

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 51.

Warszawa d. 23 grudnia 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką i rocznie . . . rb. 8 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową i półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusa-
limerstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Bou-
levard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE: O losie osobników z brakiem odruchów ścięgowych na kończynach dolnych, napisał S. Goldflam. (Dokończenie). Morfologia krwi w krzywicy, podał d-r med. Stanisław Ostrowski. (Dokończenie). — STRESZCZENIE ZBIOROWE. Zaburzenia w odżywianiu niemowląt w świetle badań najnowszych, podał Stefan Kramsztyk. (Dokończenie). — STRESZCZENIA. *Choroby dzieci.* 227. Rosenfeld. O leczeniu krztuśca. 228. Wichura. w sprawie znoszenia morfiny przez niemowlęta. *Choroby gardła i nosa.* 229. v. Eicken. O postępach w rynologii. Zdjęcia roentgenograficzne. *Choroby kobiet* 230. B. Kelen. O stosowaniu promieni Roentgena w ginekologii. Jangeas. Radioterapia w ginekologii. *Medycyna wewnętrzna.* 231. Kisseleff (Petersburg). O działaniu wyciągów roślinnych pokarmów roślinnych na wydzielanie soku żołądkowego przy stosowaniu podskórnym i śródżylnym. 232. H. Winternitz (Halle) O wpływie emanacyi radu na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka. 233. Grunmach (Berlin) O zastosowaniu nowego preparatu w rentgenologii do celów rozpoznawczych i leczniczych w cierpieniach żołądka i kiszek. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — WIADOMOSCI BIEŻĄCE. — Zmarli — Od wydawnictwa. — Listy otwarte do Redakcyi „Medycyny i Kroniki Lekarskiej“. — Nadesłano do Redakcyi. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

O losie osobników z brakiem odruchów ścięgowych na kończynach dolnych.

Przyczynek do metodyki i patologii odruchów.

Napisał

S. Goldflam

(Dokończenie).

Jużem wspomniał o poglądzie, według którego brak odruchów ścięgowych może występować jako domniemana osobliwość

rodzinna. Jeśli nie zachodzi tu błąd w badaniu, to wielce prawdopodobnem wydaje się przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z mało znaną szczątkową postacią wządu FRIEDREICHA. Zdarzają się mianowicie przypadki tego cierpienia, nietylko pozbawione postępującego charakteru, ale nawet wcale nie zauważone przez samych chorych, którzy wszelkim wymogom życia zadość czynić potrafią; w tych przypadkach znajdujemy całkiem przygodnie, jako jedyne znamie, brak odruchów kolanowych i ze ścięgna ACHILLESA (albo też tylko tych ostat-

nich) na charakterystycznie zmienionej stopie. Cierpienie może występować w takiej szczytkowej postaci u wszystkich dotkniętych członków rodziny albo też u niektórych rozwinać się w całej pełni, na co mogę przytoczyć przykłady.

Przedstawiono mimianowicie 7-letnią dziewczynkę z bliźniąt, u której matka od roku zauważała potykanie się przy chodzeniu, dziecko łatwo męczy się przytem. Chodzić zaczęła późno, jeszcze później podnosić się z poziomej pozycji. Charakterystyczna, o wysokiem sklepieniu stopa, palce szponowate, zniesienie odruchów kolanowych, ze ścięgna Achilleśa i podeszwowych, brak bezładu, brak drżenia gałek ocznych, brak skrzywienia kręgosłupa. Inteligencya średnia. Przypuszczając chorobę FRIEDREICHA, kazałem przyjść ojcu, 38-letniemu, który się ma za zupełnie zdrowego, i którego zajęcie wymaga dużo chodzenia; otóż, znalazłem u niego taką samą typową stopę oraz brak odruchów kolanowych i ze ścięgna Achilleśa. Na odnośne zapytanie przyznał jednak, że od dzieciństwa nie jest mocny w nogach, że, co dziwna, trudno mu jest stać długo, chodzić zaś może dużo. Rzecz szczególna, że druga dziewczynka z bliźniąt jest zdrowa, i wszystkie odruchy kończyn dolnych są zachowane. Ten sam wynik badania po 7 latach, z tą różnicą, że u dotkniętej choroba, już teraz panny 14-letniej, rozwinął się bezład nóg. Najmłodsza siostra, 8½ roku obecnie licząca (jest ich wszystkiego troje rodzeństwa), ma stopę końsko-szpotawą, brak odruchów ścięgowych na kończynach dolnych i przewraca się często.

U jednej 52-letniej kobiety z niedowładem połowiczym brak było obu odruchów ze ścięgna Achilleśa, stopy zaś typowe dla choroby FRIEDREICHA. U jej 16-letniego syna, który ma się za zupełnie zdrowego, stwierdzono również nieobecność odruchów ze ścięgna Achilleśa; stopy jego nie wydają się ty-

powe dla choroby FRIEDREICHA, ale za to są inne znamiona zwyrodnienia. Starsza siostra jego nie przedstawia żadnych zbożeń.

Widziałem więcej jeszcze przypadków innych rozmaitych chorób (gruźlica płuc, zapalenie stawów gośćcowe), w których, jako jedyny objaw choroby FRIEDREICHA, występował brak odruchów kolanowych i ze ścięgna Achilleśa (w jednym przypadku tylko jednostronny) obok charakterystycznego kształtu stopy. Co się tyczy tego ostatniego, to, jakkolwiek jest on znamieny, jednakże spotykałem bardzo typowe przypadki tego zniekształcenia bez zaburzeń w odruchach, bez innych jakichkolwiek objawów choroby FRIEDREICHA i bez występowania rodzinnego. Zdaje się nawet, że pewna kombinacya przykurczeń, spowodowanych głównie jednoczesnym kurczeniem długich rozginaczy i zginaczy palców, może w rzadkich przypadkach dać obraz takiej stopy, jak to niedawno miałem sposobność spostrzegać w przypadku porażenia połowiczego z następczemi przykurczeniami¹²⁾.

¹²⁾ Niech mi będzie dozwolone, jakkolwiek to nie ma bezpośredniego związku z omawianym przedmiotem, podać wyniki dalszych spostrzeżeń o zachowaniu się odruchów kończyn dolnych podczas uspienia. W ogólności potwierdzić mogę poprzednie moje twierdzenia (Medycyna 1904), w pierwszym rzędzie w stosunku do antagonizmu między odruchami skórnymi i ścięgowymi. Jeśli w wyżej omawianych stanach (samozatrucie w cukrzycy, rak, śpiączka rozmaitego pochodzenia, mocznica) odruchy skórne okazywały się odporniejsze i zazwyczaj były zachowane, gdy ścięgnowe znikaly (jak wiadomo, zgadza się to ze stosunkami i w pewnych cierpieniach organicznych, np. w władzie), to w uspieniu sprawa ma się odwrotnie, mianowicie odruchy skórne znikają, ścięgnowe okazują się nawet wzmożone, zwłaszcza w uspieniu eterowem. Nawet tam, gdzie odruchy ścięgnowe w uspieniu chloroformowem ulegają osłabieniu, niekiedy aż do zupełnego zniesienia, najpierw najczęściej znikają odruchy skórne, dopiero zaś potem ścięgnowe (pierwej kolanowe, później ze ścięgna Achilleśa); po narkozie pierwsze wracają odruchy ścięgnowe, najpierw ze ścięgna

Gdy się już uwzględniło wszystkie choroby, które, jak poucza doświadczenie, przebiegają z brakiem odruchów ścięgowych, oraz wyłączyło wyżej wymienione stany, to jednak pozostaje pewna dość pokaźna liczba przypadków, w których brak odruchów nie daje się uzasadnić ani badaniem późniejszym, ani dotychczasowym doświadczeniem. Pozostanie ta kategoria nawet i wtedy, gdy

za wytlomaczone uważać będziemy przypadki, w których istnieje bodaj najmniejsze podejrzenie co do wiądu, gdzie np. obok objawu WESTPHALA albo braku odruchów ze ścięgna ACHILLESA, żrenice słabo oddziałują na światło i zbieżność, wzgl. słabo na światło, a lepiej na zbieżność, albo występują jakieś choćby i dla wiądu nietypowe bóle w kończynach, przy jednoczesnym braku zmian przedmioto-

Achillesa, potem kolanowe, gdy tymczasem podeszwy, skręcenia i brzuszne godzinami jeszcze pozostawać mogą nieobecne.

Tłomaczenia tego szczególnego zachowania się należałoby szukać w tej okoliczności, że środki, służące do uspiania, w pierwszej linii oddziałują na korę mózgową, zwłaszcza na ośrodki czuciowe. Znikanie odruchów skórnych tem jest uwarunkowane, że tu właśnie znajdują się ich ośrodki przenoszenia (Uebertragungscentren). Zachowanie, a nawet wzmoczenie odruchów ścięgowych, które są odruchami rdzeniowymi, może być uzależnione od tego, że w uspianiu ulega zawieszeniu hamujący wpływ mózgowia. Tam jednak, gdzie i odruchy ścięgnowe ulegały osłabieniu, dochodzącemu do zupełnego ich zniesienia (o wiele częściej w uspianiu chloroformowym, niż eterowym, w tem ostatnim znikanie, zdaje się, wogóle nie zachodzi), działanie narkotyku obejmowało też i odnośne ośrodki rdzeniowe

W powyższej przytoczonej pracy zwrócono już na to uwagę, że w uspianiu występuje odruch stopy drgawkowy; nie towarzyszy mu jednak stale wzmoczenie odruchu ze ścięgna Achillesa, albowiem nawet w tych rzadkich przypadkach uspiania eterowego, w których odruchy ścięgnowe ulegają osłabieniu, odruch stopowy nie znika, w owych zaś o wiele częstszych uspianiach chloroformowych z osłabieniem odruchów ścięgowych aż do zupełnego wygaśnięcia ich można jednak wywołać odruch stopy drgawkowy, choć w słabszym stopniu.

Ciekawe też było zbadać zachowanie się podczas uspiania odruchu stopy drgawkowego, istniejącego jako objaw choroby organicznej. Dzięki uprzejmości kol. E. Flataua, miałem okazję badać odruchy podczas uspiania (4 razy chloroform, 1 raz eter) w przypadkach chorób układu nerwowego ośrodkowego z odruchem stopy drgawkowym, objawem Babińskiego i t. d. Były to 3 przypadki nowotworów rdzenia, 2 wodogłowia, z których jeden jakopowikłanie guz mózgowia. We wszystkich 3 przypadkach nowotworu rdzeniowego znikł (w jednym dopiero po 3 kwadransach chloroformowego uspiania, w innych wcześniej) poprzednio istniejący odruch stopy drgawkowy, gdy tymczasem odruchy ścięgnowe, szczególnie podkreślam odruchy ze

ścięgna Achillesa, choć osłabione, pozostały zachowane; w jednym przypadku wodogłowia pozostał odruch stopy drgawkowy bardzo żywy, w drugim zaś, będącym powikłaniem nowotworu mózgu, z powodu wybitnego przykurczenia w postaci stopy końskiej, nie można go było, równie jak i przed uspianiem eterowym, wcale otrząść.

Tak więc, odruch stopy drgawkowy przemijająco zjawiał się podczas uspiania w przypadkach rozmaitych chorób, z którymi zazwyczaj nie idzie w parze, gdy z drugiej strony ginie w czasie uspiania w tych cierpieniach organicznych, którym jest właściwy — przynajmniej twierdzić tak można, na zasadzie powyższego, co do spraw rdzeniowych, mózgowe wymagają liczniejszych obserwacji. To byłaby więc zasadnicza różnica. Według mego doświadczenia, odruch stopy drgawkowy, zarówno ten, który występuje w czasie uspiania, jak i czynnościowy (w histeryi i t. d.), zdaje się zależeć od warunków szybko zmieniającego się napięcia ścięgna Achillesa, jest więc sprawą raczej obwodową. Odruch zaś stopy drgawkowy, który towarzyszy cierpieniom nerwowym organicznym, należy uważać za wyraz wzmoczonej pobudliwości odruchowej rdzenia (zniesienie wpływów hamujących) i znika wraz z innymi jej przejawami, jak przykurczenia, wskutek paralizującego wpływu narkotyku. Ciekawe też było zachowanie się w czasie uspiania odruchu Babińskiego obecnego we wszystkich wymienionych 5 przypadkach. Znikł on we wszystkich 4 uspianiach chloroformowych; jedynie w przypadku wodogłowia z nowotworem mózgu, przy zastosowaniu eteru, pozostał do końca. Oczywiście, należy zebrać więcej odpowiednich spostrzeżeń dla wyjaśnienia, czy istotnie odruch Babińskiego, będący niewątpliwie pochodzenia rdzeniowego, zostaje stale zachowany w uspianiu eterowym, ginie zaś w chloroformowym. Według mojego zapatrywania, jest to nawet prawdopodobne, albowiem eter dłużej, niż chloroform, pozostawia rdzeń nieporażonym; wnioskować to można z faktu, że odruchy ścięgnowe w uspianiu eterowym nie giną, najczęściej ulegają wzmoczeniu, rzadko tylko osłabieniu, gdy tymczasem w uspianiu chloroformowym częściej zachodzi ich zniesienie.

wych czucia i ujemnym odczynie WASSERMANNNA. Trudności też nie powinny przedstawiać i te stany chorobowe, w których związek z brakiem odruchów ścięgowych nie jest jasny, ale gdzie słusznie wnioskować można o porażeniu układu nerwowego ośrodkowego; stwierdzałem właśnie zniesienie tych odruchów we wrodzonej oftalmoplegii zewnętrznej, w przypadkach głuptactwa. Do tej kategorii zaliczam i przypadki, w których, według danych doświadczenia, odruchy zostają zachowane, jak np. padaczka (dwa przypadki), płasawica (jeden przypadek), gdzie jednak podejrzenie zmian organicznych w układzie nerwowym ośrodkowym wydaje się usprawiedliwionem.

Pozostaje też kwestya, jak należy tłumaczyć przypadki, w których tylko brak odruchów ścięgowych, a w wywiadach figuruje przymiot. Wielokrotne doświadczenie poucza, że zakażenie syfilityczne, jako takie, po wielu nawet latach może nie wpływać na stan odruchów ścięgowych. Z drugiej zaś strony ścisły związek tego zarazka z wieloma cierpieniami układu nerwowego ośrodkowego nie ulega żadnej wątpliwości, i choroby metasyfilityczne należą właśnie do tych, które tak często i w tak wczesnym okresie sprowadzają zniesienie odruchów ścięgowych. Każdemu są znane przypadki, w których odruchy ścięgnowe, że tak powiem, w oczach ginęły, jako pierwszy objaw niewątpliwego wkrótce wiądu, przypadki, w których początkowo związek ten był całkiem niepewny, gdy np. wiąd rozpoczął się od rwy kulszowej, i wkrótce znikł odnośny odruch ze ścięgna ACHILLESA, a potem stopniowo zaczęły ginąć i inne odruchy ścięgnowe, i w krótkim czasie rozpoznanie stało się już niewątpliwem. Zdaje się więc słusznem uważać za względnie wyjaśnione i te przypadki, w których jedynie odruchy ścięgnowe są zniesione, ale w wywiadach

figuruje syfyllis. Są one w każdym razie podejrzane co do możliwości rozwinięcia się poważnej choroby ośrodków. Czy ta ewolucya fatalnie nastąpić musi, czy też sprawa całe życie pozostać może na tym stopniu rozwoju, rozstrzygnięcie tej kwestyi pozostawić należy przyszłym badaniom.

• Jeśli, zgodnie z ogólnie przyjętem zapatrywaniem, uważać reakcyę WASSERMANNNA za dowód przebytego zakażenia syfilitycznego, to, będąc konsekwentnym, należy odnośne przypadki postawić na równi z powyżej omawianymi, to znaczy uważać za w pewnej mierze wyjaśnione i te przypadki, w których, poza jedynym objawem braku odruchów ścięgowych, reakcyę ta wypada dodatnio, nawet, gdyby wywiady zawiodły¹³⁾.

Jeśli taki punkt widzenia jest uzasadniony, to do tejże kategorii zaliczyć należy i przypadki o odczynie WASSERMANNNA ujemnym lub przypadki z epoki dawniejszej (przed odkryciem WASSERMANNNA), w których i wywiady nie dają odnośnej wskazówki, ale obok braku odruchów ścięgowych istnieją fakty, przemawiające, jak poucza doświadczenie, za przymiotem. Jeśli u względnie młodego osobnika z brakiem odruchów ścięgowych wystąpi porażenie połowicze bez objawów zapalenia wsierdzia i t. d., ewentualnie poprzedzone bólami głowy, to podejrzenie syfyllisu jest całkiem uzasadnione, tak samo, jak i wtedy, gdy objaw WESTPHALA zbiegnie się u tego samego osobnika z tętniakiem aorty.

Zgodnie z tem, co się rzekło przy omawianiu metodyki badania, z góry należy wyłączyć przypadki, w których badanie, choćby umiejętne i staranne, mogło być tylko raz

¹³⁾ Mój materyał ambulatoryjny nie nadawał się do stosowania metody tak wartościowej dla rozpoznania syfilogennych cierpień układu nerwowego ośrodkowego w najwcześniejszych ich początkach metody cytologicznego i chemicznego badania płynu mózgowo-rdzeniowego.

jeden dokonane. Im więcej ma się doświadczenia, tem głębiej jest się przekonany, że pomimo zachowania wszelkiej ostrożności nie można się przed błędem zabezpieczyć. Traci się poniekąd pewność siebie, gdy brakujące początkowo odruchy dopiero po mozołnem badaniu zjawiają się, choć w słabym stopniu.

Najczęściej rzecz polega zapewne na błędzie, gdy odruchy, które jednego dnia nie dały się wywołać, zjawiają się następnego. Należy więc przyjąć za zasadę, tylko te przypadki o braku odruchów ścięgowych uważać za przekonujące, w których badanie, najstaranniej kilkakrotnie w ciągu co najmniej kilku dni dokonane zostało. (Co się tyczy znaczenia niewątpliwego wybitnego osłabienia odruchów ścięgowych, odsyłam do tego, co powiedziałem przy metodyce).

Po uwzględnieniu wszystkich powyższych punktów widzenia, wśród badanego meteryału, pozostają jednak przypadki z brakiem odruchów ścięgowych, w których rozpoznania niema na czem oprzeć, i brak odruchów niczem nie daje się uzasadnić. Otóż, ciekawe jest przekonać się, co się z podobnymi osobnikami po latach staje, czy dalsze losy ich nie są w stanie rzeczy wyświecić. Kwestya ta jest w ścisłym związku z inną, mianowicie, czy istnieją ludzie bez odruchów ścięgowych na kończynach dolnych, którzy pozostają zdrowymi na stałe, zwłaszcza zaś nie podlegają w następstwie chorobom, cechującym się utratą tych odruchów.

Rzecz oczywista, że dla wyjaśnienia tej kwestyi nie wystarcza kilkodniowa obserwacya, nawet kilkomiesięczna nie zawsze da rozwiązanie zagadki, albowiem odnośne sprawy mają charakter wybitnie przewlekły. Wyłączyć więc należy przypadki z kilkomiesięczną obserwacyą, uwzględnić zaś jedynie te, w których czas obserwacyi nie jest mniejszy od roku.

Wychodząc z tego założenia, można odnośny meteryał podzielić na następujące kategorie: a) przypadki o 1—2 letniej obserwacyi, b) o obserwacyi do lat 5, c) o obserwacyi 10 lat i więcej.

Dla ścisłości podam w jaknajkrótszym wyciągu przypadki, jednorazowo badane (nie włączam tu przypadków z nierównością odruchów ścięgowych, z jednostronnym brakiem lub osłabieniem odruchu ze ścięгна Achillesa¹⁴⁾. 1) M. 37 lat — Tendovaginitis Achill. dex. WW (odruchy ze ścięгна Achillesa nie były, zdaje się, badane). 2) M. 17 lat. Neurasthenia. WW. AA = O 3) M. 37 l. Bronchitis in apice. Fractura costae? WW. (AA obecne). 4) M. 70 lat. Rheum. artic. subac. WW. AA = O 5) K. 33 lata, 5-ty miesiąc ciąży. Ischias bilateralis? WW. AA = O 6) M. 32 lata. Neurasthenia sexual. WW. AA = O 7) K. 22 lata. Anaemia simplex WW. (AA bardzo słabe) 8) M. 60 lat. Lumbago IW. 9) K. 8 lat. Rhinitis. WW. AA = O. 10) K. 45 lat. Hysteroneurasthenia pW (i inne odruchy ścięgnose słabe). 11) M. 40 lat. Neuralgia trigemini. WW (prawy odruch kolanowy niekiedy z zabiegiem JENDRASSIKA bardzo słaby). AA = O (lewy z zabiegiem JENDRASSIKA niepewny). 12) K. 57 lat, nieokreślone bóle w nogach, przed 6 tygodniami przemijające drętwienie w lewej nodze, 9 zdrowych dzieci, kilka poronień. WW. AA = O. 13) K. 50 lat. nieokreślone skargi WW. AA = O. Jakoby przemijający niedowład poprzeczny przed 2 laty. 14) K. 55 lat. Neurasthenia? WW. AA nie były, zdaje się, badane.

Razem jest tu przypadków 14 (7 mężczyzn, 7 kobiet), w wieku między 8 a 70 rokiem życia; w 8 przypadkach brak było wszystkich odruchów ścięgowych na obu nogach,

¹⁴⁾ W poniżej przytoczonych wyciągach W oznacza objaw Westphala, tj. brak odruchu kolanowego, WW—brak obu odruchów kolanowych, A—odruch ze ścięгна Achillesa.

w 4 tylko kolanowych—obustronnie, w 2 tylko jednego kolanowego.

Kilkakrotnie badane były w ciągu kilku dni albo tygodni: 1) K. 49 lat. Vertigo. Nieokreślone skargi w l. goleni, 5 zdrowych dzieci, 2 poronienia. Plamka na lewej rogówce od dzieciństwa. WASSERMANN ujemny, WW. 2) M. 74 lata. Tremor senilis. IW. AA=O (IA bardzo słaby, toniczny, łatwo wyczerpuje się). WASSERMANN ujemny. 3) K. 30 lat. Epilepsia tarda (od lat nie było napadu pomimo nieużywania bromu), IW (niekiedy z JENDRASSIKIEM bardzo słaby skurcz i przywodzenie uda) 4) K. 35 lat. Bóle w karku i górnej części kręgosłupa o nieokreślonej etiologii. Badanie promieniami ROENTGENA z wynikiem ujemnym. Virgo intacta. WW. AA = O; odczyn WASSERMANN ujemny. 5) K. 58 l. Emphysema. Arterioscl. Angina pect. Dzieci zdrowe. WW. AA = O.

Razem przypadków 5 (4 kobiety, 1 mężczyzna) w wieku między 30 a 74 rokiem; w jednym brak było odruchów, zarówno kolanowych, jak i ze ścięgna ACHILLES, w jednym tylko kolanowych, w 2 jednego kolanowego i obu ze ścięgna ACHILLES, w jednym tylko jednego kolanowego.

Następnie idą przypadki o kilkumiesięcznej obserwacji: 1) M. 19 l. Atonia intestin. WW. AA=O. 2) K. 15 l. Nieokreślone, rwące bóle w nogach od dzieciństwa. WW. AA=O, stopy mocno sklezione. Matka i siostra mają wszystkie odruchy. 3) K. 40 l. Nephritis. Od lat 5 bóle w krzyżu, brzuchu i udach. WW (niekiedy udaje się, sposobem JENDRASSIKA, wywołać słaby odruch kolanowy po lewej str.), IA=O. 4) K. 49 l. Hysteria? AA bardzo trudno otrzymać. Po roku białkomocz, AA=O. 5) K. 17 l. Cephalaea WW. AA=O. 6) K. 37 l. Epilepsia? Luxatio femoris (congen.?) AA=O. Odczyn WASSERMANN ujemny. 7) K. 20 l. Nieokreślone dolegliwości w okolicy kolan, WW. AA=O, odczyn WASSERMANN ujemny; brak

dziedzicznego obciążenia; badałem jej 2 braci i jedną siostrę—są zupełnie zdrowi i mają wszystkie odruchy. 8) K. 40 l. Gastroenteritis, Anaemia consecutiva IW. AA=O, odczyn WASSERMANN ujemny. 1 zdrowe dziecko, 1 martwy płód. Mąż zdrowy, brak danych na przebyty syfilis. 9) M. 62 l. Arteriosclerosis cerebrealis. AA=O (kolanowe z trudnością dają się wywołać).

Razem 9 przypadków, większość kobiet (7), w wieku między 15 a 62 rokiem, z tych 4 przypadki, w których wszystkie odruchy ścięgnowe na nogach były nieobecne; dwa, w których pozostał tylko jeden kolanowy; dwa, w których brakło tylko odruchów ze ścięgna ACHILLES.

Kategoria a) z obserwacją 1—2 lat.

1) K. 42 l. Hysteria? AA=O. 11 dzieci, 1 poronienie, stopa nieco podobna do stopy FRIEDREICHA. 2) M. 60 l. Chole—et nephrolithiasis; krzepki mężczyzna, żona zdrowa, nie roniła, 4 zdrowych, dorosłych synów. WW. AA=O. Dwa razy w Warszawie dokonana reakcja WASSERMANN wypadła dodatnio, raz w Berlinie ujemnie (!). 3) M. 67 l. Parestezye ciepłotne w stopach. 3 zdrowych dzieci, 3 zmarło w późniejszym wieku dziecięcym; kilka poronień. WW. IA=O (p A tylko à la vache i brzegiem łokciowym ręki, słaby, toniczny), od. WASSERMANN ujemny. 4) M. 44 l. Nietypowa choroba PARKINSONA. AA=O. Prawy odruch kolanowy silniejszy, niż lewy; odczyn WASSERMANN ujemny. Jeden ze znanych niemieckich klinicystów również nie potrafił uzasadnić braku odruchów ścięgowych. 5) K. 30 l. Hystero - epilepsia? Migraena? Mąż zdrowy, 4 zdrowych dzieci IW. AA=O.

Razem 5 przypadków (3 mężczyzn, 2 kobiety) w wieku 30—67 lat. Dwa razy brak obu odruchów ze ścięgna ACHILLES, raz brak zarówno odruchów kolanowych, jak i ze ścięgna ACHILLES, raz ze wszystkich odruchów ścięgowych pozostał tylko jeden odruch ze

Ichthalbina



Tannalbina

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

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

Oryginalne pudełka z 30 tabl. Rbl. — 50

Środek ściągający nie drażniący kiszki

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

Oryginalne pudełka z 20 tabl. Rbl. — 25.

„ dawki z 40 „ „ — 50.

Próby i Literaturę darmo.

[KNOLL & Co., LUDWIGSHAFEN am RHEIN.]

Warsz. Tow. Akc. „Motor“ Marszałkowska 23.

poleca własnego wyrobu

Wody Normalne-Radowe Profes. D-ra W. Jaworskiego:

Woda Radowa czysta NXXVIII.

Woda Radowa alkaliczna NXXIX.

Woda Radowa glauberska NXXX.

Woda Radowa litowa NXXXI.

ZYMINA

(Drożdże piwne suche)

pod postacią:

Zyminum **pulv.** (puszka zawiera 100 grm. suchego proszku).

Zyminum **in tablett.** (słoik zawiera 100 sztuk pastylek po 0,5).

Zyminum **in bacill.:** vaginales, uretrales, ad uterus (słoik
zawiera 12 pałeczek z Zyminy zarobionej środkami łatwo roz-
puszczalnymi).

przeciwko **Fluor albus**

poleca

APTEKA

E. GESSNERA

w Warszawie.



LABORATORIUM CLIN - PARIS

Médication colloïdale

(Leczenie Kolloidalne)

Electrargol

Srebro Kolloidalne elektryczne

w małych ziarenkach — w roztworze jałowym i stałym.

ELECTRARGOL posiada w porównaniu ze srebrem kolloidalnem chemicznem, następujące zalety: nadzwyczajną delikatność ziarenek i zawsze jednakowe działanie, absolutną czystość, maximum siły katalitycznej i działania fizyologicznego i leczniczego.

Baniczki po 5 c.c. (6 banieczek w pudełku)

Baniczki po 10 c.c. (3 banieczki w pudełku)

Flakony po 100 c.c. — Wody do oczu w banieczkach z kroplomierzem po 10 c.c.

Stosowanie lecznicze: — choroby zakaźne z objawami ogólnymi i miejscowymi.

Próby i literaturę dostarcza na żądanie:

D-r med. Waitz, dyrektor techniczny laboratorium CLIN'A.

Moskwa, Passaż Dżamgarowych 33.

SANATOGEN

BAUERA

jest wskazany w wypadkach blednicy, neurastenii i wyczerpania organizmu, wynikającego z chorób płuc, żołądka lub serca.

Główny przedstawiciel na Królestwo i Cesarstwo Fabian Klingsland w Warszawie, chętnie przysyła na żądanie Sz. Panów lekarzy bezpłatne próby Sanatogenu wraz z ściśle naukową literaturą.

Tylko **Bauera Sanatogen** w pudełkach zaopatrzonych w **czerną banderolę** jest oryginalnym.

Rohitskie

Donafa-Źródło

Główne wskazania:

Przewlekłe niezłyty żołądka i jelit.
Nawykowe zaparcia. Cierpienia wątroby.
Kamica żółciowa. Cukrzyca. Otyłość. Dna.

Najsilniejsze naturalne magneziowo-glauberskie źródło

Reprezentacja na Rossję i Kr. Polskie:
Dom Handlowy S. Rosciszewski, Warszawa Bracka 8.



ścięgni *ACHILLES*, raz pozostał tylko jeden odruch kolanowy. We wszystkich 5 przypadkach stan po dwóch latach pozostał bez zmiany. Obserwacja w ciągu dwóch latnie przyniosła wyjaśnienia. W 3 przypadkach udało się dokonać reakcji *WASSERMANN*, w dwóch wypadła ona stanowczo ujemnie, w jednym wyniki były, niestety, niejednoznaczne, ale brak było jakichkolwiek danych co do syfilisu.

Do kategorii b) z 5-letnią obserwacją należą:

1) M. 30 l. Hysteria. WW. AA=O; brat cierpi podobno na owrzodzenia żółte i chodzi o kijach. 2) M. 48 l. Bronchitis. Rheum. musculi? AA=O, pW (lewy odruch kolanowy tylko sposobem *JENDRASSIK* i to bardzo słaby), odczyn *WASSERMANN* ujemny.

Obaj mężczyźni w wieku lat 30, wzgl 48 z brakiem wszystkich odruchów ścięgniowych kończyn dolnych (bardzo słaby, lewy odruch kolanowy, występujący jedynie przy pomocy zabiegu *JENDRASSIK*, można utożsamiać z brakiem). I tutaj w ciągu 5 lat ten sam stan, dotyczący odruchów i brak wyjaśnienia sprawy.

Oto zaś główna kategoria c) z obserwacją ponad 5 lat.

1) K. 46 l. w czasie ostatniego badania. Cephalaea. Brak obciążenia dziedzicznego. Z 6 zdrowych dzieci miałem możność zbadać dwoje (20, wzgl. 17 l.) i stwierdzić u nich obecność wszystkich odruchów. Ogólny stan wysmienity. WW. AA=O. Po latach 11 to samo zachowanie się odruchów. Dwukrotna próba *WASSERMANN* wypadła ujemnie.

2) M. 58 l. Neuralgia trigemini. WW. AA=O. W ciągu 8 lat stan bez zmiany.

3) M. 46 l. Vertigo ab aure laesa. Dzieci zdrowe. WW. AA=O; po 14 latach taki sam wynik badania.

4) M. 40 l. Cardialgia? Dzieci zdrowe. WW. AA=O. Ten sam wynik po latach 5 i pół. Odczyn *WASSERMANN* ujemny.

5) K. 58 l. Nephrolithiasis. Nieokreślone bóle w nogach. WW (początkowo brak notatki o zachowaniu się odruchów ze ścięgni *ACHILLES*, które prawdopodobnie nie były wówczas badane). Po 7 latach zarówno WW, jak AA=O. Od pół roku zanik drobnych mięśni prawej dłoni.

6) K. 23 l. Virgo intacta. Parestezye i uczucie osłabienia w nogach. Ręce i stopy stale zimne, są i inne zaburzenia naczynioruchowe. Lekki stopień stopy sklepionej. Brak tętna na lewej stopie. Tętno wszędzie słabe. Roentgenoskopia (2 M. odległości) stwierdziła małe serce, jakkolwiek nie w kształcie kropli (*Tropfenherz*). Budowa drobna. WW (sposobem *JENDRASSIK* można wywołać niekiedy słaby i szybko wyczerpujący się prawy odruch kolanowy), AA=O. Odczyn *WASSERMANN* ujemny. Matka dotknięta prawdopodobnie stwardnieniem wieloogniskowym, jedyny brat (nie badałem go) jest malarzem pokojowym i cierpi podobno na drżenie rąk.

Przyłączenie się zaniku drobnych mięśni prawej dłoni nie wyjaśnia przypadku 5-go, albowiem powikłanie to zjawilo się w 7 lat po skonstatowaniu braku odruchów ścięgniowych; jeśli tu chodzi o początek zaniku mięśni postępującego, co wydaje się bardzo prawdopodobnym, to zdaje się, że to powikłanie nie stoi w żadnym związku przyczynowym z zaburzeniem odruchów ścięgniowych. Odruchy te ulegają osłabieniu dopiero w końcowym okresie rzeczonego cierpienia, kiedy i nogi są porażone, i doszło do zaniku obszernych obrębów mięśniowych.

Mamy więc 6 przypadków (3 kobiety, 3 mężczyźni) w wieku (ostatniego badania) lat 23, 40, 46, 54, 58, 58, w których, podczas 5^{1/2}, 5^{1/2}, 7, 8, 11, 14-letniej obserwacji, stale stwierdzano brak odruchów ścięgniowych na kończynach dolnych, i w których nie zaszedł żaden fakt, pozwalający przypadki te podciągnąć pod którąkolwiek ze znanych rubryk

chorób, cechujących się zniesieniem tych odruchów. Z naciskiem zaznaczam, że wszystkie przypadki dotyczyły ludzi psychicznie zdrowych, nie obarczonych żadną szczególną patologiczną dziedzicznością, że więc omawianego zjawiska nie można w żaden sposób uważać za objaw zwyrodnienia. We wszystkich 6-ciu przypadkach zniesione były odruchy ścięgnowe kończyn dolnych od początku obserwacji; odwrotnie zachowywały się odruchy skórne, które pozostawały prawidłowe. W 2 przypadkach dało się też przeprowadzić próbę WASSERMANN, która wypadła ujemnie. Zaznaczam, że zgodnie z tem, co się powyżej rzekło, ściśle wyłączone zostały wszystkie przypadki z najlżejszym podejrzeniem jakiegokolwiek cierpienia układu nerwowego lub syfilisu.

Skoro w ciągu czasu, sięgającego lat 14, nie przyłączył się żaden objaw, wyjaśniający sprawę, wolno przypuścić z pewnem prawdopodobieństwem, że i w przyszłości osoby te pozostaną wolne od chorób odnośnych. a więc, że brak odruchów ścięgowych, w każdym razie, nie jest u nich przejawem jakiegokolwiek cierpienia postępującego. Można nawet, na zasadzie tak długotrwałej obserwacji, postawić pytanie, czy są ludzie, u których brak odruchów ścięgowych na kończynach dolnych nie posiada owego fatalnego znaczenia, i którzy, pomimo istnienia tego objawu, pozostają całe życie zdrowi. Jakkolwiek zgodzić się trzeba na to, że ostatecznego rozwiązania tej kwestyi oczekiwać należy jedynie od szczęśliwego przypadku, któryby dał możliwość zjawisko to spostrzegać „od kolebki aż do deski grobowej” i następnie stwierdzić mikroskopowo bezwzględna nieskazitelność układu nerwowego (przytoczony przez WEIMESHEIMERA przypadek ciężkiego obłąkania pierwotnego z brakiem odruchów kolanowych i zejściem śmiertelnem z powodu gruźlicy ogólnej jest w tym względzie nie przekony-

wający, albowiem, jak się zdaje, nie dokonano badania mikroskopowego i nie zwrócono wcale uwagi na układ nerwowy obwodowy), to jednak, opierając się na przytoczonych danych, nie można oprzeć się mniemaniu, że prawdopodobieństwo takie istnieje¹⁵.

Jeśli włączyć do omawianej kategorii i te dwa przypadki z czasem obserwacji tylko do lat 5, mielibyśmy ogółem 8 przypadków, z których 7 należy do ogromnego materiału polikliniki, składającego się z około 46,000 chorych (1 przypadek dotyczy prywatnego pacjenta), a więc jeden przypadek braku odruchów ścięgowych na kończynach dolnych w stosunku do blisko 6,500 ludzi. Stosunek ten jest pewnie za mały, albowiem jest prawdopodobne, że z pomiędzy przypadków o jednorazowym badaniu, o czasie obserwacji do lat 2, niejednym też tu zaliczyłoby należało, zwłaszcza, o ile chodziło o zupełny brak wszystkich odruchów. Uzględniając nawet tę okoliczność, wypadnie jednak przyjąć do wniosku, że zdrowi ludzie z brakiem odruchów ścięgowych należą do wielkiej rzadkości.

Szczególnie zaznaczyć chciałbym fakt, że we wszystkich przypadkach o wieloletniej obserwacji wszystkie odruchy ścięgnowe kończyn dolnych były zniesione. Co do niektórych, podanych w literaturze przypadków, powiedziano, że wszystkie odruchy ścięgnowe były nieobecne, ale czy i na kończynach górnych, jasno wyrozumieć nie można; mój materiał, niestety, ich nie uwzględnił. Zdaje się, że wrodzony brak tych odruchów, o ile wolno użyć tego wyrażenia, dotyczy całego układu odruchów ścięgowych i logicznie dotyczyć powinien; było-

¹⁵⁾ Pożądane byłoby przeprowadzenie ponownych masowych badań odruchów u dzieci, a dotknięte brakiem odruchów ścięgowych należałoby mieć pod stałą obserwacją.

by bowiem niezrozumiałe, jak to się stać może, aby jedne odruchy ścięgnowe były obecne, inne zaś do rozwoju nie doszły. Przypadki zaś z częściowym jedynie brakiem odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych, bądź odruchów kolanowych, bądź ze ścięgna ACHILLESA, bądź też jednego z nich, bądź też z brakiem wszystkich odruchów z wyjątkiem jednego, budzą raczej podejrzenie, że tu chodzi o sprawę nabytą, postępującą. Na korzyść takiego poglądu przemawia fakt zachowania w przypadkach, powyżej omawianych, odruchów skórnych, których ośrodkę przenoszenia, jak to obecnie przyjmujemy, znajdują się w mózgu, gdy tymczasem odruchy ścięgnowe są odruchami rdzeniowymi. Oczywiście, należałoby w danych warunkach czynić ośrodek rdzeniowy odpowiedzialnym za wrodzony brak odruchów ścięgnowych; według LEWANDOWSKIEGO chodziłoby tu o zaburzenie rozwojowe na przebiegu tej drogi, która łączy zakończenia tylnych korzeni w rogu tylnym z początkiem przednich w rogu przednim.

Przy rozejrzeniu powyższego materiału statystycznego uderza fakt, że tak mało notowanych jest dzieci wczesnego wieku i do lat 10. Tłumaczy się to chyba tem, że poliklinikę odwiedzają przeważnie dorośli chorzy; większość notowanych tu przypadków istotnie dotyczy ludzi, którzy przekroczyli 30 rok życia. Obie płcie są reprezentowane jednako¹⁶⁾.

¹⁶⁾ Uwaga przy korekcie. Może zainteresuje czytelnika, że miałem właśnie sposobność stwierdzenia u 103 letniego starca istnienie obu odruchów kolanowych i jednego ze ścięgna Achillesa (druga noga jest dotknięta cierpieniem chirurgicznym; źrenice dobrze oddziaływały na światło.

Z Petersburskiego Domu Wychowawczego.

Morfologia krwi w krzywicy *)

Podał

D-r med. Stanisław Ostrowski.

(Dokończenie)

Przechodzę do własnych badań.

Zbadałem 30 przypadków czystej krzywicy z mniejszym lub większym powiększeniem śledziony (wiadomości o chorych jakoteż i wyniki badania krwi przytaczam w tabl. V).

Krew brana była z pięty, przyczem posilkowałem się igłą FRANCKA, hemoglobinę określałem według TALLQUISTA.

Obliczanie białych jakoteż i czerwonych ciałek wykonywałem przy pomocy komory THOMA-ZEISSA.

Zbierane na szkiełka pokrywkowe krople krwi rozmazywano za pomocą specjalnego przyrządu d-ra POLETAJEWA (opis w mojej rozprawie); preparaty utrwaliałem mieszaniną równych części eteru i 95 proc. spirytusu (według prof. NIKIFOROWA) i barwiłem trójkwasem (triacidem) EHRLICHA. Obliczałem 500 białych ciałek, ostatnie dzielono na 5 grup: 1) limfocyty, 2) przejściowe, 3) wielojądrzaste, 4) eozynofilne, 5) myelocyty.

Prócz tego określałem stosunek białych do czerwonych ciałek, liczbę erytoblastów (mikro- normo- i megaloblastów), gdzie one się spotykały, w stosunku do ogólnej liczby białych ciałek i wskaźnik barwny (Farbenindex, Colorindex) czerwonych krążków. Ostatni określałem w następujący sposób: znalezioną liczbę czerwonych ciałek należy podzielić przez 50.000; otrzymana liczba przedstawia mianownik, liczebnik — określona ilość Hb.

Z załączonej tablicy widzimy, co następuje:

Chłopców było 23 w wieku 3 m.—2 lat

*) Odczyt, wygłoszony w Związku lekarzy przyrodników polskich w Petersburgu, w dniu 14/27 października 1911 r.

1 m.; waga od 4000—12000 grm.; dziewczynek—7 w wieku 5 m.—1 roku 7 m., waga od 4050—8350 grm.; 8 dzieci (5 chłop. i 3 dziew.) karmione wyłącznie piersią, reszta 22 dzieci pozostawały na karmieniu mieszanem.

Śledziona w 5 przypadkach (N-r 3, 8, 12, 26 i 28) występowała z pod żeber na $\frac{1}{2}$ palca: w 10 przyp. (N-r 2, 5, 6, 7, 10, 14, 15, 16, 17, 23)—na 1 palec, w 3 przyp. (N-r 1, 11, 24)—na $1\frac{1}{2}$ p., w 10 przyp. (N-r 9, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 30)—na 2 palce, w przypadku 29 na $2\frac{1}{2}$ i w 4 na 3 poprzeczne palce; z wyjątkiem ostatniego przypadku, w którym śledziona była twarda, w innych wyczuwała się zupełnie miękką.

Gruczoły chłonne ani razu nie były powiększone.

Ilość Hb wahała się od 40 proc. (N-r 18) do 90 proc. (przyp. 5 i 19), przeciętnie wynosiła 60—70 proc. według TALUQUISTA. Liczba czerwonych ciałek wahała się między 2,880000 (N-r 6) do 5,230,000 (N-r 19); w większości przypadków była zmniejszona do 3.000000—4.000000. Wskaźnik barwny wahał się między 0,6 (N-r 18, 20) do 1,2 (N-r 1, 5). We wszystkich przypadkach spostrzegałem widoczne zmiany, dotyczące wielkości czerwonych ciałek (anizocytoza) i w mniejszym stopniu ich formy (poikilocytoza).

Liczba białych ciałek wahała się od 9.100 (N-r 24) do 19.200 (N-r 1); biorąc 10000—12000 w 1 ctm³ za normę u dzieci do 2 lat, widzimy że w 4 przypadkach (N-r 1, 2, 3 i 21) mieliśmy nieznaczną leukocytozę, a w pozostałych 26 przyp. liczba białych ciałek była normalna.

Co się tyczy różnych gatunków białych ciałek, to w 7 przyp. (Nr. 4, 5, 19, 23, 24, 26, 29) przeważały limfocyty, w reszcie 23 przyp. wielojądrzaste ciała. Przejściowe były w granicach normy; w 12 przyp. zauważyłem eozynofilię. W 2 przyp. (Nr. 1 i 18) znalazłem czerwone ciała jądrzaste, w 1 przyp. (Nr. 4)—erytroblasty i myelocyty i w 1 przyp.

(Nr. 29) tylko myelocyty. Badania moje wykryły we krwi rachityków przedewszystkiem oligochromemię, niewielką oligocytemię, anizoi poikilocytozę, normalną zawartość białych ciałek z przeważną liczbą wielojądrzastych.

Wart zwrócenia uwagi przypadek 4, w którym znalazłem limfocytozę, jądrzaste czerwone ciała i myelocyty; na sekcji śledziona ważyła 160 grm. (zamiast 20 grm. normalnie). Przypadek ten jest bardzo zbliżony do dziecięcej niedokrewności śledzionowej.

Porównajmy obecnie wyniki moich badań z wynikami innych autorów.

Przedewszystkiem badania moje potwierdzają dane FELSENTHALA, MORSEA, że w krzywicy % Hb w większości przypadków jest zmniejszony i przy tem stosunkowo więcej, niż liczba krwinek czerwonych. Brak leukocytozy w przypadkach moich jest w zgodzie ze spostrzeżeniami FINDLAYA, GEISLERA i JAPHY (u FINDLAYA w 9 przyp. znaleziono leukopenię) i w sprzeczności z danymi FELSENTHALA i szczególnie ESSERA, którzy spostrzegali w krzywicy zawsze leukocytozę, nawet hyperleukocytozę.

Praca ostatniego autora, zdaniem mojem, jest mało przekonująca, albowiem nie przytacza on ani liczby spostrzeżeń, ani szczegółowego obrazu krwi, lecz ogólnikowo mówi o hyperleukocytozie; również podlega wątpliwości jego twierdzenie o powinowactwie między krzywicą a przewlekłym przekarmieniem.

Porównywając wyniki, otrzymane przeze mnie w krzywicy i w niedokrewności śledzionowej niemowlęcej ¹⁾, widzimy znaczne różnice: w tem ostatniem cierpieniu zawsze mamy limfocytozę i obecność we krwi elementów niedojrzałych: erytroblastów i myelocytów, co

¹⁾ p. moja dysertacya.

spostrzegamy w krzywicy nader rzadko. Badania obecne więc potwierdzają wypowiedziane już dawniej zdanie, że „w obecnym stanie wiedzy o niedokrewnościach wogóle należy utrzymać nazwę „*anaemia splenica infantum*” jako osobnej jednostki klinicznej”.

Na zakończenie pozwolę sobie podkreślić następujące wnioski:

1. W czystych przypadkach krzywicy spostrzegamy oligochromemię, w mniejszym stopniu oligocytemię, anizo-i poikilocytozę.

2. Zmiany we krwi są wybitniejsze w przypadkach z obrzmieniem śledziony.

3. Zwyczajnie liczba białych ciałek jest prawidłowa, rzadko spotykamy niewielką leukocytozę, w większości przypadków przeważają ciała wielojądrzaste.

4. W krzywicy nie spostrzegamy wydatniejszego przechodzenia ze szpiku kostnego do krwi ciałek czerwonych i białych, będących w stanie niedojrzałym.

PIŚMIENNICTWO.

1. S. O s t r o w s k i. K w o p r o s u o b a n a e m i a s p l e n i c a i n f a n t u m. Petersburgska dysertacja 1909 r. T e n ż e. „Ruskij Wracz”, N-r 7 1910, „Przegląd pediatryczny”, t. II i, „Jahrbuch für Kinderheilkunde” t. 73, zeszyt 6, 1911.—2. G u n d o b i n. O m o r f o l o g i i i p a t o l o g i i k r o w i d i e t e j. Petersburg, 1892.—3. C a r s t a n j e n. „Jahrbuch für Kinderheilkunde” 1900.—

4. K a r n i c k i j. O k r o w i z d o r o w y c h d i e t e j. Petersburgska dysertacja 1901.—5. P r e d t e c z e Ń s k i j. O s n o w y k l i n i c z e s k o j d y a g n o s t y k i p o d r e d a c y ą p r o f. L e w i n a i W y s o k o w i c z a. —6. M o n t i. Cyt. według M o r s e.—7. L u z e t. Etude sur les anémies de la première enfance et sur l'anémie infantile pseudoleucémique. Thèse de Paris 1891.—8. H o c k u n d S c h l e s i n g e r. Blutuntersuchungen bei Kindera. „Centralblatt für Klinische Medizin”. 1891, str. 873.—9. F e l s e n t h a l u n d B e r n h a r d. Zur Kenntniss des specifischen Blutgewichtes kranker Kinder. „Archiv für Kinderheilkunde”, 1894, t. 17, str. 341.—10. W e i s s. Die Wechselbeziehungen des Blutes zu den Organen, untersucht an histologischen Blutbefunden im frühesten Kindesalter. „Jahrbuch für Kinderheilkunde”, 1893, t. 35 str. 146.—11. R o t c h. Cyt. według M o r s e.—12. M o r s e. „Boston Medical and Surgical Journal” 1897, t. 136. str. 369.—13. G e i s s l e r u n d J a p h a. Beitrag zu den Anämieen junger Kinder. „Jahrbuch für Kinderheilkunde”, 1901, t. 53, str. 627.—14. T a d e u s z Ż e l e Ń s k i i T e o d o r C y b u l s k i. O p o j a w i a n i u s i ę c i a ł e k s z p i k u k o s t n e g o (m y e l o c y t ó w) w e k r w i n i e m o w l ę c e j. „Przegląd lekarski”. 1904, str. 397, 413, 424 i 440.—15. C o h e n. Contribution à l'étude de l'anémie pseudoleucémique infantile ou splénomégalie chronique avec anémie. „Revue mensuelle des maladies de l'enfance”, 1907; czerwiec i lipiec, str. 250 i 300.—16. E s s e r. Die Aetiologie der Rachitis. „Münchener medicinsche Wochenschrift” 1907, str. 817—17. F i n d l a y. „The Lancet”, 1909 str. 1164.—18. O g a t a. Ueber Blutbefunde im Kindesalter. Inaug. Dissert. Grefswald, 1908. Cyt. według „Folia Haematologica”, 1910, t. 9, str. 10.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Zaburzenia w odżywianiu niemowląt w świetle badań najnowszych.

Podał

Stefan Kramsztyk.

(Dokończenie)

Wychodząc z założenia, iż punktem wyjścia dyspepsy są zaburzenia czynności kiszek, podtrzymywane przez fermentację,

uważają FINKELSTEIN i MEYER za główny cel leczenia dyetetycznego przeciwdziałanie rozwojowi spraw fermentacyjnych w kiszkiach. Że zaś doświadczenie kliniczne wielokrotnie ich przekonało, iż właściwym i pierwotnym podścieliskiem dla fermentacji jest cukier, a w drugim dopiero rzędzie bierze udział w sprawie tej tłuszcz (i to tylko przy obecności fermentacji węglowodanowej), więc też i pokarm leczniczy powinien przede wszystkim

zawierać mało cukru. Dalej, opierając się na znanej właściwości sernika, polegającej na wywoływaniu w kiszkaach spraw gnilnych, które przeciwdziałają i usuwają istniejącą fermentację, pokarm nowy ma znaczną względnie ilość kazeiny. Więc mleko białkowe FINKELSTEINA i MEYERA zawiera sernik z jednego litra mleka i pół litra maślanki, tłuszcz z litra mleka, a cukier i sole w ilości, zawartej w pół litrze maślanki.

Nowy pokarm przyjęty został w pewnych kołach pediatricznych z uznaniem, i wielu otrzymało już przy stosowaniu go świetne względnie wyniki. Lecz zbudowane na drodze empirycznej w dobrym znaczeniu tego słowa mleko białkowe jest i pozostanie jedynie surogatem, który w pewnym stopniu zapobiedz ma sprawom patologicznym, przebiegającym tak, jak je obecny stan badań przedstawia. I ono, jak i wszystkie poprzednie, często z entuzjazmem witane próby, nie posiada własności pokarmu kobiecego, który był i będzie niezastąpiony.

I pediatra społeczny, pilnie śledząc postępy badań na polu odżywiania osesków, badań, które tak znakomicie rozszerzyły wiadomości nasze o fizjologii i patologii ustroju niemowlęcia, musi za główne swe tutaj zadanie uważać walkę ze sztucznem karmieniem.

PIŚMIENNICTWO.

Biedert. Die Kinderernährung im Säuglingsalter. Stuttgart 1900.

Czerny i Keller. Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Część 2—a, 1906 i 1909.

Czerny i Keller. Zur Kenntniss der Gastroenteritis im Säuglingsalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Tom 44, 45 i 47.

Keller. Welche Momente beeinflussen die Ammoniakausscheidung im Harn magendarmkranker Säuglinge? Jahrbuch für Kinderheilkunde. Tom 48 (1898).

Steinitz. Zur Kenntniss der chronischen Ernährungsstörungen der Säuglinge. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Tom 57 (1903).

Escherich. Die Actiologie der primären acuten Magen—Darmerkrankungen der Säuglinge bakteriellen Ursprunges. Wiener klinische Wochenschrift 1900. Nr. 38.

Tissier. Repartition des microbes dans

l'intestin du nourrisson. Annales de l'Institut Pasteur. Tom 19 (1905).

Heubner. Lehrbuch der Kinderheilkunde (1906).

Rubner i Heubner. Die natürliche Ernährung eines Säuglings. Zeitschrift für Biologie. T 36.

Rubner i Heubner. Die künstliche Ernährung normal. und atroph. Säuglings Zeitschrift für Biologie. T 38.

Langstein. Das Problem der künstlichen Ernährung der Säuglinge. Berlin. klinische Wochenschrift 1907. Nr. 48.

Schlossmann. Ueber die Fortschritte in unseren Kenntnissen auf dem Gebiet der Säuglingskrankheiten. Deutsche medizinische Wochenschrift 1908. Nr. 40.

Pfaundler i Schlossmann. Handbuch der Kinderheilkunde. Tom II, część I. 1906.

Wassermann. Ueber biologische Mehrleistung des Organismus bei der künstlichen Ernährung von Säuglingen gegenüber der Ernährung mit Muttermilch. Deut. mediz. Wochenschrift. 1902. Nr. 1.

Hamburger. Arteigenheit und Assimilation. 1903.

Moro. Kuhmilchpräcipitin im Blute eines 4½ Monate alten Atrophikers. Münch. med. Wochenschr. 1906. Nr. 5.

Moro. Weitere Untersuchungen über Kuhmilchpräcipitin im Säuglingsblute. Mün. med. Woch. 1906. Nr. 49.

Uffenheimer. Experimentelle Studien über die Durchgängigkeit der Wandungen des Magendarmkanals neugeborener Tiere für Bakterien und genuine Eiweissstoffe. Archiv. für Hygiene Tom 55.

Bahrdt i Langstein. Das Verhalten des Stickstoffs im Magendarmkanal des neugeborenen Kalbes bei artgleicher Ernährung. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Tom. 67. 1908

Adler. Zur Kenntniss der stickstoffhaltigen Bestandteile der Säuglingsfäces. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Tom 64. 1906

Langstein. Die Eiweissverdauung im Magen des Säuglings. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Tom 64. 1906.

Langstein. Eiweiss-Abbau und Aufbau bei natürlicher und künstlicher Ernährung. Tamze

Meyer. Zur Kenntniss des Stoffwechsels bei den alimentären Intoxikationen. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Tom 65. 1907.

Salge. Die biologische Forschung in Fragen der Säuglingsernährung. Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde. Tom. 1, Berlin 1908.

Meyer L. F. Ernährungsstörungen und Salzstoffwechsel beim Säugling. Tamze.

Meyer L. F. Beitrag zur Kenntniss der Unterschiede zwischen Frauen — und Kuhmilcher-

nahrung. Monatsschrift für Kinderheilkunde. T. V. Nr. 7.

Pfaundler. Ueber Wesen und Behandlung von Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Münchener med. Wochenschrift. 1907 Nr. 112.

Pfaundler i Moro. Zur Physiologie und Pathologie der Säuglingsernährung Mün. med. Wochen. 1907. Nr. 44.

Finkelstein. Ueber alimentäre Intoxikation im Säuglingsalter. I — III. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Tomy 65 i 68. 1907 i 1908.

Steinitz. Zur Kenntnis der chronischen Ernährungsstörungen der Säuglinge Alkalistoffwechsel. Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Tom I. 1902.

Freund. Säuren und Basen im Urin kranker Säuglinge. Tamże.

Keller. Fettumsatz und Acidose. Tamże.

Pfaundler. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Tom 54.

Camerer. Die stickstoffhaltigen Bestandteile im menschlichen Urin und die sogenannte Acidose. Monatsschrift für Kind. T. II. 1903.

Bahr dt. Untersuchungen ueber das Symptom der Seifenbildung und die Ausscheidung der Basen im Darm des Säuglings. Jahrbuch für Kinderheilkunde. T. 71. 1910.

Finkelstein i Meyer. Ueber „Eiweissmilch“. Ein Beitrag zum Problem der künstlichen Ernährung. Tamże.

Meyer. Die Bedeutung der Mineralsalze bei den Ernährungsstörungen des Säuglings. Tamże.

Meyer. Ueber den Stoffwechsel bei der alimentären Dekomposition. Tamże.

Schloss. Untersuchungen ueber den Einfluss der Salze auf den Säuglingsorganismus. Tamże.

Rosenthal. Zur Frage des alimentären Fiebers. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Tom 70. 1909.

Bahr dt, Edelstein. Langstein, Welde. Untersuchungen ueber die Pathogenese der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. I. Mitteilung. Zeitschrift für Kinderheilkunde. Tom I. Zeszyt 2.

Kramszyk S. Ueber den Bakteriengehalt der Säuglingsfaeces. Tamże.

Bahr dt i Beifeld. Ueber die Wirkung der Nahrungskomponenten der Frauenmilch auf die Darmflora des Säuglings. Jahrbuch für Kinderheilkunde. T. 72. 1910

Moll. Jahrbuch für Kinderheilkunde T. 69 1909 r.

Meyer. Zur Kenntnis des Stoffwechsels bei den alimentären Intoxicationen. Jahrbuch für Kinderheilkunde. T. 64.

Schaps. Salz — und Zuckerinjektion beim Säugling. Stuttgarter Verhandlungen der Gesellschaft f. Kinderheilk. Wiesbaden 1907.

Meyer i Rietschel. Giftwirkung und Entgiftung des Kochsalzes bei subkutaner Infusion. Berl. Klin. Woch. 1908.

Finkelstein. Ueber alimentäres Fieber Deutsche med. Woch. 1909.

Meyer. Experimentelle Untersuchungen zum alimentären Fieber. Tamże.

Klose. Ueber den Sommertod der Säuglinge. Monatsschr. für Kinderheil. Tom IX. 1910.

Heim i John. Ein Beitrag zur Theorie des Salzfiebers. Monat. für Kinderheil. T. IX 1910.

Rietschel. Zur Aetiologie des Sommerbrechdurchfalls der Säuglinge Monat. für Kinderheil. T. IX. 1910.

Bokai. Archiv für experim. Path und Pharmacol. 1888. Tom 24.

Illoway. Die Aetiologie, Pathologie und Therapie der Sommerdiarrhöen der Kinder. Berlin 1905 r.

Finkelstein. Ueber den Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit. Deut. med. Woch 1909. Nr. 32.

Meinert. Säuglingssterblichkeit und Wohnungsfrage. Archiv für Kinderheil. 1906 T. 44.

Kleinschmidt. Der Einfluss der Hitze auf den Säuglingsorganismus. Monat. für Kinderheil. 1910. T. 9.

Köppe. Ueber einige Grundbegriffe der „physikalischen Chemie“ und die Wandlung unserer Anschauungen über die Bedeutung der anorganischen Salze. Monat. für Kinderheil. Tom. IX. 1910 r.

Heim i John. Die Thermoregulation des gesunden und ernährungsgestörten Säuglings Jahrbuch f. Kinderheil. Tom 73. 1911.

Langstein-Meyer. Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel. Ein Grundriss für den praktischen Arzt. Wiesbaden 1910.

STRESZCZENIA

Choroby dzieci.

227. Rosenfeld. O leczeniu krztuśca.

Autor w ciągu 3-eh lat stosował u dzieci, dotkniętych kokluszem, medinal, srodek dotąd

jeszcze zupełnie w literaturze nie notowany. Z wyjątkiem jednego przypadku, dotyczącego 3-miesięcznego niemowlęcia, omawiany srodek zawsze wywierał wpływ dodatni na

przebieg choroby. We wszystkich niemal przypadkach krztuśca, których leczenie zazwyczaj zaczynało się w okresie drgawkowym (*st. convulsivum*), po 8—14 dniach stosowania medinalu napady nocne znikają zupełnie, dzienne zaś powtarzały się nie częściej, niż 2—4 razy.

Medinal—sól sodowa weronalu (*natrium diaethylarbituricum*)—posiada tę przewagę nad weronalem, że z łatwością rozpuszcza się w wodzie i posiada przyjemny smak. Medinal daje się dzieciom w ilości 0,1—0,15—0,2 *pro dosi* w wodzie destylowanej. Jako środek wykrztuśny i przyprawę dodaje się eliksiru z soku lukrecyowego oraz trochę antypiryny. Przy dawkowaniu należy się kierować formułą LEWINA:

$$d \text{ (dosis)} = \frac{\text{liczba lat}}{\text{liczba lat} + 12}$$

2-letnie dziecko otrzymuje tedy: $d = \frac{2}{14} = \frac{1}{7}$ dawki dorosłego. Dla dorosłego przypada 0,5 medinalu na dawkę.

Przy uważnej obserwacji można następnie dawkę u dzieci powiększać odpowiednio. Poprawa następuje po 3—4 dniach. Przy jednoczesnym katarze oskrzeli można dawać również odwaru korzenia krzyżownicy cierpkiej (*dec. r. Senegae*).

U niemowląt w pierwszym półroczu życia medinal stosować należy z wielką ostrożnością.

U dzieci powyżej roku medinal wpływa bardzo dobrze na przebieg koklusz, skraca chorobę i zmniejsza dzięki temu niebezpieczeństwo infekcji.

(Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 37).

228. Wichura. W sprawie znoszenia morfiny przez niemowlęta.

Trzymiesięczne niemowlę (4600 gr.), cierpiące od dłuższego czasu na zaburzenia odżywiania, związane z objawami tężyczki, otrzymało przez omyłkę 0,02 morfiny zamiast innego lekarstwa.

Niezwłocznie nastąpiła zupełna utrata przytomności, zaczerwienienie twarzy, zwięźlenie źrenic, oddech zlekka charczący. Zastosowano pilne płukanie żołądka (całą godzinę), drażnienie skóry, następnie — wskutek

zaburzeń oddechowych — sztuczny oddech oraz podskórnie kofeinę.

W 12 godzin po zażyciu morfiny wystąpiły silne poty. Po upływie dalszych czterech godzin przytomność powróciła prawie zupełnie, źrenice zaczęły reagować. Nastąpiło jedno wypróżnienie płynne; wymiotów nie było.

Na drugi dzień, obok nieznacznych objawów zapalenia oskrzeli, dziecko było dość rzeźkie.

Z przypadku tego wynika, że mała tolerancja niemowląt względem morfiny nie zawsze się sprawdza. Trzymiesięczne bowiem dziecko otrzymało dawkę 20 razy większą od zwykłej ilości morfiny, wskazanej dla dziecka rocznego, i względnie dobrze ją zniosło, aczkolwiek ustrój już przedtem był znacznie upośledzony wskutek zaburzeń odżywiania i stosowania wodnika chlorału.

(Münch. Med. Woch. 1911 N-r 30).

Józef Judt.

Choroby gardła i nosa.

229. v. Eicken. O postępach w ryнологii. Zdjęcia roentgenograficzne.

Z rozwojem techniki roentgenologicznej uzyskano świetne wyniki dla dyagnostyki chorób nosa i jam obocznych. Fotografie nosa i jam obocznych zdejmowano w trzech pozach: 1) poprzecznej, 2) w kierunku strzałkowym tylnoprzodnym i 3) w kierunku od wypukłości czaszki do dna jamy ustnej lub odwrotnie.

Kierowanie poprzeczne promieni daje zdjęcia w profilu, z których możemy wnioskować o wymiarach jam czołowych, i daje dobre pojęcie o budowie jam klinowych i o odległości tylnej ściany jamy klinowej od górnej granicy nosa. Stroną ujemną tego zdjęcia jest to, że obie jamy jakby zlewają się w jedną całość czyli dają wzajemną projekcję.

Zdjęcia jam czołowych wykazują wymiary i kierunek do góry i na strony, widzimy zagłębienie tychże skroniowe lub czołowe, przegródki, o ile są, i komory tychże. Również widzimy uchylki, które zazwyczaj odchodzą od wzdęcia (*bullae*) górne

Hemogen Magistri Klawe

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku; nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany przy wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.

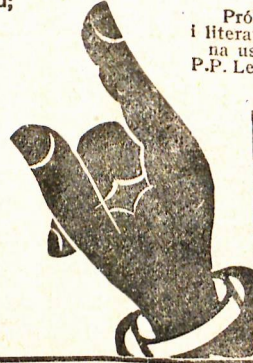
POLECA

LABORATORIUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

TEL. 25-08 i 24-94.



MACZKA
NESTLÉ
MLECZNA

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

SKŁAD GŁÓWNY

Wód Mineralnych Naturalnych

O R A Z

Soli, ługów, szlamów i pastylek

przy APTECE

H. KUCHARZEWSKIEGO

Miodowa 5.

Telefon 753.

HEMORIN

(ŚWIECZKI)
PRZECIWO

HEMOROIDOM. MAGISTRA KLAWE

Skład główny:
10. Plac św.
Aleks. Apteke

Muiracithin

Części składowe Muira puama, Lecithina. Rad. liqu.

Wskazania: Impotentia virilis, neurastenia płciowa i inne choroby układu nerwowego.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

KACEPE
* BALSAM *

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

Wskazania: Wcieranie uśmierzające bóle i lecznicze w dnie, gośccu, rwie kulszowej, migrenie, neuralgii, pleuritis i innych chorobach przebiegających z bólami, doskonały środek do masażu przy przepracowaniu mięśni podczas sportów działa znacznie skuteczniej, niż zwykle używany salicylometylowy ester (gaultheria lub ojek starzęślany) posiadający przykry zapach.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Noridal

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

Wskazania: Hemoroidy, Krwotoki, Pruritus anus, Tenesmus, Nieżyt odbytnicy, bolesne oddawanie stolca, rozpadliny i wyprzenie okolicy odbytu.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Skład główny na Rossyę: Kantor chemicznych preparatów.

St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

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

Renetol Karpińskiego.**Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes**

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

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.

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

RENETOL Karpińskiego

POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,
PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,
ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,
WZMACNIA DIUREZĘ

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

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Nowo-karlsbadzka kuracja nowo-karlsbadzkie kryształ

Nowo-karlsbadzkie kryształy Dr. Brackebuscha

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

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZ PŁATNIE.

muszli. W idzimy również na obrazie stosunek wzajemny jam czołowych, i jak ustawiona jest przegroda między nimi. Nieraz widzimy znaczną asymetryę tych jam, a u kobiet brak jednej lub obydwóch jam nie należy do rzadkich zjawisk.

Zdjęcie strzałkowe daje możność oryentowania się co do szerokości jamy sitowej, jednak różniczkowanie pojedynczych komórek sitowych i ściśle odgraniczenie tychże od jamy klinowej jest niemożliwe z powodu wzajemnej projekcji tychże.

Do pewnego stopnia zaradzić może tym ostatnim niedokładnościami zdjęcie trzecie — od czaski do dna jamy ustnej lub w odwrotnym kierunku wobec tego, że zazwyczaj udaje się wówczas otrzymać obraz obok siebie położonych jam klinowych i komórki sitowe, kolejno za sobą idące.

Z tych danych wynika, że zdjęcia roentgenograficzne mają znaczenie dla orientacji w budowie jam obocznych, co ma dużą wartość (we wszystkich zabiegach chirurgicznych, wykonywanych w tych jamach. Również duże znaczenie mają zdjęcia te dla określenia ciał obcych w jamach nosowych i obocznych. Z guzów najdokładniej możemy określać wygląd i miejsce pochodzenia kostniaków. Rozpoznawanie ropienia w jamach obocznych daje również na fotografii wcale niezłe wyniki. Na negatywie normalnych jam nosowych i obocznych miejsca, zawierające powietrze, przedstawiają się jako mniej lub więcej ciemne plamy. W ten sposób przeto najciemniejsze są przewody nosowe dolne i średnie, nieco mniej ciemne jamy HIGHMORA, jeszcze mniej okolica kości sitowej i jam klinowych, a najmniej ciemne są jamy czołowe. Zawsze jednak kontrasty między tymi jamami a okalającymi je kośćmi są bardzo wyraźne. Jeżeli przeto w którejkolwiek z wymienionych jam zawartość powietrza zmniejszyła się wskutek obrzmienia błony śluzowej, wytworzenia się ziarniny lub nagromadzonego płynu, wówczas kontrasty świetlne między jamą a kostną jej granicą będą bardzo słabo wyrażone.

W warunkach tedy patologicznych mamy do czynienia z rozmaitymi stopniami redukcji ilości powietrza, zawartego w jamie. W jamach sitowych, które zazwyczaj mieszczą w sobie nieznaczną ilość powietrza, które łatwo zostaje wyciśnięte wskutek obrzmienia błony śluzowej lub nagromadzenia ropy lub wydzieliny, najłatwiej na zdjęciu zauważyć się daje stuszowanie granic. Stany chorobowe w jamach czołowych też nie trudno z tych względów skonstatować. Najmniej pewne jest atoli rozpoznanie ropienia jam HIGHMORA z powodu względnej wielkości tych jam. Bardzo przekonywająco wyglądają te zdjęcia, w których jamy z obydwóch stron są jednakowej wielkości, a kontury są niejasne tylko na jednej stronie jednej lub kilku jam obocznych. Trudniej wnioskować, jeżeli niema różnicy wyraźnej pomiędzy lewą a prawą stroną. Jednak i w tych razach doświadczone oko rozróżnić jest w stanie natężenie ściemnienia lub stuszowania konturów jam.

W każdym razie zdjęcia roentgenograficzne stanowią cenny środek pomocniczy dla rozpoznawania cierpień jam obocznych. (Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung Nr. 11 str. 18—22).

L. L.

Choroby kobiet.

230. B. Kelen. O stosowaniu promieni Roentgena w ginekologii. Jangeas. Radioterapia w ginekologii.

KELEN, stosując promienie ROENTGENA w guzach złośliwych, otrzymywał czasową poprawę ogólnego stanu, zmniejszenie bólów i krwawień. Miał dobre wyniki w siedmiu przypadkach naświetlania jajników we właściwych wskazaniach dla ich wyjałowienia i uniemożliwienia tym sposobem zajścia w ciążę. Najlepsze rezultaty dało stosowanie promieni we włókniaku macicy (51 przypad.). W większości przypadków następowało w stosunkowo krótkim czasie kurczenie się guza i znikanie krwawień i to tem szybciej, im bliżej chora była okresu przejściowego. K. jest zdania, że włókniaki należy operować, kiedy stan chorej nie pozwala na czekanie, w przeciwnym razie należy leczyć naświetlaniem.

JANGEAS również spostrzegł zmniejszenie się włókniaków pod wpływem działania promieni ROENTGENA oraz znikanie krwotoków. Po pierwszych 24—48 minutowych naswietleniach następuje często obfite krwawienie miesięczkowe, przy dalszem atoli stosowaniu promieni miesięczkowanie staje się skąpsze i rzadsze, aż wreszcie ustaje zupełnie. Krwawienia międzymiesięczkowe znikają stosunkowo znacznie później. Bóle w czasie miesięczkowania, jak również bóle w okresie międzyperyodowym we włókniakach znikają zazwyczaj już po pierwszych posiedzeniach. Do radioterapii, zdaniem J., nadają się przypadki wielolicznych drobnych włókniaków, rozsianych w ścianie macicy oraz przypadki zwyrodnienia włókniakowatego macicy, w których na pierwszy plan występują obfite krwawienia. Nawet włókniaki dużych rozmiarów nadają się doskonale do naswietlania, o ile rosną wolno i nie dają żadnych niepokojących objawów ogólnych i miejscowych, które wymagają szybkiego zabiegu operacyjnego.

(Monats. f. Geb. u. Gyn. t. XXXIV Z. II.
(Gynécologie 1911 Nr. 1).

L. L.

Medycyna wewnętrzna.

231. Kisseleff (Petersburg). O działaniu wyciągów różnych pokarmów roślinnych na wydzielanie soku żołądkowego przy stosowaniu podskórnem i śródżylnem.

EISENHARDT zauważył, że wyciągi wodne z niektórych jarzyn i pokarmów roślinnych pobudzają wydzielanie soku żołądkowego drogą krwiobieg.

Autor postanowił sprawdzić to spostrzeżenie EISENHARDTA na większym materiale. Brał wyciągi wodne ze szpinaku, szparagów, sałaty i t. d. i zastrzykiwał 10—20 cm. sz. pod skórę psom, zoperowanym metodą HEIDENHAINA. Okazało się istotnie, że mały żołądek zawsze wydzielal znacznie więcej soku żołądkowego pod wpływem zastrzykniętych wyciągów jarzynowych. Zwłaszcza silnie pobudzały wydzielanie soku żołądkowego wyciągi ze szpinaku i szparagów.

Takie same działanie pobudzające

sprowadzało zastrzykiwanie tych wyciągów do żył.

(Int. Beitr. z. Path. u. Th. d. Ernähr. Tom. III, zes. 2).

232. H. Winternitz (Halle). O wpływie emanacji radu na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka.

Pragnąc wyjaśnić wpływ emanacji radu na wydzielanie soku żołądkowego, autor podawał chorym jednego dnia 400 cm. sz. herbaty z 50,0 bułki, drugiego dnia taką samą ilość (400 cm. sz.) wody radioaktywnej o wiadomem natężeniu z 50,0 bułki—i badał zawartość żołądka po upływie godziny.

W wodzie radioczynnej, podawanej jako próbne śniadanie, mieściło się przeciętnie tyle emanacji radu, ile zawiera jej 30-litrowa kąpiel w Gasteinie (od 1000—3000 jednostek).

Badania, przeprowadzone wspólnie z PINCZOWEREM i OLSZEWSKIM, wykazały zupełny brak wpływu wody radioczynnej, nawet najsilniejszego natężenia, na czynność wydzielniczą żołądka, cyfry bowiem zarówno wolnego HCl, jak ogólnej kwaśności pozostawały zupełnie takie same.

Co się tyczy czynności ruchowej żołądka, to i tu autor żadnego wpływu nie spostrzegł. Chorzy po otrzymaniu próbnego śniadania leżeli, aby usunąć wpływ ruchu na wydalanie pokarmów z żołądka. Po godzinie autor wydobywał pozostałą w żołądku zawartość i określał w niej ilość suchych substancji.

(Intern. Beiträge z. Path. u. Ther. d. Ernähr. Tom. II, zeszyt 4).

233. Grunmach (Berlin). O zastosowaniu nowego preparatu w rentgenologii do celów rozpoznawczych i leczniczych w cierpieniach żołądka i kiszek.

Stosowane dotąd w celach rozpoznawczych przy badaniach promieniami ROENTGENA bizmut i tlenek cyrkonu muszą być podawane chorym w dość dużych ilościach, co z różnych względów jest niepożądane.

Instytut rentgenologiczny przy uniwersytecie berlińskim stosuje od roku nowy preparat, mianowicie dwutlenek ceru i toru

(*Cer-Thorium-dioxyd*), który ma tę przewagę nad bizmutem, że wystarcza znacznie mniejsza ilość ($\frac{1}{3}$ część) do badania.

Na zwierzętach, karmionych tym preparatem, przekonał się autor o zupełnej jego nieszkodliwości dla ustroju zwierzęcego. Prócz tego przeprowadzono szereg doświadczeń porównawczych z nowym preparatem i z bizmutem na psach, u których przecinano nerw błędny.

Dla ludzi najstosowniejszą postacią jest kaszka, dokładnie zmieszana z nowym preparatem (18 części dwutlenku ceru i 6 części dwutlenku toru).

Za pomocą tego nowego preparatu udało się autorowi uchwycić cechę różniczkową pomiędzy *achylia gastrica* natury łagodnej i rakowej. Mianowicie w przypadkach pierwszego rodzaju kaszka przechodzi do dwunastnicy bardzo szybko, bo po

kilku zaledwie minutach,—natomiast w przypadkach raka dużej lub małej krzywizny lub w zwięzieniu odźwiernika kaszka przedostaje się do dwunastnicy dopiero po upływie 30 minut i później.

Spostrzeżenie to autor mógł potwierdzić na 2 osobnikach, u których podejrzewano raka w żołądku, a którzy wkrótce poprawili się pod wpływem leczenia tym samym nowym preparatem cer-torowym.

Bo ów nowy preparat ma oddawać usługi nie tylko jako środek rozpoznawczy, lecz i jako leczniczy. Autor podaje chorym taką samą kaszkę cer-torową, jak dla celów rozpoznawczych, w stosunku 3:1,—dwarazy tygodniowo w ciągu kilku tygodni. W kilku przypadkach owrzodzeń żołądka osiągał w ten sposób doskonale wyniki.

(Intern. Beitr. z. Path. u. Ther. d. Ernähr. Tom. III, zes. 2)

W. Róbin.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie gastrologiczne z dnia 17/V 1911 roku.

Przewodniczący odczytał list od Sekretarza Stałego oraz regulamin posiedzeń specjalistów (załączone do protokołu).

J. ZAWADZKI odczytał sprawozdanie komisji w kwestyi tablic ciechocińskich oraz przedstawił schematy nowoułożonych przez komisję tablic. Po przemówieniach: LANDAUA, HALPERNA, POLKIERA, ODERFELDA, SIERPIŃSKIEGO, KNAPPEGO, TUCHENDLERA, ZAWADZKIEGO i REJCHMANA schematy tablic przyjęto (tablice załączone do protokołu)¹⁾.

KNAPPE przedstawił przypadek ropnia wątroby, obserwowany w szpitalu św. Rocha w oddziale kol. HEWELKEGO.

35-letnia kobieta przybyła do szpitala 22

kwietnia 1911 r. z wysoką gorączką (39°), skarżąc się na ból i klucie w prawym boku, kaszel i krwioplucie.

Choroba rozpoczęła się nagle przed tygodniem wśród dreszczów i gorączki. Przy badaniu stłumienie oraz osłabienie oddechu w dolnym płacie prawego płuca; w lewym płucu rozlane grubopęcherzykowe rżenia. Dusznosc (R.=48). Serce nie powiększone, tony głuche, słabe; tętno 96. Język podsychnięty. Brzuch pełny, napięty; wymacywanie narządów jamy brzusznej uniemożliwione. Na skórze pleców, piersi i łędźwi wysypka w postaci plam cyanotycznych różnej wielkości, od najdrobniejszych do wielkości ziarenka grochu, świadcząca o zakażeniu ogólnem. Mocz bez zmian szczególnych. Pomimo kaszlu chora plwociny nie wykrztusza.

Rozpoznano zapalenie płatowe prawostronne z wysiękiem w opłucnie. Stan chorej nie poprawiał się; dusznosc się wzmagala; temperatura wahała się pomiędzy 38—39.

¹⁾ Tablice te zostały wydane nakładem pisma naszego w formie bloków do zdzierania.

Chora parę razy splunęła krwią. 5-go dnia pobytu chorej w szpitalu dokonano nakłucia próbnego w okolicy stłumienia po stronie prawej i otrzymano ropę. Chorą wobec tego przepisano do oddziału chirurgicznego, gdzie w 2 dni później SŁAWIŃSKI dokonał rezekcji 9 i 10 żebra po stronie prawej i uwolnił około litra płynu surowiczego-ropnego. Następnego dnia S. dokonał przekłucia próbnego w kierunku jamy podprzeponowej i otrzymał czystą ropę.

Pod przewodnictwem igły nacięto przeponę i palcem dotarto do jamy ropnia, skąd wylała się obfita ilość zielono-żółtej cuchnącej ropy, w której ostatnich porcjach znaleziono żółć.

Następnego dnia chora zmarła.

Na sekcji znaleziono: *pleuritis dextra, pneumonia hypostatica dextra, hypertrophia musculi cordis, endocarditis verrucosa ad valvul. mitralem, abscessus hepatis multilocularis, infarctus lienis, hypernephroma dextrum.*

Wątroba była półtora raza powiększona, o konsystencji tak miękkiej, że na stole sekcyjnym rozplywała się, jak pęcherz, napełniony galaretą; na powierzchni wątroby odznaczały się wyniosłości wielkości jabłka, chlebocące, odpowiadające na przekroju ropniom.

Ropni w wątrobie znaleziono w różnych miejscach około 10-ciu; przy nacięciu ropa z nich wytryskiwała fontanną.

Pod względem rozpoznawczym przypadek ten nastęrczał trudności wobec wysięku w opłucnie (*per contiguitatem*) i zapalenia płuca opadowego oraz braku objawów patologicznych wysłuchowych ze strony serca; pod względem etiologicznym przypadek zaliczyć należy do rzadkości.

Ropnie w wątrobie powstają skutkiem zakażenia, które dostać się może do wątroby przez uszkodzone powłoki brzuszne lub, daleko częściej, za pośrednictwem dróg żółciowych lub krwionośnych.

Żółć naogół zawiera niewielką liczbę drobnoustrojów, które przy prawidłowym stanie dróg żółciowych ustroju nie zakażają.

Wszelkie jednak zatamowanie odpływu żółci przez zatkanie otworu w brodawce

VATTERA czopem śluzowym lub ciałem obcym (kamień, glisty etc.) już stwarza warunki, w których zakażenie (stafilokokki, streptokokki, pneumokokki, *bacterium coli, bacillus typhi*) dostać się może do dróg żółciowych, a następnie i do wątroby (*abscessus hepatis ex angiocholitiide infectiosa*). Podobnych warunków w przypadku opisanym nie znaleziono: pęcherzyk żółciowy kamieni nie zawierał. Z dróg krwionośnych pod względem etiologicznym co do ropni wątroby zasługuje na uwagę przede wszystkim układ żyły wrotnej. W sprawach wrzodzących w narządach jamy brzusznej, jak dysenterya, tyfus, gruźlica, rozpad nowotworu, zapalenie kątnicy i wyrostka, ropienie w śledzionie, trzustce i narządach moczopłciowych, zakażenie na drodze żyły wrotnej może wywołać ropień w wątrobie wśród objawów *pylephlehtis* lub bez nich. I tych warunków w danym przypadku nie było: w kiszkaach zmian wrzodzących świeżych, ani starych nie było.

Daleko rzadziej powstają ropnie w wątrobie na drodze układu tętniczego przez tętnicę wątrobową. Tę drogę infekcyi przyjąć należy w opisanym przypadku wobec znalezienia świeżego zapalenia wsierdzia i zawałów nie-zropiałych w śledzionie. Pochodzenie zapalenia wsierdzia nie jest jasne, o ile za punkt wyjścia nie uznać dużego nowotworu nadnercza prawego z poczynającym się rozpadem.

Klinicznie ropnie wątroby rozpoznać można tylko w przypadku stwierdzenia dużej bolesnej wątroby w chorobie zakaźnej bez zmian w innych narządach lub przy stwierdzeniu na powierzchni wątroby guza chlebocącego. Nakłucie próbne, robione tylko na stole chirurgicznym, może ustalić rozpoznanie; przeważnie jednak ropnie wątroby są mylnie rozpoznawane, jako otok ropny opłucny, ropień podprzeponowy, ropienie dokoła pęcherzyka żółciowego, nerki i t. d.

Pod względem anatomopatologicznym rozróżniamy ropnie wątroby jednoogniskowe i wielogniskowe, powierzchowne i głębokie, wielkości od najmniejszych, rozpoznawanych niemal mikroskopowo tylko, do takich, które wypełniają sobą płat cały, świeże i względnie stare, otoczone tkanką łączną.

Ropa w ropniach często jest jałowa

skutkiem zaniku bakteryi, przeważnie zawiera jednak, prócz zwykłych ropotwórczych: strepto- i stafilokoków, — *bacterium coli commune*, *actinomyces*, *ameby* dyzenteryi i t. d.

W d y s k u s y i przemawiali: ODERFELD i LANDAU.

Posiedzenie gastrologiczne z dnia 21/VI 1911 r.

1) Przed porządkiem dziennym przewodniczący z powodu śmierci jednego z najstarszych członków Sekcyi, d-ra Pacanowskiego, wygłosił krótkie przemówienie, zaznaczając zasługi nieboszczyka na polu nauki o narządach trawienia i pomiędzy innymi zaletami nieboszczyka wspominając o sumienności, jaka cechowała wszystkie jego prace. W końcu przemówienia przewodn. zaproponował uczenie pamięci PACANOWSKIEGO przez powstanie, co też uczyniono.

2) GRUNDZACH przedstawił wyrostek robaczkowy, zoperowany 17 czerwca r. b. przez kol. HORODYŃSKIEGO. Wyrostek ten, pokryty zrostami ze ślepą kiszka, po upływie 6 tygodni od ostatniego napadu, a tygodnia od małego bezgorączkowego napadu, posiada surowicówkę mocno przekrwioną. Jest on długi, gruby i w odległości paru centymetrów od końca posiada wgłębienie bliznowate, odpowiadające miejscu dawnego owrzodzenia. Śluzówki obydwu części zwężonego wyrostka przedstawiają się rozmaicie. Objawy chorobowe u 26-letniego P. J. datują od roku; napady były kilkakrotne, przeważnie lekkie, przez lekarza na prowincyi nie rozpoznane. Ostatni napad z kilkudniową gorączką, bólami, mdłościami, wymiotami i wysiękiem ciastowatej konsystencji, który po kilku dniach ustąpił,—był najsilniejszy.

Najwybitniejszym objawem tego napadu było ciągłe parcie na mocz i bolesne oddawanie moczu. Badanie moczu nie wykryło

zmian w pęcherzu, ani w miedniczkach nerkowych, nasunęło się więc G. przypuszczenie, że są zrosty z pęcherzem. Na stole operacyjnym znaleziono sieć zgrubiałą i przyrośniętą do pęcherza. Przypuszczenie jednego z kol. konsultantów co do natury gruźliczej tego cierpienia, oparte na rozedmie lekkiej płuc i dość wątłej budowie ciała,—nie potwierdziło się. Przypadek ten zasługuje na uwagę z dwóch względów. Zaznaczyć należy: 1) nieznaczne objawy kliniczne wobec poważnych zmian anatomicznych i 2) zrosty z pęcherzem, rozpoznane podczas przebiegu cierpienia.

3) PRZYWIECZERSKI odczytał rzecz „O wartości rozpoznawczej t. zw. diety SCHMIDTA uproszczonej”. Rzecz ta drukowana była w „Medycynie i Kronice lekarskiej”.

W d y s k u s y i RÓBIN zaznacza, że wartość rozpoznawcza diety próbnej SCHMIDTA polega wyłącznie na tem, że wprowadzane pokarmy są ściśle odważane i odmierzane,—co daje możność uważać uchylenia od normy za nieprawidłowe, patologiczne trawienie. Tymczasem, posiłkując się t. zw. dietą uproszczoną, nieściska co do wagi i miary, tego kryterium już nie mamy, i a priori można było uważać ją za nieprzydatną do wniosków rozpoznawczych. Badania kol. P. w zupełności to potwierdziły, i obecnie należy zarzucić dietę t. zw. „uproszczoną”, pozostawiając tylko dietę SCHMIDTA w pierwotnej ścisłej redakcyi, która stanowi obecnie jedyny sposób rozpoznawania zaburzeń czynnościowych kiszek i wykrycia świeżo wyodrębnionych postaci nozologicznych, np. „Gährungsdyspepsie”,—gdyż zwykłe badanie kału tego wykryć nie jest w stanie.

Wobec ułatwień technicznych, wprowadzonych przez kol. P., nic już nie stoi na przeszkodzie do stosowania tej metody larga manu, nawet w warunkach domowych.

W d a l s z e j d y s k u s y i zabierali głos: HALPERN, REJCHMAN, LANDAU i GRUNDZACH.

W. Róbin.

Wiadomości bieżące.

— W ostatnim numerze „Wracz. Gazety” (48) znajdujemy szereg odpowiedzi na pytania, dlaczego lekarze uciekają z ziemstw. Jako przyczynę główną uważa redakcja i znaczna liczba korespondentów niemożliwe stosunki z zarządami ziemskimi, do których wybrano ludzi z innemi, niż lekarze, przekonaniem; szczególnie co do nowowprowadzonych ziemstw Kijowskich skarg jest dużo. Dwie z nich od lekarzy-kobiet dowodzą, że jaką bezwzględnością obchodzą się z lekarzami nowowybrani zarządcy ziemstw. Dlatego też Gazeta sądzi, iż stosunki poprawią się nie prędzej, aż zmienią się warunki i kurs polityczny w kraju. Tymczasem wiele ziemstw obywać się musi bez lekarzy, a pozostali lekarze w ziemstwach mają po 2 — 3 uczestki i oczywiście nie mogą podolać pracy nad siły. B. lekarze ziemscy osiadają w miastach i poświęcają się praktyce w różnych specjalnościach.

— Izba południowo-austriacka zamierza otworzyć bank kredytowy lekarski dla lokowania drobnych oszczędności lekarskich, u nas podobna instytucja—Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy—rozpoczyna 13 rok istnienia i rozwija się stopniowo, choć powoli, wskutek obojętności naszych lekarzy.

— W Lipsku otwarte będzie muzeum, poświęcone historii medycyny z obszernym oddziałem historii higieny z niedawno zamkniętej wystawy Dreźnieńskiej.

— Następny Zjazd, poświęcony higienie mieszkań, odbędzie się w Amsterdamie.

— Czynią się starania około utworzenia nowych uniwersytetów węgierskich w Debreczynie i Preszburgu.

— W ciągu 3 miesięcy we Francji było 8126 wypadków, z tego 569 śmiertelnych, 37 z zupełną, 7520 z częściową niezdolnością do pracy, mężczyzn poszkodowanych było 7568 po 16 r. ż. i 199 do 16 r. ż., kobiet starszych do lat 16 było 315, młodszych 44.

— Na miejsce zmarłego laryngologa prof. B. Fraenkla, w Berlinie mianowano prof. Killiana z Fryburga.

— W Niemczech w r. 1908 było kobiet-lekarzy 55, w 1909 — 65, w r. 1910 — 102.

— Instytut szczepienia ospy w Kamieńcu Podolskim, założony przez Cesarskie Towarzystwo Dobroczynności, obchodzi 25-lecie swej działalności w r. p.

Zmarli.

— D-r Wiktor Opolski d. 1 b. m. we Lwowie, w 72 roku życia. Zmarły był przez lat 32 członkiem Krajowej Rady Zdrowia oraz przez lat 37 prymaryuszem szpitala w oddziale chorób wewnętrznych do r. 1910. W czasie studyów w Wiedniu powołany został do szeregów w r. 1863, gdzie pełnił obowiązki lekarza polowego. Po roku 1863 wrócił do Krakowa, gdzie uzyskał dyplom lekarski w r. 1867. Zmarły cieszył się szeroką praktyką i popularnością we Lwowie. Napisał: 1) Opis przypadku śpiączki (Prz. lek. 1880), 2) W sprawie leczenia gruźlicy (Prz. lek. 1890). 3) Studium o upuście krwi w zapaleniu płuc (Tygodn. lek. 1906), 4) Przypadek ołowicy (Tyg. lek. 1907), 5) Skaża krwotoczna (Tyg. lek. 1908), 6) Mykerosis angiotica haemorrh. (Tyg. lek. 1909). Prócz tego umieszczał w Przeglądzie lekarskim oraz Dwut. med. publ. liczne prace higieniczne.

J. Z

— D. 9. b. m. zmarł w Paryżu w 65 roku życia śp. Kazimierz Rosenthal. Obszerniejszy nekrolog umieścimy później.

— D-r Zygmunt Płaskowski dnia 15 grudnia r. b. w Warszawie, w wieku lat 27.

— D-r Józef Szewczyk w 76 roku, w Krakowie.