

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKOW.

Nr 11.

Warszawa d. 28 Lutego (12 Marca) 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ — { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzł i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varonne 33. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do ważności obiektywnej metody badania przy dyzartryach kurczowych. Patogeneza i leczenie afonii spastycznej oraz głosu falsetowego. Przez d-ra W. Ołtuszewskiego. — Przypadek skrętu katnicy. Podał A. Karczewski. (Dokończenie). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 34 O cierpieniach czernego szpiku kości, szczególnie kręgow i żeber, w ostrych chorobach zakaźnych. 35 Guzy górnej części brzucha, stopniowo znikające. 36 Bismutoza jako środek ściągający. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 3 lutego r. b. — O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława od dnia 14 stycznia do 14 lutego r. b. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — ZMARLI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Ołtuszewski—
Contribution à la nécessité de l'exploration objective dans
les dysarthries spasmodiques. La pathogénie et la thérapie
de l'afonie spastique et de la voix enrouée. 2) D-r
A. Karczewski — Un cas de volvulus du cœcum

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. Ołtuszewski—
Ueber den Werth der objektiven Untersuchungsmethode bei
spastischen Dysarthrien. Pathogenese und Therapie der
spastischen Aphonie und der Falsetstimme. 2) D-r A. Kar-
czewski — Ein Fall von Volvulus des Blinddarmes.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmiescie 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z Warszawskiego Zakładu dla zбоcezeń mowy oraz
cierpień jamy noso-gardzielowej

Przyczynek do ważności obiektywnej metody badania przy dyzartryach kurczowych.

Patogeneza i leczenie afonii spastycznej
oraz głosu falsetowego.¹⁾

Przez

D-PA WŁADYSŁAWA OŁTUSZEWSKIEGO.

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek.
1.111 1904.

Najdzielniejszym obiektywnym środkiem
pomocniczym do rozpoznawania dyzartryi kur-

¹⁾ Jak to zaznaczyłem w Przyczyńku ósmym do
nauki o zбоcezeniach mowy, zamiast jak dotychczas syste-
matycznie opracowywanych rocznych naukowych spra-

czowych, w szczególności zaś najważniejszych
z nich dla lekarza, zajmującego się zбоcezeniami
mowy, jąkania i nerwie, do niego zbliżonych,
jest lusterko krtaniowe, pneumatometr oraz
pneumograf, ponieważ tylko tego rodzaju bada-
nia posiadają znaczenie naukowe dla racjonal-
nego zdawania sobie sprawy z objawów miejsco-
wych tych cierpień. Dotyczy to przedewszy-
stkiem jąkania głosowego i oddechowego, gdyż
skurcze w narządzie artykulacji dostępne są

wzodań z Zakładu, powziąłem zamiar zamieszczania je-
dyne ciekawszego materiału kazuistycznego. Niniejszą
pracą rozpoczynam właśnie szereg artykułów, w których
będę grupował materiał kliniczny w celu wyjaśnienia tej
lub owej kwestyi z dziedziny logopatologii.

dla naszego spostrzegania bezpośredniego. Z przyrządów, jakimi posilkujemy się przy określaniu jąkania głosowego i oddechowego, najważniejsze są: lusterko krtaniowe, przyrząd WALDENBURG'a i pneumograf.

O ile technika użycia wziernika krtaniowego powszechnie jest znana, o tyle możność stwierdzenia w nim jąkania głosowego należy do niezmiernych rzadkości z tej prostej przyczyny, że nawet w najcięższych jego postaciach bardzo rzadko występuje przy wygłaszaniu pojedynczych głosów (samogłosek), a nawet i w tych razach już samo włożenie lusterka, działając poniekąd rewulsyjnie, zwykle znosi kurecze. Na tysiąc kilkaset przypadków jąkania stwierdziłem je w lusterku tylko 5 razy i odnośnie przypadki opisałem w V i VIII „Przyczynku do nauki o zбочeniach mowy“. Na zasadzie tych spostrzeżeń przyjmuję następujące 4 postaci typu jąkania głosowego: 1) toniczne kurecze głosowe mięśni zamykających głośnień, 2) kloniczne tychże mięśni, 3) toniczne kurecze głosowe mięśni rozszerzających głośnień i 4) kloniczne tychże mięśni. Toniczne kurecze mięśni, zamykających głośnień, przedstawiają się pod postacią głosu wydławianego, kloniczne kurecze tychże mięśni charakteryzują się głosem drżącym, przyczem zamiast mowy artykułowanej daje się słyszeć rodzaj beczenia. Toniczne kurecze mięśni, rozszerzających głośnień, dają postać jąkania głosowego, które nazywam jąkaniem głosem zupełnym, gdyż wskutek niemożności zbliżenia strun głosowych wokalizacja staje się niemożliwą, następuje zupełna przerwa w mowie, a chory robi wrażenie niemego, tembardziej, że podczas takiej przerwy nie daje się zauważyć żadnego kureczu w narządzie artykulacji, a twarz chorego pozostaje zupełnie spokojna. Nakoniec kurecze kloniczne mięśni, rozszerzających głośnień, przedstawiają się pod postacią jąkania, które mianuje się głosem przerywanem. Zależy ono od usiłowań zbliżenia do siebie strun, przyczem artykulacja przerywa się, a chory

w pewnych odstępach czasu wydaje głos, zajmujący pośrednie miejsce między samogłoskami y — e.

Równie doniosłego znaczenia, jak zastosowanie lusterka krtaniowego przy jąkaniu głosem, są badania pneumatometryczne i pneumograficzne dla zdawania sobie sprawy z typu jąkania oddechowego. Ponieważ mierzenie obwodu klatki piersiowej przy wdechu i wydechu oraz różne pomiary klatki piersiowej, a więc jej forma, a dalej zawartość całej ilości powietrza wydechowego za pomocą spirometru HUTCHINSON'a nie przedstawiają ująkających się żadnych zбочeń, nie będziemy się więc zatrzymywali nad tym przedmiotem. Natomiast badania pneumatometryczne za pomocą przyrządu WALDENBURG'a, mierzącego siłę mięśni wdechowych i wydechowych, wykazały, że u ludzi prawidłowych wydech jest dłuższy od wdechu, u jąkających się zaś przeciwnie, siła wdechu jest taka sama, jak wydechu, a nawet czasami większa. Zależy to nie od mniejszej zawartości powietrza w płucach, lecz od wypuszczenia go wskutek kureczów mimowolnych w mięśniach oddechowych, a więc niemożności zatrzymywania powietrza w płucach. Daleko jeszcze ważniejsze znaczenie dla wytłumaczenia nieprawidłowości ruchów oddechowych u jąkających się mają badania pneumograficzne. Tylko zastosowanie metody graficznej, przy pomocy której przenosimy ruchy przepony oraz klatki piersiowej na papier, daje nam możność dokładnego sprawdzenia wszystkich nieprawidłowości w oddechu, dotyczących typu oddechania, prędkości ruchów, stosunku między wdechem i wydechem i t. d.

Pierwszy, który ogłosił metodę przenoszenia ciśnienia klatki piersiowej na papier, był BUISSON w r. 1858, zastosował ją jednak graficznie dopiero MAREY. Dziwna jednak rzecz, że zarówno MAREY, RIEGEL, jak i inni, zajmujący się tym przedmiotem w warunkach fizyologicznych, pominęli zupełnie w tym względzie zбочenia mowy, i dopiero GUTZMANN od 1894 r. za pomo-

ca pneumografu MAREY'a zaczął skutecznie spoznać w szczególności nad jękami. Badaniom tym w ciągu całego szeregu lat przyglądałem się z wielkim zaciekawieniem. W pierwszych latach GUTZMANN zgodnie ze swem zapatrywaniem, przypisując jedynie przeponie znaczenie przy powstawaniu jękania oddechowego, zdejmował tylko linię brzusznią. W następstwie, zgodnie ze spostrzeżeniami moimi, wykazującymi, że mięśnie piersiowe odgrywają w tym względzie nie mniej ważną rolę, odnotowywał i linię piersiową, a dało to ważne wyniki, wykazujące u ludzi, prawidłowo mówiących, przewagę mięśni piersiowych oraz siedlisko kurczów w większości przypadków jękania również w mięśniach piersiowych. Zajęty szeregiem innych prac, dopiero w ostatnich latach zacząłem stosować pneumograf i przekonałem się, że metoda graficzna dla wytłumaczenia udziału oddechu przy jękaniu daje wyniki wielkiej wagi, wymaga jednak bardzo dużego materiału klinicznego oraz długoletniego doświadczenia. To też w niedalekiej przyszłości przedmiotowi temu zamierzam poświęcić oddzielną pracę, na tem zaś miejscu ograniczę się opisem techniki przy użyciu pneumografu oraz zaznaczę choć w kilku słowach wyniki dotychczasowego doświadczenia, dotyczące określenia różnych postaci typu jękania oddechowego, ponieważ pozostaje to w związku ze sprawą, która nas obecnie zajmuje, a mianowicie wyjaśnieniem patogeny afonii spastycznej i głosu falsetowego.

Wszystkie obecne przyrządy, które graficznie przenoszą ruchy oddechowe na papier, dadzą się podzielić, na znaczące za pomocą rozciągania (Zugapparate) oraz ucisku (Druckapparate). Zależnie od używanego przyrządu, linia wdechowa idzie do góry lub na dół, wydechowa zaś odwrotnie. Z szeregu przyrządów, działających za pomocą rozciągania, najważniejszy jest pneumograf MAREY'a. Składa się on z dwu części: bębna, przenoszącego ruchy klatki piersiowej na papier, i właściwego pneu-

mografu. Do naszych celów, oprócz mosiężnego cylindra, obracanego za pomocą zwyczajnego przyrządu zegarowego (kimografu), używamy bębenków ENGELMANN'a i dwu pasów gumowych, t. j. pneumografu, działającego za pomocą ucisku. Przy użyciu tego przyrządu linia wdechowa idzie do góry, wydechowa zaś na dół. Pasy nakłada się jeden pod pachami, drugi na dołek sercowy. Od obu pasów idą cienkie rurki gumowe, komunikujące się z dwoma bębenkami ENGELMANN'a, pozostającymi w związku z piórkami aluminiowymi. Ruchy bębenków przenoszą się na piórka, a z tych ostatnich na zakopcony papier cylindra kimografu. Rysunek utrwała się za pomocą szelaku.

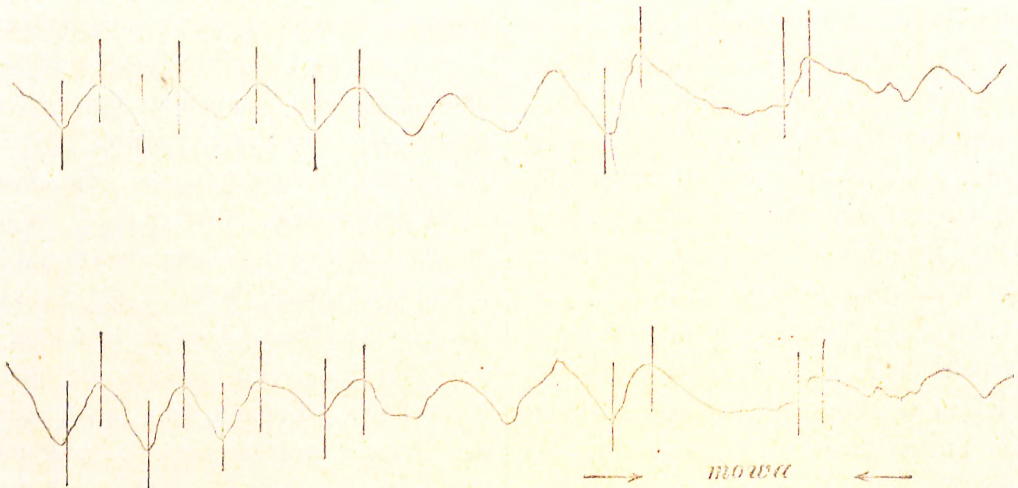
U człowieka, prawidłowo mówiącego, przy spokojnem oddechaniu obie linie — wdechowa i wydechowa — są prawie równe i synchroniczne lub prawie synchroniczne. Zupełnie inaczej bywa przy mowie. Oprócz tego, że linia wdechowa jest więcej stroma i w stosunku do wydechowej krótsza, wdechy nie są tak częste, jak przy zwykłym oddechaniu, a linia piersiowa przy wdechu zwykle jeszcze się podnosi, gdy wydechowa już spada, linie są więc anachroniczne. Z tego wnioskujemy, że piersiowe oddechanie u człowieka, prawidłowo mówiącego, jest silniejsze, aniżeli brzuszne. U jękających się przy zwykłym oddechaniu linie są zazwyczaj prawidłowe, przy mowie zaś linie piersiowe i brzuszne są w większości przypadków synchroniczne, a linia wdechowa idzie prostopadle, a nie ukośnie. Oprócz tego oddech przy jękaniu z mową lub bez mowy może przedstawiać jeszcze takie nieprawidłowości, jak wadliwe używanie powietrza, a więc głębokie wdechy na przemian z bardzo powierzchownymi lub też zbyt częste oddechy przy mowie, oraz oddechanie zmienione pod wpływem afektów psychicznych, odznaczające się tem, że nie można prawie rozróżnić linii wdechowych od wydechowych. W otrzymanych liniach główną uwagę zwracamy na ich położenie wdechowe lub wydechowe, oraz cha-

rakter kureczów bądź klonicznych, wyrażających się przy kurezach silnych nagłym wznoszeniem względnie opuszczaniem linii, przy słabych zaś linią ząbkowaną, bądź tónicznych, charakteryzujących się linią ciągłą.

Na zasadzie długoletnich spostrzeżeń klinicznych oraz badań dotychczasowych pneumografem przyjmuję następujące postaci typu jąkania oddechowego: 1) wdechowa, zależna od kurczu klonicznego lub tónicznego przepony, 2) wydechowa, przeważnie uwarunkowana kur-

postać tę zwracam szczególną uwagę. W przypadkach, gdzie tylko przepona podlega kurczowi, jeśli kurecz jest na wysokości wydechu, a więc przepona stoi wysoko i nie może się spłaszczyć, chory mówi resztkami powietrza za pomocą mięśni klatki piersiowej, jeśli zaś kurecz jest na wysokości wdechu, a więc przepona stoi nisko i nie może iść do góry, chory może mówić tylko przez inspirację.

Omówione metody obiektywne badania, oprócz racjonalnego wytlómaczenia różnych



czami wydechowymi, 3) wdechowo-wydechowa, zależna od kurczu klonicznego przepony i zupełnie nie uwzględniana w Niemczech, 4) postać artykulacyjnej ekspiracji. Szczegółowy opis objawów klinicznych tych postaci oraz zdjętych linii pneumograficznych znajdzie miejsce w wyżej pomienionej pracy, obecnie zaś zaznaczę tylko postać wdechową, zależną od kurczów tónicznych, jako nieodzowną dla zdawania sobie sprawy z niektórymi obrazami afonii spastycznej. Otóż przy postaci wdechowej, zależnej od kurczu tónicznego, mowa może być zupełnie wstrzymana, jeśli kurcze są jednocześnie w mięśniach piersiowych i brzusznych, i na

postaci typów jąkania głosowego i oddechowego, stanowią podwalinę patogenetycznej tak zwanej afonii spastycznej i głosu falsetowego.

Porównywając opisy tak zwanej afonii spastycznej, której mianem oznaczają pewne anormalne objawy przy mowie, jak wydławianie głosu i przerwy w mowie, z pewnymi postaciami jąkania głosowego i oddechowego, łatwo dostrzedz, że obrazy tych zbroczeń są bardzo do siebie podobne, i że nawet w spostrzeżeniach autorów, opisujących afonię spastyczną, nie brak objawów przynależnych jąkaniu, jak występowanie napadu tylko przy mowie, nasila-

nie się kureczów przy wszelkiego rodzaju wzruszeniach, skłonność do tego cierpienia przeważnie ludzi nerwowych, rozprzestrzenianie się kureczów na mięśnie warg i szyi, różne zdwajanie głosek, ustępowanie kureczów przy szepecie, w szczególności zaś śpiewie i t. d. Jeżeli do tego wszystkiego dodamy ze znajomością rzeczy zbierane wywiady, niezmiernie ważne przy rozpoznawaniu jąkania, a wykazujące istnienie jąkania w rodzinie lub jej usposobienie neuropatyczne, wyprzedzanie jąkania głosowego lub oddechowego, noszącego rzekomą nazwę afonii spastycznej, innymi zwykłymi objawami jąkania lub wklanie jej temiż²⁾, to łatwo przyjdziemy do wniosku, że cierpienie to, choćby pozornie występowało izolowane pod postacią przerw w mowie lub głosu wydławianego, jak to miało miejsce w spostrzeżeniach, dotyczących Eleonory B., Piotra L. i Anastazyi B., opisanych w Przyczynku V, niezem innym nie jest, jeno jąkaniem głosowym zupełnym lub tonicznym mięśni, zamykających głośnie, względnie oddechowem, zależnym od kurezu tonicznego przepony i mięśni piersiowych, jak to niejednokrotnie spostrzegłem w ciągu ostatnich lat.

Poniżej przytaczam spostrzeżenie, w którym oprócz głosu wydławianego, nie mieliśmy żadnych objawów obiektywnych jąkania, a mimo to linia wykazała typowe kurecze przepony.

Sza., 34 lat licząca. Jak opowiada, 16. I. 1901 r. zachorowała na czarną krostę na lewej ręce, wskutek czego zmuszona była poddać się operacyi, co ją tak przestraszyło, że straciła mowę samodzielną obok zachowanego jej rozumienia. Trwało to 4 tygodnie, poczem powoli

²⁾ Patrz spostrzeżenia, dotyczące Wacława L., gdzie obok głosu wydławianego, mieliśmy jąkanie artykulacyjne i wdechowe, Wilhelma W., przedstawiającego obok przerw w mowie powtarzanie sylab i współruchy charakterystyczne dla jąkania (oba w Przyczynku I), Wacława S., gdzie obok głosu wydławianego były objawy jąkania zwykłego (Przyczynek V), oraz Mikołaja W., przedstawiającego obok przerw w mowie kurecze twarzy i szyi (Przyczynek VIII).

zaczęła mówić, ale z wielkim wysiłkiem. Obecnie przeszkody przy mowie polegają na tem, że z powodu głosu wydławianego jest ona bardzo powolna i trudno zrozumiała. Kureczów w narządzie artykulacyi nie dało się zauważyć, badanie zaś krtani wziernikiem nie wykazało żadnej nieprawidłowości. Wzruszenia pogarszały opisany stan mowy, śpiewać nie chciała. Linia pneumograficzna wykazała w linii brzusznej skurcze toniczne na wysokości wdechu.

Pozorna wyłączość objawów ze strony krtani, jak z tego widać, bynajmniej nie stoi w sprzeczności z rozpoznaniem jąkania, w niezem również nie przeczy temu nagłe występowanie cierpienia, gdyż mimo to, że zazwyczaj nerwica ta ma początek powolny, może jednak zaczynać się nagle, a nawet mieć przebieg ostry. Sądzę, że jedynie brak znajomości autorów, piszących o afonii spastycznej, istoty i obrazów klinicznych jąkania może nam wyjaśnić, dlaczego patogeneza zбочenia tego nie została należycie wytlomaczona i dotychczas tuła się w podręcznikach pod różnemi nazwami, jak: afonia spastyczna, kurecz koordynacyjny głośni i t. d.

Na omawiane cierpienie już oddawna zwróciłem moją uwagę, dopiero jednak w Przyczynku V, mając więcej materiału klinicznego, wyjaśniłem jej patogenezę, z powodu jednak braku możności zbadania obrazu wziernikowego przy kurezu głosowym zupełnym, mylnie czyniłem go zależnym od kurezu mięśni, zamykających głośnie, a nie mając jeszcze, jak wówczas, sposobności zdejmowania linii pneumograficznych, o typach oddechowych nie wspominałem.

Wyjaśniona patogeneza tak zwanej afonii spastycznej pozostaje w związku z leczeniem tego cierpienia. Wprawdzie wyleczenie samodzielne może się przytrafiać szczególnie u histeryczek, jak o tem wspomina SCHECH, NOTHNAGEL i inni, co i ja niejednokrotnie stwierdziłem w moich spostrzeżeniach, istnieją jednak całe szeregi przypadków jąkania głosowego i oddechowego, dające obraz afonii spastycznej

pochodzenia niehisterycznego, które nie poddają się dotychczas zalecanym metodom leczniczym, jak podawanie bromu, elektryzacja, zabiegi wodolecznicze i t. d. W tych to właśnie przypadkach użycie metody leczniczej, jaką stosujemy dla usunięcia jąkania, daje nadspodziewanie dobre wyniki.

Sądzę, że po tych wyjaśnieniach nazwa afonii spastycznej, przyjęta, jak dziś, ogólnie, winna ustąpić słusznemu mianu jąkania pod postacią kurezu głosowego zupełnego lub tocznego, względnie pewnej odmiany oddechowego, a możliwość usunięcia tego cierpienia zmieścić niepomysłne dotychczas rokowanie.

Mniej więcej w sposób podobny metoda obiektywnego badania posłużyła mi do wyjaśnienia patogenezy głosu fałsetowego.

(D. n)

Przypadek skrętu kątnicy.

(VOLVULUS COECCI).

Podał

A. KARCEWSKI.

(Ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus).

(Dokończenie. — Zob. Nr. 10)

Przypadek powyższy ze stanowiska, że tak powiem, rozpoznania ogólnego nie nastęczał trudności. Olbrzymie wzdęcie brzucha z wyraźnym zasysowaniem pętlami kiszek samo przez się wystarczało do rozpoznania niedrożności mechanicznej. Na mocy zaś długiego trwania choroby i niezłego stanu ogólnego, a zwłaszcza względnie dobrego tętna, można było wyłączyć zarówno zaciśnięcie (*strangulatio*), jak i powikłanie niedrożności mechanicznej następstwem zapaleniem otrzewny. Brak wyraźnych ruchów robaczkowych, które według poglądów społecznych stanowią cechę znamioną zatkania (*obturatio*), nie przemawiał bynajmniej przeciwko

przypuszczeniu tej mianowicie postaci niedrożności mechanicznej. Wobec zamknięcia światła kiszek, trwającego od dni 16, łatwo było wytłomaczyć sobie brak perystaltyki wyczerpaniem mięśniowej sprawności kiszek.

A zatem ogólne rozpoznanie niedrożności mechanicznej w postaci zatkania narzucało się niejako samo przez się. Nierównie trudniej było orzec coś stanowczego o rodzaju i siedlisku przeszkody. Wprawdzie, wobec kategorycznego wskazania do interwencji chirurgicznej, rozpoznanie szczegółowe miało w danym razie znaczenie podrzędne. Nie chcę jednak przez to powiedzieć, ażebyśmy mieli zrzekać się *a priori* ścisłego rozpoznania w przypadkach podobnych. Przeciwnie, usiłowania w tym kierunku uważam za obowiązujące dla chirurga, sądzę bowiem, że od mniejszej lub większej ścisłości rozpoznania zależy w znacznym stopniu wybór metody operacyjnej, postępowanie podczas operacji i, co za tem idzie, wynik pooperacyjny.

W danym przypadku wobec wieku chorego, wybornego stanu zdrowia do chwili zachorowania, nagłego powstania choroby, wreszcie wzdęcia miejscowego w postaci wybitnego wypuklenia lewego podżebrza, nasuwało się przypuszczenie skrętu кишки. Zatrzymawszy się na tem rozpoznaniu, nie zastanawiałem się bliżej, wyznając to otwarcie, nad siedliskiem skrętu. Nie sądziłem bowiem, ażeby jakiegokolwiek zabiegi rozpoznawcze, na których stosowanie zresztą nie było czasu, mogły mi dać wyniki pozytywne. Przypuszczając skręt кишки, mniemałem, że siedliskiem jego, jak się to najczęściej zdarza, będzie kiszka esowata. Znalazienie skrętu kątnicy było dla mnie poniekąd niespodzianką.

Czy uniknięcie podobnych niespodzianek jest możliwe, innymi słowy, czy rozpoznanie ścisłe skrętu kątnicy wogóle jest rzeczą możliwą?

Chcąc odpowiedzieć na pytanie powyższe winniśmy rozważyć dane objawowe, na których możnaby oprzeć rozpoznanie.

Skręcona pętla kiszki, jak wiadomo, ulega rozdęciu, tworząc wał widoczny, a przynajmniej wyczuwalny poprzez powłoki brzuszne. Jest to tak zwane wzdęcie miejscowe (*meteorismus localis*). Położenie takiej rozdętej pętli w jamie brzusznej powinnyby stanowić jedną z najważniejszych wskazówek rozpoznawczych, gdyby pętla skręcona istotnie zajmowała miejsce typowe dla danego odcinka kiszki.

Niestety, jednak w rzeczywistości dzieje się inaczej. Skoro uprzytomnimy sobie etiologię i patogenezę skrętu kątnicy, zrozumiemy łatwo, że skręcenie tej kiszki z konieczności musi być połączone z jej przemieszczeniem.

Wiadomo, że podstawą anatomiczną skrętu kiszki jest wrodzone lub nabyte wydłużenie kreski. Dotyczy to zarówno jelita cienkiego, jak i poszczególnych odcinków kiszki grubej (kątnicy, okrężnicy poprzecznej i kiszki esowatej). Przypuśćmy, że kątnica, posiadająca kreskę wydłużoną, z jakiegokolwiek powodów ulega znacznemu rozdęciu. Rozumie się, że taka rozdęta kątnica nie może się pomieścić w swem miejscu prawidłowym — w prawym dole biodrowym. Ponieważ posiada ona kreskę wydłużoną, zezwalającą na znaczną ruchomość, z konieczności przeto przesuwa się ku linii środkowej brzucha, gdzie znajduje więcej wolnej przestrzeni. Lecz dół biodrowy nie pozostaje próżny. Wsuwają się doń kiszki cienkie, które, z kolei ulegając rozdęciu, spychają dalej rozdętą kątnicę w kierunku nalewo i ku górze, w kierunku odwrotnym do obrotu wskazówki zegarkowej. Z lewego nadbrzusza kątnica przesuwa się do lewego podżebrza, a ztąd, o ile długość kreski na to zezwala, do nadbrzusza i prawego podżebrza. Dodać należy, że rolę czynnika, przesuującego kątnicę, grać mogą oprócz rozdętych pętlic kiszki cienkich, rozmaite urazy, ruchy i wstrząśnienia ciała oraz wysiłki cielesne, sprowadzające napięcie ściany brzusznej.

Do wywołania objawów niedrożności wystarczy samo przesunięcie kątnicy w wyżej

wskazanym kierunku, które z konieczności wywołać musi mniej lub więcej znaczne załamanie (KNICKUNG) okrężnicy wstępującej (w miejscu, w którym kończy się nieprawidłowo wydłużona kreska). Zazwyczaj jednak przesunięciu kątnicy towarzyszy skręcenie dookoła jej własnej osi, które pociąga za sobą nawinięcie końca krętnicy (*ileum*) na kątnicę, wskutek czego zamknięcie światła wzmagą się i utrwała.

Oprócz przesunięcia ku górze, kątnica, posiadająca kreskę wydłużoną, może ulegać przemieszczeniu ku dołowi, do miednicy małej, chociaż znajduje tu mniej przestrzeni wolnej. Tego rodzaju przemieszczenie jest jednak zupełnie możliwe, zwłaszcza, jeżeli przypuścimy, że zawartość rozciągniętej kątnicy stanowią nie lekkie gazy kiszkowe, lecz ciężkie masy zbitego kału. Rozumie się, że wówczas do wywołania objawów niedrożności niezbędne jest skręcenie dookoła osi kątnicy, o załamaniu tu bowiem być nie może.

Rozpatrzmy teraz, o ile powyższe rozumowania teoretyczne znajdują potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych. Niestety, w większości ogłoszonych przypadków dane, dotyczące położenia kątnicy skręconej, nie zostały uwzględnione. Zdaje się, iż po prostu nie zwrócono na ten szczegół uwagi. W statystyce, zebranej przez ZOEGEV. MANTEUFFEL'a, położenie kątnicy zaznaczono zaledwie w 11 przypadkach. Z tych:

- w 3-ch w lewej połowie brzucha,
- w 4-ch ponad pępkiem,
- w 1-ym w lewym podżebrzu,
- w 1-ym w nadbrzuszu,
- w 1-ym w prawym podżebrzu,
- w 1-ym w miednicy małej.

Te więc 11 przypadków dowodzą słuszności rozumowań teoretycznych.

Nie można jednak pominąć milezieniem faktu, że w kilku przypadkach znaleziono jakoby kątnicę, uległą skrętowi, w okolicy krętniczej (*regio ileo-coecalis*), co mnie przynajmniej wydaje się rzeczą niezupełnie zrozumiałą.

Albo trzeba uznać, że tylko taka kątnica może uleść skrętowi, która ma kreskę wydłużoną, a więc jest bardzo ruchoma i w razie wzdęcia z konieczności ulega przemieszczeniu, albo też należy przypuścić, że wydłużenie kreski tudzież wpływająca ztąd niezwykła jej ruchomość oraz przemieszczenie nie stanowią niezbędnego warunku powstania skrętu. Wówczas możnaby się zgodzić na to, że skręcona kątnica pozostaje czasem w swem miejscu prawidłowym, lecz wtedy mechanizm skrętu staje się trudnym do zrozumienia.

Zaznaczając sprzeczność powyższą, nie mam prawa podawać w wątpliwość samego faktu, że zdarzają się przypadki, w których kątnica skręcona pozostaje jakoby w swem miejscu prawidłowym czyli w okolicy krętnico-kątniczej. Dodać jednak winienem, że okolica pomieniona nie ma granic ściśle określonych. Nazywa ta może oznaczać mniej lub więcej obszerny odcinek podbrzusza. A zatem położenie kątnicy skręconej w okolicy krętnico - kątniczej należałoby, być może, rozumieć w tem znaczeniu, że kiszka ta, tworząc wał elastyczny, układa się poprzecznie w podbrzuszu, sięgając swym wierzchołkiem mniej lub więcej daleko poza linię środkową. Tym sposobem możnaby wyjaśnić sprzeczność, powyżej zaznaczoną.

Jezeli teraz zwrócimy się do kiszki esowatej i zastanowimy się nad drogą, którą kiszka ta może odbyć w razie skrętu, to uznać musimy, że zachodzi tu stosunek analogiczny.

Kiszka esowata, położona prawidłowo ponad wejściem do miednicy małej, ulegając rozdęciu, układa się naprzód poprzecznie w podbrzuszu, a następnie, pod wpływem różnorodnych czynników mechanicznych może się posuwać w kierunku obrotu wskazówki zegarkowej. Zakreślając swym wierzchołkiem kwadrantkoła, może ona przejść z podbrzusza do lewego podżebrza. Aczkolwiek kiszka esowata odbywa swą drogę w kierunku odwrotnym, lecz w rezultacie tworzyć ona może wypuklenie widoczne w tych

samych okolicach, co i kątnica: w podbrzuszu, w prawem podżebrzu, w nadbrzuszu i w lewem podżebrzu. Wprawdzie kierunek elastycznego wału, wytworzonego przez rozdętą pętlicę, inny powinien być wówczas, gdy będziemy mieli do czynienia z kątnicą, inny zaś w razie kiszki esowatej. Pamiętać jednak należy, że wymacanie pętli skręconej na całej jej długości wśród mniej lub więcej rozdętych kiszek cienkich nie jest zgoła rzeczą łatwą. Ztąd wniosek, że odróżnienie skrętu kątnicy od skrętu kiszki esowatej na mocy lokalizacji wzdęcia miejscowego jest rzeczą dość problematyczną.

Nie mniej trudności nastęrcza rozpoznanie różniczkowe pomiędzy skrętem kątnicy a skrętem kiszek cienkich. Ponieważ poszczególne pętle kiszek cienkich, ulegając skrętowi i następnie rozdęciu, mogą zajmować rozmaite miejsca w jamie brzusznej, z położenia więc tych pętli nie można wyciągać żadnych wniosków co do siedliska skrętu.

Z powyższego wypływa, że położenie skręconej pętli w jamie brzusznej, aczkolwiek rozpoznawalne nawet wobec kolosalnego wzdęcia reszty kiszek (jak tego dowodzi mój przypadek), w bardzo małym stopniu może być użytkowane w celu rozpoznania siedliska skrętu.

Oprócz położenia pętli rozdętej, do celów rozpoznawania służyć mogą wskazówki chorego, dotyczące umiejscowienia bólu i czasu zjawienia się wymiotów, oraz dane, które otrzymujemy, stosując wlewanie wody do odbytnicy.

Co się tyczy bólu, to odróżniać tu należy ból pierwotny, występujący samorzutnie w chwili skrętu, od bolesności późniejszej, zjawiającej się zazwyczaj napadowo lub pod wpływem ucisku ściany brzusznej.

Bóle napadowe zależą prawdopodobnie od skurczów odcinka doprowadzającego i rozszerzają się przeto na mniej lub więcej znaczną przestrzeń. Wrażliwość przy ucisku uważać należy za oznakę nadmiernego wzdęcia zarówno pętli skręconej, jak i odcinka doprowadzające-

go, tudzież zmian, zachodzących w ściance kiszki pod wpływem tego wzdęcia. A zatem ból późniejszy, zarówno samorzutny, jak i zjawiający się pod wpływem ucisku, jako nie dość ściśle zlokalizowany, nie może mieć żadnej zgola wartości w sprawie rozpoznawania siedliska skrętu.

Większe znaczenie rozpoznawcze przypisywałbym bólowi pierwotnemu, a to na tej zasadzie, że ból ten według wszelkiego prawdopodobieństwa bywa odczuwany w miejscu korzenia kreski (*radix mesenterii*) tej pętli, która uległa skrętowi. A zatem umiejscowienie bólu w prawym boku wskazywałoby na skręt kątnicy, z lewej strony w dole brzucha — na skręt kiszki esowatej, wreszcie w okolicy pępkowej — na skręt jelita cienkiego. Niestety, chory bardzo rzadko podaje ściśle wskazówki co do miejsca bólu pierwotnego. To też w opisie przypadków nie znajdujemy pod tym względem żadnych prawie wskazówek. W dodatku, jeżeli skręt jest niewielki, lub poprostu następuje załamania kiszki, bólu pierwotnego może nie być zupełnie.

Dla odróżnienia skrętu kiszki cienkiej od skrętu jelita grubego wogóle nie jest bez znaczenia czas zjawienia się wymiotów. Mam tu na myśli wymioty późniejsze, t. zw. wtórne. Często bowiem się zdarza, że wymioty, jako objaw odruchowy, występują bezpośrednio po skręceniu się kiszki, zwłaszcza po zaciśnięciu. Otóż w razie skrętu kiszki grubej, naogół biorąc, wymioty wtórne zjawiają się tu znacznie później, niż po skręceniu się kiszki cienkiej. W moim przypadku, pomimo iż skręt trwał dni 16, wymiotów, rzec można, nie było, jeżeli nie liczyć tych, które zostały wywołane sztucznie przez zażycie oleju. Pamiętać jednak należy o tem, że w razie zaciśnięcia, wywołującego w krótkim czasie zapalenie otrzewny, niezależnie od tego, jaki odcinek kiszki ulegnie skrętowi, wymioty mogą wystąpić wcześniej nawet wtedy, kiedy skrętowi ulega kiszka esowata.

Wlewaniu wody do odbytnicy dotychczas przypisywane bywa znaczenie poważne w rozpoznawaniu siedliska przeszkody mechanicznej wogóle, a skrętu w szczególności: mała ilość zatrzymanej wody ma wskazywać na niskie położenie przeszkody (skręt kiszki esowatej), możliwość zaś wiania wielkiej ilości wody ma być dowodem wysokiego położenia przeszkody. Twierdzenie to jest zupełnie słuszne z tem jednak zastrzeżeniem, że ilość wody, którą możemy wlać do odbytnicy, zależy zarówno od siedliska przeszkody, jak i od wrażliwości odbytnicy, jej pojemności, wzdęcia całego przewodu kiszkowego, napięcia ściany brzusznej i t. d. A zatem wnioskowanie co do umiejscowienia przeszkody możliwe jest tylko wtedy, kiedy udaje się wlać do odbytnicy dużą ilość wody (wyłączenie skrętu kiszki esowatej). W razie przeciwnym żadnych wniosków pozytywnych wyciągać nie należy.

ZOEGE v. MANTEUFFEL cenną wskazówką rozpoznawczą upatruje w tem, czy można wyczuć kątnicę w miejscu prawidłowem. Zaznacza on w dopisku, iż w jednym przypadku na tej jedynie zasadzie, że okolica krętnico-kątnicza była próżna, rozpoznał skręt kątnicy.

Pomijając trudność wyczucia kątnicy poprzez mniej lub więcej napiętą ścianę brzuszną (na co sam ZOEGE v. MANTEUFFEL zwraca uwagę), wyznać muszę, że ta „próżnia“ w dole biodrowym wydaje mi się cokolwiek niejasną. W jamie brzusznej tak, jak i wszędzie, „natura próżni nie znosi“. Na miejsce kątnicy wsuwają się pętle kiszki cienkiej. Odróżnienie zaś na zasadzie wymacywania pętli kiszki cienkiej od kątnicy jest rzeczą więcej, niż problematyczną.

Wspomniany autor zaleca również w celach rozpoznawczych zwracać uwagę na kierunek fali perystaltycznej. Ja osobiście sędzę, że określenie kierunku fali należy wprost do dziedziny fantazyi, pozwolę więc sobie wyrazić wątpliwość, ażeby na tej drodze można było dojść do jakichkolwiek bądź wyników.

Oceniwszy krytycznie wartość rozpoznawczących danych objawowych, na których można by oprzeć rozpoznanie siedliska skrętu, przechodzimy do wniosku, że, co najwyżej, może być tu mowa o niejakich domniemaniach, o mniej lub więcej prawdopodobnych przypuszczeniach, które nie wystarczają zgoła do wysnuć stanowczych wskazań operacyjnych.

Przechodząc obecnie do omówienia niektórych szczegółów leczenia operacyjnego, chciałbym przede wszystkim zwrócić na to uwagę, że otwarcie jamy brzusznej powinno być dokonywane cięciem wielkim, sięgającym od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego. Cięcie takie ma wprawdzie tę niedogodność, że pociąga za sobą wyłonienie wszystkich kiszek. Niedogodność ta jednak całkowicie okupuje się tem, że zorientowanie się jest wówczas nierównie łatwiejsze, a co najważniejsza, kiszki są mniej narażone na uszkodzenie. Pamiętać należy, że kiszki mocno wzdęte mają na sobie tak napiętą powłokę otrzewnową, iż nawet bardzo ostrożne ich pociąganie sprowadza nadpęknięcia otrzewny. Z tego względu zupełnie słusznem wydaje mi się postępowanie ZOEGE v. MANTEUFFEL'a, który nie ogranicza się cięciem od wyrostka mieczykowatego do spojenia, lecz dodaje jeszcze cięcie poprzeczne po jednej stronie; ostatnie zużytkowya w razie potrzeby do tamponady jamy brzusznej. Być może, iż takie cięcie dodatkowe pozwoliłoby uniknąć tych nadpęknięć otrzewny, które powstały w naszym przypadku.

Postępowanie z kiszka skręconą zależy, rozumie się, od stanu jej odżywiania. Nie może być

dwóch zdań co do tego, że kiszka, wyraźnie zmienioną, należy rezekować bez względu na to, czy mamy do czynienia z zatkaniem, czy z zaciśnięciem. Zachodzić może jedynie różnica zdań pod tym względem, jakiego rodzaju zmiany upoważniają już do rezekcyi. Według ZOEGE v. MANTEUFFEL'a, kiszka, która podczas operacyi nie odzyskuje swej kurezliwości, lecz po wygnieceniu z niej zawartości pozostaje zwioteczalą i obrzękłą, winna być wycięta. Sądzę, że zapatrywanie takie trąci zbytym radykalizmem. W opisanym przypadku w kątnicy rozdętej, podczas operacyi, nie widziałem śladu ruchów robaczkowych, po opróżnieniu z zawartości czyniła ona wrażenie wiotkiej torby, pomimo to kiszki wkrótce odzyskały swą sprawność, i przebieg pooperacyjny z tej strony przynajmniej był bez zarzutu.

Do najtrudniejszych zadań, nastęrczających się podczas dokonywania laparotomii w zadawnionych przypadkach skrętu, należy odprowadzenie kiszek wyłonionych do jamy brzusznej. Z własnego doświadczenia przekonałem się, że wprowadzenie rury gumowej do odbytnicy i wgniatanie zawartości kiszkowej nie wystarcza. Z konieczności musiałem się uciec do nakłucia dwukrotnego kiszki grubym trójgrańcem. Przyznaję, iż zabieg ten jest połączony z rozmaitemi niedogodnościami. Jednocześnie jednak stwierdzić muszę, iż w moim przypadku jedynie dzięki temu zabiegowi zdołałem wepchnąć wyłonione pętle kiszkowe do jamy brzusznej i całkowicie zaszyć ranę, co niewątpliwie przyczyniło się do względnie szybkiego wyzdrowienia.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

34. E. FRAENKEL. O cierpieniach czerwonego szpiku kości, szczególnie kręgów i żeber, w ostrych chorobach zakaźnych.

W większości chorób zakaźnych autor stwierdził zarówno drogą hodowli, jako też badania drobnowidzowego skrawków obecność w szpiku kostnym sprawców podstawowego zakażenia albo też drobnoustrojów, które były winowajcami zakażenia mieszanego, względnie wtórnego. Najstalsze jest zachowanie się w tym względzie szpiku kostnego w durze brzuszny. Obecność lasecznika tyfusowego konstatuje się w szpiku kostnym stale, we wszystkich bez wyjątku przypadkach, poczynając już od pierwszego tygodnia choroby, w ciągu całego przebiegu aż do okresu zdrowienia włącznie. Zupełnie odwrotnie zachowuje się szpik kostny w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc. Poszukiwania w tym kierunku nie są jeszcze przez FRAENKEL'a skończone. Badania dotychczasowe wykazały, że obecność lasecznika gruźlicy nie da się drogą hodowli w szpiku stwierdzić. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że lasecznik ten zostaje tam niekiedy przeniesiony, o czym świadczy występowanie w niektórych przypadkach gruźlicy płuc *spondylitidis tuberculosae*. W przyszłych badaniach uwzględnić wypadnie prócz hodowli wstrzykiwanie odpowiednim zwierzętom wewnątrz otrzewny zawiesiny ze szpiku kostnego oraz poddać badaniu przypadki ostrej gruźlicy prosówkowej, jako jedynej postaci gruźlicy, należącej do rzędu ostrych chorób zakaźnych. Również dla błonicy gardzieli występowanie swiostego lasecznika w szpiku czerwonym uważać należy za wyjątkowo rzadkie. Autorowi w jednym tylko przypadku udało się wyhodować lasecznika błonicy ze szpiku kręgów. Był to przypadek niepowikłanej błonicy gardzieli, zakończony śmiercią w 8 dniu choroby. Natomiast badania FR. okazały, że inne drobnoustroje, które często sadowią się obok lasecznika swiostego

w błonie śluzowej gardzieli i nierzadko przenikają do sąsiednich gruczołów chłonnych, dają się w bardzo wielu przypadkach wykryć w szpiku kostnym. Mamy tu do czynienia wyłącznie z łańcuszkowcem, który znaleziony został w 9 przypadkach z pomiędzy 13.

Zupełnie podobne wyniki otrzymał autor także w płonicy, w której również mamy do czynienia prawie wyłącznie z inwazyą łańcuszkowców do szpiku. Niekiedy spotykamy w szpiku kostnym obok łańcuszkowców gronkowce (*staphyl. pyogen. aur.*), jak to miało miejsce w 3 przypadkach.

Oddzielną grupę stanowią sprawy zapalno-ropne, początkowo czysto miejscowe, które swe powstawanie zawdzięczają drobnoustrojom ropotwórczym. Należą tu: *panaritium*, *phlegmone*, *osteomyelitis*, *pleuritis*, *peritonitis*, *cholangitis purulenta*, *otitis media purulenta* i tym podobne. We wszystkich tych cierpieniach szpik kostny zawierał bakterie, a mianowicie łańcuszkowce i gronkowce, w ogromnej często liczbie, jak o tem świadczyły zarówno hodowle na płytkach, jakoteż badanie drobnowidzowe skrawków z kręgów i żeber. W większości przypadków miało się do czynienia z jednym z tych gatunków koków, w pojedynczych zaś przypadkach usadowiły się w szpiku oba gatunki.

Kwestya, kiedy w poszczególnym przypadku cierpienie z miejscowego staje się ogólnem, t. j. kiedy bakterie, wywołujące dane cierpienie, przedostają się do obiegu krwi i zawleczone zostają do najodleglejszych części ustroju, kwestya ta ogólnej odpowiedzi znaleźć nie może. Bakteryologiczne badanie krwi za życia dać może w wielu przypadkach odpowiedź na to pytanie. Pamiętać jednak należy, że ujemny wynik badania nie dowodzi bynajmniej, iż krew jest wolna od drobnoustrojów, gdyż te nie we wszystkich okresach danego cierpienia krążą w sokach ustroju. Dla otrzymania pewniejszych wyników

badania krwi należy kilkakrotnie ich dokonywać. Lecz i wtedy wyniki często bywają ujemne, jak to np. zdarza się w wywołanych przez łańcuszkowce zakażeniach połogowych i to nawet w takich, w których istnieją warunki, bardzo sprzyjające przenikaniu drobnoustrojów do ogólnego krwiobieg, np. w zapaleniu żył miednicy. A zatem z braku bakterii we krwi nie można wnioskować, że w danym przypadku wyłączyć należy posocznice lub ropnicę. Z drugiej strony obecność we krwi drobnoustrojów nie upoważnia nas do rozpoznawania posocznicy, jak to się obecnie powszechnie przyjmuje. Poprzestać raczej należy na oświadczeniu, że dane cierpienie przebiega z bakteryemią lub bez niej, a obecności bakterii we krwi nie uważać za oznakę stanowczo fatalną.

Co się tyczy okresu, w którym bakterie do krwi przenikają, to ogólnych prawideł niema. Niekiedy, jak w jednym przypadku róży, już w ciągu pierwszych 24 godzin autor w szpiku kostnym stwierdził obecność ogromnej liczby łańcuszkowców. Dla tyfusu autor dowiódł, że szpik kostny już w pierwszym tygodniu choroby zawiera łańcuszki EBERTH'a. Co do zapalenia płuc włóknikowego potrzebne są jeszcze dalsze badania. W tem cierpieniu autor przed upływem 10 dni w jednych przypadkach znajdował w szpiku liczne drobnoustroje (*diploc. lanceolat.*), w innych szpik był zupełnie jałowy.

Że drobnoustroje, wykrywane w przebiegu ostrych chorób zakaźnych w szpiku kostnym, przedostały się tam jeszcze za życia chorych, nie zaś po śmierci, najlepiej dowodzą zmiany patologiczne szpiku, które uważać należy za wyraz obrony tego narządu przeciw napastnikom. Do zmian tych zaliczyć można: wynaczynienia, występowanie barwnika, zmiany zgorzelinowe komórek szpiku, zjawianie się komórek olbrzymich, limfomatów, t. j. skupień małych jednojądrowych limfocytów i t. d.

Wobec stwierdzonego przez FRAENKEL'a częstego przedostawania się drobnoustrojów chorobotwórczych do szpiku kostnego, jak objaśnić mamy stosunkowo rzadkie występowanie spraw chorobowych w kręgach, żebrach i innych kościach? Zależne to jest po 1) od tego, że w jednej części przypadków mamy do czynienia z niezmiernie ciężkimi cierpieniami, w których czas od wtargnięcia drobnoustrojów do zejścia

śmiertelnego nie jest dostateczny do wytworzenia większych, klinicznie stwierdzić się dających ognisk osteomyelitycznych; po 2) jest bardzo prawdopodobnem, że występujące w szpiku zmiany patologiczne hamują albo nawet uniemożliwiają dalszy rozwój drobnoustrojów. Jeśli w walce z bakteriami komórki szpiku ulegają przewadze nieprzyjaciela, rozwijają się pod wpływem rozmnażających się drobnoustrojów rozleglejsze zmiany w szpiku kostnym, które i klinicznie stwierdzić się dają. Należy tu występująca po durze brzuszny i opisana przez QUINCKE'go *spondylitis typhosa*. Zaliczyć tu także można szczególnie cierpienia żeber, przebiegające z rozmiękczeniem szpiku, jak również zapalenia szpiku kręgow, występujące niekiedy po upływie dłuższego czasu od chwili wtargnięcia bakterii tyfusowych do ustroju. Otrzymane przez FRAENKEL'a wyniki tłumaczą nam także patogenезę owych dawniej zagadkowych spraw zapalnych szpiku kręgow, żeber i innych części kośćca, które powstają niekiedy, bądź samodzielnie, bądź pod wpływem urazu, po upływie dłuższego czasu od przebytego zapalenia gardzieli lub zagojonego już czyraka.

(Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u Chirurg. Tom XII. Zeszyt 4). S. P.

35. Rudolf HOFFMANN. Guzy górnej części brzucha, stopniowo znikające.

Guzy górnej części brzucha mogą znikać w sposób dwojaki: albo ściana ich pęka i zawartość przelewa się do sąsiedniej jamy, albo też zawartość guza spływa przez naturalny przewód narządu po zniknięciu w nim przeszkody. W ten sposób znikać mogą ropnie i torbiele główki trzustkowej, torbiele sieci, kreski, nerek, nadnerczy, torbiele rdzenia, bąblowiec otrzewny i wątroby, ropnie ściany brzusznej, puchlina nerkowa i pęcherzyka żółciowego, płyn, zebrany w *bursa omentalis*, a nawet torbiele jajników.

Torbiele trzustki niekiedy nagle znikają zupełnie, później jednak znów wyczuwać się dają. Torbiele trzustki, zależne od przewlekłego śródmiąższowego zapalenia główki trzustkowej, często stopniowo się zmniejszają, przyczem ogólny stan chorego wyraźnie się poprawia.

Chroniczne śródmiąższowe zapalenie trzustki powstać może wskutek zatrzymania się wydzieliny lub w następstwie zakażenia drogą krwi lub przez przewód (często obie przyczyny dzia-

lają jednocześnie). Zatrzymanie soku trzustkowego powstawać może skutkiem skurezu mięśni, zwężenia ujścia wskutek blizny lub też nieżyty błony śluzowej, wskutek nowotworu, a najczęściej czynią to złoży. W takich razach wydzielina trzustkowa, znajdująca się powyżej przeszkody, podlega rozkładowi, tworząc w ten sposób podatny grunt dla szybkiego rozwoju drobno-ustrojów.

Położenie złogu może być rozmaite. W uchyłku VATER'a kamienie z powodu wąskiego otworu łatwo się zatrzymują; powodując jednak zanik fałd SAPPEY'a, niszczą one mechanizm zatykowy samej brodawki, przez co znów ułatwione zostaje przejście złogów do dwunastnicy. Jeżeli kamień siedzi w bliskości ujścia do uchyłku VATER'a, mięsień zatykowy wskutek ucisku złogów kurczy się i tem samem zatrzymuje je. Bliznowate zwężenie przewodu wskutek rozwijającej się sprawy śródmiąższowej znacznie utrudnia przejście kamieni, ponieważ zaś nieżyt błony koniecznym jest warunkiem dla tworzenia się kamieni, łatwo więc zrozumieć tego rodzaju następstwa zwężenia przewodu. W bliskości ujścia do uchyłku VATER'a przewód trzustkowy oddzielony jest od przewodu żółciowego za pomocą cienkiej łącznotkankowej przegrody. Wskutek tego łatwo pojąć, dlaczego kamienie żółciowe, znajdujące się w końcu przewodu żółciowego wspólnego mogą spowodować ucisk na *ductus Virsungianus* i to tembardziej, że przewód żółciowy przechodzi przez tkankę trzustki.

W rezultacie otrzymujemy często wtłoczenie się kamienia żółciowego w miąższ trzustkowy, następnie ropień, w końcu zaś śródmiąższowe zapalenie trzustki, mogące wskutek blizny doprowadzić do zwężenia końca przewodu trzustkowego.

Przymiot i nadużycie wyskoku wywołują podobne zmiany w głowie trzustkowej

Zapalenia wewnątrztnicze wywołują również chroniczne śródmiąższowe zapalenie trzustki, częściej jednak w ogonie gruczołu, niż w jego głowie.

Kamica żółciowa może wywołać także przejście żółci do przewodu trzustkowego. Takie zejście możliwe jest tylko w pewnych warunkach, a mianowicie:

1) gdy otwór uchyłku VATER'a jest zamknięty;

2) gdy żółć znajduje się pod znacznym ciśnieniem;

3) gdy otwór w przewodzie VIRSUNG'a wskutek obecności w nim kamienia lub wskutek bliznowatego skureczenia się jego ściany, lub też wskutek czynników natury nerwowej stale jest otwarty.

Śródmiąższowe zapalenie trzustki może przejść w stan poprawy. Jeżeli kamień tkwi w uchyłku VATER'a, może on wskutek nekrozy ściany dostać się do kiszki, silne zaś wydzielanie się soków kiszkowych i energiczny ruch robaczkowy kiszek może go pchnąć naprzód i usunąć przez odbytnicę. Niejednokrotnie wystarczało poruszenie danego narządu podczas operacyi, nawet powtórne dotknięcie go przy powierzchownem badaniu, by usunąć kamień z uchyłku VATER'a.

Po zniknięciu kamienia, błona śluzowa przewodu odnawia się, i w ten sposób powstrzymane zostaje dalsze zakażenie miąższu, co prowadzi do przerwania sprawy zapalnej.

Dokładne rozpoznanie torbieli trzustki jest bardzo trudne, podobne bowiem objawy dają rozmaite inne cierpienia wyżej wymienione, a także rak główki trzustkowej, rak i wrzód żołądka.

W dodatku śródmiąższowe zapalenie trzustki nie daje charakterystycznych objawów. Chory uskarża się na stopniowo wzmagającą się słabość; oprócz tego od czasu do czasu występują napady bólu w okolicy powyżej pępka, na prawo od *linea alba* i promieniującego między łopatki.

Często występuje żółtaczka, jako skutek przejścia sprawy zapalnej na błonę śluzową wspólnego przewodu żółciowego lub też wskutek ucisku nań. Częstokroć przyłącza się do choroby *glycosuria*. SCHULZE i SOBOLEW dowodzą, że obecność guza w okolicy nadpępkowej wraz z glikozurią przemawia za sprawą trzustkową.

Najlepiej można się upewnić co do lokalizacyi guza za pomocą przepłukiwania z następczem rozcięciem żołądka i kiszek. Do rozděcia najlepiej stosować powietrze, ponieważ dzięki stopniowemu dobitnie występującemu rozszerzeniu żołądka łatwo orientować się co do położenia guza.

Badania kału dają bardzo cenne wyniki: obecność kamieni trzustkowych wprost wyświeśla sprawę, liczne zaś niestrawione włókna mięśniowe przemawiają za niedostatecznym dopływem soku trzustkowego do kiszek. *Steatorrhoea* i wzmożona ilość związków siarczanych w moczu nie daje punktu oparcia do zrobienia rozpoznania choroby trzustkowej. Tak samo nie wiele mówi nam obecność charłactwa, występującego często przy zmianach w trzustce. Bóle trzustki występują przy raku po większej części zwolna i stopniowo się wzmagają, niejednokrotnie dochodzą do takiego stopnia, jakiego w chronicznym zapaleniu trzustki nie konstatujemy. Puchlina brzuszna towarzyszy obu cierpieniom. Na stole operacyjnym rzecz zupełnie inaczej się przedstawia; rozpoznanie wprost rzuca się w oczy: w chronicznym zapaleniu trzustki stan zrazików jest lepszy, gruczoły chłonne w małej sieci bardziej miękkie, aniżeli przy raku; oprócz tego cierpieniu rakowemu trzustki towarzyszą przerzuty w górnej powierzchni wątroby. Chroniczne zapalenie trzustki na razie trudno odróżnić od ropnia, jednakże w ostatnim występuje wzmożona ciepłota, czego w chronicznym zapaleniu trzustki nie konstatujemy.

Stopniowe znikanie guza wraz z polepszeniem się stanu chorego znacznie ułatwiają rozpoznanie cierpienia. W zależności od rodzaju pasorzytów, jakie dostać się mogą do gruczołu, rozwijając się może w następstwie zgorzel tłuszczu (*Fettnekrose*) albo też *pancreatitis haemorrhagica purulenta*.

Na tle chronicznego zapalenia trzustki, przeważnie wskutek tworzenia się kamieni, rozwijając się może rak na podobieństwo raka, powstającego na tle kamicy żółciowej.

Co się tyczy leczenia, to przy kamieniach należy usiłować pobudzić wydzielanie się soku trzustkowego i ruchów perystaltycznych, do czego nadaje się pilokarpina.

To samo, lecz w słabszym stopniu osiągamy przez obfite odżywianie, wprowadzenie kwasu solnego i kwaśnych napojów do żołądka.

W przypadkach moczówki cukrowej i niestrawności (nieżyt dwunastnicy) dobrze robi zachowanie ścisłej diety. Lekki masaż poziomo nad pępkiem w kierunku strony prawej zasługuje na uwagę. Z wielu względów, powyżej poruszonych, należy rozpocząć leczenie ewentualnej

kamicy żółciowej. Najbardziej jednak radykalny środek stanowi zabieg operacyjny.

(Wiener Klinische Wochenschrift. 1903. Nr. 51).

Mamroth.

36. P. COHNHEIM. **Bismutoza jako środek ściągający.**

Bismutoza — połączenie białka z bismutem, zawiera tego ostatniego 21%. Środek ten ma być lepszy od czystego bismutu z następujących względów: 1) osadza więcej kwasu solnego. 2) mniej jest toksyczny i 3) działa silniej ściągająco.

Jest to proszek bardzo delikatny, białawo-żółty, bez smaku i woni. W soku żołądkowym nie rozpuszcza się, a dopiero w kiszkaach, gdzie wydziela się z niej czysty bismut.

Przetwór ten, co do którego obfita już istnieje literatura, podawany bywa dzieciom i dorosłym w ilości 1—2 gramów na dawkę, a nawet więcej, kilka razy dziennie. Nawet 50 gramów dziennie nie powodowało nieprzyjemnych lub szkodliwych następstw. Podawanie leku powinno trwać przynajmniej 4 tygodnie. Autor stosował bismutozę u dorosłych, cierpiących na ciężką przewlekłą *enterocolitis*. Choroba ta, występująca często u pijaków, cechuje się zanikiem błony śluzowej żołądka, dopuszcza przeto tylko poprawę, a nie zupełne wyleczenie. Wszelki błąd dyetetyczny powoduje nawrót tego uporeczywego cierpienia. Prócz bismutozy stosował autor, naturalnie, bardzo ścisłą dietę, zabraniając chorym chleba, owoców, ciężkich jarzyn, sera i wogóle twardych potraw. Bismutozę podawał samą przez się, lub w zupie, albo w mleku i t. p.

Z wyników autor jest bardzo zadowolony, większość przypadków znacznie poprawiła się, względnie nawet wyleczyła.

Poprawa następowała zazwyczaj w 7—10 dni po zastosowaniu leku. Wópróżnienia barwią się od bismutozy na czarno, podobnie jak przy zwyczajnym bismucie, o czym należy uprzedzić chorych.

Nieprzyjemnych następstw nie widział C. nigdy. Pod wpływem leku wópróżnienia stawały się twarde, bóle brzucha ustępowały, i wiatry zmniejszały się.

(Berl. klin. Woch. 1903. Nr. 52). L. W.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 3 lutego r. 1904.

TREŚĆ: 1) SZTEYNER — przedstawienie a) chorego wyleczonego za pomocą operacji z ostrej niedrożności jelit wskutek skręcenia okrężnicy zagiętej ze zgorzela tejże. b) chorego wyleczonego z otoku ropo-powietrznego pod-przeponowego za pomocą operacji LANNELONGUE'a. 2) LANDAU Anastazy — przedstawienie przypadku władu rdzenia powikłanego porażeniem nerwów czaszkowych. 3) KOZERSKI — przedstawienie wieloliecznego pierwotnego mięsaka barwnikowego. 4) PILTZ — „O nowym aparacie do fotografowania ruchów źrenicy“ (z demonstracją).

SZTEYNER przedstawił mężczyznę 38-letniego, u którego w czwartym dniu choroby, widząc go po raz pierwszy, na zasadzie objawów niedrożności, a zwłaszcza ogromnego wzdęcia brzucha, pustego żołądka i pustej odbytnicy przy przemywaniu rozpoznał skręcenie okrężnicy zagiętej. Podczas operacji okazało się, że okrężnica zagięta jest skręcona na dwa półobroty i uległa zgorzeli na znacznej przestrzeni. Początkowo wycięto część zgorzelinową i zrobiono sztuczny odbyt. Po kilku tygodniach powtórna laparotomia, zeszytanie kiszki. Szew nie utrzymał się. Trzecia laparotomia, wycięcie mocno przerosłej kreski, okrężne wycięcie kiszki, zeszytanie obu końców. Wtedy zupełne zagojenie.

SZTEYNER pokazał mężczyznę 33-letniego, u którego wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego rozwinął się otok ropo-powietrzny pod-przeponowy. Cięcie zrobiono w prawym podżebrzu, usunięto część chrząstki łuku żeberowego. Wylała się duża ilość ropy cuchnącej z gazami. Gojenie postępowało szybko.

LANDAU Anastazy przedstawił chorego, doróżkarza lat 57, u którego współcześnie z objawami rozwijającego się władu rdzenia — jak od ruchowa nieruchomość źrenic, bóle strzelające, zaburzenia pęcherzowe, poczęły występować zaburzenia ze strony nerwów czaszkowych. Porażeniu uległy III, IV, V, VI, IX, X i XI pary. Najbardziej ucierpiały prawy nerw okoruchowy i *vagus-accessorius*. Porażenie nerwów czaszkowych zależy może od zmian w samych jądrach lub też w częściach obwodowych. Rozpoznanie różniczkowe za życia chorego jest niemożliwe.

KOZERSKI przedstawił dziewczynkę 8-letnią, u której skóra wszystkich palców rąk jest sina, nacieczona, bolesna, obficie usiana twardymi guzami. Pojedynczych kilka guzów twardych, sinych, wielkości grochu znajduje się na obydwóch łokciach. Na nogach tylko nad każdą wewnętrzną kostką widać po jednej okrągłej sianej plamie. K. rozpoznał pierwotny mięsak barwnikowy wielolieczny typu α -KAPOSI'ego. Rokowanie bezwarunkowo złe. Obecnie ogólny stan zdrowia chorej dziewczynki doskonały. K. stosuje podskórne wstrzykiwania *natrii kakodylici*.

PILTZ Jan wygłosił rzecz „O nowym aparacie do fotografowania ruchów źrenicy“ oraz pokazał aparat i zdjęcia fotograficzne, za pomocą niego otrzymane. Prelegent zrobił przegląd historyczny, dotyczący zastosowania fotografii w badaniach fizjologicznych. Opisał aparat prof. BELLARMINOW'a do fotografowania ruchów źrenicy jakoteż wyniki otrzymane przez tego autora. Obszerniej omówił badania BRAUNSTEIN'a, który pracował nad unerwieniem źrenicy przy pomocy nieco zmodyfikowanego aparatu BELLARMINOW'a. Opisawszy szczegółowo budowę własnego aparatu, skonstruowanego przy pomocy technicznej inżyniera LEBIEDZIŃSKIEGO, prelegent podkreślił różnice jego aparatu od aparatu BELLARMINOW'a i zaznaczył zasadnicze zalety własnego aparatu. Przy pomocy aparatu kol. PILTZA zdjęcia można robić nawet w ciemne dni zimowe lub przy względnie słabym oświetleniu wogóle. Ustawienie aparatu, skierowanie na oko, scentrowanie i nastawienie na ognisko dokonywa się bardzo prędko, a do puszczenia w ruch błony lub zatrzymania jej i do zapalenia lub zgaszenia lampek wystarcza jeden ruch korbki. Kasetę można ładować i wyładowywać na światło. Obraz oka widoczny jest aż do chwili zdjęcia (na matówce), co pozwala z jednej strony łatwo skontrolować położenie oka, a z drugiej sprawdzić nastawienie na ognisko. Aparat służyć może nie tylko do fotografowania, lecz również i do bezpośredniej obserwacji. W tym ce-

lu należy tylko wyjąć matowe szkło i wsunąć zamiast niego silnie powiększającą lupę w otwór, znajdujący się w bocznej ścianie kamery. Obserwator znajduje się wtedy w odległości 120 ctm. od osoby badanej, co wielce ułatwia badanie. Badania prelegenta nad odruchem świetlnym wykazały, że u człowieka zdrowego czas utajony bezpośredniej reakcji świetlnej wynosi przeciętnie 0,33 sekundy, i że maksymalny skurecz występuje po upływie 0,9 sekundy od chwili rzucenia światła do oka, a pierwsze wtórne rozszerzenie przeciętnie po upływie 3,1 sekundy. Wyobrażenie sobie przez osobę badaną światła wywołuje u niej nieznaczny, lecz widoczny skurecz źrenicy, a wyobrażenie ciemności—rozszerzenie. Pod wpływem różnorodnych czynników ze świata zewnętrznego źrenica jest ciągle w ruchu — podlega t. zw. oscylacyom fizyologicznym.

Na fotografiach linia, stanowiąca fotografię źrenicy na przesuwającej się błonie, jest falista. Przeprowadzanie badań nad wyobrażeniowymi odruchami źrenicy jest bardzo trudne ze względu na to, że wielu ludzi nie może sobie dobrze wyobrazić światła lub ciemności, gdyż wogóle ludzie ci posługują się pamięciowymi obrazami słuchowymi. Inni znów nie umieją należyście skupić uwagi na danym przedmiocie i t. p.

W dyskusyi Z. KRAMSZTYK podkreślił znaczenie fotografii w medycynie, a zwłaszcza w badaniach fizyologicznych—gdzie fotografia odgrywa rolę tych pomiarów i metod ścisłych, jakimi posługuje się np. fizyka. Mówca widział początkowe fotografie, otrzymywane przy pomocy aparatu PILTZA, widział i późniejsze i konstatuje znaczny postęp, jaki się uwidocznił w samej technice fotografowania i, co zatem idzie, w wyrazistości fotografii. K. przewiduje, że zastosowanie aparatu PILTZA da możność ścisłego badania działalności układu nerwowego wogóle.

FLATAU przyznaje aparatowi PILTZA dużą wartość naukową. Przypuszcza że aparat ten

może oddać duże usługi przy różniczkowaniu początkowych okresów wiądu rdzenia od cierpień obwodowych — wtedy, kiedy gołem okiem nie dają się lub tylko z wielką trudnością dają się zauważyć nieprawidłowości w reakcji źrenicy. W kwestyi wyobrażeniowych odruchów źrenicy F. zwraca uwagę na to, że może tu odgrywać rolę skurecz mięśnia okrężnego oka, powodujący wtórne zwięźenie źrenicy.

DUNIN, przyłączając się do zdania poprzednich mówców, z uznaniem podnosi rzadki fakt dokonywania u nas wynalazków w dziedzinie instrumentów naukowych. W kwestyi przedstawionych przez prelegenta fotografii mówca zaznaczył, że linia fotograficzna źrenicy jest falista, co zgodnie z twierdzeniem prelegenta dowodzi, że źrenica pod wpływem różnych czynników jest ciągle w ruchu. Podrażnienie zaś świetlne wywołuje tylko silniejszy skurecz źrenicy, i zjawisko to stanowi właśnie odruch, obserwowany przez nas przy badaniu.

Z. KRAMSZTYK uzupełnił jeszcze dane historyczne w kwestyi zastosowania fotografii do badań lekarskich. Przypomniał o zbudowanym ongi przez HOŁOWIŃSKIEGO aparacie do badania szmerów serca i próbach WIZLA wespół z inżynierem LEBIEDZIŃSKIM skonstruowania aparatu podobnego do aparatu PILTZA. Odruchy źrenicy wyobrażeniowe mówca porównywał z analogicznymi zjawiskami w ustroju, kiedy pewne wyobrażenie powoduje objawy somatyczne, jak np. wyobrażenie jedzenia powoduje wzmożone wydzielanie się śliny.

PILTZ odpowiadał FLATAUOWI, że, gdyby skurecz mięśnia okrężnego oka wywoływał wtórne zwięźenie źrenicy — to nie tłumaczyłoby to faktu, dlaczego przy wyobrażeniu ciemności następuje rozszerzenie źrenicy.

T. Korzon.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 stycznia do 14 lutego 1904 r.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 117 (m. 63, k. 54), przybyło 125 (m. 72, k. 53), wypisało się 108 (m. 59, k. 49), przeniesiono do innych szpitali m. 1, zmarło 21 (m. 11, k. 10), pozostało na miesiąc następny 112 (m. 64, k. 48).

Najwięcej przybyło chorych na ospę — 71 przypadków (m. 49, k. 22), zmarło 16 (m. 8, k. 8), wszystkie bez ochronnego szczepienia. Chorzy przybyli z różnych punktów miasta: Wolska 20, 25 i 38 pięć przypadków, Freta 15 i 28 trzy przypadki, Bednarska 4, 8 i 24, Daleka 4 trzy przypadki, Szczyglana 4 trzy przypadki, Dobra 14 i 37, Twarda 32 i 56, Stare-Miasto 10 i 38, Browarna 19 i 24, Towarowa 34 i 54, Krochmalna 25 i 34, Leszno 35 i 102, Podwale 34 i 46, Koszykowa 5 i 63, Okopowa 22 dwa przypadki, Lipowa 14 dwa przypadki, Sochaczewska 8 dwa przypadki, Orla 5 i 7, Litewska 8, Młynarska 36, Dzika 51, Rycerska 4, Mostowa 6, Średnia 16, Nowo-Wolska 5, Burakowska 8, Wąski-Dunaj 11, Senatorska 10, Leopoldyny 15, Łucka 21, Krucza 17, Żórawia 31, Wileza 46, Ciasna 5, Ogrodowa 56, Złota 2, Piękna 34, Przyrynek 12, Wołyńska 11, Wiślana 2, Długa 52, Sadowa 14, Grzybowska 49, Wileńska 11, Petersburska 3, Karowa 4, wieś Wola, Ochota po jednym przypadku.

Drugie miejsce ze względu na liczbę chorych przybyłych zajmowała róża — 22 przypadki (m. 9, k. 13). Chorzy przybyli z Wroniej, Twardej, Solca, Marjensztadt, Pawiej, Żelaznej, Placu Krasińskiego, Browarnej, Dzielnej, Św. Jerskiej, Brackiej, Łuckiej, Wołowej, Bugaj, Ząbkowskiej, Elektoralej, Grzybowskiej, ze wsi Wola, Naruszew, Stara-Wieś.

Z innych chorób przybyło: odra 7, z Leszna 34, 85, Karowej 12, Marszałkowskiej 53, Twardej 43, Wspólnej 77, ze wsi Łoś, pow. Grójeckiego. Płonica 5, z Twardej 32, Nowolipek 12, Wolskiej 24, Brukowej 32, i ze wsi Targówka. Błonica 2, z Chmielnej 64 i Siennej 85. Tyfus brzuszny 4, z Pańskiej 104, Grójeckiej 5, Wola, Koło, z tej liczby dwa zejścia śmiertelne. Biegunka krwawa 4. Czarna krosta 1, zejście śmiertelne. Przymiot i. Zapalenie oskrzeli 1. Pryszczycyca 1. Gościec mięśniowy 1. Zapalenie torebkowe migdałków 5.

Ogółem za miesiąc cały leczyło się chorych 242, którzy przebyli 3515 dni szpitalnych.

Zamiejscowych przyjęto do szpitala 12 chorych.

W braku miejsc odmówiono 6 chorym, z innych przyczyn 9.

Badań pośmiertnych dokonano 4.

Śmiertelność miesięczna wynosiła 8,67%.

Wogóle miesiąc bieżący zaznaczył się liczbą chorych na ospę o 44 większą, niż w miesiącu zeszłym, a także notujemy kilkanaście nowych punktów, zajętych przez ospę, z czego należy wnosić, że epidemia ospy nie zmniejsza się, lecz powiększa się, gdyż każdy nowy punkt, zajęty przez ospę, nie obejdzie się bez przypadków świeżych.

Nieustanny brak miejsca w szpitalu z jednej strony, a ciągły napływ świeżych chorych z drugiej strony nie pozwalają utrzymać należytych warunków sanitarnych, co też ujemnie wpływa i przedłuża samą kurację chorych.

Wiadomości bieżące.

— Porządek dzienny ogólnego zebrania członków Warszawskiej Kasy Pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, odbyć się mającego w dniu 23 marca 1954 r. w Sali Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego (Niecała N. 7) o godzinie 8 wieczorem.

1) Otwarcie Ogólnego Zebrania przez Prezesa Zarządu.

2) Wybór Przewodniczącego na Ogólnem Zebraniu.

3) Zaproszenie asesorów i sekretarza.

4) Sprawozdanie Zarządu za r. 1903 i raport Komisji Rewizyjnej.

5) Wybór 5-ciu członków Zarządu na rok 1904.

6) Wybór 2 zastępców członków Zarządu.

7) Wybór 3 członków Komisji Rewizyjnej.

8) Projekt budżetu na r. 1904 i wnioski Zarządu.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w końcu r. 1903 i na początku roku 1904 Kasa Wsparcia otrzymała, oprócz ofiar, które były złożone w Kasie Kuryera Warszawskiego i ogłoszone zostały w Kuryerze, nadto następujące znaczniejsze ofiary jednorazowe: od p. Wilhelminy FEILERT rb. 300; od d-ra Leonarda LESZCZYŃSKIEGO z ofiar, przez jego pacjentów złożonych, rb. 69; od p. Michaliny Zaborowskiej ostatnia pensja ś. p. jej syna Michała, otrzymana z Pogotowia Ratunkowego rb. 70; od d-ra Ludwika GURANOWSKIEGO w imieniu d-ra Aleksandra POZNAŃSKIEGO z m. Łodzi rb. 25; od kolegów zmarłego w m. Siedlcach d-ra A. PRZYBYLSKIEGO, wdowy i przyjaciół zamiast wieńca na jego trumnę rb. 66; od p. Józefa Dobrowolskiego z m. Ternówki gub. Podolskiej rb. 50; od kolegów ś. p. d-ra Emila JANISZEWSKIEGO

— Komitet Ogrodów Dziecięcych im. W. E. RAUA składa się obecnie z osób następujących: prezes: Ks. S. POPŁAWSKI, wice-prezes p. L. BRAUMAN, skarbnik p. J. Ś. ZAWADZKI, sekretarz p. W. KLOSS, członkowie: p. p. K. CZERWIŃSKI, W. JEZIEŃSKI, d-r J. KRAMSZTYK, K. KUJAWSKI, A. SZYCÓWNA, S. TOŁWIŃSKA, d-r J. TCHÓRZNICKI, d-r A. WEISSEL.

— Z powodów nieprzewidzianych i od działu lekarskiego we Lwowie niezależnych postanowiono odwołać kursa dla lekarzy, które się miały odbyć w marcu r. b.

ZMARLI: Dnia 3 stycznia r. b. zmarł w Siedlcach ś. p. Aleksander PRZYBYLSKI w wieku lat 74, lekarz-filantrop, który znaczną część majątku swego zapisał miejscowemu Tow. Dobroczynności.

z Zagłębia Dąbrowskiego zamiast wieńca na jego trumnę rb. 29 kop. 50; z ofiar lekarzy gubernii Piotrkowskiej, złożonych dla uczczenia wychodzącego do emerytury Inspektora Lekarskiego, d-ra Tadeusza DOBRZELEWSKIEGO, rb. 200. Zarządzający Kasą Wsparcia D-r M. Jakowski.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w d. 21 kwietnia r. b., jako w rocznicę śmierci ś. p. doktorowej Zenobii SOKOŁOWSKIEJ, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie rb. 200 ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnych w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą: w Warszawie do Zarządzającego Kasą Wsparcia (ulica Niecała

Nr. 7), na prowincyi zaś, w guberniach kraju do pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych lub ich Zastępców — najpóźniej do dnia 1 kwietnia r. b. z załączeniem poświadczeń 3 członków Kasy Wsparcia o kwalifikacji kandydatki. Szczegółowe objaśnienia udzielane są w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7) oraz w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych w kraju tutejszym.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu
D-r M. Jakowski.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych ogłasza, że z procentu łód funduszu, ofiarowanego przez d-ra Leona MANCEWICZA, udzielone będzie w roku 1904 wsparcie w kwocie rb. 115 kop. 43 jednej lub kilku niezamożnym zupełnym sierotom, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, pozostałym po lekarzu cywilnym, które pobierają nauki w niższych lub średnich, rządowych lub prywatnych zakładach naukowych. W braku sierot zupełnych wsparcie powyższe udzielone być może wdowie po lekarzu cywilnym, obarczonej dziećmi, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, pobierającymi nauki w wyżej wymienionych zakładach naukowych. Przy prośbie na imię Komitetu Kasy Wsparcia dołączone być winno świadectwo 3 lekarzy-członków Kasy — o położeniu materyalnym proszących oraz cenzurki szkolne z ostatniego kwartału, albo też świadectwo Zakładu naukowego — o przyjęciu w poczet uczniów. Termin ostateczny do wnoszenia próśb: dzień 15 czerwca r. b. Bliższe informacye udzielane być mogą: w Warszawie w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ul. Niecała 7), na prowincyi zaś — w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernialnych w Królestwie Polskiem.

Zarządzający Kasą Wsparcia *D-r M. Jakowski.*

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra Fe-

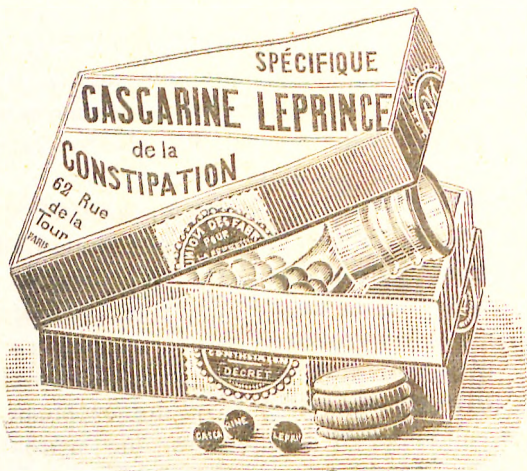
liksa JABŁONOWSKIEGO wakuje wsparcie rb. 139 za półrocze I r. 1904 przyznać się mające według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania próśb na imię Komitetu Kasy Wsparcia (ul. Niecała Nr. 7) oznacza się termin do dnia 15 czerwca r. b. Przy prośbie złożyć należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3 lekarzy-członków Kasy Wsparcia o istocie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach, przemawiających za udzieleniem rzeczowego wsparcia. Lekarze, na prowincyi zamieszkali, przesłać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia. Zarządzający Kasą Wsparcia Członek Komitetu

D-r M. Jakowski.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra Jana BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rb. 66. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacye w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (Niecała Nr. 7); na prowincyi zaś — w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego). Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu

D-r M. Jakowski.

Bardzo pożyteczny produkt z
Cascara Sagrada.



↗↘
CASCARINE
 $C^{12}H^{10}O^5$ **LEPRINCE**
(Kaskarin Leprens)

Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku
Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892
roku i 3 Lipca 1899 r.

WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby
wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla
organów trawienia; przy atonii organów tra-
wienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży
i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym.
Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po
jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek.
Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16).
Składy we wszystkich aptekach i składach ma-
teryali aptecznych

Racyonalne leczenie fosforem

R H O M N O L

(PIGULKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego
przygotowanego przez D-ra Leprince

$C^{40}H^{54}Az^{14}O^{27}P^4$

Wskazania: Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—
Anemia—Uwiad starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.

D-r LEPRINCE, 62, rue de la Tour, Paris (16).

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.