie galwanokaustyka dosyć ograniczone wskazania, lecz za to odpowiednio zastosowana, daje wynik zgodny z oczekiwaniem. Przyczyny, dla których dziś jesteśmy ostrożniejsi z galwanokaustyką są: silna reakcyja w nosie po przypaleniu, strupy siedzące długo, niekiedy zrosty muszli z przegrodą powstające pomimo zastosowania wszelkich możliwych ostrożności, częste powikłania ze strony uszu w postaci ropotoku ucha średniego i ze strony gardzieli w postaci torebkowego zapalenia migdałów. Szukano więc innych sposobów usuwania przerostów muszli dolnej, a zatem przywrócenia drożności nosa i szukano skutecznie. Sposób, który musi zadowolić każdego krytycznego i głębiej na rzeczy patrzącego specjalistę, jest operowanie takich przerostów ostremi narzędziami. Jako najodpowiedniejsze z podanych w tym celu, uważam nożyczki odpowiednio wygięte pod kątem rozwartym.

O metodzie tej operacyi pisał po polsku BAUROWICZ ¹⁾, radząc przed usuwaniem przerostych części muszli zrobić głęboki rowek wzdłuż górnej powierzchni muszli za pomocą galwanokautera, aby tym sposobem przerwać ciągłość naczyń i zapobiedz krwawieniu. Do usuwania części przerostych zaleca autor, obok pętlicy zimnej, nożyczki BECKMANN'a. Zupełnie podobny sposób, jak BAUROWICZ, zaleca prof. OSTMANN z Marburga ²⁾.

JOHANN FEIN ³⁾, uważając pętlicę jako narzędzie nie zawsze prowadzące do celu, podaje nożyczki swego pomysłu, jako modyfikację nożyczek, zaproponowanych do tej operacyi przez prof. CHIARI'ego. Nożyczki FEIN'a są podwójne, tak że po otworzeniu stanowią zamknięty romb, który nakładamy na części przerośnięte i przez zamknięcie nożyczek odcinamy. STUCKEY ⁴⁾ używa nożyczek systemu HOLMES'a w razach, gdzie drożność nosa jest upośledzona nie z powodu przerostu błony śluzowej, lecz muszli kostnej. Miękkie części odcina autor skalpelem, kostną blaszkę nożyczkami.

BAUMGARTEN ⁵⁾ posilkuje się nożyczkami przy dużych przerostach muszel.

R. KAFEMANN ⁶⁾ operuje przerostowe zmiany na brzegach dolnej muszli za pomocą nożyczek BECKMANN'a. Cięcie nożyczek doprowadza tylko do tylnego końca muszli, tak że zawsze w pogotowiu trzeba mieć pętlicę, aby nią usunąć zwieszający się koniec. Autor ten opisuje też turbinektomię; jeżeli powiększona muszla dolna wywołuje zwięźlenie kanału noso-łzowego, robi to za pomocą

¹⁾ Dziennik Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Zeszyt V. str. 157.

²⁾ Ueber galvanokaustischen Gefäßverschluss in der Nase als einleitenden Akt intranasaler Eingriffe. Deutsch. Med. Wochensh. 1901.

³⁾ FEIN JOHANN. Eine neue Nasenscheere. Archiv für Laryng. 1897 rok.

⁴⁾ Surgery of the turbinated hypertrophy. New-York. Med. Record 1899. r. Centralbl. für Laryng. 1900 r.

⁵⁾ BAUMGARTEN. Die blutige Behandlung der Hypertrophien des chronischen Nasencarrhs. Wiener Med. Presse 1899 r. Nr. 46.

⁶⁾ R. KAFEMANN. Rhinopharyngologische Operationslehre mit Einschluss der Elektrolyse. 1900 r.

nożyczek, a odcięty tylny koniec usuwa zimną pętlką. Tegoż sposobu operowania nożyczkami używa od dawna JANSEN i wielu innych.

W r. b. ogłosił A. KUTTNER ¹⁾ pracę, w której podaje sposób operowania dużych przerostów muszli dolnej nożyczkami jako swój wynalazek, motywując we wstępie, że używa go od lat czterech i zaczął nie wiedząc, że i inni w tenże sposób operują. Modyfikacja jego polega na tem, że stara się uciąć część muszli, mającej być usuniętą aż do samego końca, wyłącznie tylko nożyczkami. Zaczyna operację nożyczkami HEYMANN'a, a później BECKMANN'a prowadzi cięcie aż do tylnego końca w obranej linii, niekiedy kończy operację na ślepo, po odrzuceniu wziernika. Jeżeli nie można odciąć muszli aż do końca, to resztę można oderwać kleszczami lub pętlką, gdy jest jednak pewność, że pozostał mały tylko mostek. Przy normalnym przebiegu operacja trwa 1 — 2 minut. Po zupełnem odcięciu muszla leży na dnie nosa i łatwo ją wyjąć pincetą. Jeżeli nie da się ona od razu odciąć, to przez dłuższe manipulacje powstaje większe krwawienie i wtedy w wązkim nosie bardzo ją trudno odnaleźć, gdy się zaś zsunie do tyłu i do gardzieli, to może zrodzić się sytuacja bardzo przykra dla operatora z najlepszymi nawet nerwami. Po operacji KUTTNER tamponuje nos na 48—60 godzin. Należy ściśle wybierać odpowiednie wskazania do tej operacji, nie odcinać za wiele, aby nie powstało wysychanie w nosie i gardle przez zbyt wielki dopływ powietrza.

Sposobu operowania nożyczkami przerostów muszli dolnej używam również od lat kilku przy zastosowaniu drobnych modyfikacyj, odróżniających go nieco od sposobu innych autorów.

Przy usuwaniu przerostów tych, bądź rozlanych, bądź ograniczonych, posługuję się z każdym dniem coraz chętniej nożyczkami, widząc dla metody tej wskazania nie tylko przy wielkich przerostach, lecz wogóle przy wszystkich, które powinny być z różnych powodów usunięte. Różniczkuję tylko bardzo ściśle ilość odciętych tkanek: od bardzo niewielkich guzików, *resp.* pasemek, aż do całkowitych muszel wraz z częścią blaszki kostnej.

Nożyczkami możemy dużo pewniej działać, dużo dokładniej dozować, że tak powiem, ilość mających być usuniętymi tkanek, niż pętlkami, przy których zaciskaniu raz zabiera się więcej, niż leżało w naszych zamiarach, innym znowu razem, gdy się pętlka zesunie, ścinamy małą zaledwie cząstkę tego przerostu, który chcieliśmy usunąć.

Przystępując do operacji, znieczulam wewnątrz nosa 10%-ową kokainą, poezem badam szczegółowo muszlę zgłębnikiem; błona śluzowa normalna kurczy się i przylega do kości; tej naturalnie naruszać nie należy, wszystkie zaś tkanki przerosnięte występują wtedy wypukło, dają się łatwo zgłębnikiem podnosić i przesuwac i te tylko należy odcinać.

Operowałem nożyczkami około stu przypadków i rzeczywiście mogę potwierdzić z KUTTNER'em, że cała taka operacja w normalnych warunkach trwa

¹⁾ Dr A. KUTTNER. Die Resection der unteren Nasenmuschel. Berliner Klin. Wochenschrift. 1901. Nr. 14.

od 1 do 2 minut. O ile chodzi o małe, ograniczone przerosty, to kawałek całkowicie odcięty spada na dno nosa i łatwo może być wydmuchnięty lub pincetą wyjęty. Przy przerostach zaś większych, a zwłaszcza, gdy chodzi o całą długość muszli z częścią blaszki kostnej, nie radzę nigdy stosować sposobu KURTNER'a t. j. docinać nożyczkami aż do samego końca. Przeciwnie, robię cięcia zawsze pod kontrolą wzroku, staram się umyślnie nie docinać do samego końca, lecz zostawiam muszlę na kawałku tkanki, bardzo szybko od rzucam nożyczki i naprowadzam, zawczasu przygotowaną pętlicę, połączoną z akumulatorem galwanokaustycznym i stosownie do odporności, *resp.* grubości pozostałego mostka, stosuję ją jako zimną lub przepuszczam prąd, gdy czuję, że opór jest większy i odpalam. Naprowadzenie pętlicy na muszlę głęboko nadeiętą nie przedstawia zazwyczaj najmniejszych trudności. Po uchwyceniu muszli w pętlicę, pochylam głowę operowanego znacznie ku przodowi i dołowi, zaciskam pętlicę mocno i szybkim ruchem wyciągam muszlę. Wszystkie te czynności operacyjne trwają znacznie krócej, niż przytoczony powyżej opis ich.

Nie docinam muszli mocno przerośniętej do końca dla tego, że już dawno teoretycznie wyrozumowałem sobie, że muszla taka, gdy spadnie do gardzieli i krtani może wywołać napad asfiksji t. j. to, przed czym sam KURTNER ostrzega. Unikając więc tego, pochylam głowę operowanego ku przodowi, aby możliwie uniknąć wysunięcia się muszli odciętej z pętlicy, do jamy noso-gardzielowej i aby tem szybciej mózż ją wydobyć na zewnątrz.

Pomimo pedantycznej ostrożności przy wszelkich zabiegach operacyjnych, miałem jednakże przypadek, który nabawił mnie wielkiej obawy. Otóż odcinałem olbrzymio przerośniętą muszlę wraz z częścią blaszki kostnej u 18-letniej panny, nieco tępo umysłowo rozwiniętej, niechęć dociąłem widać do samego końca i w chwili kiedy wyjąłem nożyczki, aby sięgnąć po pętlicę, operowana pociągnęła powietrze w siebie zamiast wydmuchnąć krew, o co prosiłem. W jednej chwili wystąpił napad duszenia się z sinicą, trwającą kilkanaście sekund, poczem nastąpiło krztuszenie się i muszla została przełkniętą. Przy badaniu znalazłem nieco krwi na środku górnych powierzchni tylnej ściany krtani i nagłośni, tam więc muszla ta się zatrzymała; zawdzięczając swojej wielkości i kierunkowi, nie spadła do głośni. Zdarzenie to jeszcze więcej potwierdziło moje, aż do tego przypadku teoretyczne wywody, że nigdy nie należy muszli docinać do końca i liczyć na to, że zatrzyma się na dnie nosa. Zdarza się dosyć często, że operowanemu robi się niedobrze: blednie, pot występuje na czoło, nie może utrzymać się w pozycji siedzącej, a niekiedy dochodzi do chwilowej utraty przytomności. Wtedy należy przy pierwszych objawach natychmiast chorego położyć, z głową możliwie nisko umieszczoną; czynię to z całym spokojem, gdy wiem, że muszla tylko nadeięta, trzyma się na mostku i nie spadnie do gardzieli. W jednym przypadku zmuszony byłem odłożyć dokończenie operacji na dni kilka, z powodu ciągłego omdlewania pacjenta, poczem z łatwością usunąłem pętlicą dużą muszlę, która trzymała się *in situ* na cienkim mostku. Innym znowu razem, już po nałożeniu pętlicy na tylny koniec odciętej nożyczkami muszli, operowany omdlał w jednej chwili z zupełną utratą

przytomności i upadł z krzesła głową na moje kolana w chwili, gdy nader szybkim ruchem wyciągnąłem muszlę. Po zmierzeniu ¹⁾ miała ona długości 5,5 centymetra i zawierała sporą część blaszki kostnej, obrośniętej ze wszystkich stron papilomatycznymi rozrostami.

Raz jeden wreszcie, bezpośrednio po odcięciu niezbyt wielkiego przerostu, idącego wzdłuż dolnego brzegu muszli, u chłopca 16-letniego, nastąpił gwałtowny krwotok, tak że zmuszony byłem natychmiast wytamponować nos gazą jodolową.

Oto wszystkie komplikacje na owych sto operacji.

Po operacji takiej zatrzymuję pacjenta u siebie w mieszkaniu około godziny, aby się przekonać, czy nie nastąpi krwotok. Jak dotąd, z wyjątkiem dwóch czy trzech przypadków, nigdy nie byłem zmuszony tamponować nosa, co stanowi przecież największą przykrość dla operowanych. Rany pooperacyjne przysypuję obficie dermatolem i zalecam absolutny spokój t. j. leżenie w łóżku w ciągu całej doby i nie wycieranie nosa. Podnieść tu muszę tę ważną okoliczność, że po operacjach nożyczkami, ani razu nie spotkałem się dotąd z wtórnym krwotokiem, co, jak wiadomo, stanowi dla operatorów największą plagę, gdyż trzeba tamponować nos w mieszkaniu chorego, po większej części w jak najgorszych warunkach. Po operacjach zaś pętlcami krwotoki wtórne bywają stosunkowo bardzo często. Objąśniam to tem, że gdy pętlica uciśnie naczynia krwionośne, krew nie wypływa, później zaś naczynia rozkurczają się i następuje krwawienie. Nożyczki ostre działają łagodniej, tną, lecz nie miażdżą tkanek, naczynia zostają otwarte od razu i krwawią zaraz mniej lub więcej obficie. W ciągu kilku godzin po tej operacji bywa niekiedy małe krwawienie, nie wymagające zresztą żadnej interwencji.

W razie potrzeby, tamponowanie bezpośrednio po operacji nie przedstawia prawie żadnych trudności, zwłaszcza, że trwa jeszcze znieczulenie od kokainy; może ono być dokonane, jeżeli nie aseptycznie, to przynajmniej antyseptycznie.

Obfite przysypanie dermatolem na otwarte szeroko naczynia sprzyja też, widocznie, szybszemu krzepnięciu krwi, skoro prawie zawsze krwawienie zatrzymuje się w krótkim bardzo czasie, bez uciekania się do tamponowania. Całej tej metody operacyjnej nie mogę uważać za przykrą, gdyż stosowałem ją wielokrotnie nawet u 7—10-letnich dzieci, bez żadnego z ich strony oporu, gdyż przychodziły i poddawały się chętnie operacji z drugiej strony nosa, po dokonaniu już przed kilku dniami pierwszej.

Nigdy nie należy operować z obu stron na raz, choćby ze względu na obawę większej ilości kokainy i większej utraty krwi na raz.

Przebieg pooperacyjny nie przedstawia zazwyczaj żadnych powikłań, ani przykrości: nie bywa żadnego następczego bólu, oddychanie stroną operowaną jest od razu ułatwione, nie tak jak po galwanokaustyce, gdzie występuje tak wielkie obrzmienie, że drożność staje się absolutnie zniesioną. Ani razu nie

¹⁾ Według ZUCKERKANDL'a muszla dolna normalna wraz z miękkimi częściami ma długości od 25 do 49 milimetrów, szerokości 5 do 16 milimetrów.

spostrzegalem żadnych powikłań septycznych. Gdy oprócz przerostu muszli dolnej znajduję na przegrodzie nosa listwę, często wpartą w muszlę, to w zasadzie staram się obie przeszkody usunąć na jednym posiedzeniu, zaczynając od listwy, którą także odcinam kleszczami ostreми KRAUSE'go lub heblem podwójnym SCHOETZ'a, o ile jest ona dosyć cienką; przy listwach o szerokich podstawach lepiej jest naprzód przepalić głęboki rowek galwanokauterem wzdłuż górnego brzegu podstawy, a jeżeli się da, to i wzdłuż dolnego, aby zmniejszyć krwawienie, a nadewszystko opór przy odcinaniu.

Gdy jednocześnie z przerostami muszel dolnych są powiększone i średnie, to należy je jednocześnie usunąć, aby, o ile możności na jednym posiedzeniu operacyjnym, zakończyć z jedną stroną nosa.

Do odcinania muszel dolnych używam teraz wyłącznie nożyczek HEYMANN'a, rzadziej SCHOETZ'a; dawniej używałem nożyczek POTTER'a z ząbionemi ostrzami, zarzuciłem je jednak, ponieważ więcej gniotły niż cięły, zarzuciłem też i BECKMANN'owskie, które są za wielkie, za masywne, a co najważniejsze, że końce ich zanadto szeroko rozchodzą się, utrudniając manipulowanie w zwężonym skutkiem przerostów nozdrzu.

Przed przystąpieniem do tej operacji wszystkie narzędzia powinny być wygotowane w sterylizatorze, a zatem: wzierniki, zgłębniki, nożyczki, galwanokautery i rurki do przeprowadzania pętlic. Od lat paru używam galwanokauterów w oprawie metalowej i rurek do pętlic również metalowych wyrobu firmy Reiniger, Gebbert i Scholl, które są bardzo trwałe i nie tylko wytrzymują częstą sterylizację, lecz przez gotowanie tak się wyczyszczają, że prawie nie ulegają zatykaniu, jak to bywało dawniej przy zwykłych rurkach, owiniętych, jedwabiem, które zupełnie zarzuciłem. Rurki metalowe, zastosowane do pętlic galwanokaustycznych, nie rozgrzewają się w tym stopniu, aby parzyły sąsiednie tkanki, czego *a priori* możnaby się było obawiać. Zapewne, że przy stosowaniu ich potrzeba nieco wprawy i oględności. Wynalazek tych metalowych galwanokauterów i rurek uważam za bardzo doniosły, gdyż umożliwił nam przystępowanie do operacji w nosie z narzędziami zupełnie aseptycznymi i dlatego tak śmiało z tak dodatnimi wynikami możemy dokonywać krwawych operacji w nosie.

Metody operacyjnej, opisanej powyżej używają również od lat kilku z zupełnym zadowoleniem koledzy A. ZIĘCIAKIEWICZ i MAURYCY HERTZ w mojem ambulatoryum w szpitalu Ewangelickim.

II. ZWYRODNIENIE PSYCHICZNE I JEGO STOSUNEK

DO RÓŻNYCH KATEGORII ZBOCZEŃ MOWY.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 24 września r. b.

przez

Dra Władysława Oltuszewskiego.

[Dokończenie — Patrz Nr. 48].

Przechodzę obecnie do właściwego przedmiotu niniejszej pracy, mianowicie wyjaśnienia stosunku z wyrodnienia do różnych kategorii zboczeń mowy.

Zastanowimy się najprzód nad niemotą. Zboczenie to spostrzegalem bez porównania częściej u dzieci [307 przypadków], aniżeli u dorosłych [42 przypadki]. Po wyłączeniu nielicznych stosunkowo przypadków niemoty u dorosłych pochodzenia historycznego, pozostałe nie należały do kategorii zwyrodnienia. Zupełnie inaczej miało miejsce u dzieci, u których najważniejszy i najczęstszy etyologiczny moment stanowił różnego stopnia niedorozwój psychiczny. Powodował on niemotę albo sam przez się wskutek upośledzenia umysłowego, a więc niedorozwoju całego mózgu, jako organu myśli [brak rozumienia mowy u zupełnych idiotów, brak mowy samodzielnej u niezupełnych idiotów, i głuptaków], lub też łącznie ze zmianami anatomicznymi w ośrodkach słownych ruchowych [niemota ruchowa, zależna od zmian w okolicy Broca lub w ośrodku średnim], daleko już rzadziej w ośrodkach słownych słuchowych [głuchota wyrazowa] przy tak zwanych porażeniach mózgowych wieku dziecięcego, oraz u idiotów niezupełnych, głuptaków i zacofanych. U dzieci z mniej lub więcej prawidłową inteligencją niemota zależała najczęściej od głuchoty wrodzonej, słusznie zaliczonej według FÉRE'go do kategorii zwyrodnienia [o ile, rozumie się, nie jest zależna od przebytych spraw patologicznych w uchu średnim lub wewnętrznym] lub nabytej, od tak zwanej wrodzonej lub nabytej niemoty pozakorowej, uwarunkowanej obustronnem częściowem zajęciem błędnika lub ucha średniego, wreszcie od psychicznej degeneracji, gdzie mimo bardzo starannych wywiadów, oraz badania obiektywnego, nie udało się wykryć niedorozwoju lub porażenia mózgowych wieku dziecięcego [mowa opóźniona]. Zarówno niemotę pozakorową, jak głuchoniemotę łatwo zrozumieć, pamiętając, że w pierwszym razie utrudnione jest powstawanie pamięci słownych, a więc rozumienie mowy, naśladownictwo, oraz mowa samodzielna, w drugim zaś zupełnie niemożliwe. Co się zaś tyczy mowy opóźnionej,

to zależy ona od osłabienia pamięci słownych zmysłowych, a łącznie z tem braku wyrobienia się automatyzmu mowy, a więc i mowy samodzielnej.

Drugie, nie mniej ważne w swych następstwach, a do leczenia nawet uciążliwsze, aniżeli niemota, zbrocze niemowy, stanowi bełkotanie u dzieci¹⁾, polegające na wytworzeniu się zupełnie nieprawidłowego automatyzmu mowy, a więc na mowie niezrozumiałej. W etyologii tego zbroczenia najczęściej spotykałem upośledzenie umysłowe, w szczególności u głuptaków i zacofanych, u których w skutek osłabienia pamięci słownych rozwija się jedynie mowa bełkotliwa i to stosunkowo bardzo późno, ustępującą siłami przyrody mowę opóźnioną, niemotę ruchową [najczęściej przy porażeniach mózgowych wieku dziecięcego] oraz niemotę pozakorową.

W rzędzie etyologicznych momentów wadliwego wymawiania zwykle zaznaczałem: wyrównywające się siłami przyrody opóźnione fizyologiczne bełkotanie, przytrafiające się zazwyczaj u dzieci z krzywicą i zółzami, pozostałości bełkotania patologicznego, najczęściej u głuptaków i zacofanych, oraz niezmiernie częste wadliwe ukształtowanie szczęk i zębów u zacofanych i nie zrównoważonych. Zły wzór mowy w czasie jej tworzenia się i upośledzenie słuchu stanowiły bardzo nieznaczny procent w etyologii wadliwego wymawiania.

Co się tyczy mowy nosowej²⁾ pochodzenia mózgowego, zależnej według mego zapatrywania od upośledzonej czynności ośrodków ruchowych kory, powodującej niedokładne rozgraniczenie przez podniebienie miękkie jamy ustnej od jamy noso-gardzielowej, to prawie wyłącznie przytrafiała się ona u dzieci z niedorozwojem psychicznym po ustępującej i przechodzącej w bełkotanie niemocie ruchowej. Mowa nosowa pochodzenia obwodowego zazwyczaj u dzieci zwyrodniałych, lubo z inteligencją mniej lub więcej prawidłową, łącznie z towarzyszącem jej bełkotaniem, ewentualnie wadliwym wymawianiem, zwykle zależała od skrócenia podniebienia twardego i rozczepów podniebienia twardego, w nielicznych zaś przypadkach u dzieci niezwyrodniałych od upośledzenia słuchu, lub też różnych przyczyn, powodujących brak rozgraniczenia pomienionych jam [wyrosła adenoidalne, paralize podniebienia miękkiego i t. d.].

Stwierdzony tylokrotnie związek pomiędzy różnego rodzaju stopniem zwyrodnienia a niemotą, bełkotaniem, wadliwym wymawianiem i mową nosową, ilustrowałby nam najlepiej liczebny stosunek, jaki zajmuje wyrodzenie w etyologii omawianych zbroczeń. Niestety, podane niżej w tym względzie liczby, możemy tylko uważać za przybliżone a to z następującego powodu. Kiedy przed 10-laty zacząłem pracować na polu zbroczeń mowy, logopatologia pozostawała stosunkowo na niskim stopniu rozwoju, a o upatrywaniu jakiegoś związku między zwyrodnieniem a zbroczeniami mowy, nie znajdowałem nigdzie żadnej

1) Bełkotanie u dorosłych, należących do kategorii zwyrodniałych, przytrafia się stosunkowo rzadko [paraliż ogólny, przewlekła płasawica, choroba FRIEDREICH'a i t. d.].

2) Mam tu na myśli właściwą mowę nosową, zależną od niedokładnego rozgraniczenia jamy ustnej od jamy noso-gardzielowej, a nie odcień nosowy przy zatkanym nosie z jakiegoś bądź powodu, jak przerosty muszel, polipy i t. d.

wzmianki. W etyologii niemoty u dzieci ograniczano się do określenia, że dziecko z upośledzeniem umysłowym dlatego nie mówi, ponieważ nie ma nic do powiedzenia, niemotę zaś u dzieci z inteligencją prawidłową sprowadzano jedynie do gołosłownej nazwy *Hörstummheit* [możność rozumienia mowy przy braku mowy samodzielnej] bez wyjaśnienia jej przyczyny. Nie odróżniano bełkotania od wadliwego wymawiania, a o racjonalnem wyjaśnieniu patogenety tych zбоcezeń nie było mowy. Tak na przykład najpoważniejszy, a nawet rzec można, jedyny obecnie badacz nauki o zбоcezeniach mowy w Niemczech GUTZMANN, nie odróżnia bełkotania od wadliwego wymawiania, a mianując oba te zбоcezenia ogólną nazwą *Stammeln* [bełkotanie], zalicza je do cierpień obwodowych. Dzieli on owe bełkotanie na organiczne i czynnościowe. Jako przyczynę czynnościowego bełkotania podaje tylko zły wzór mowy w czasie jej formowania się. Organiczne, od zmian w narządach artykulacji [wrodzone lub nabyte] nazywa, na wzór KUSSMAUL'a, mechanicznymi dyzlaliami i na ich czele, zarówno jak KUSSMAUL, stawia tak zwany *Hotentotismus* [to co nazywam właściwym bełkotaniem], lubo sam zaraz dodaje, że nie we wszystkich tego rodzaju przypadkach grube zmiany organów artykulacji mogą nam stan ten wytłómaczyć, ponieważ zdarzają się przypadki hotentotyzmu, w których narządy obwodowe nie przedstawiają żadnych wybitnych zбоcezeń. Tego rodzaju przypadki objaśnia GUTZMANN wyrostami adenoidalnymi i utrudnionym wskutek tego obiegiem limfy w mózgu (?). Do mechanicznych dyslalii zalicza również mowę nosową, uwarunkowaną rozczepami podniebienia. Jeszcze więcej chaotyczne pojęcia odnośnie niemoty, bełkotania i mowy nosowej panują w Austrii i Francji, gdyż tu przeżuwa się tylko spuściznę badaczy drugiej połowy zeszłego wieku. Tak więc, pomimo bardzo poważnych badań, dotyczących zwyrodnienia, porażen mózgowych, niedorozwoju, oraz prac podstawowych dla logopatologii, jak psychiczna podstawa rozwoju mowy u dziecka, psychologia mowy i t. p., patologia najważniejszych zбоcezeń mowy u dzieci, a mianowicie niemoty, bełkotania, ewentualnie wadliwego wymawiania i mowy nosowej pozostaje za granicą dotychczas na stopniu, na jakim przed ćwierć wiekiem znajdowała się za czasów KUSSMAUL'a. To też nic dziwnego, że dopiero uwzględniając cały szereg odnośnych prac autorów obcych, jak również opierając się na własnych, oraz skrzętnie zbierając wywiady i starannie badając każdego chorego, tylko z wolna zdołałem uzupełnić pomienione braki i opracować racjonalny pogląd na etyologię pomienionych zбоcezeń, a z tego względu w pierwszych latach nie zwracałem zapewne uwagi na wiele tu odnoszących się objawów pierwszorzędnej wagi. Pomimo to pozwolę sobie przytoczyć odnośnie liczby, oparte na materiale klinicznym z ostatnich lat 10-iu. Otóż na 722 przypadki omawianych zбоcezeń [niemoty 307, bełkotania 72, wadliwego wymawiania 286, mowy nosowej 57] niedorozwój spowodował je w 221 przypadkach, w pozostałych zaś 501 wrodzona głuchota, ewentualnie niemota pozakorowa, oraz zmiany w narządach artykulacji przeważnie u niezrównoważonych okazały się conajmniej w połowie przypadków. Z przytoczonych danych okazuje się, że w większości przypadków niemoty, bełkotania, wadliwego wymawiania i mowy nosowej zwyrodnienie

odgrywa rolę pierwszorzędną. Pogląd tu zaznaczony zgadza się w zupełności z podstawą psychiczną rozwoju mowy u dziecka i stosunkiem umysłu do mowy ¹⁾ i stwierdza, że mowa jest pierwszorzędnym objawem psychicznym, że powstanie automatyzmu mowy łączy się z dużym nakładem pracy intelektualnej dziecka, a osłabienie sfery umysłowej stanowi jeden z ważniejszych etyologicznych czynników pomienionych zboczeń mowy.

W etyologii jąkania prawie wyłącznie notowałem: dziedziczność patologiczną w obszernem znaczeniu, a więc nie tylko dziedziczenie samego zbożenia od rodziców i krewnych, lecz i istnienie w rodzinie chorób umysłowych, padaczki, histeryi, neurastenii, wszelkiego rodzaju nierównoważeń, cierpień ustrojowych, wrodzonej głuchoniemoty, przymiotu, przy zbieraniu zaś wywiadów bardzo często wspomniano: krzywicę, zołzy, mowę opóźnioną, oraz skłonność dzieci do drgawek, strachów nocnych, somnambulizmu i nocnego bezwiednego oddawania moczu. Innym momentom usposabiającym, jak wiek tworzenia się mowy, okres drugiego ząbkowania i dojrzewania płciowego, oraz okolicznościowym [wywołującym], jak prędka mowa lub zły wzór mowy w okresie jej formowania się, uraz, przestrah, zaraza psychiczna, to jest przebywanie w otoczeniu jākających się, naśladownictwo, choroby zakaźne, przypisują rolę drugorzędną, gdyż, jak to niejednokrotnie stwierdziłem, każda z tych przyczyn u zupełnie zdrowego człowieka bardzo rzadko może spowodować jākanie, a w tych nielicznych przypadkach, gdzie dziedziczność patologiczną mogłem zupełnie wyłączyć, osobniki, podlegające jākaniu, należały zazwyczaj do kategorii ludzi nerwowych.

Etyologię jākania daleko ściślej, aniżeli powyżej omówionych chorób, potwierdza liczebny stosunek, gdyż już od samego początku zajmowania się zbożeniami mowy na dziedziczność patologiczną zwracałem baczną uwagę. Na 814 przypadków jākania moment dziedziczny odnotowałem w 365-iu przypadkach [dziedziczność ściśła w 217-tu przypadkach, w obszernem zaś znaczeniu w 148-iu]. Jestem przekonany, że liczba ta faktycznie jest daleko większa, a to z powodu braku w wielu przypadkach wywiadów, oraz częstego ukrywania przez otoczenie momentów neuropatycznych, obciążających rodzinę.

Zarówno jak w uprzednio omawianych cierpieniach, tak też odnośnie i do jākania, brak szerszego poglądu spowodował w Niemczech dziwne w tym względzie zapatrywania. Tak np. GUTZMANN, wspominając tylko nawiasowo o wrażliwym temperamencie, jako momencie usposabiającym do jākania, za główną jego przyczynę wywołującą uważa naśladownictwo i przyjmuje za dziedziczne tylko te przypadki, gdzie zbożenie to przechodzi na dzieci mimo, iż one nie pozostają w żadnej styczności z otoczeniem, podlegającym jākaniu. Pogląd ten jest zupełnie błędny. Przypadki bezpośredniej dziedziczności, dokładnie notowane w moich „Przyczynkach do nauki o zbożeniach mowy“, niesą zbyt częste, a stwierdzając jej doniosłość, bynajmniej nie przeczą temu, że naśladownictwo jako przyczynę wywołującą przyjmują tylko w tym razie, gdy absolutnie mogą wyłączyć moment patologicznej dziedziczności w obszernem znaczeniu, w in-

¹⁾ Patrz pracę moją: Psychologia oraz filozofia mowy. Warszawa. 1889.

nych, zaś przypadkach przypisuję jej jedynie rolę przyczyny okolicznościowej, analogicznie jak to ma miejsce w histeryi, neurastenii i t. d., gdzie momenty przypadkowe wywierają swój wpływ dopiero na gruncie odpowiednio przygotowanym patologiczną dziedzicznością. Zgodnie ze swym poglądem GURZMANN przyjmuje również niesłusznie takie przyczyny usposabiające do jąkania, jak wiek tworzenia się mowy, okres drugiego ząbkowania, oraz dojrzewania płciowego, za momenty wywołujące ¹⁾).

Jąkanie spotykałem na różnych szczeblach drabiny degeneracyjnej, poczynając od niedorozwoju, a kończąc na padaczce, histeryi i neurastenii, najczęściej jednak u niezrównoważonych ²⁾. Znamiona, jaskrawo zazwyczaj wyrażone przy niedorozwoju i padaczce, dawały się zauważyć również dość często u niezrównoważonych z jąkaniem, jak asymetrye głowy i twarzy, wadliwa budowa podniebienia twardego, szczęk i zębów, zniekształcenie uszu, migreny, tick, skurez pisarski, oraz bardzo liczne znamiona psychiczne. Pod tym ostatnim względem godne zaznaczenia są właściwe dla jąkania fobie, wyrażające się niczem nieuzasadnionym strachem przed mową, obawą jąkania się w pewnych miejscach lub przy pewnych okolicznościach, jak również idee natrętne, polegające na błędnem przekonaniu, że pewnych słów chorey wymówić nie jest w możności.

Co się nakoniec tyczy trzepotania to wszystkie dziesięć, [spostreżanych przeze mnie przypadków, miały miejsce u niezrównoważonych.

Uwzględniając wyżej podaną liczbę zwyrodniałych przy niemocie, bełkotaniu, wadliwym wymawianiu i mowie nosowej, oraz przytoczone dla jąkania i trzepotania, śmiało możemy powiedzieć, że najogólniejszym a zarazem najważniejszym momentem, usposabiającym do wszystkich kategorii zboczeń mowy, jest zwyrodnienie w obszernem słowa tego znaczeniu, poczynając od idyotów a kończąc na niezrównoważonych, przyczem, jak to widzieliśmy, o ile niedorozwój stanowi najważniejszy moment przyczynowy dla niemoty, bełkotania, mowy nosowej, poczęści zaś tylko dla wadliwego wymawiania i jąkania, o tyle znów to ostatnie łącznie z trzepotaniem nagabuje przeważnie niezrównoważonych. Tego rodzaju fakty, że pomiędzy jąkającymi się lub z innymi zbozeniami mowy znajduje się stosunkowo znaczny procent ludzi zdolnych i rozwiniętych umysłowo, w niczem nie przeczą memu zapatrywaniu, jeśli zechcemy pamiętać, że chorzy, stojący na najwyższych szczeblach drabiny degeneracyjnej, mogą odznaczać się sferą intelektualną najzupełniej

¹⁾ Pomimo wyżej omówionych, a nie odpowiadających dzisiejszemu poziomowi wiedzy zapatrywań, nie zaprzeczam temu znanemu badaczowi zboczeń mowy wielkich zasług, jakie położył odnośnie do racjonalnego leczenia jąkania i mowy nosowej, co szczegółowo zaznaczyłem w „Krótkim szkicu historycznym nauki o zbozeniach mowy“. Medycyna. 1901.

²⁾ Przy histeryi widziałem najczęściej jąkanie z ostrym przebiegiem pod postacią jąkania oddechowego lub głosowego [tak zwany skurez zamykający lub przerywany, mylnie opisywany, jak to wykazałem w „Przyczynku piątym do nauki o zbozeniach mowy“, pod nazwą afonii spastyecznej]. W jednym przypadku jąkanie histeryczne łączyło się ze skurezem wdechowym krtani.

prawidłowo rozwiniętą. Tylko stosunkowo bardzo nieznaczny procent zbożeń mowy warunkują zmiany patologiczne w tkance mózgowej u ludzi, nienależących do zwyrodniałych, jak niemota pochodzenia niehisterycznego i niektóre przypadki bełkotania u dorosłych, oraz nabyte cierpienia ucha i zmiany w jamie nosogardzieliowej, powodujące głuchoniemotę lub niemotę pozakorową, bełkotanie lub wadliwe wymawianie, oraz mowę nosową przy wyrosłach adenoidalnych, porażeniach podniebienia miękkiego i t. d.

Z tego, co dotychczas powiedziałem, wynika, że przeważną liczbę chorych ze zbożeniami mowy zaliczyć należy do zwyrodniałych, zwyrodniających się lub nie zrównoważonych, a same zbożenia mowy do jednych z ważniejszych znamion zwyrodnienia.

Wyjaśniona etyologia zbożeń mowy ma niesłychanie ważne znaczenie przy określaniu miejsca, jakie logopatologia winna zajmować w rzędzie innych gałęzi wiedzy lekarskiej, dla higieny mowy, oraz rokowania i leczenia jej zbożeń.

Uwzględniając właściwe momenty przyczynowe, a mianowicie degenerację oraz zmiany tkanki nerwowej, którym nie towarzyszą żadne znamiona zwyrodnienia, możemy powiązać luźnie dotychczas stojące kategorie zbożeń mowy w jedną całość, a samą naukę zaliczyć do działu psychopatologii i neuropatologii, gdzie zapewne w niedługim czasie w odnośnych podręcznikach znajdzie swoje miejsce, ponieważ jak widzieliśmy, z otyatryą i ry-nolaryngologią wiąże się ona tylko pośrednio.

Brak miejsca nie pozwala mi szczegółowo rozwodzić się nad doniosłością znaczenia, jakie w ten sposób wyświełona etyologia ma dla higieny mowy¹⁾, ograniczam się więc jeno do zaznaczenia, że obok specjalnych higienicznych wskazówek, dotyczących każdego działu zbożeń mowy, przede wszystkim nie powinniśmy nigdy opuszczać z oka najogólniejszego momentu zwyrodnienia. Pamiętając o tem, możemy uprzedzić większość przypadków zbożeń mowy, rozpowszechniając w szerokich kołach społeczeństwa przekonanie, że osoby, podlegające chorobom umysłowym, nerwicom, cierpieniom ustrojowym, alkoholicy, lub zatruwający się różnemi szkodliwemi substancjami, a w ogóle osoby z obniżoną żywotnością z jakiegokolwiek bądź powodu, mają wszelką szansę przekazywania dzieciom niedorozwoju, wyradzania się lub nie zrównoważeń, tak często wiążących się z różnemi zbożeniami mowy. Rozumie się, że najskuteczniejszym przeciwdziałaniem dziedziczności patologicznej byłoby powstrzymywanie się członków społeczeństwa, obciążonych dziedzicznie, od wstępowania w związki małżeńskie, ewentualnie łączenia się osób zdrowych ze zwyrodniałymi. Ze względu jednak, że zadanie to jest bardzo trudne do spełnienia, szkodliwą działalność momentu dziedzicznego należy osłabiać za pomocą wzmacniania żywotnej odporności rodziców, zaznajamiania społeczeństwa z etyologią zwyrodnienia, izolacji dzieci od rodziców z usposobieniem

¹⁾ Szczegóły tu odnoszące się znajdzie czytelnik w pracy mojej: Niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jąkanie oraz higiena mowy. Warszawa. 1901.

psychopatycznym, oraz całego szeregu środków, korzystnie działających na rozwój fizyczny i duchowy tego rodzaju dzieci, gdyż zwiększając odporność ich organizmu w obu kierunkach, zmniejszamy siłę momentów wywołujących, jak znów odwrotnie niewłaściwym wychowaniem zwiększamy już istniejące braki psychiczne. Na rozwój ciała dzieci możemy wpływać korzystnie, stosując od wczesnego dzieciństwa odpowiednie odżywianie, zalecając przebywanie i ruch na świeżem powietrzu, odpowiednią gimnastykę i kąpiele, duchową zaś stronę wzmacniamy przy pomocy odpowiedniej higieny psychicznej. Ponieważ uczucia odgrywają ważną rolę w kształceniu woli i charakteru, otaczamy więc rozwój ich troskliwą opieką, podsycając uczucia krzepkie, sprzyjające zamierzonemu celowi, przyzwyczajając dzieci do panowania nad swymi uczuciami, a osłabiając wzruszenia szkodliwe, jak między innymi uczucie strachu. W tymże celu unikamy przedwczesnego rozwijania uczuć i inteligencji, gdyż czyni to charakter drażliwym i podatnym do nerwic, a natomiast staramy się rozwijać sferę psychiczną w stopniu równomiernym. Ważny okres dojrzewania płciowego również otaczamy troskliwą opieką.

To samo *mutatis mutandis* dotyczy rokowania i leczenia zbożeń mowy. Na rokowanie zbożeń mowy, zależnych od niedorozwoju a przede wszystkim niemoty, oprócz stopnia upośledzenia umysłowego, wpływa istnienie zmian anatomicznych w mózgu, przy mowie nosowej, bełkotaniu oraz wadliwym wymawianiu zmian w narządach artykulacji, jak defekty podniebienia twardego, skrócenie jego przednio-tylnego wymiaru, nieprawidłowa budowa szczęk i t. d., przy jąkaniu zaś i trzepotaniu stopień niezrównoważenia. Wszystkie te momenty lubo nie umożliwiają leczenia, przedłużają jednak czas jego trwania. Co się tyczy leczenia, to obok stosowania specjalnych metod leczniczych właściwych dla każdej kategorii zbożeń mowy, należy podnosić poziom umysłowy przy zbożeniach uwarunkowanych niedorozwojem, przy cierpieniach zaś, wiążących się z nierównoważeniem a w szczególności przy jąkaniu, zalecać środki ogólnie działające na układ nerwowy, jak hydroterapia, klimatoterapia, środki nanerwne i t. d.

Zapatrywanie moje w kwestyi stosunku zwyrodnienia do zbożeń mowy wypowiedziałem już w krótkości w „Ogólnych uwagach o zbożeniach mowy“ [Gazeta Lek. 1898], oraz w pracy „Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii“ [Kronika Lek. 1899], szczegółowo zaś rozwinąłem je w „*Monatsschrift für die gesammte Sprachheilkunde* 1898 r. Miło mi jest zaznaczyć, że poglądy te lubo zwolna zaczynają podzielać i niemieccy autorowie. Tak np. w zes. 2. t. 8. *Archiv. für Laryngologie* z 1898 r. zamieszczona jest praca dra H. MYGIND'a o przyczynach jąkania, w której autor, rozbierając szczegółowo 200 spostrzeganych przypadków odnośnie etyologii, doszedł do tych samych co ja wyników. Również GUTZMANN w ostatniej swej pracy o jąkaniu, jakkolwiek jeszcze niezupełnie odstępuje od uprzednich swoich poglądów, zaznacza jednak spostrzegane w wielu przypadkach jąkania asymetrye twarzy, oraz inne, jak je nazywa, objawy psychiczne, niewątpliwie należące do znamion zwyrodnienia, jak obawa przestrzeni, idee natrętne i t. d. Mam niepłonną nadzieję, że

w miarę przybywania nowych pracowników na polu zbroczeń mowy, nie będziemy potrzebowali długo czekać, aby poglądy zawarte w niniejszej pracy objęły i pozostałe kategorie zbroczeń mowy.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

126. Aldor. O sokotoku żołądkowym [choroba REJCHMANA].

Ubiega już prawie dwadzieścia lat od czasu, kiedy REJCHMAN na podstawie dokładnego badania chemizmu i mechanizmu czynności żołądkowych, po raz pierwszy rozpoznał to cierpienie. Polega ono, jak wiadomo, na tem, że i czczy żołądek przy braku wszelkiego podrażnienia z zewnątrz wydziela płyn, najzupełniej identyczny pod względem chemicznym i fizyologicznym z sokiem żołądkowym. Od tego czasu powstały liczne prace, traktujące cierpienie REJCHMANA jako samoistny obraz chorobowy, jak STILLER'a, BRUVERET'a i DEVIE'a, RIEGEL'a, HÖNIGMANN'a, JOHNSON'a, BEHM'a, MARTINS'a, BOAS'a, różniące się tylko w zapatrywaniach na częstość choroby. Natomiast SCHREIBER pierwszy wystąpił przeciwko pojmowaniu sokotoku, jako choroby samoistnej, a za nim odezwały się w tym samym sensie głosy innych autorów [RIEGEL, MARTINS, SCHÜLE, STRAUSS]. Według nich niepodobna chorobie tej wydzielać własnego rozdziału w patologii cierpien żołądka, ponieważ: 1) stałe i samoistne wydzielanie soku żołądkowego może być zjawiskiem fizyologicznym i 2) znajduwane w żołądku czczym większe ilości soku nie są bynajmniej skutkiem anomalii wydzielniczej, lecz wynikiem niedomogi ruchowej. Tak, SCHREIBER znajdował zawsze płyn w żołądku osobników zdrowych; do tych samych wyników, doszli MARTIUS i SCHÜLE. Tymczasem na 59 badanych przypadków znalazł REJCHMAN w 27 żołądek zupełnie próżnym, tylko w 14-u przypadkach otrzymał kilka ctm. sz. kwaśno reagującego płynu, a w 14-u przypadkach można było wydobyć tylko płyn wodnisty, śluzowy, alkaliczny, nie będący bez wątpienia sokiem żołądkowym.

Autor przedsięwziął samodzielne badania w tym kierunku, przyczem postawił sobie za zadanie dowieść: 1) że metody, używane przez wymienionych autorów dla stwierdzenia identyczności płynu otrzymanywanego z żołądka z sokiem żołądkowym, nie wytrzymują krytyki i 2) że kwestya wydzielenia soku w żołądku czczym może być bardzo ciekawą z punktu widzenia fizyologicznego, lecz w pojmowaniu sokotoku, jako choroby samoistnej, nie odgrywa roli. Badania swoje przeprowadził autor na 51 osobnikach, z których 6-iu było zdrowych, u 26-iu można było stwierdzić nadkwaśność żołądka, a u 17-u niedomogę ruchową z nadkwaśnością lub bez niej. W pierwszej grupie [u zdrowych] autor tylko w dwu przypadkach znalazł w żołądku płyn o kwaśnym odczynie z minimalną zawartością kwasu solnego, lecz bez śladów pepsyny. W grupie drugiej [u chorych z nadkwaśnością] w 7-iu przypadkach znaleziono nieznaczną ilość kwaśnej zawartości, lecz tylko w dwu przypadkach ze śladami pepsyny [10% metodą HAMMERSCHLAG'a], w jednym zaś tylko przypadku wydobyto z czczego żołądka 28 ctm. sz. soku, z ilością kwasu solnego 54%, pepsyny 50%. W grupie trzeciej [z niedomogą ruchową] znajdowano 10—60 ctm. sz. płynu z zawartością kwasu solnego i pepsyny; w przypadkach tych, pomimo jak najstaranniejszego przemywania letnią wodą, pozostawały w żołądku resztki pokarmowe, które drażniąc błonę śluzową, pobudzały ją do wydzielenia.

Na podstawie tych badań autor dochodzi do przekonania, że: 1) w czczym żołądku albo zupełnie nie możemy znaleźć zawartości, albo jeżeli ją znajdujemy, wtedy nie jest to właściwy sok żołądkowy, lecz wydzielina nabłonka walczykowatego, wyścielającego błonę śluzową, przyczem roztrzygającą rolę odgrywa tu nieobecność pepsyny; 2) gdyby nawet znajdowany w warunkach normalnych w żołądku płyn posiadał wszystkie cechy soku żołądkowego, to pamiętać należy, że ilości jego są minimalne, podczas gdy sokotok cechuje się wydalaniem olbrzymich ilości [300—400 ctm. sz.] przezroczystej, kwaśnej wydzieliny; 3) nie można sokotoku uważać tylko za skutek niedomogi ruchowej [jak sądzi SCHREIBER], ponieważ właśnie u chorych z rozszerzeniem żołądka bardzo rzadko znajdujemy stopnie kwaśności wyższe od normalnych; 4) czystą postać sokotoku mamy prawo rozpoznawać tylko wtedy, jeżeli wyłączymy wszelkie inne cierpienia a zwłaszcza zaburzenia czynności ruchowej.

Prócz tej polemicznej części, artykuł autora zawiera opis 5-u przypadków, w których bez żadnej wątpliwości można było stwierdzić istotny sokotok REJCHMANA. W każdym z nich istniał zbiór ciężkich objawów, które mogły obudzić podejrzenie cierpienia żołądka. Oto najważniejsze objawy obiektywne według autora: 1) obecność wielkich ilości soku żołądkowego w czczym żołądku [autor nie znajdował nigdy mniej, niż 150 ctm. sz.]. 2) niski ciężar gatunkowy zawartości żołądkowej; 3) wybitne wartości nadkwaśne w soku, wydobytym na czczo i po próbnem śniadaniu; 4) niedostateczne trawienie krochmalowe i 5) brak wielkiej niedomogi ruchowej. Autor kładzie nacisk na to, że jakkolwiek objawy subiektywne [wielki ból, obfite i częste wymioty, pragnienie i t. d.] występować mogą napadowo w pewnych odstępach czasu, podczas których chory może czuć się zupełnie dobrze, jednak rezultaty badania obiektywnego zawsze pozostają niezmiennione. Omówiwszy następnie rozpoznanie różniczkowe [od *Gastroxynsis* ROSSBACH, *crises gastriques*, periodycznych wymiotów LEYDEN'a] oraz leczenie [przetwory beladony, wody alkaliczne, sól karlsbadzka, przepłukiwanie żołądka, zupełne usunięcie z pokarmów substancji skrobiowych oraz systematyczne i obfite podawanie tłuszczów], autor wypowiada zdanie, że przy dzisiejszym stanie nauki sokotok REJCHMANA wbrew mniemaniu wielu autorów uważać należy za rzadkie, lecz samoistne cierpienie.

(*Berliner klinische Wochenschrift*. Nr. 39. 1901).

Władysław Sterling.

127. Fiedler. O kamicy żółciowej.

Kamica żółciowa należy do cierpień częstych. Według autora częstszych nawet, aniżeli mniema ogół lekarzy, gdyż częstokroć brana bywa za najrozmaitsze cierpienia, jak kurcze żołądka, kolka kiszkowa, nerwobóle, kolka nerkowa i t. d. Przytem często bardzo przebiega bez żadnych objawów podmiotowych; według KEHR'a np. zaledwie 5% wszystkich cierpiących na kamicy żółciową wie o obecności u siebie kamieni. Daleko dokładniejszych danych dostarczyć mogą protokoły sekcyjne. Na ogólną liczbę badanych 2883 zwłok, autor spostrzegł 201 kamieni żółciowych, co wynosi 7%. KRUG zaś na 11077 protokółów sekcyjnych znalazł kamienie w 599 przypadkach, czyli w 9,1%. Prześwietlanie promieniami RÖNTGEN'a, pomimo dotychczasowych wyników niepomysłnych, może być w rozpoznaniu kamieni żółciowych bardzo pomocne, o ile wyłączyć kamienie [wyłącznie prawie] z cholestearyny i barwników żółciowych, które nie dają cienia.

Autor stwierdza kardynalną zmianę, jaka w przeciągu dwóch ostatnich dziesięcioleci zaszła w poglądach lekarzy na istotę i objawy kamicy głównie dzięki klasycznym pracom NAUNYN'a, RIEDEL'a i KEHR'a. Dawne zapatrywania SOEMMEBING'a, WALTHER'a, SCHÜPPEL'a, NIEMEYR'a, jakoby rozkład żółci

był pierwotną przyczyną wydzielania się z żółci barwników, cholestearyny oraz żółcianów wapnia—czyli powstawania kamieni—mogą znaleźć zastosowanie tylko w bardzo nielicznych przypadkach. NAUNYN stwierdził, że najważniejsze składniki kamieni—wapń i cholestearyna—pochodzą z tłuszczowo zwyrodniałego nabłonka błony śluzowej pęcherzyka. Dowiódł on także, że rodzaj pożywienia nie wywiera wpływu na wytwarzanie się kamieni. W ostatnich czasach coraz częściej zaczęto mówić o niezycie błony śluzowej, usposabiającym do kamicy, coraz częściej także poczęto wskazywać na lasecznika okrężnicy, jako na przyczynę tego niezytu. Przytem, koniecznym warunkiem w powstawaniu zmian zapalnych jest przeszkoda w odpływie żółci; dopóki bowiem odpływ ten jest nieutrudniony, żółć okazuje się jałową. MIGNOT'owi i MIAKE'mu przy zwolnieniu odpływu żółci i przy wstrzykiwaniu laseczników okrężnicy i zmniejszonej jadowitości udało się wywoływać u psów kamienie żółciowe. Ponieważ znajdowano często w środku kamienia ciała obce, jak nici jedwabne, ziarna, kawałki glist, mniemano więc, że przy powstawaniu kamieni cholestearyna i wapń odkładają się na około tych ciał obcych. NAUNYN jednak wprowadzał psom do pęcherza rozmaite ciała obce i nigdy nie otrzymywał zlogów.

Co się tyczy mechanizmu przechodzenia kamieni z pęcherzyka żółciowego do przewodu kiszkiowego, to, wbrew poglądom wielu autorów, twierdzi FIEDLER, że tylko kamienie mniejsze od ziarna grochu mogą przedostać się do jelit *per vias naturales*. Zazwyczaj kamień o wielkości najwyższej 1,5 mm. przechodzi przez przewód pęcherzykowy, następnie dostaje się do przewodu żółciowego wspólnego, tutaj powoli powiększa swoją objętość, uciska na ściankę dwunastnicy, tworzy owrzodzenie odleżynowe, zgorzel od ucisku i w końcu przez zropiałą ściankę dostaje się do dwunastnicy. Następnie otwór owrzodzenia ściągają się, zabliźnia i w uchyłku VATER'a pozostaje na zawsze twardy pierścień łączno-tkankowy. Większa część kamieni żółciowych, odchodzących z kałem, dostaje się do jelit właśnie w sposób wyżej opisany. Niezawsze jednak przebieg bywa tak pomyślny: owrzodzenia często drążą głęboko, prowadzą do przedziurawień, do ropienia w narządach sąsiednich, zwłaszcza w wątrobie. Nasuwa się więc pytanie nader ważne: kiedy należy uciec się do zabiegów operacyjnych? Pomiedzy leczeniem wyczekującym i operowaniem tylko w razie wskazania życiowego—z jednej strony a radykalizmem takiego WINIWARTER'a, który twierdzi, że rozpoznanie kamicy żółciowej równa się wskazaniu do operacji—z drugiej, istnieją przestrzeń ogromną. Zwolennicy obu poglądów mogą przytoczyć argumenty na swoje usprawiedliwienie. Każdy lekarz spostrzegł przypadki kamicy, powikłane zapaleniem otrzewnej od przedziurawienia, ropnem zapaleniem żył, ropniami wątroby, posocznica, każdy jednak spostrzegł także przypadki kamicy z ciężkimi objawami — zupełnie wyleczone. Autor trzyma się drogi pośredniej, uważając operację za wskazaną: 1) jeżeli napady kolki powracają często, a kamienie nie odchodzą z kałem; 2) jeżeli chory chudnie i wyczerpuje się; 3) jeżeli kamień opuścił pęcherzyk żółciowy; 4) jeżeli nastąpił obrzęk pęcherzyka wraz z gwałtownymi bólami; 5) jeżeli rozwinęło się ropne zapalenie pęcherzyka; 6) przy objawach zapalenia otrzewnej i przedziurawienia.

Według dawniejszych poglądów bezpośrednią przyczyną napadu kolki żółciowej było podrażnienie, które wywoływał, wepchnięty do wąskiej szyjki przewodu pęcherzykowego kamień, wokoło którego kurczowo ściągająca się ścianka. Natomiast RIEDEL twierdzi, że każdy napad kolki żółciowej zależy od pierwotnego ostrego zapalenia obrzękłego pęcherzyka. KEHR i NAUNYN są zdania, jakoby laseczniki okrężnicy, a następnie gronkowce i paciorkowce były przyczyną tego zapalenia, mogąc wywoływać je i bez udziału kamieni żółciowych. Lecz RIEDEL nie podziela tego zdania. Według niego mamy tu do czynienia z pewnym szczególnym rodzajem zapalenia naokoło ciała obcego,

którego rolę odgrywa tu kamień. Być może, że stan ten zapalny zależny jest od częstych urazów; za stany analogiczne uważa RIEDEL zapalenie stawów przy dnie, zapalenie wyrostka robaczkowego, kamicy nerkową, zapalenie szpiku kostnego i t. d. Autor częściowo tylko podziela pogląd RIEDEL'a Gdyby wszystkie napady kamicy żółciowej trzeba było tłumaczyć sobie stanem zapalnym, wtedy pozostawałyby zupełnie niezrozumiałe następujące fakty: dlaczego okropne i gwałtowne bóle zjawiają się tak nagle i bez wszelkich objawów zwiastunowych? Dlaczego też same bóle ustępują tak nagle, jak wystąpiły? W jaki sposób stan zapalny wywoływać mógłby tak częste nawroty bólów? [co dwa tygodnie i częściej]. A przytem bóle przy kamicy są natury tak wyjątkowej co do swojego natężenia, że w całej patologii stanów zapalnych brak nam dla nich wszelkiej analogii. Według autora, bóle występujące nagle, o bardzo wielkiem natężeniu, prowadzące nieraz do zapaści i przechodzące równie prędko bez pozostawienia wrażliwości na ucisk—zależą od uwięzienia kamienia w szyjce przewodu pęcherzykowego; natomiast bóle, rozwijające się powoli bez gwałtownych napadów i znikające powoli—należy uważać za zapalne. Oczywiście zdarzają się i postaci przejściowe, gdyż częstokroć obie przyczyny działają równocześnie.

(*Münchener Medicinische Wochenschrift*, Nr. 43). Władysław Sterling.

128. Gravitz. Wrota wejścia laseczników gruźliczych i umiejscowienie ich w organizmie ludzkim.

Kiedy KOCH na ostatnim Zjeździe londyńskim objawił teorię swoją, według której nie należy obawiać się przeniesienia gruźlicy z bydła na ludzi, ponieważ laseczniki perlicy i gruźlicy nie są identyczne, w prasie lekarskiej posypał się cały szereg artykułów, dążących do wyświeatlenia kwestyi. Jednym z ostatnich takich protestów jest właśnie artykuł autora. Przed pięćdziesięciu niespełna laty podał VIRCHOW dokładny opis perlicy bydła i gruźlicy ludzkiej, wykazujący znaczne różnice w delikatnej budowie gruzelków. Opis ten dzisiaj zdaje się przemawiać za słusnością poglądów, nawróconego do teorii VIRCHOW'a, wielkiego bakterjologa berlińskiego. Lecz tylko pozornie. Autor przypomina prawo patologiczne, polegające na tem, że rozmaite tkanki rozmaicie reagują na jednakowe podrażnienie. Dominującą rolę w tych sprawach odgrywa usposobienie, przyczem różni autor usposobienie gatunków, usposobienie osobnicze i usposobienie pojedynczych narządów. Tak np. olej terpentynowy w niewielkich dawkach wywołuje u psów duże ropnie, podczas kiedy u świńek morskich nawet wielkie dawki nigdy nie prowadzą do ropienia. Dalej, bakterye promienicy często wytwarzają u ludzi ropnie, u bydła zaś guzy. Laseczniki nosacizny prowadzą u koni do krost i owrzodzeń błony śluzowej nosa, zaś u świńek morskich do wytwarzania się guziczeków zapalnych, przypominających obraz ostrej gruźlicy. Przykłady te, które możnaby mnożyć w dalszym ciągu, wskazują na istnienie pewnego usposobienia g a t u n k o w e g o. Jeżeli więc guziczki przy perlicy oraz gruzelki ludzkie wykazują różnice w budowie, to z tego nie wynika jeszcze, ażeby przyczyna wywołująca je była różna. Lecz daleko większe jeszcze znaczenie posiada tutaj usposobienie o s o b n i c z e.

Ciekawy jest, wykazany przez autora, fakt, że gronkowiec złoty, wywołujący w zwykłych warunkach ropienie z demarkacyjnem tworzeniem się ziarniny, u chorych na ciężką cukrzycę prowadzi do symetrycznej zgorzeli palców. Spotykamy się często z pologiem, odrą, grypą, durem, moczówką cukrową, jako chwilowo występującą przyczyną usposobienia do gruźlicy. W przypadkach takich zamiast zwykłego wytwarzania się guziczeków, spotykamy szybko rozwijające się serowate zapalenie płuc, przyczem tkanka płuc nie wykazuje skłon-

ności do ograniczania ognisk tkanką ziarninową. Wpływ usposobienia osobniczego jest tak silny, że według autora nadzieja przytłumienia gruzelków przez wytepienie laseczników jest mrzonką.

Prócz usposobienia gatunkowego oraz osobniczego, mamy jeszcze usposobienie pojedynczych narządów do rozmaitych cierpień. Przy wprowadzaniu zarodników kropidlaka (*aspergillus*) do krwi królika otrzymywał autor z wielką prawidłowością ogniska w nerkach, wątrobie i kiszkiach—a prawie nigdy w mózgu i układzie mięśniowym. Przy zapaleniu wosierdzia wrzodziejącym, przy ropnicy i przy gruźlicy ogniska mają swoje ulubione umiejscowienia; przy gruźlicy np. wątroba gęsto usiana bywa guziczkami, w nerkach znajdujemy już mniej liczne, choć większe ogniska serowate, w kręgach nakonieć, spotkać możemy tylko pojedyncze ogniska. Ponieważ wiemy, że istnieją dwie postaci gruźlicy: pierwotną, przebiegającą we wrotach wejścia laseczników oraz wtórną: na ulubionych miejscach, jak w kościach i stawach, przeniesioną drogą krwi i limfy, nasuwa się więc pytanie wielkiej wagi praktycznej, z jaką postacią mamy do czynienia w każdym pojedynczym przypadku, tembardziej, że wrota zakażenia mogą częstokroć pozostawać zupełnie zdrowe. Autor rozpatruje wszystkie drogi, któremi laseczniki mogą dostać się do organizmu. Co się tyczy układu oddechowego, to płuca uważano do niedawna za miejsce pierwotnego zakażenia wdychanemi lasecznikami. Dopiero RIBBERT i AUFRECHT wygłosili zdanie, że zakażenie wierzchołków odbywa się drogą krwi i limfy. W układzie moczopłciowym—serowate zapalenie macicy i jajników może być sprawą pierwotną, zależną od przedostania się laseczników z powierzchni przez pochwę, lecz może powstać i różnie przy gruźliczym zapaleniu otrzewnej, jak to wykazały ostatnie badania GLIMM'a i MENNE'go. Zapalenie gruźlicze jądra i przyjądra, według badań autora, może być sprawą pierwotną i wtórną. I gruźlica przewodu pokarmowego może powstawać drogą podwójną, jeżeli więc w danym przypadku znajdujemy gruźlicę kiszki, to należy rozstrzygnąć pytanie, czy powstała ona drogą wtórną, czy też pierwotną przez pożywienie. Ten ostatni fakt możnaby przypuścić tylko wtedy, jeżeli sekcya wykazuje zupełny brak gruźliczych zmian w płucach, w jamie nosogardzielowej i krtani. Okazuje się jednak, że takie czyste przypadki gruźlicy kiszki są nadzwyczaj rzadkie, autor np. na 284 sekcye osobników, dotkniętych gruźlicą [podczas ostatnich dwóch lat] znalazł zaledwie 4 przypadki gruźlicy kiszki i gruczołów krezkowych bez ognisk gruźliczych w płucach, krtani i gardzieli. Są więc jelita narządem bardzo mało usposobionym do cierpień gruźliczych, a mleko zwierząt perliczych jest dla nich pokarmem prawie nieszkodliwym. Nie upoważnia to jednak do przyjęcia wniosku KOCH'a o zupełnej nieszkodliwości tego mleka dla organizmu. Autor zwraca uwagę na wielkie znaczenie migdałów, jako wrót wejścia zakażenia gruźliczego z pokarmami. Znajdował on w nich bardzo często zmiany gruźlicze, chociaż nie były powiększone i pozornie zupełnie normalne. Stąd zakażenie może przejść drogą limfy do gruczołów szyjowych, które mogą nie nabrzmiewać, do gruczołów chłonnych u wrót płucnych, do oplucnej i osierdzia. Może nastąpić śmierć dziecka, a my w kiszkiach i gruczołach krezkowych nie znajdziemy najmniejszych śladów, że pokarm był bezpośrednią przyczyną pierwotnego zakażenia.

(*Deutsche medicinische Wochenschrift*. 1901. N. 41). Władysław Sterling.

129 S. Simnitzky. O wpływie zatrzymania się żółci na czynność wydzielniczą gruczołów żółtkowych.

Sprawę zachowywania się czynności wydzielniczej żółtaczki przy żółtaczce poruszało już kilku badaczy. Lecz gdy jedni z nich stwierdzili przy żółtaczce

nadkwaśność soku żołądkowego [NOORDEN, SCHIFF], inni spostrzegali natomiast zmniejszone wydzielanie soku żołądkowego [LEVA, JAKSCH], inni wreszcie żadnych zmian w chemizmie żołądka dostrzedz nie byli w stanie [RIEGEL, SWIRELIN].

Sprzeczność wyników, otrzymanych przez poprzednich badaczy, skłoniła autora do zajęcia się powyższą sprawą; dla wyświeatlenia zaś jej posiłkował się z jednej strony materiałem klinicznym, z drugiej — wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach w pracowni fizyologicznej prof. PAWŁOWA.

Dla spostrzeżeń klinicznych autor wybrał 7 przypadków żółtaczki nieżytowej, 1 przypadek choroby WEIL'a z kolką wątrobową, 3 przypadki przerostowej marskości wątroby i 1 przypadek żółtaczki w następstwie ucisku przewodu żółciowego wskutek raka trzustki. Ogółem wykonano 81 rozbiórów chemicznych zawartości żołądkowej. Nie podając szczegółowego opisu swoich spostrzeżeń, autor dzieli się wynikami, do jakich doszedł. Otóż we wszystkich przypadkach, w których żółtaczka stopniowo się zmniejszała, mógł zauważyć stopniowe obniżanie się ogólnej kwaśności soku żołądkowego, jak również zmniejszanie ilości wolnego HCl; w 3-ch z tych przypadków, w których żółtaczka po czasowem zmniejszeniu się znów się wzmagala, kwaśność również ulegała wzmoczeniu; wreszcie w tych przypadkach, w których żółtaczka w ciągu obserwacji pozostawała wciąż jednakowego natężenia, bądź dawała się spostrzegać stała nadkwaśność, bądź też kwaśność obniżała się współcześnie z postępującem wychudzeniem i osłabieniem ustroju. Dokładniejsze badania przekonały następnie autora, że nadwierna kwaśność w tych przypadkach zależną była od zwiększonej ilości wolnego HCl, podczas gdy ilość związanego HCl i chlorków pozostawała prawidłową. Z powyższego wyciąga autor wniosek, że przy żółtaczce następuje wzmoczenie czynności wydzielniczej żołądka, wyrażające się nadmiernem wydzielaniem kwasu solnego; wahania zaś ilości wolnego HCl odpowiednio do wzmagania się lub zmniejszania żółtaczki dowodzą, że owo nadmierne wydzielanie kwasu solnego jest następstwem li tylko żółtaczki.

W celu sprawdzenia otrzymanych w klinice wyników, autor przeprowadził szereg doświadczeń na zwierzętach. Przedewszystkiem wykonał u 3-ch psów gastroezofagotomię metodą PAWŁOWA i karmiąc psy „pozornie” określoną ilością mięsa i w ciągu określanego czasu, zbierał całą ilość wydzielanego wówczas soku żołądkowego. Przekonawszy się w ten sposób, jak wielką jest prawidłowa sekrecya t. zw. „soku psychicznego” u danego zwierzęcia, autor przewiązywał następnie przewód żółciowy i przy zachowaniu wszystkich poprzednich warunków obserwował zmiany, zachodzące w owej sekrecyi. Otóż okazało się, że istotnie zastój żółci stale pociąga za sobą wzmoczone wydzielanie soku żołądkowego: u I psa bowiem sekrecya wzmożła się o 52,1%, u II psa — o 53%, u III wreszcie o 44,6%.

Aby przekonać się następnie o sekrecyi gruczołów żołądka po podaniu rozmaitych pokarmów, autor prowadził badania nad dwoma psami, u których przy pomocy metody HEIDENHAIN—PAWŁOWA izolował żołądek. Gdy zatem po całym szeregu doświadczeń upewnił się, jaki wpływ wywiera pewien pokarm na sekrecyę gruczołów żołądka w stanie prawidłowym, natenczas przewiązywał przewód żółciowy i badał ową sekrecyę w warunkach nowych, podając, rzecz prosta, ten sam pokarm w teje ilości. Ogółem doświadczeń takich wykonał autor 60 i we wszystkich ujawnił się wyraźnie pobudzający wpływ przewiązania *ductus choledochi* na wydzielanie soku żołądkowego, t. j. zawsze występowało nadmierne wydzielanie soku żołądkowego. Tak np. u psa I-go, któremu podano 200,0 mięsa, wzmożła się sekrecya o 110%, u II-go o 90,9% i t. d.

W końcu zwraca autor jeszcze uwagę na ciekawy fakt, dostrzeżony w czasie badań i powtarzający się niemal zawsze: oto sekrecya gruczołów żołądka w ciągu I-szej godziny podnosiła się do *maximum* i następnie szybko słabła; nowe bodźce nie wywierały już wtenczas wybitnego wpływu na sekrecyę. Autor sądzi, że mamy tu do czynienia z t. zw. „astenią” komórki gruczołowej żołądka.

(*Berliner klin. Woch.* 1901. Nr. 43).

W. Rubin.

130. Mintz. Przypadek pierwotnej gruczolicy ślinianki przyusznej.

W literaturze znajdujemy zaledwie 8 przypadków pierwotnej gruczolicy ślinianki przyusznej, z których pierwszy ogłoszono w 1894 roku. KÜRTNER na podstawie siedmiu pierwszych spostrzeżeń odróżnia postać rozlaną, kiedy ślinianka jest usianą ropniami lub ogniskami serowatemi, leżącemi wśród obrzękłej kruchej tkanki i ograniczoną, o wiele rzadszą, występującą jako ropień zimny, torbiel śliniakowa lub guz ograniczony. Cierpienie dotyka osobników nawet dziedzicznie nie obciążonych gruczołami, w rozmaitych okresach życia, rozwija się powoli, powodując czasem nerwobóle w zakresie nerwu twarzowego. W jednym przypadku ropień gruczolicy łączył się z przewodem śliniankowym, co spowodowało zakażenie mieszane. Rozpoznanie właściwe we wszystkich przypadkach ustalono dopiero po dokonaniu badania drobnowidzowego. Rokowanie jest wogóle dobre; raz jeden spostrzegano nawrót w drugiej śliniance przyusznej. Leczenie—wyłącznie operacyjne—polega na częściowym lub doszczętnym usunięciu ślinianki z unikaniem uszkodzenia gałęzi nerwu twarzowego.

Nieco odmiennie w szczegółach przedstawia się przypadek autora. 3-letnie dziecko matki, cierpiącej na gruczoł płuca, w lutym 1901 r. zachorowało na błonnicę gardzieli, która skończyła się pomyślnie. W maju matka zauważyła pod lewą kością policzkową dziecka niebolesny guz, który po paru tygodniach, powiększając się, zajął cały lewy policzek. Leczenie jodkiem potasu było bezskuteczne. W końcu maja autor znalazł co następuje: dziecko bardzo dobrze odżywione, wewnętrzne narządy zupełnie zdrowe, stan bezgorączkowy. Na lewym policzku guz, ściśle odpowiadający śliniance przyusznej, pokryty zdrową przesuwalną skórą; na błonie śluzowej jamy ustnej i gardzieli—żadnych spraw patologicznych odkryć niepodobna. Rozpoznano złośliwy nowotwór ślinianki przyusznej i usunięto cały gruczoł, ocalając wedle możności główne gałęzie nerwu twarzowego. Po 11-u dniach nastąpiło zupełne wyzdrowienie, z lekkim lewostronnem porażeniem mięśni twarzy. Tkanka wyluszczonej ślinianki przyusznej—krucha, na przekroju przedstawia się jako szarawo-biała masa, podobna do złośliwego nowotworu. W soku, wyciśniętym ze świeżego gruczołu, wykryto obecność laseczników gruczolich, badanie zaś drobnowidzowe tkanek wykazało obecność typowych ognisk gruczolich we wszystkich częściach gruczołu oraz w śliniance przydatkowej (*parotis accessoria*); znaleziono również ogniska już zserowaciałe. W naczyniach krwionośnych zmian żadnych nie dostrzeżono.

Zakażenie, zdaniem autora, przedostało się do ślinianki przyusznej od strony jamy ustnej prawdopodobnie przez przewód *Stenona*, na co wskazuje pierwotne zajęcie ślinianki przydatkowej [guz pod kością policzkową], oraz wybitne zmiany w oddzielnych zrazikach gruczołu, gdy tkanka łączna międzyzrazikowa miała tylko cechy zwykłego odczynu zapalnego. Źródło zakażenia znajdowało się w obcowaniu z cierpiącą na gruczoł płuca matką.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1901).

Aleksander Kopczyński.

131. H. Kehr. Przyczynki do chirurgii brzusznej.

Autor zdaje sprawę z 84 laparotomii, wykonanych wskutek cierpień dróg żółciowych. K. rozróżnia dwanaście postaci kamicy żółciowej:

- 1) kamienie w pęcherzyku u względnie zdrowych osób, *ductus cysticus* drożny, zrostów niema (*stadium latens*).
- 2) *Cholecystitis acuta*. Zwykle duży kamień w szyjce pęcherzyka. Wyśięk mętny, prawie ropny, ścianka nieco zgrubiała.
- 3) Kamienie w pęcherzyku, który już poprzednio uległ wielokrotnym zapaleniom. *Ductus cysticus* drożny. Zrosty z kiszka.
- 4) *Cholecystitis acuta* w pęcherzyku zmienionym i skurczonym wskutek uprzednich spraw. *Ductus cysticus* zarośnięty, często zatkany przez kamień. Zrosty z wnętrzościami, często przetoki.
- 5) Zrosty z wnętrzościami. Kamieni niema wcale.
- 6) *Hydrops vesicae*.
- 7) *Empyema vesicae*.
- 8) *Carcinoma cum cholelithiasi*.
- 9) Ostre zatkanie kamykiem *ductus choledochi*
- 10) Przewlekłe zatkanie kamykiem *ductus choledochi*. Kamień *in parte supraoduodeni*.
- 11) Przewlekłe zatkanie kamykiem *ductus choledochi*. Kamyk *in papilla duodeni*.
- 12) Przewlekłe zamknięcie *ductus choledochi* wskutek guzów trzustki, dwunastnicy, lub zarośnięcia *ductus choledochi*.

Klinicznie postaci te przechodzą jedna w drugą; często bardzo ścisłego rozpoznania różniczkowego postawić nie można.

K. jest zwolennikiem stanowczym operowania przy cierpieniach dróg żółciowych. Zabieg chirurgiczny uważa za wskazany we wszystkich postaciach wymienionych z wyjątkiem działu I i IX, a właściwie tylko I, bo i przy ostrem zatkanii kamykiem *ductus choledochi* dopuszcza wyjątkowo drenowanie *ductus hepatici*. Za najracjonalniejszą metodę operowania uważa całkowite wycięcie pęcherzyka żółciowego [*cystektomia*] przy następczym drenowaniu *ductus hepatici*. Za postępowaniem takim przemawia to, że

- 1) dopiero po dokonaniem wycięcia można skonstatować, że *ductus choledochus* i *hepaticus* nie zawierają kamieni,
- 2) nie bywa następczych bólów wskutek zapalenia i zrostów,
- 3) śmiertelność nie jest wysoka.

Zabieg wykonywa się na jednym posiedzeniu. Przy odluszczeniu pęcherzyka żółciowego silnych krwawień K. nie miewał. Po przewiązaniu, *resp.* obkluciu naczyń wystarczało staranne wyłożenie gazą, którą pozostawiano na dni 14.

Drenażu *ductus hepatici* K. dokonywa w ten sposób, że, ująwszy dwiema pincetami hemostatycznymi kikut *ductus cystici*, rozszczepia go na sondzie aż do *ductus choledochus*. Przez otwór, zrobiony w tym ostatnim, wyjmuje drobne kamyki i następnie zasuwa cienki gumowy dren na 4 ctm. w *ductus hepaticus*. Dren przyszywa paru jedwabnymi szwami do ścianki *ductus choledochi*, *resp.* do resztki *d. cystici*.

Gdy się usunie po 14-u dniach gazę i dren, można wprowadzić przez otwór w *d. choledochus* kateter i wypłukać przewód. Jeżeli drenu nie założyc, przetoka goi się w ciągu 25—40 dni.

W wielu jednak przypadkach trzeba się zadowolić *cystostomią* [zła narkoza, głębokie położenie pęcherzyka, niedostępność pola operacyjnego].

Prócz tego cystostomia będzie zawsze wskazana przy *cholecystitis acuta*, przy pęcherzyku dużym, uległym silnemu zapaleniu.

Cysticotomia jest wskazana, jeżeli przy cystostomii znajduje się się nieruchomy kamień *in ductu cystico*.

Przeciw wymiotom po operacji K. stosuje hypodermoklyzę przemywania żołądka, czasem zabieg STEINTHAL'a [wstrzykiwanie 40,0 oliwy pod skórę]. W ciągu pierwszych 24-ch godzin operowany nie dostaje nic, piątego dnia olej rycynowy i, jeżeli niema powikłań, przechodzi do stałych pokarmów.

Na 84 laparotomie z zabiegami na pęcherzyku żółciowym, połączonymi niekiedy z plastycznymi operacjami na odźwierniku, K. miał 18 zejść śmiertelnych; w tej liczbie trzy przy *carcinoma pancreatis, hepatis*, jedno przy *th. peritonei*, cztery wskutek *cholangitis diffusa*, dwa przy *peritonitis perforativa i cholangitis diffusa ante operationem*, dwa wskutek krwawień cholemicznych, jedno z powodu osłabienia działalności serca, jedno z powodu *pyelonephritis*. Wogóle autor wyłącza ze statystyki 13 zejść śmiertelnych, jako niezależnych zupełnie od zabiegu. Jedynie w dwóch przypadkach uważa za przyczynę śmierci zabieg operacyjny. W jednym po przedrenowaniu pęcherzyka przy *empyema* nastąpiła *peritonitis diffusa*, w drugim śmierć wywołały krwawe wymioty. Przy obliczeniu procentowem śmiertelność przy cystostomii równa się 2%, przy cystektomii 3,5%, przy choledochotomii 6,6%.

(HANS KEHR. *Beitrgge zur Bauchchirurgie*).

B. Bartkiewicz.

132. Tillaux i Riche. Przewiązanie aorty brzusznej.

STENON i SWAMMERDAM pierwsi przewiązywali aortę brzuszną u zwierząt. Doświadczenia te wykonane były w r. 1667. Od tego czasu wielu badaczy, przeważnie fizyologów poczyniło badania odnośnie u zwierząt wszelkiego rodzaju; niektórzy przewiązywali tętnicę drogą zaotrzewnową, lub przezotrzewnową, inni przyeiskali aortę do kręgosłupa, lub też, jak FREDERICK, wprowadzali przez tętnicę szyjową do aorty sondę z balonikiem, który mógł być napełniony wodą.

U wszystkich operowanych zwierząt występowały przedewszystkiem objawy anemii w tylnych kończynach [zniesienie tętna i obniżenie ciśnienia ze 110 mm. do 66 mm., u królika do zera], następnie zaś oznaki bezwładu zarówno ruchowego jak i czuciowego, przyczem tak pierwszy jak i drugi poprzedzony był przez okres podniecenia. Bezwład ustępował w przeciągu od paru godzin do 50-iu [przypadek PIROGOWA]. Nie jest jeszcze ostatecznie ustalonym od czego zależy bezwład: czy od anemii rdzenia, czy też nerwów obwodowych i mięśni.

Tętno, wzrost ciśnienia krwi można było zauważyć już po 5—10 minutach, zresztą zachodzą tu duże indywidualne różnice u różnych gatunków zwierząt. Wogóle ciężki ten zabieg zwierzęta znoszą bardzo dobrze, z wyjątkiem królików. Ani zgorzeli kończyn, ani trwałych bezwładów niema. Uboczne drogi dla krwiobiegu tworzą przeważnie *arteriae lumbales*. KAST znalazł połączenie między *mammaria interna* a *epigastrica*. Poza zakażeniem najczęściej zwierzęta ginęły wskutek wtórnych krwotoków.

U ludzi zwężenie, *resp.* zupełne zarośnięcie, lub zatkanie światła aorty brzusznej występuje w wielu sprawach chorobowych. Okazuje się, że wrodzone zarośnięcie może przebiegać bez wyraźnych objawów; zatkanie wskutek *endocarditis ulcerosa, erysipelas, pneumonia* często kończy się śmiercią. We wszystkich przypadkach, gdzie występowała zgorzel kończyn [lub bezwład stały, zatkanie nie ograniczało się do tętnicy brzusznej. Drogami ubocznymi dla krwiobiegu służą tylne gałęzie *a. a. intercostalium, a. a. lumbales, epigastricae* i *circumflexae iliaca*.

Podwiązanie aorty u człowieka wykonane było dotąd 13 razy [11 razy z powodu tętniaka, 2 razy z powodu krwotoku]. Wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią; najdłużej żył chory W. KEEN'a, mianowicie 48 dni. Przewaźnie przyczyną śmierci były: *septicaemia acuta* [MURRAY, SOUTH, MAC-GUIRE, STOKES], *peritonitis* [COOPER, WATSON], zgorzel gazowa [CZERNY], krwotoki [JAMES, MONTEIRO, W. KEEN]. W 7-iu przypadkach operowano drogą przezotrzewną, w 6 zaś zaotrzewną.

Autorowie podwiązali tętnicę brzuszna w przypadku lewostronnego tętniaka olbrzymiej wielkości na *arteria iliaca*. Aortę podwiązano przez omyłkę zamiast *a. iliaca*. Cięcie długości około 15 ctm. przez smugę białą. Po odsunięciu kiszek na prawo nacięto otrzewną na miejscu tętniącego dużego naczynia i podwiązano je grubą nicią jedwabną. Natychmiastowe zmniejszenie guza, ustanie tętnienia i szmerów. Wieczorem c. 37^o,5, p. 108. Ciepłota nogi prawej 34^o,6; lewej 35^o,4. W pięć dni po operacji zauważono lekkie tętnienie w guzie, następnie stopniowe powiększanie się. Wogóle po operacji stan chorego był dobry; z wyjątkiem wymiotów i mętnego, przesyconego moczanami moczu nie było żadnych innych objawów niepokojących. Bezwładu, ani zniesienia czucia nie zauważono. W 16 dni po operacji guz wzrósł do znacznych rozmiarów, wystąpił obrzęk lewej nogi, podniesienie ciepłoty. Odtąd stan chorego się pogorszał i 39-go dnia po operacji nastąpiła śmierć przy objawach majaczenia.

Sekcyja wykazała, że tętniak rozlany zajmował prawie połowę brzucha. Aorta była podwiązana nad rozgałęzieniem. Nad ligaturą skrzepu nie było. Pod ligaturą pozostał niezarośnięty kanalik, przez który można było wprowadzić sondę. Jako przyczynę śmierci T. i R. podają zaburzenia nerkowe, wyniszczenie, które towarzyszy rozwojowi dużych tętniaków.

T. i R. w końcu swej pracy stawiają następujące tezy:

- 1) Podwiązanie aorty brzusznej u człowieka nie prowadzi nigdy do zgorzeli.
- 2) Zjawiska napływu krwi do głowy są rzadkie i bez znaczenia.
- 3) Objawy porażenia są niestale, zmienne i przejściowe.
- 4) Sama operacja nie pociąga bezpośrednio śmierci.

(*Revue de Chirurgie* 1901).

Bartkiewicz.

133. Hagenbach — Burckhardt. O wdychaniu tlenu u dzieci.

Wdychanie tlenu znanem jest od bardzo dawnego czasu, ale rezultaty były mało zachęcające do szerszego jego stosowania. Teoretycznie i obecnie nie jest przyznana wartość wdychania tlenu, gdyż zarówno częste i głębokie oddychanie, jako też wdychanie czystego tlenu nie wprowadza go do krwi w większej ilości, niż oddychanie w zwykłych warunkach. Objasniają to w ten sposób, że ilość przyjmowanego tlenu nie jest zależną od ciśnienia w płucach, lecz od ilości hemoglobiny we krwi; o ile więc ta ostatnia pozostaje bez zmiany, nadmiar przyjętego tlenu nie wywiera żadnego wpływu na organizm.

Pomimo tych naukowych twierdzeń, autor zaczął stosować tlen w terapii dziecięcej, zachęcony dodatnimi wynikami, otrzymywanymi we Francji, Anglii i Ameryce i, nie wdając się w ocenę naukowego poglądu, powiada, że ze względu na oddychanie i krążenie otrzymywał takie rezultaty, jak z żadnym innym dotychczas znanym środkiem leczniczym. Podaje on wyniki swych badań w 20-u przypadkach, z których 15 przypada na błonicę ze zwężeniem krtani, 3 na nieżytkowe zapalenie płuc, 1 na zapalenie nerek z obrzękiem płuc i 1 na zwężenie, spowodowane wolem podmostkowym (*struma substernalis*).

Z objawów, które po wdychaniu tlenu ustępują, należy przedewszystkiem zaznaczyć sinicę; prawie momentalnie wargi przyjmują zwykły czerwony kolor, następnie zaróżowiają się policzki. Z odstawieniem tlenu sinica powraca, ale

stosując dowolną ilość tlenu, mamy możność utrzymania normalnych warunków krążenia przez dłuższy czas. Poprawa w oddychaniu pod wpływem tlenu polega na równiejszem, głębszem oddychaniu i na zmniejszonej ilości oddechów.

Usunięcie chociażby czasowe sinicy i uregulowanie oddychania ma niezmiernie ważne znaczenie przy zwężeniu dyfterycznem, gdyż umożliwia wykonanie intubacji lub tracheotomii.

W przypadkach krupu i zapalenia płuc wdychanie tlenu okazało zbawienny wpływ i na stan ogólny; dzieci stawały się spokojniejsze, o wiele rażniejsze, chętnie przyjmowały pokarm, śpiączka ustępowała. Widocznem też było, że dzieci czuły ulgę przy stosowaniu tlenu, gdyż o ile początkowo bronily się przed nakładaniem maski do wdychania tlenu, a tyle potem chętnie na to przystawały, a często same się o tlen upominały.

W 13-tu przypadkach z zejściem śmiertelnem [z 20-u obserwowanych] działanie tlenu było wprawdzie tylko czasowe, ale i tutaj autor uważa wpływ jego za dobroczynny, gdyż przynosił ogromną ulgę chorym; były to przeważnie przypadki dyfteryty gardzieli i krtani, z daleko posuniętą sprawą chorobową. W 3-ech zaś przypadkach tlen, zdaniem autora, zbawił dzieci wprost od śmierci.

Na zasadzie swoich badań, skuteczne działanie tlenu objaśnia autor przedostaniem się jego do krwiobiegu.

Ilość zużytego tlenu w każdym pojedynczym przypadku nie jest dotychczas ściśle określona. Stosowano po 20—30—40 litrów dziennie [3 do 4 litrów na godzinę]. Autor stosował w niektórych przypadkach do 150 litrów i więcej na dobę.

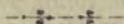
W ostatnich czasach dopiero wynaleziono odpowiedni przyrząd do wdychania tlenu. Jest to rodzaj kociołka, zawierającego 300 litrów tlenu i zaopatrzony w manometr. Za pomocą maski, połączonej długą, gumową rurką z kociołkiem, chory wdycha tlen.

Zachęca też autor do badania tego środka u dorosłych w chorobach serca, gdyż sam stosował w kilku podobnych przypadkach i widział dobroczynny jego wpływ. Obserwacje były jednak za mało dokładne, ażeby coś stanowczego o nich powiedzieć.

(*Jahrb. f. Kinderheilk. T. 4. Z. 4. 1901.*)

J. Sulberg.

WIADOMOŚCI DROBNE.



— A. BARDELEBEN. Przyczynek do kazuistyki całkowitego wycięcia żołądka. Autor wykonał operację u 52-letniej kobiety, cierpiącej na silne bóle żołądka, wymioty, brak apetytu i wyniszczenie [utrata na wadze około 40-u funtów]. Próbnę przecięcie powłok brzusznych wykazało rozlany guz przedniej ściany żołądka z przerzutami w gruczołach wielkiej sieci. Gruczoły mezenteryalne i zaotrzewnowe nie powiększone. Wobec tego B. zdecydował się na t. zw. ezofagoenterostomię. Przewiązawszy prowizorycznie przelyk w dolnym odcinku, oddzielił stopniowo żołądek od dużej i małej sieci wraz z zajętej gruczołami. Starannie zaszywszy kikut dwunastnicy i przelyku, umocował [za pomocą dwupiętrowego szwu z boku przelyku odcinek cienkiej kiszki. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry. Wieczorem już chora dostała szklankę wina czerwonego, zaś począwszy od trzeciego dnia żywienie wyłącznie przez usta. Pierwszy stolec w 5 dni po operacji biały, następne prawidłowe. Przybytek na wadze podczas pobytu w szpitalu 17 funtów. Badanie drobnowidzowe preparatu wykazało rak żołądka.

(*Deutsche med. Wochenschr. 1901. Nr. 15.*)

B. Bartkiewicz.

— LOEFFLER. Nowy sposób leczenia raka. Przy badaniach historycznych nad zimnicą autor spotkał się z faktem, że cierpienie to wywiera pomyslny wpływ na pewne choroby. Już HIPPOKRATES głosił, że chorzy, dotknięci czwartaczką, nie zapadają nigdy na padaczkę. WACŁAW TRNKA z Krzowic w wydanej w roku 1775 historii zimnicy opisuje przypadek raka sutki, wyleczony po zapadnięciu chorej na zimnicę. Dr PAGEL, praktykujący w Borneo, objaśnił autora, że podczas długoletniej swojej praktyki nie spotkał się z ani jednym przypadkiem raka w tej malarycznej miejscowości. Podobno wogóle w miejscowościach, gdzie zimnica panuje endemicznie, rak należy do rzadkości. BUSCH i FEHLEISEN spostrzegali znikanie raka po róży. BAUGARTEN próbował leczyć pewne postaci raka szczepieniem laseczników gruźliczych. Opierając się na powyższych danych, autor proponuje leczenie raka przez zastrzykiwanie pod skórę lub do układu naczyniowego krwi osobników zimniczych. Zabieg ten o tyle jest niewinniejszy od szczepienia innych chorób zakaźnych, że dzięki nowszym badaniom [zwłaszcza KOCH'a] możemy przy pomocy badania drobnowidzowego krwi w odpowiednim czasie przerywać zimnicę przez podawanie chininy. Na tem kończy autor swój artykuł, nie podając nie tylko ani jednego doświadczenia, lecz i ani jednego spostrzeżenia własnego. Trochę to za mało jak na sumny nagłówek.

(*Deutsche medicinische Wochenschrift*. 1901. Nr. 42).

Władysław Sterling.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku zeszyt podwójny Nr. 152 i 153 Odczytów Klinicznych, zawierający pracę dra TEODORA DUNINA p. t. „Zasady leczenia neurastenii i histeryi”. Cena zeszytu w sprzedaży odręcznej kop. 60.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* № 45.

J. STEINHAUS. O nowotworach mieszanych ślinianek [Dk.]. J. BRUDZIŃSKI. O stosunku wzajemnym zółzów i gruźlicy u dzieci.—№ 46. M. BIRO. O padaczce. J. BRUDZIŃSKI. O stosunku wzajemnym zółzów i gruźlicy u dzieci [Dk.].—№ 47. Z. ENDELMAN. Przyczynek do kazuistyki i anatomii patologicznej t. zw. podkosmówkowych krwawiaków. M. BIRO. O padaczce [C. d.]. — *Przegląd Lekarski* № 45. J. MARISCHLER. Przyczynek do powstawania względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej (*insuf. tricuspidalis relativa*) przy zmianach w tętnicy głównej [aorta]. T. ZALEWSKI. Przyczynek do nauki o postępowaniu pooperacyjnem po atyko-antrotomii [Dk.]. A. WĄTORZEK. Doniosłość praktyczna i naukowa mojego przyrządu przenośnego dla aseptyki operacyjnej [C. d.]. — № 46. J. MARISCHLER. Przyczynek do powstawania względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej (*insuf. tricuspidalis relativa*) przy zmianach w tętnicy głównej [aorta] [Dk.]. A. WĄTORZEK. Doniosłość praktyczna i naukowa mojego przyrządu przenośnego dla aseptyki operacyjnej [Dk.]. C. WALIGÓRSKI. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.—№ 47. N. CYBULSKI. MARCELI NENCKI [wspomnienie pośmiertne].—*Kronika Lekarska* № 22. J. SĘDZIAK. Wpływ pomyslny róży na przebieg ciężkiego ropnego zapalenia ostrego ucha ośrodkowego. E. FLATAU i I. KOBLICHEN. O zapaleniu rdzenia [C. d.]. — *Postęp Okulistyczny*, październik. I. STRZEMIŃSKI. Rzadkie powikłania zapalenia ślinianek przyusznych ze strony oczu.—*Księga Jubileuszowa* dra DUNINA. W. JANOWSKI. Teodor Dunin. K. RZĘTKOWSKI. W sprawie przemiany materii przy przewlekłym zapaleniu nerek. A. PAŃSKI. Przypadek rozsianego ostrego zapalenia rdzenia po zacczadzeniu, zakończony wyzdrowieniem. W. JANOWSKI. Znaczenie rozpoznawcze i rokujące krwawych wymiotów,

W. JANOWSKI. Trzy przypadki zapalenia nerwów wskutek otrucia arsenikiem. J. GOLDBAUM. O sztucznem żywieniu chorych. A. LANDAU. Badania za pomocą błękitu metylenowego nad sprawnością nerek. W. LEHR. O leczeniu nerwobólu kulszowego (*Ischias*) mięsieniem i bezkrwawemi naciąganiem. W. PALMIRSKI. O błonicy i surowicy przeciwbłonicy. S. NOWACZEK. Przypadek skurczowego zwężenia przełyku. H. LANDAU. Poszukiwania doświadczalne nad zachowaniem się żelaza w ustroju zwierząt i ludzi. S. KOPCZYŃSKI. Z kazuistyki nowotworów i ropni mózgowych. S. MINTZ. O nadżerkach wybroczynowych żołądka. S. TRZEBIŃSKI. O operacyjnem leczeniu obrzęków przy „*hydrops anasarca*”. S. MUTERMILCH. Własności chemiczne i morfologiczne wysięków tłuszczowych (*hydrops chylosus et chyloformis*). W. DĄBROWSKI. Badania nad zarazką ospy. T. JASIEŃSKI. Przypadek astazy-abazy i kilka uwag o tem cierpieniu. A. PUŁAWSKI. Neurastenia peryodyczna. A. PUŁAWSKI. Próba określenia wartości odżywczej jedzenia w zakładzie leczniczym [Naleczów]. J. PSTROKOŃSKI. Pierwotny mięsak żołądka. J. MARKIEWICZ. O przewlekłym u nieruchomującym zapaleniu kręgosłupa. J. SKŁODOWSKI. Dwa przypadki ciężkiej niestrawności żołądka. M. HALPERN. W kwestyi leczenia tętniaków aorty za pomocą podskórnych zastrzykiwań żelatyny. I. ŚWIĘTOCHOWSKI. Przyczynek do nauki o migrenie.

Na rzecz sanatorium dla suchotników jest do nabycia wyłącznie w Redakcyi „Zdrowia”, Nowogrodzka 46, oraz w księgarni p. E. Wende i S-ka „Księga Jubileuszowa dra DUNINA”. Cena egzemplarza rb. 5.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1902 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1901 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rb. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego Nr. Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. październik 1901 r.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Довдлено Цензурою Варшава, 23 Ноября 1901. Друк Ковалевського Warszawa, Mazowiecka 8.

nr

D-r Teodor Heiman
Choroby Narządu Słuchowego

podręcznik dla lekarzy i studentów z 161 rysunkami w tekście

Cena rb. 3.

Skład główny w księgarni E. WENDE i S-ka, Warszawa.

KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY 44—9

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz morfinistów i alkoholików płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań-Piła (Posen-Schneidemühl).

Adres: Kowanówko p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.

APTEKA

K. WENDY

45 Krak. Przedmieście w Warszawie.

Przetwory chemiczne czyste fabryk.
C. A. F. Kahlbauma w Berlinie do
celów laboratoryjnych.

Płyny mianowane,

Przetwory i barwniki do robót mikro-
skopowych.

NAŁĘCZÓW

zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych (z wyjątkiem umysłowych). W sezonie zimowym ceny niższe (od 3 rb. 50 kop. dziennie).

Dyrektor Dr. A. Puławski,

Lekarz zakładu Dr. B. Malewski.

0—17

D-r Feliks Kołakowski

Choroby zębów i szczęk, plomby, zęby sztuczne, aparaty. 0—11

Krucza 41.

MARYENBAD

Zdrowisko wszechświatowe
(Czechy).

Ekspedycja: Marienbad w Czechach

Składy
we wszystkich aptekach i składach wód
mineralnych i materiałów aptecznych.

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, najsilniejsze wody w Europie, zawierające sól głąberską (5 grm. soli głąberskiej w litrze). Wskazania: otyłość, otłuszczenie wątroby, serca, zaparcie stołca, *plethora*.

12—11

Ambrosiusbrunn, najsilniejsza szeczawa żelazista w Europie (0,77 grm. dwuwęglanu żelaza w litrze). Wskazania: niedokrwistość, blednica.

Rudolfsquelle, źródło wyróżniające się znaczną zawartością kwasu węglanego wapnia i magnezyi. Wskazania: chroniczne katarę narządów moczowych, kamienie nerkowe, moczówka cukrowa, *arthritis*.

Wyszła z druku książka i jest do nabycia w handlu księgarskim:

ZASADY POZNANIA LEKARSKIEGO

napisał

3—1

D-r Edmund Biernacki.

Cena rb. 1 kop. 80.

Skład główny w księgarni E. WENDE i S-ka, Krakowskie Przedmieście, 9.

CAŁY ROK OTWARTY

26—15

Zakład kąpielowy wód siarczanych i Sanatorium w Swoszowicach pod Krakowem

wśród parku stuletniego i lasu szpilkowego, 5 kilometrów od Krakowa, stacja kolei, poczta i telegraf w miejscu, 18 razy dziennie połączony z Krakowem koleją i omnibusami.

Znane w Polsce od XV wieku Swoszowickie wody siarczane przewyższają swą siłą i skutecznością inne tego rodzaju wody krajowe i zagraniczne; leczą: przewlekły gościec stawowy, mięśniowy, jakoteż dnę (podagrę) choroby serca na podstawie reumatycznej, nerwobóle szczególnie ischias, porażenia tak centralne, jak obwodowe, kłę we wszystkich jej postaciach, choroby skórne, połączone z przerostem i zgrubieniem warstw skóry, przewlekłe zatrucia rtęcią i ołowiem, obrażenia kości, różne choroby nerwowe.

W nowo urządzone Sanatorium z centralnie ogrzaniem łazienkami, mieszkaniami, korytarzami i ogrodem zimowym, ogrzana jest woda siarczana w najnowszy sposób (najlepszą metodą Czerneckiego) używany w pierwszorzędnych zakładach zagranicznych, wskutek czego nie utracą nic ze swych składników i dlatego kąpiele siarczane Swoszowickie są pierwszorządne szczególnie w połączeniu z kąpielami i tuszami elektrycznymi. W leżalniach galwanizacja, faradyzacja, elektromasaż i wszelkie procedury elektroterapeutyczne i hydroterapeutyczne, wykonywane przez lekarza zakładowego. — Zakład kąpielowy letni również w czasie zimnej pory centralnie ogrzany otwarty od 1 maja do 1 października

Mieszkania odnowione; w kwietniu, maju, wrześniu i październiku o trzecią część tańsze. Muzyka zakładowa. Pensjonat i restauracja w miejscu. Ceny umiarkowane. Bliższe szczegóły udziela Zarząd.