

Nº 4.

Warszawa, d. 25 Stycznia 1919. Szafa Rok LIII.



GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE.
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJĘ-
TNOŚCI LEKARSKICH.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2773.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszem zawiadamia W W. P.P. Doktorów, iż

„MOTO FER“

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Wyszedł z druku Zeszyt 7. 8. 9. 10. Seryi XXII.

(Ogólnego zbioru zesz. 259, 260, 261, 262).

WŁADYSŁAW JANOWSKI.

Prawidłowa nazwa tonów serca oraz jego szmerów organicznych i czynnościowych w cierpieniach tego narządu i w kilku innych stanach chorobnych.

Cena 4 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracyi Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL' A

w tłumaczeniu Popiela i Zweigbauma

z 214 rysunkami w tekście.

Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.

Cena m. 1.50.

O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. H. N u s b a u m a.

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra Romana Jasińskiego.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena niższa m. 4.

Choroby serca

przez prof. O s k a r a W i d m a n a.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.

Cena m. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie niższej nabywać można tylko w Administracji.





DZIEŃNIK LECARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘ-
CNOŚCI LECARSKICH

Ogólnego zbioru № 2773.

Warszawa, d. 25 stycznia 1919 r.

Kilka uwag o próbie żołądkowej Gluzińskiego¹⁾.

Podali

Anastazy Landau i Adolf Rząśnicki.

W r. 1902 i 1912 prof. Gluziński (№ 1) ogłosił swą metodę badania żołądka, która w przypadkach zwężenia odźwiernika dawała autorowi możliwość dokładnego i wczesnego odróżniania sprawy chorobnej dobrotliwej od złośliwej, co, rzecz oczywista, posiada niezwykle znaczenie kliniczne w kwestyi zarówno rokowania, jak leczenia. Metoda ta polegała na trzykrotnym w ciągu jednego dnia wprowadzaniu zgłębnika żołądkowego naczeczko, po próbnym śniadaniu (prof. Gluziński posiłkuje się próbą białkową) oraz po próbnym obiedzie. Jeżeli w przypadku z zaleganiem pokarmów wszystkie trzy badania soku żołądkowego wykazały nadkwaśność lub co najmniej wyraźny odczyn na wolny kwas solny, wówczas zwężenie odźwiernika zależeć ma od wrzodu, mała zaś zawartość lub zupełny brak wolnego kwasu solnego w jednej z trzech prób przemawiać ma za rakiem żołądka, rozwijającym się bądź samoistnie, bądź też na tle dawnego wrzodu odźwiernika. Opierając się na badaniach własnych oraz

swych uczniów (Rencki 2), jak również Jaworskiego, Gluziński utrzymuje, iż wrzodowi okrągłemu, umiejscowionemu w odźwierniku stale towarzyszy katar kwaśny błony śluzowej żołądka, skutkiem czego na bodziec pokarmowy odpowiada ona nadmiernym wydzieleniem HCl. Stąd sokotok i nadkwaśność we wrzodzie żołądka. Przeistaczaniu się wrzodu dobrotliwego w złośliwy towarzyszy przejście kataru kwaśnego w śluzowy, co w ostatecznym wyniku doprowadzić może do bezsoku żołądkowego. W najwcześniejszych okresach stanów podobnych występować ma zjawisko, któremu Gluziński nadał miano niedomogi wydzielniczej (*insufficiencia secretoria*), polegające na tem, iż treść żołądkowa zawiera obficie wolny kwas solny po jednym badaniu. np. po próbnym śniadaniu, podczas gdy naczeczko lub po obiedzie kwasu solnego jest mało lub wcale go niema. Wyniki próby wątpliwe zniewalają nieraz do parokrotnego jej powtarzania w pewnych odstępach czasu. Że względna niedomoga wydzielnicza jest w rozpoznawaniu raka objawem nader wczesnym, o wiele wcześniejszym od zjawienia się kwasu mlecznego lub wymacalnego guza albo wreszcie charłactwa, na dowód tego Gluziński przytacza przypadek, w którym nawet chirurg na stole operacyjnym rozpoznał u chorego wrzód okrągły, a dopiero mikroskop zdołał stwierdzić w brzegach wrzodu rozpoczynającą się przemianę wrzodu na raka.

Sigel (3), który w r. 1904 w 18 przypadkach żołądkowych z oddziału Ewald'a posił-

¹⁾ W zimie 1913 i 1914 r. rozpoczęliśmy szereg poszukiwań w sprawie wczesnego rozpoznawania raka. resp. raka żołądka, przeprowadzonych przeważnie na materiale z praktyki prywatnej jednego z nas w klinice pryw. Groszlika, Hertza i Landaua. Wojna w znacznym stopniu pokrzyżowała nasze zamiary. Ponieważ zebrane przez nas materiały nie pozbawione są wartości klinicznej, pozwalamy sobie je ogłosić, jakkolwiek stanowią one zaledwie małą część tego, cośmy zamierzali zrobić. Artykuł niniejszy jest jednym z paru komunikatów, które niebawem będą ogłoszone.

kował się próbą Gluzińskiego, naogół przyszedł do wniosków, zgodnych z autorem próby: zawiodła ona tylko w jednym przypadku, który, rozpoznany jako wrzód, okazał się rakiem; w drugim przypadku, który Sigel przytacza na niekorzyść tej próby, sprawa dotyczyła guza pozazoławkowego. Po drugim komunikacie Gluzińskiego ukazał się szereg prac, poświęconych jego próbie. Kocher (4) w r. 1912 na Zjeździe chirurgów niemieckich wypowiedział się pochlebnie o jej wartości klinicznej i zapowiedział większą o niej publikację, która istotnie ukazała się w tym samym roku. Fonio (5) stosował w klinice Kochera metodę Gluzińskiego w formie nieco zmienionej, a mianowicie 1) dawał na próbne śniadanie zamiast białka zwykłą bułkę z herbatą i 2) po obiedzie próbnym, składającym się ze 100-u gr. cielęciny lub wołowiny, 150 grm. kartofli i 20 grm. masła, wprowadzał zgłębnik nie po 4-ch godzinach, jak to radzi Gluziński, lecz po dwu. Godząc się z Gluzińskim co do pożytku, jaki próba jego w klinice oddać może, Fonio wyprowadza wnioski, nieco dalej idące, a mianowicie utrzymuje, iż przy jej pomocy jesteśmy w stanie odróżnić wrzód od raka żołądka wogóle, niezależnie od umiejscowienia sprawy chorobnej, wszystko jedno czy tkwi ona w odźwierniku czy też w jakiejś innej okolicy żołądka. Podczas gdy Gluziński kładzie szczególny nacisk na wolny kwas solny, Fonio uważa, iż wrzód okrągły można rozpoznać nawet w braku wolnego HCl, baczyc tylko należy, by liczby ogólnej kwasności (ew. wolnego kwasu solnego) po próbnym obiedzie, były większe, aniżeli po śniadaniu. Niezbyt ściślemu trzymaniu się przepisu Gluzińskiego co do technicznego wykonywania próby oraz odmiennemu tłumaczeniu jej wyników, zdaniem naszym, przypisać należy zawód rozpoznawczy; jakiego doznał Fonio np. w przyp. 28, albowiem ponowne przeprowadzenie próby, jak to radzi Gluziński dla przypadków wątpliwych, mogło go uchronić od błędu dyagnostycznego.

Z trzech autorów, którzy następnie stosowali próbę Gluzińskiego na większym materiale klinicznym, Gröndahl (6) dochodzi do wniosku, iż niedomogi wydzielniczej żołądka nie można uważać za objaw swoisty dla raka, skutkiem czego w badaniu klinicznym nie należy niedoceniać innych objawów; zresztą ten ostatni punkt podkreślał zawsze Gluziński. Zdaniem Gröndahla, większe liczby kwasności w próbnym obiedzie, aniżeli po śniadaniu przechylają szalę na korzyść wrzodu,

gdą przeciwnie opadanie ich przemawia raczej za rakiem.

Rusca (7) widzi w próbie Gluzińskiego nader pożądaną uzupełnienie innych metod badania żołądka, ale zarazem twierdzi, iż niedomogi wydzielniczej nie można zaliczyć do rzędu swoistych objawów raka i obala twierdzenie Fonio, jakoby wzmaganie się ogólnej kwasności resp. wolnego HCl po obiedzie było cechą charakterystyczną dla wrzodu i pozwalającą bez zastrzeżeń wyłączyć nowotwór złośliwy. Tego samego mniej więcej zdania jest Zöpsitz (8), który niedomogę wydzielniczą spostrzegał w raku nie tylko odźwiernika, lecz i innych okolic żołądka, a pozatem i w innych stanach chorobnych.

Na stron. 39-ej zestawiliśmy wyniki własnych poszukiwań z próbą Gluzińskiego, którą wykonywaliśmy w sposób następujący: zgłębnik był wprowadzany naczczo, zawartość żołądkowa wydobywana była zapomocą aspiracji, poczem po uprzednim przepłukaniu żołądka pacjent dostawał na próbne śniadanie kajzerkę i szklankę herbaty bez cukru. W 50—55 minut potem pacjent zjadał befszytk z 200 grm. mięsa wołowego i około 200 grm. kartofli tartych. W 4 godziny po zjedzeniu próbnego obiadu wprowadzano zgłębnik poraz trzeci i zawartość żołądkową znów, jak zwykle, aspirowano. Nie możemy się zgodzić z niektórymi autorami niemieckimi, by trzykrotne zgłębnikowanie w ciągu jednego dnia stanowiło nieprzewyciężoną przeszkodę do stosowania próby Gluzińskiego, uważamy bowiem, iż dobra wola ze strony lekarza i chorego usuwa wszelkie tego rodzaju trudności, zwłaszcza jeżeli zależy nam na dokładnem postawieniu rozpoznania i wskazań leczniczych. Do badania omawianego kwalifikowani byli chorzy, u których z uwagi na długotrwałe skargi żołądkowe wskazane było wprowadzenie zgłębnika dla celów rozpoznawczych. W przypadkach naszych może nie zawsze dochodziło się o różniczkowanie między rakiem i wrzodem żołądka, sądziliśmy jednak, iż dokładne badanie czynności żołądka—a za takie uważaliśmy metodę Gluzińskiego—będzie w stanie wykryć zaburzenia, które w innych warunkach mogłyby zostać utajone. W otrzymanej każdorazowo zawartości żołądkowej oznaczaliśmy, poza jej ilością, kwasność ogólną (miareczkowanie z $\frac{1}{10}$ N ługiem sodowym i fenolftaleiną), wolny kwas solny według metody Mintza (miareczkowanie z ługiem i papierkiem Kongo), a w licznych przypadkach

№	Nazwisko i wiek	ROZPOZNANIE	N a c z c z o					P o ś n i a d a n i u p r ó b n e m					P o o b i e d z i e p r ó b .			
			Ilość w cm. ³	Wolny HCl	Kwasota ogólna	Pepsyna	Próba na krew	Ilość w cm. ³	Wolny HCl	Kwasota ogólna	Pepsyna	Próba na krew	Ilość w cm. ³	Wolny HCl	Kwasota ogólna	Pepsyna
1	A. około 60	Insuff. secret. Colitis nervosa	8.5	0	10	—	ujemna	60	0	8	40	ujemna	19	54	92	200
2	B. 30	Insuff. secret. Colitis nervosa	6	18	28	—	ujemna	40	śląd	22	—	ujemna	5	23	45	—
3	g. 64	Arteriosclerosis Insuff. secret.	7	0	18	—	—	40	8	28	20	—	25	0	20	—
4	g. 45	Enteroptosis. Cholelithiasis. Pericholecystitis.	25	śląd	45	10	dodatnia	12	0	30	40	dodatnia	9	24	50	—
5	P. około 45	Carc. vesicae felleae	12	20	35	—	ujemna	30	16	32	—	ujemna	20	28	36	—
6	S. 60	Cholelithiasis Pericholecyst.	1	śląd	+	—	—	30	16	32	10	ujemna	4	25	45	—
7	S. 40	Cholelithiasis Pericholecyst.	11	0	10	0	—	100	18	36	10	ujemua	22	45	70	20
8	L. 22	Insuff. secret. Ulcus?	5	0	śląd	—	—	25	20	36	—	ujemna	20	0	20	—
9	S. 46	Ulcus?	8	4	30	—	ujemna	180	28	41	40	ujemna	110	27	102	40
10	K. 49	Cholelithiasis Pericholecyst. Tbc. pulm.	17	32	50	—	ujemna	49	28	42	—	benz. + guajak. —	20	22	76	—
11	L. 36	Neurasth. Hypersecretio	30	4	10	40	—	65	36	44	40	benz. dodat.	25	30	35	200
12	g. 36	Ulcus ventr.?	10	0	15	—	—	35	30	46	40	—	30	58	74	—
13	M. 36	Ulcus ventr. ad curv. min. Ulcus?	20	38	56	20	—	180	30	46	40	ujemna	42	48	100	40
14	K. 62	Ulcus ventr.	45	46	62	—	wyraźnie dodatnia	275	33	50	—	slabo. dodatnia	500	54	103	—
15	K. 23	Ulcus?	12	34	58	—	—	160	32	51	40	ujemna	40	22	76	—
16	G. 43	Ulcus ventr.	8	34	50	—	—	80	36	54	—	ujemna	35	45	70	—
17	D. 37	Ulcus ventr.	13	40	60	20	dodatnia	45	49	56	40	ujemna	18	45	70	40
18	B. 34	Ulcus duodeni	35	38	52	40	ujemna	90	42	56	40	ujemna	160	70	94	40
19	W. 32	Ulcus ventr. Cholelithiasis	20	45	58	—	—	50	30	56	—	slabo. dodatnia	10	26	110	—
20	K. 42	Pericholecyst.	25	0	10	śląd	ujemna	140	36	57	200	ujemna	80	18	34	40
21	S. około 40	Ulcus ventr.	6	śląd	18	—	dodatnia	75	45	57	40	dodatnia	65	30	90	200
22	M. 34	Ulcus ventr.	8	40	56	—	benzyd + guajak —	90	42	62	40	benz. + guajak —	40	32	108	40
23	L. 36	Ulcus ventr.	36	30	44	20	—	140	44	64	200	—	90	66	98	250
24	R. 36	Gastr. acida Hysteria	5	20	50	—	—	70	52	66	40	dodatnia	20	45	75	40
25	J. 34	Ulcus ventr.	15	35	45	10	—	100	48	80	20	—	13	30	65	10
26	B. 40	Ulcus ventr. (Carc. vent.?)	10	22	42	—	slabo. dodatnia	20	56	82	—	dodatnia	25	12	38	—
27	W. 41	Ulcus ventr	120	17	47	200	ujemna	100	44	99	200	ujemna	20	94	108	200

zawartość pepsyny metodą Fuld-Gross'a¹⁾; nadto treść żołądkowa zawsze była badana na krew (próba gwajakowa i benzydnowa), kwas mleczny (próba Uffelmana) oraz pod drobnowidzem, odnośnie do czego wyników w tabelicy nie umieszciliśmy, albowiem w żadnym z naszych przypadków nie stwierdziliśmy wyraźnej próby na kwas mleczny, ani też zalegania resztek pokarmowych z dnia poprze-

dniego. Bardzo częstym składnikiem zawartości żołądkowej naczczo były mniej lub bardziej liczne strawione ciała wypocinowe (ciała Jaworskiego) z mniejszą lub większą domieszką śluzu.

Przypadki nasze, które ułożyliśmy w szereg, biorąc za punkt wyjścia kwasność ogólną zawartości żołądkowej po próbnym śniadaniu, dają się podzielić na trzy grupy: do pierwszej należą przypadki nieżytu śluzowego żołądka z podkwasnością i zazwyczaj objawami kiszkiowymi (przyp. 1—4), do drugiej należą przypadki, w których zasadniczym cierpieniem była choroba dróg żółciowych i w

¹⁾ Za jednostkę zaczynu przyjęliśmy ilość jego, która trawiła 1 ctm. sz. obojętnego roztworu kazeiny w przeciągu godzinowego stania mieszaniny w cieplarni (patrz Neuberg (9) i Landau i Rząśnicki (10).

których liczby kwaśności żołądkowej wahały się mniej więcej w granicach normy (przyp. 5—8, 10 i 20-y), a wreszcie trzecią grupę stanowią przypadki, w których znacznej części na podstawie danych ogólnoklinicznych, popartych rentgenografią oraz zgłębnikowaniem żołądka, rozpoznaliśmy wrzód żołądka. Niestety, z 14 przypadków wrzodu tylko w jednym rozpoznanie mogło być potwierdzone przez zabieg chirurgiczny (kol. Sławiński dokonał gastroenterostomii); przyczyna tak rzadkiej interwencji w naszym materiale zależy od tego, iż chorzy wobec braku zalegania pokarmów w żołądku, pomimo bólu i chronicznego biegu choroby na operację nie godzili się, tembardziej że po leczeniu wewnętrznym przeważnie poprawiali się.

Z 27-iu przypadków w 5-iu stwierdziliśmy względną niedomogę wydzielniczą żołądka (przyp. 1 — 4 i 8-y), albowiem w nich otrzymaliśmy brak wolnego kwasu solnego bądź po próbnym śniadaniu, bądź po obiedzie. Gdybyśmy wzięli pod uwagę jeszcze przypadki z brakiem wolnego HCl w zawartości naczecz, liczba przypadków z niedomogą znacznieby wzrosła. Ponieważ jednak zalegania u naszych chorych nie było i żołądek naczecz pozbawiony był bodźca pokarmowego, przeto *sensu strictiori* nieobecności wolnego HCl naczecz nie można w tych przypadkach uważać za objaw niedostateczności wydzielniczej. Z pięciu przypadków z niedomogą w trzech (№ 1, 2 i 4) brak było wolnego HCl w próbnym śniadaniu, w jednym (№ 8) po próbnym obiedzie; w przypadku № 3 przy zupełnym braku wolnego HCl po obiedzie ilość jego po śniadaniu była bardzo nieznaczna, tak że u tej chorej mieliśmy do czynienia właściwie nie tyle ze względną niedomogą wydzielniczą żołądka, ile ze znacznie posuniętym okresem kataru śluzowego, prowadzącego do bezkwasu (*anaciditas*). Z owych pięciu przypadków, badanych zgłębnikiem przed przeszło czterema laty, zdolaliśmy zebrać informacje o dwu (№ 1 i 3); oba osobniki żyją i mają się zupełnie dobrze, co dowodzi, iż w chwili badania nie byli oni dotknięci rakiem żołądka; w pozostałych trzech przypadkach obraz kliniczny również pozwalał wyłączyć nowotwór złośliwy. Z przytoczonych przypadków, aczkolwiek nielicznych, wyprowadzić daje się wniosek, iż względna niedomoga wydzielnicza żołądka, którą przy pomocy próby Gluzińskiego z łatwością wykryć możemy, występuje nie tylko w raku, lecz i w innych schorzeniach żołądka. Gluziński w swym drugim komunikacie (1) również

przytacza przypadek niedomogi wydzielniczej, w którym badanie drobnowidowe wyciętej okolicy schorzałego żołądka (*resectio ventriculi*) stwierdziło obecność tylko wrzodu, pomimo iż wynik próby Gluzińskiego przemawiał pozornie za przemianą wrzodu rakowatą.

W pozostałych naszych przypadkach w liczbie 22-u w zawartości żołądkowej stwierdziliśmy normalne lub powiększone ilości wolnego kwasu solnego i w nich próba Gluzińskiego dostarczała nam o jeden dowód więcej, iż choroba żołądka pozbawiona jest natury złośliwej. Podobny wynik próby ma zwłaszcza olbrzymie znaczenie w długotrwałym wrzodzie okrągłym u osobników starszych, gdy przebiega on z charłactwem wcale niemińszem, aniżeli rak. Podobnie rzecz się miała w przypadku 14-ym, operowanym przez kol. Sławińskiego, w którym 62-letni starzec, chorujący od przeszło 20-u lat na żołądek i znajdujący się w stanie znacznego wyniszczenia ogólnego, mógł całkiem słusznie nasuwać wątpliwości co do raka (Landau (11)). Tym razem próba Gluzińskiego odegrała rolę decydującą, na mocy jej wyniku rozpoznaliśmy wrzód okrągły, który z uwagi na objawy kliniczne umiejscowiliśmy na krzywiznie małej, co operacja i dalszy przebieg przypadku w zupełności potwierdziły.

Obecnie wypada nam rozpatrzyć, o ile słuszne jest twierdzenie Fonio, który utrzymuje, iż podnoszenie się liczby wolnego HCl, resp. ogólnej kwaśności po¹ próbnym obiedzie przemawia za wrzodem, a opadanie — za rakiem. W szeregu przypadków wrzodu żołądka (№№ 13, 14, 16, 18, 23 i 27), mniej więcej w 50% zjawisko powyższe istotnie występowało, ale widzieliśmy je również w przypadkach, z wrzodem nie wspólnego nie mających (№№ 5 i 7); z drugiej strony u chorej z wrzodem (№ 25), o której wiemy, iż obecnie ma się zupełnie dobrze, spostrzegaliśmy opadanie kwaśności, uważane przez Fonio za charakterystyczne dla raka. Oprócz przypadków, w których liczby wolnego HCl i kwaśności ogólnej po próbnym obiedzie w porównaniu ze śniadaniem równomiernie wznoszą się lub opadają, mamy i takie, w których ogólna kwaśność powiększa się, gdy wolny HCl obniża się (№№ 15, 17, 19, 21 i 22) lub pozostaje na niezmiennym poziomie (№ 9).

Parę tylko słów powiemy o zawartości pepsyny w soku żołądkowym. Właściwie, jeżeli posiłkujemy się metodą Fuld-Gross'a, oznaczamy nietyle ilość pepsyny, ile zdolność trawienną soku. W przyjętych przez nas jednostkach ilość pepsyny w soku żołądkowym

dochodziła do 200-u i naogół wahała się mniej więcej równolegle do ilości kwasu solnego, co zauważyć się daje, jeżeli zestawiać będziemy wszystkie trzy badania u jednego i tego samego osobnika, zarówno jak dane liczbowe, zdobyte u różnych chorych. Równoległość ta nie jest jednak regułą, np. w przyp. № 25 obok znacznej kwaśności ogólnej i wolnego HCl zawartość pepsyny we wszystkich trzech badaniach, a zwłaszcza po próbnym śniadaniu, była zadziwiająco niska. Przeciwnie w przyp. № 1 sok żołądkowy, pomimo względnej niedomogi czynnościowej odnośnie do kwasu solnego, zawierał spore ilości pepsyny. Dowodziłoby to, iż wyrabianie kwasu solnego i pepsyny w komórkach gruczołowych śluzówki żołądka nie zawsze odbywa się całkiem równomiernie.

Opierając się na materyale, zebrany w

piśmiennictwie, oraz na własnym, twierdzić możemy, iż próba Gluzińskiego w rozpoznawaniu schorzeń żołądka posiada duże znaczenie kliniczne. Względnej niedomogi wydzielniczej żołądka nie można jednak uważać za objaw swoisty, pozwalający bezwzględnie rozpoznać rak żołądka, albowiem objaw ten zdarza się, jak to zauważył sam Gluziński, w wrzodzie żołądka oraz, jak to było u naszych chorych, w zwykłym katarze śluzowym. Rozpoznawać nowotwór złośliwy żołądka należy nie na podstawie jednego objawu, lecz całego zbioru zjawisk, z których jednym, a nieraz bardzo wczesnym, jest względna niedomoga wydzielnicza. Tłumaczenie próby Gluzińskiego w sensie Fonio prowadzi niekiedy do błędów rozpoznawczych, których można uniknąć, trzymając się ściśle pierwotnego przepisu Gluzińskiego.

PIŚMIENICTWO.

1. Gluziński. Gazeta Lekarska. 1902, № 1 i nast. (Mitteil. aus d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Tom X), Wiener klin. Woch. 1912, № 15 i „O leczeniu wrzodu żołądka“. Odczyty Klin. 1901. 2. Rencki. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1901. (Mitteil. aus d. Grenzgebiet. Tom VIII). 3. Sigel. Berl. klin. Woch. 1904, № 12 i 13. 4. Kocher. D. Arch. f. klin. Chirurgie. Tom 99, 1912. 5. Fonio. D. Zeitschr. f. Chirurgie. Tom 116, 1912. 6. Gröndahl. Zentralblatt f. d. gesamte innere Med. 1913. Tom VII, str. 575 (oryg. po norwesku).

7. ¹⁾ Rusca. Correspbl. f. Schweizer Aerzte 1913, № 46 (cyt. według Zentr. f. d. ges. inn. Med. Tom. IX, str. 108). 8. ²⁾ Zöpsitz. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1916. Zesz 1 (cyt. wedł. Zentralbl. f. Chir. 1915). 9. Neuberg. D. Handb. 1911. Tom II, str. 1103. 10. Landau i Rząśnicki. Studya klin. nad spraw. trzustki. Donies. I. Medycyna i Kron. Lek. 1913. (Zeit. f. klin. Med. 1914. Tom 80). 11. Landau. O wrzodzie okrągłym żołądka i gastroenterostomii. Odczyt Klin. Medycyna, 1914.

Kilka uwag o istocie chorób mowy, podstawie ich leczenia i otrzymanych wynikach leczniczych.

Podał

dr Władysław Ołtuszewski.

(Odczyt wygłoszony w Warsz. Tow. Lekarskiem 4. VI. 1918 r.).

(Dokończenie - patrz № 3).

Chcąc zrozumieć istotę bełkotania, należy przypomnieć trzy okresy rozwoju mowy u dziecka: 1) okres tonów i gestów, 2) rozumienia mowy, 3) wyrabiania się mowy automatycznej, która polega na łączeniu wspomnień wyrazowych z wyobrażeniami. Otóż okres formowania się automatyzmu mowy połączony jest ze znacznym nakładem pracy intelektualnej dziecka, gdyż ma ono naówczas do przewyciężenia dużo przeszkód zarówno ze strony wytwarzania się trudnych dźwięków, jako też utrzymywania w pamięci w należyтым porządku następowania po sobie sylab danego wyrazu. Oto dlaczego nawet u dzieci z prawidłową inteligencją powstają chwilowe zamiany głosek, przestawianie zgłosek, unikanie słów wielo-

syłabowych, a więc opuszczanie głosek lub zgłosek, jednym słowem nieprawidłowy automatyzm mowy, który nazywam bełkotaniem fizyologicznem. Bełkotanie fizyologiczne zależne od chwilowej, niemocy różnego rodzaju pamięci słownej, ustępuje zazwyczaj przy końcu 3 — 4 roku, u dzieci jednak nieco upośledzonych pod względem umysłowym, lub też po ustępującej niemocy, najczęściej przy porażeniu mózgowem wieku dziecięcego, może się nadal utrzymywać, powodując bełkotanie patologiczne. Polega ono na wytworzeniu się nieprawidłowego au-

¹⁾ i ²⁾ Artykułów tych nie mogliśmy dostać w oryginałach i z konieczności posilkowaliśmy się referatami.

tomatyzmu mowy, a więc mowie w zupełności niezrozumiałej. Oprócz omówionego bełkotania pochodzenia ośrodkowego może mieć jeszcze miejsce bełkotanie, zależne od przyczyn obwodowych, jak upośledzenie słuchu we wczesnym dzieciństwie, gdyż nie słysząc dokładnie mowy, nie możemy jej prawidłowo naśladować, oraz rozszczepy podniebienia twardego i miękiego, względnie wrodzone skrócenie ich przedniotylnego wymiaru. Ostatniego rodzaju bełkotanie łączy się z mową nosową, o której niżej.

Wadliwe wymawianie polega na nieprawidłowym wygłaszaniu jednej lub kilku głosek, co zanieczyszcza tylko zresztą zrozumiałą, aczkolwiek nieraz zeszpeconą, mowę. Zarówno jak bełkotanie, wadliwe wymawianie może być pochodzenia ośrodkowego od złego wzoru mowy, zwłaszcza w okresie jej formowania się i pozostałości bełkotania patologicznego, lub obwodowego przy upośledzonym słuchu, wadliwym ukształtowaniu szczęk, luk między zębami i t. d.

Aby zrozumieć istotę mowy nosowej otwartej (*rhinolalia aperta*) należy pamiętać, że nieodzownym warunkiem czystego wymawiania głosek jest ściśle rozgraniczenie jamy ustnej od nosogardłowej. Funkcję tę skutecznie głównie podniebienie miękie, podnoszące się do góry przy wygłaszaniu głosek i zapobiegające w ten sposób rozdzielaniu się prądu wydychanego powietrza na dwie drogi przez usta i nos. Tylko przy wygłaszaniu tak zwanych spółgłosek nosowych *m n*, oraz samogłosek nosowych *a e* podniebienie miękie nie podnosi się do góry, lecz pozostaje nieruchome, a przechodzące naówczas do jamy nosowej powietrze wydychane odbija się o jej wąskie kanały i nabiera odnośnego brzmienia, właściwego dla tych głosek.

Mowa nosowa otwarta, nie mająca nic wspólnego z odcieniem nosowym przy zatkanym nosie z jakiego bądź powodu, stanowi dyzartryę pochodzenia ośrodkowego, zależną od upośledzenia ośrodków ruchowych kory, rządzących ruchami podniebienia, jak to bywa w porażeniach mózgowych wieku dziecięcego, zwłaszcza w rzekomem opuszkowem porażeniu mózgowego pochodzenia i w różnych cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego, lub też obwodowego. W rzędzie momentów etyologicznych ostatniego rodzaju mowy nosowej, daleko ważniejszej pod względem praktycznym, na pierwszym miejscu postawić należy wrodzone braki podniebienia twardego i miękiego i wrodzone ich skrócenie, powodujące wrodzoną niedomykalność podniebienia

miękiego, dalej wszystko, co powoduje nabytą niedomykalność podniebienia miękiego, jak nabyte braki podniebienia miękiego, jego niedowładności oraz niemożność wytwarzania się wałeczka Passavant, mająca miejsce w owrzodzeniach oraz w przewlekłym zapaleniu tylnej ściany gardzieli, gdyż upośledza to działanie mięśni gardzieliowych, biorących udział w jego powstawaniu¹⁾. Mowa nosowa otwarta oprócz brzmienia nosowego charakteryzuje się mową mniej lub więcej niezrozumiałą, gdyż prawie zawsze łączy się z bełkotaniem lub wadliwym wymawianiem, uwarunkowanym niemożnością wytwarzania się bardzo wielu dźwięków, wymagających dokładnego rozgraniczenia jamy ustnej od nosogardłowej. Dotyczy to przede wszystkim mowy nosowej zależnej od wrodzonej niedomykalności podniebienia miękiego zwłaszcza u dzieci, gdzie mowa staje się zupełnie niezrozumiałą.

Najczęstszą z chorób mowy jest jąkanie (*balbuties*). Pomimo różnorodnych obrazów tej choroby wspólnym miejscowym objawem u wszystkich jąkających się są mimowolne, a więc od woli chorego niezależne, kurcze toniczne lub kloniczne w trzech narządach, biorących udział w wygłaszaniu mowy: oddechu, głosie i artykulacji, powodujące trzy główne typy jąkania, a mianowicie: oddechowe, głosowe i artykulacyjne. Wszystkie te skurcze utrudniają wygłaszanie mowy w różnym stopniu, począwszy od zaledwie dających się zauważyć skurczów w organach artykulacji, a kończąc na zupełnej niemożności mówienia. Oprócz tego prawie u każdego jąkającego się występują skurcze towarzyszące w bliskości narządu mownego, jak mruganie oczami, zamykanie powiek i t. d. oraz w organach oddalonych pod postacią najdziwniejszych ruchów najczęściej w kończynach górnych i dolnych.

W ogóle obrazy jąkania są bardzo zmienne u różnych chorych, gdyż nietylko przedstawiają się pod postacią głównych jego typów jako jąkanie oddechowe, głosowe i artykulacyjne, lecz i przeróżnych postaci tych typów, a prócz tego najróżnorodniejszych skurczów poza narządami mowy. Jeśli do tego dodamy,

¹⁾ Jak wiadomo rozgraniczenie jamy ustnej od nosogardłowej oprócz podniebienia miękiego skutecznie również wałeczek Passavant, który tworzy się na tylnej ścianie gardzieli i ściśle przylega do wznoszącego się podczas wydawania czystych głosek podniebienia miękiego.

że spostrzegane obrazy trwają krótko, dostępne więc są dla naszego badania zaledwie chwilę, łatwo pojmujemy, jak znaczne trudności przedstawia dla lekarza nawet biegłego w tym przedmiocie, rozpoznawanie różnych typów i postaci jąkania, a więc nieodzowna dla racjonalnego leczenia indywidualizacja chorych.

Niemniej ważne od omówionych objawów miejscowych są objawy ogólne, właściwe dla nerwowych (jak przede wszystkim zbytnia wrażliwość) i wyradzających się lub niezrównoważonych. Dla tych ostatnich charakterystyczne są znamiona zwyrodnienia zwłaszcza psychiczne, mianowicie pobudliwość układu nerwowego w sferze ruchowej (popęd do kradzieży, pijaństwo chorobne i t. d.) i w sferze wzruszeń oraz inteligencji (różne obawy i idee natrętne, zwłaszcza obawy właściwe dla jąkania, objawiające się strachem przed mową i pozostające z niemi w związku idee natrętne, polegające na przedświadczeniu, że pewnych słów chory wymówić nie jest w możliwości) lub obniżenie czynności układu nerwowego (stany przygnębienia i różne stopnie braku woli). Do częstych ogólnych objawów jąkania u dzieci jako fizyologiczne znamiona zwyrodnienia należą: somnambulizm, krzyki nocne, mimowolne moczenie się w nocy i mowa opóźniona.

Ponieważ skurcze mogą jedynie zależeć od mózgu, przypuszczamy więc, że istotę jąkania stanowi choroba nerwowa skurczowa, najczęściej bez zmian anatomicznych podobna np. do płasawicy. Daleko już rzadziej cierpienie uwarunkowane jest zmianą anatomiczną w mózgu. Jąkanie tedy zaliczamy do kategorii dyzartryi skurczowej czynnościowej, zależnej od pewnej drażliwości ośrodków ruchowych kory dla narządu mownego, charakteryzującej ludzi obciążonych dziedzicnością patologiczną, lub też od działania na te ośrodki ognisk korowych i podkorowych.

Do dyzartryi skurczowych, należących do kategorii jąkania lub doń zbliżonych, zaliczamy również mało znane szerszemu ogółowi zбочenie mowy, noszące niezbyt właściwe miano afonii spastycznej, które według moich badań zaliczyć należy do pewnej postaci jąkania głosowego lub oddechowego, oraz zбочenie głosu u mężczyzn, znane pod nazwą głosu falsetowego, w którym mutacja, zazwyczaj ustępująca w warunkach prawidłowych w czasie dojrzewania płciowego, nadal się utrzymuje, a głos pozostaje właściwy wiekowi dzieціecemu. Przy fałszcie szpara głosowa jest szersza, mniej

eliptyczna, a drżenie strun głosowych odbywa się tylko brzęgami. Pozostaje to w związku z wyciągnięciem strun, zależnem najprawdopodobniej od skurczu *m. crico-thyroid.*, a skurcz tego mięśnia jest najprawdopodobniejszą przyczyną głosu falsetowego. Głos falsetowy, według mego zapatrywania, należy do dyzartryi skurczowych, zbliżonych do jąkania, gdyż osobniki nim dotknięte pochodzą z rodzin obciążonych dziedzicnością patologiczną i zwykle sami cierpią na łagodne postaci jąkania, a nawet gdzie się to nie da wykazać, zdjęta linia pneumograficzna wykazuje skurcze przepony charakterystyczne dla tej choroby.

Przechodzę do podstaw leczenia chorób mowy i otrzymanych wyników.

Leczenie dzielę na ogólne i miejscowe. Ogólne leczenie dotyczy sfery fizycznej układu nerwowego, jak stosowanie hydroterapii, elektroterapii i odnośnych środków farmaceutycznych, oraz psychicznej, jak sugestia, odgrywająca ważną rolę w leczeniu jąkania, i podnoszenie poziomu umysłowego w różnych chorobach mowy, łączących się z upośledzoną inteligencją. Ponieważ inteligencja stwarza mowę, a nie odwrotnie, warunki zaś powstawania mowy są te same, co sfery psychicznej, a mianowicie pamięć i zdolność do kojarzeń, zrozumiałem więc jest, że przy wytwarzaniu mowy musimy się starać o podnoszenie sfery umysłowej, choćby dla osiągnięcia lepszego wyniku w leczeniu chorób mowy. Oto dlaczego zakłady dla chorób mowy muszą jednocześnie uwzględniać opóźniony rozwój umysłowy dzieci. Miejscowe leczenie chorób mowy opiera się na dokładnej znajomości fizjologii i psychologii mowy i da się streścić w następujących kilku słowach.

Leczenie niemoty polega na wzmacnianiu lub też przywracaniu pamięci słownej ruchowej, słuchowej oraz automatycznej. Możliwość leczenia niemoty nie może nas bynajmniej dziwić, jeśli przyjmiemy pod uwagę 1) że pamięć słowną, jak w ogóle każdy rodzaj pamięci, przy zastosowaniu odpowiednich ćwiczeń można wyrobić lub przywrócić, 2) że nawet przy zmianie anatomicznej w jakim bądź ośrodku pamięci słownej rzadko się przytrafia, aby całe jego pole uległo zniszczeniu, pozostała więc część komórek może przyjąć na siebie rolę zastępczą, 3) że zazwyczaj niezajęta sprawa patologiczną prawa połowa mózgu po zastosowaniu odpowiednich zabiegów leczniczych może zastąpić lewą. Leczenie niemoty nabiera szczególnej wagi u dzieci z niemotą ruchową w porażeniach

mózgowych wieku dziecięcego, które mimo rozumienia mowy, nie są w stanie wyrażać swej myśli słowami. Dzieci takie pozostawione bez leczenia są zawsze mniej lub więcej upośledzone pod względem umysłowym, gdyż z powodu braku myślenia wyrazowego (mowy wewnętrznej) umysł ich może się wznosić jedynie do granicy niższych pojęć. Wprawdzie mogą one nieraz same zacząć mówić, następuje to jednak zbyt późno, a prócz tego mowa ta jest zazwyczaj bełkotliwa, a więc niezrozumiała dla otoczenia, gdy tymczasem tego rodzaju niemota poddana leczeniu daje dobre wyniki. To samo odnosi się do głuchoniemoty z zachowanymi resztkami słuchu, gdyż z powodu nierozumienia mowy, a więc braku symbolów, zastępujących spostrzeżenia zmysłowe, dzieci takie myślą jedynie w granicach poznania zmysłowego t. j. obrazami. I tutaj, poddając odpowiednim ćwiczeniom resztki zachowanego słuchu, możemy u tego rodzaju dzieci uzyskać mowę prawidłową, nie uciekając się do sposobów, mających zastosowanie w zakładach dla głuchoniemych. Również wyżej pomieniona dyzleksja, przytrafiająca się u dzieci zwykle z prawidłową inteligencją, w zupełności poddaje się zabiegom leczniczym. Do nieuleczalnych zaliczamy niemotę zależną od zupełnego idiotyzmu, lub dużych zmian anatomicznych zwykle w porażeniach mózgowych wieku dziecięcego.

Uświadomienie porządku następowania po sobie głosek i sylab przy pomocy odpowiednich ćwiczeń pamięci słuchowej i poprawienie nieprawidłowo wygłaszanych stanowi zasadę leczenia bełkotania, względnie wadliwego wymawiania i daje jaknajlepsze wyniki. Ważność leczenia bełkotania polega na tem, że dzieci takie, pozostawione same sobie, niezdolne są do rozpoczęcia nauk, a dorośli bardzo często możliwości zarobkowania. Istnieją również pewne postaci wadliwego wymawiania, które lubo nie czynią mowy niezrozumiałą, do najwyższego jednak stopnia ją oszpecają, wymagają więc również odpowiedniego leczenia. Tu zwłaszcza odnosimy *sigmatismus lateralis*, polegający na układzie języka, jak przy wygłaszaniu głoski *l*, a więc wypuszczaniu powietrza na jego boki, oraz *sigmatismus nasalis*, zasadzający się na tem, że powietrze przy formowaniu głoski *s* zamiast przez usta wychodzi nosem, brak więc jest właściwych głosek syczących, a samo zboczenie przybiera rzekomo postać mowy nosowej otwartej.

Leczenie mowy nosowej, zwłaszcza u dzieci, stanowi kwestyę pierwszorzędnej wagi,

gdyż rozpoczynając się zwykle we wczesnych okresach dzieciństwa, czyni mowę zupełnie niezrozumiałą, a przeciągając się bez odpowiedniej pomocy do wieku przedszkolnego, utrudnia kształcenie umysłu dzieci, dorosłych zaś pozbawia możliwości zarobkowania. Leczenie mowy nosowej dzielimy na operacyjne w razie dużych braków podniebienia twardego i miękiego, i ortofoniczne. Po skutecznieniu tedy leczenia operacyjnego, gdzie ono jest konieczne, lub też w przypadkach, nie wymagających interwencji chirurgicznej, a tych jest większość, stosujemy w obu razach ortofoniczną gimnastykę podniebienia miękiego, która, przywracając jego czynność, usuwa brzmienie nosowe, a łącznie z wyrobieniem brakujących dźwięków i poprawieniem wadliwie wymawianych, prowadzi do zupełnie dobrego wyniku. Na zasadzie dotychczasowego doświadczenia utrzymuję, że w wielu przypadkach mowę nosową uwarunkowaną rozszczepami podniebienia twardego i miękiego, zwłaszcza gdy one są nieznaczne, można wyleczyć bez uprzedniego zabiegu operacyjnego, tak jak znów odwrotnie najlepiej nawet wykonana operacja bez następczego leczenia ortofonicznego nie prowadzi do pożądanego celu. Tembardziej stosuje się to do leczenia mowy nosowej, zależnej od wrodzonego skrócenia podniebienia twardego i miękiego, gdyż o chirurgicznej interwencji nie może tu być mowy¹⁾, oraz nabytej niedomykalności podniebienia miękiego, gdzie często nawet po usunięciu przyczyny jego niedowładu (przerosty migdałów, wyrośla adenoidalne i t. d., jednym słowem wszystko, co wywołuje zastój krwi w jamie nosowogardlanej, zgrubienie podniebienia miękiego i prowadzi ostatecznie do niedowładu jego mięśni) mowa nosowa bez odpowiedniego ortofonicznego leczenia pozostaje nadal bez zmiany. To samo odnosi się do mowy nosowej, spowodowanej utrudnionem wytwarzaniem się waleczka Passavant od przyczyn podanych powyżej. Zwracam szczególną uwagę kolegów rynolaryngologów na te przypadki mowy nosowej, dla których często nie mogą znaleźć odpowiedniej przyczyny. Tu zwłaszcza zaliczamy wyżej pomieniony

¹⁾ W znacznych skróceniach podniebienia twardego i miękiego, gdzie sama gimnastyka podniebienia miękiego może okazać się niewystarczającą, można próbować stosowanych w ostatnich czasach zastrzykiwań parafiny do tylnej ściany gardzieli ponad waleczek Passavant, aby wytworzyć gruby wał, który łącznie z podniebieniem rozgraniczałby jamę ustną od nosowogardlanej. U nas, o ile mi wiadomo, kol. Kmita uskutecznia te zastrzykiwania z dobrym wynikiem.

sigmatismus nasalis, tak łatwo dający się usunąć przy pomocy odpowiedniego leczenia, wrodzone skrócenie podniebienia twardego i miękiego trudne do rozpoznania, jeśli się nie uskuteczni odpowiednich wymiarów, oraz niezawsze łatwe do dyagnozy niedowład podniebienia miękiego, utrzymujące się często pomimo usunięcia przyczyny je warunkującej.

Wobec stwierdzonej możności leczenia mowy nosowej czas wielki, aby to przykre kalectwo zwróciło na siebie uwagę ogółu lekarzy, którzy może dlatego pomijali dotychczas to zбочenie, że w bardzo wielu razach bez pomocy gimnastyki leczniczej podniebienia miękiego, wyrobienia brakujących dźwięków i poprawienia wadliwie wymawianych, sama operacja lub też inne zabiegi nie dawały wyników dodatnich.

Leczenie miejscowe jąkania polega na usuwaniu skureczów w trzech narządach mowy. Opiera się ono na tej zasadzie, że ćwiczenia świadome mięśni są jednocześnie ćwiczeniami nerwów, a więc i odpowiednich ośrodków ruchowych dla mowy w mózgu, gdzie upatrujemy siedlisko jąkania. Leczenie uskuteczniamy przy pomocy świadomej, opartej na zasadach fizjologii gimnastyki, oddechu, głosu i artykulacji, a świadomej z tego względu, aby po jego ukończeniu chory mógł mówić prawidłowo, ale już automatycznie. Zarówno jak w każdej innej chorobie, tak też i w leczeniu jąkania właściwe rozpoznanie jego typu i postaci decyduje o skuteczności naszych zabiegów leczniczych. Z tego powodu leczenie to proste w zasadzie staje się trudnym do przeprowadzenia, jeśli zechcemy indywidualizować chorych, t. j. zdawać sobie dokładną sprawę z obrazu jąkania, jaki chory w danym przypadku przedstawia. Zastosowane na tej podstawie leczenie dawało mi wyniki zupełnie zadawalające, o ile chorzy całkowicie je ukończyli i spełniali w następstwie zalecane im przepisy. Wyjątek pod tym względem stanowiły bardzo ciężkie postaci tej nerwicy, prawdopodobnie warunkowane przyczyną organiczną, oraz nieliczne przypadki jąkania u zwyrodniałych się i niezrównoważonych z właściwymi tej chorobie obawami i ideami natrętnymi, gdzie udawało się jedynie uzyskać poprawę. W każdym razie liczba tych przypadków nie przekraczała 15% u dorosłych, a 10% u dzieci. Jąkanie należy leczyć wcześnie choćby od piątego roku, gdyż daje wtedy daleko lepsze wyniki. Chorzy zwłaszcza dzieci winni podczas leczenia pozostawać pod odpowiednią opieką zakładu leczniczego, lub obeznanego z

metodą leczenia otoczenia domowego, aby to co zdołali uzyskać przy jego pomocy utrwalić i zastosować do życia codziennego. Po ukończeniu leczenia koniecznym jest, aby chory poddał się przez pewien czas kontroli lekarskiej, dosyć długo zwracał baczną uwagę na swą mowę i unikał wszelkich szkodliwości, ujemnie działających w tym kierunku (przestrach, uraz), a po pewnym czasie powtórzył kurację. Niewypełnienie pod jakim bądź względem tych przepisów powoduje rzekome powroty, skwapliwie rozgłaszane przez ludzi nieobeznanych z istotą i leczeniem jąkania. Z wyjątkiem rzadkich przypadków, gdzie wskutek silnego **wstrząśnienia** psychicznego lub przebytej choroby zakaźnej w rzeczywistości może nastąpić powrót jąkania, nie przyznaję mu racji bytu, a nazwą tą mianuję pogorszenie mowy wskutek niedbalstwa ze strony chorych lub otoczenia, samowolnego przerwania kuracji i t. d.

Mówiąc o leczeniu nie możemy pominąć choć w kilku słowach podstaw higieny mowy. W tym celu musimy zapoznać się w krótkości z przyczynami chorób mowy. Dzielimy je na usposabiające i wywołujące. Według moich badań najważniejszym momentem wywołującym jest zwyrodnienie psychiczne, przyczem o ile niedorozwój psychiczny stanowi najważniejszy moment przyczynowy dla niemoty, bełkotania oraz mowy nosowej, o tyle jąkanie nagabuje przeważnie wyradzających się i niezrównoważonych. Tylko stosunkowo nieznaczny odsetek zбочeń mowy warunkują zmiany patologiczne w tkance mózgowej, a mianowicie w ośrodkach pamięci słownej względnie ośrodkach ruchowych lub jądrach ruchowych dla narządów artykulacji, oraz nabyte cierpienia ucha lub nabyte zmiany w jamie nosowogardlanej u ludzi nie należących do kategorii wyradzających się lub niezrównoważonych. Drugim momentem usposabiającym do chorób mowy jest okres jej formowania się, ponieważ z powodu mechanicznych trudności przy powstawaniu automatyzmu mowy, oraz często występującego w tym czasie niestosunku między chęcią mówienia, a zdolnością narządu artykulacyjnego wyrażenia tego słowami, łatwo może powstać jąkanie, przy osłabieniu zaś pamięci słownej nawet u dzieci z prawidłową inteligencją mowa opóźniona, a więc brak jej do czwartego roku, bełkotanie fizjologiczne lub wadliwe wymawiania. Za trzeci moment usposabiający do chorób mowy, a mianowicie jąkania, poczytać należy czas drugiego ząbkowania, jako okres największego rozwoju kory i wstę-

powania do szkół, oraz dojrzewania płciowego, łączącego się z różnymi zaburzeniami układu nerwowego. Z szeregu momentów wywołujących zaznaczyć należy: uraz lub przestkach, które lubo w rzadkich przypadkach niewątpliwie mogą wywołać jąkanie nawet bez odpowiedniego usposobienia, dalej zły wzór mowy zwłaszcza w okresie jej formowania się, organiczne zmiany w jamie nosowogardlanej, wadliwą budowę szczęk i zębów oraz nabyte upośledzenie słuchu.

Poznanie istoty i przyczyn chorób mowy prowadzi nas do zdawania sobie sprawy z prawideł higieny mowy. Brak miejsca nie pozwala mi tu zająć się tą arcyważną sprawą, interesujących się więc czytelników tym przedmiotem odsyłam do wzmiankowanej pracy mojej o chorobach mowy. Tu tylko w kilku słowach zaznaczę, że usiłowania nasze w tym kierunku musimy głównie zwrócić przeciw momentom usposabiającym a przede wszystkim zwyrodnieniu psychicznemu (odpowiednie reformy społeczne oraz antropotechnika). Następnie w trzecim okresie rozwoju mowy zabraniamy dzieciom naraz dużo i pośpiesznie mówić, a dla zapobiegania bełkotaniu względnie wadliwemu wymawianiu sprawność narządu artykulacyjnego otaczamy odpowiednią opieką (dobry wzór mowy i powtarzanie). Wreszcie stosujemy odpowiednią higienę mowy w szkole (unikanie przeciążania pracą umysłową, zabranianie zbyt pośpiesznej mowy przy dawaniu odpowiedzi, przestrzeganie, aby młodzież nie naśladowała jąkania, gdyż przy istniejącem usposobieniu niewątpliwie jest one zaraźliwe). Z szeregu momentów wywołujących należy unikać złego wzoru mowy zwłaszcza w okresie jej formowania się, urazu, przestkach, oraz przebywania w otoczeniu jākających się. Zwracam również uwagę na ważność leczenia w odnośnych przypadkach cierpień jamy nosowogardlanej i ucha.

W zakończeniu tych kilku słów, które, zda się, usprawiedliwiają pożytek zaznajomie-

nia się z zasadami logopatologii, pozwolę sobie zrobić następującą uwagę. W zupełności zgadzam się, że z powodu szybkiego postępu nauk lekarskich ogarnąć dziś jednostce ich całokształt jest rzeczą trudną, a stosowanie zabiegów leczniczych w różnych gałęziach medycyny należy pozostawić specjalistom, nie można jednak zaprzeczyć, że pewne wiadomości zasadnicze ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej są nieodzowne dla lekarza wykształconego, obowiązane umieć rozpoznać daną chorobę, podać odpowiednie prawidła higieny względnie wskazać sposób leczenia. W dziedzinie chorób mowy odnosi się to zwłaszcza do neuropatologów, ryngologów i otyatrów, gdyż z ich specjalnościami wiążą się bezpośrednio różne ich działy. I jeszcze jedno. Aczkolwiek nie ulega kwestyi, że pod wpływem licznych popularnych prac moich dość znaczny postęp w zapatrywaniach się na choroby mowy w ciągu ubiegłego ćwierćwiecza niewątpliwie dał się zauważyć wśród szerszego ogółu, co wyrażało się choćby w coraz rzadziej przytrafiających się żądaniach oduczenia od zбочeń mowy, zwracaniu się z potrzebą leczenia z własnej inicjatywy, nie mniej jednak jestem przekonany, że dalszy jego wzrost mogą spowodować jedynie lekarze, obeznani z istotą chorób mowy, sposobami ich zapobiegania i podstawą leczenia. Znikną naówczas różne niedorzeczne zapatrywania rozpowszechnione wśród ogółu, że niemota u dzieci może ustąpić w pewnym wieku bez żadnej pomocy, że bełkotanie lub wadliwe wymawianie zależą od zbyt krótkiego wędzidelka języka, które należy przeciąć, że jąkanie stanowi wadę ze złego przyzwyczajenia, która z wiekiem sama ustępuje i t. d., oraz spopularyzuje się nieodzowność czynnego i świadomego współudziału strony zainteresowanej w leczeniu chorób mowy, zwłaszcza jākania, gdzie uzyskaną przy pomocy leczenia świadomą mowę prawidłową należy zamienić na akt automatyczny.

NEKROLOGIA.

Dr JAN RZEPKO.

Dr Jan Rzepko, lekarz miejscowy Szpitala Dziec. Jezus, zmarł dnia 15 b. m. z powodu duru plamistego.

Urodzony w r. 1878, Uniwersytet Warszawski ukończył celująco w r. 1901. Pracował w oddziałach chirurgicznych W. Krajewskiego, W. Karczewskiego, A. Ciechomskiego. Niezmierną pracowitością i zaletami wyjątkowemi umysłu i serca zjednywał sobie powszechny szacunek i miłość. Nad grobem zegnał Go w imieniu towarzyszy pracy W. Starkiewicz w słowach następujących:

„Żal, żal serdeczny ogarnia nas wszystkich skupionych nad tą otwartą mogiłą.

Ubył z pomiędzy nas pracownik cichy i skromny — nad wszelką miarę, lecz tak pełen cnót wysokich, takiej dobroci dziwnej i gorliwości żarliwej, że nie wypełni się rychło próżnia po Nim pozostała, i nie wygaśnie długo pamięć wdzięczna o Nim wielu serc ludzkich...

Przebiegam myślą krótkie życie Jego... Mniejsza o daty. Przyszedł jakby z epoki odmiennej od smutnych czasów naszych, czasów grozy i krwi, kiedy tak rzadko sprawy ludzkie normuje miłość, a tak często krwawi i rozjątrza — ślepa nienawiść.

Dziecko wielkiego miasta, przeżył życie niewinny i czysty, nietknięty zarówno zepsuciem wielkomięjskiem, jak jego płytkością.

Śpieszył samotną drogą, zdała od wrzawy ludzkich walk i waśni ludzkich, ku innym celom, niż te, jakie stawiają ambicja i próżność.

Obdarzony umysłem głębokim i bystrym, posiadał — wytrwałą i równą pracą całego życia — wiedzę rozległą i wszechstronną, — przede wszystkim w zakresie umiłowanych przezeń nauk przyrodniczych.

Marzeniem — niespełnionem nigdy — była dlań cicha praca uczonego; służyć chciał krajowi w dziedzinie dociekań teoretycznych, najmniej popłatnej u nas i najmniej rozgłosnej. W dotychczasowych warunkach naszego życia nie znalazło się jednak w Polsce kąta do pracy dla ś. p. Jana w żadnym z uniwersytetów...

Szedł tedy drogą zwykłą zawodu lekarskiego. Zwykłą? Ach, nie tą zwykłą drogą szerszej praktyki lekarskiej, zmuśną, lecz barwną od trosk naprzemian i radości, w szczęśliwym wypadku dającą w końcu cel pospolity dążeń ludzkich — dostatek.

Poszedł ścieżką najbardziej ciernistą, szukał i kołł największą nędzę ludzką, największą niedolę, i tej oddał całe gorące serce swoje. Widziały Go często poddasza i sutereny, znały Go najlepiej dzielnice zarogatkowe i staromiejskie; znały pobłażliwą dobroć Jego rzesze głodnych i nędznych, pukających do bram szpitala Dziec. Jezus, z którymi dzielił się nieraz i skromnym groszem swoim i strawą lekarza dyżurnego. W samarytańskiej pracy swojej, zarówno szpitalnej jak pozaszpitalnej, nie znał znużenia, nie znał zniecierpliwienia, łagodną pomocą swoją szafował hojnie ponad zasób sił.

Z tak rozumianym zawodem lekarskim połączył ściśle kapłański zawód nauczycielski. W każdym słowie i w każdym czynie swoim był — chrześcijaninem. Głęboką wiarą, rodzajem religijności swojej rozbrajał sceptyków i budził wśród nich szacunek tylko i podziw.

Szmat duży życia, jak całe to pokolenie, oddać zmuszony był na służbę obcym. Rzucony w wir wojny japońskiej, potem obecnej, wśród obcych mu duchem, wiarą, językiem — zniewalał dla siebie dziwną jakąś cześć.

Nie zaznał pospolitych radości ludzkich; poza radością cichego domu rodzicielskiego, znał jeno jeszcze rozkosz studyów naukowych i tę radość tajoną, jaką daje poczucie spełnionego obowiązku. Padł też jako ofiara oddania się obowiązkowi.

Jaką inną śmierć mogła Mu być sądzona?

Tacy jak On — ludzie miłości — równają przegródę dusz ludzkich, łagodzą nienawiści, koją żale.

Obyż pamięć o Nim długo pełniła dalej błogosławioną pracę Jego życia!

Śpij cicho snem wiecznym, serdeczny, do bry Janku i niechaj Ci lekką będzie polska ziemia nasza!

Dr Paweł Radecki zmarł dnia 30 grudnia 1918 r. w Krakowie, w wieku lat 56.

Wiadomości bieżące.

— Ministrem Zdrowia Publicznego w nowoutworzonym gabinecie został dr Tomasz Janiszewski docent Uniwersytetu Jagiellońskiego, dotychczasowy naczelny lekarz miejski m. st. Krakowa. Nowy minister, dr T. Janiszewski, urodził się w r. 1867 w Lublinie, szkoły średnie ukończył w Warszawie, medycynę studiował w Warszawie i Moskwie, dyplom lekarski otrzymał w Krakowie. Studya nad chemią lekarską odbywał u Marcellego Nenckiego w Bernie, nad bakteriologią pracował u Schotteliusa we Freiburgu w Badeniu, a następnie wogóle studia te uzupełniał jeszcze w Wiedniu. Przez czas pewien był chemikiem szpitala kantonowego w Zurichu.

Podczas pobytu w Szwajcaryi badał warunki i metody leczenia sanatoryjnego chorych gruźliczych. Podczas pobytu w Anglii badał urządzenia i prawodawstwo sanitarne.

Po powrocie do kraju przez lat 12 był lekarzem stacyi klimatycznej w Zakopanem. Uzdrowsko to zawdzięcza inicjatywie jego zaprowadzenie wodociągów, a także pobudowanie szpitala.

W r. 1909 powołany został na stanowisko lekarza naczelnego miejskiego, czyli fizyka m. st. Krakowa. W Krakowie dr Janiszewski, jako fizyk miasta, między innymi stworzył wzorową pracownię bakteriologiczną miejską, nader sprawnie działającą, utworzył instytucje lekarzy szkolnych. Ostatnio, z inicjatywy i według projektu dra T. Janiszewskiego, powstały t. zw. zakłady sanitarne miejskie na Prądniku, pod Krakowem. Jest to kompleks budynków odpowiednio rozplanowanych, a wysoce celowo urządzonych, przeznaczonych dla chorych zakaźnych: na ospę, płonicę, tyfusy i gru-

źlicę, zakład do odkażania, pracownie i t. d. dopełniają całości oryginalnie pomyślanej.

Od r. 1915 obecny minister jest docentem higieny społecznej w Uniw. Jagiellońskim.

Na nowem, tak ważnem stanowisku, życzymy kol. T. Janiszewskiemu równie owocnej jak dotychczasowa pracy w dziedzinie zdrowia publicznego w Państwie Polskiem.

— Nagrodę konkursową im. Knolla za najlepszą monografię z dziedziny chirurgii otrzymał w Warsz. Tow. Lekarskiem, współwłaściciel naszego pisma kol. F. Erbrich za pracę p. t. „Zwężenia tchawicy i oskrzeli głównych“.

— Narady nad zdrowiem publicznem w Krakowie pod przewodnictwem podsekretarza stanu dra W. Chodzki odbywały się w dniach 15, 16 i 17 b. m. Przedmiotem narad były sprawy sanitarne i prawodawcze, między innymi: ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych, chorób wenerycznych, ustawa o urządach obyczajowo-sanitarnych, o organizacyi służby zdrowia, o zdrojowiskach, o izbach lekarskich i t. d. W obradach wzięli udział z ramienia Ministerjum: doc. J. Jaworski, T. Borzęcki, L. Dydyński, w charakterze rzeczoznawców kol. B. Sawicki i S. Orłowski. Z Krakowa i Lwowa w naradach brali udział: prof. Ciechanowski, Godlewski, Krzystofowicz, Rosner, Piltz, kierownicy urzędów zdrowia drzy: Bobrowski i Mikołajski, fizyk Momidowski, protomedyk Lachowicz, ref. Bernadzikowski, prezydent Izby lekarskiej Szengut, wiceprezydent Damski.

Trzydniowe obrady doprowadziły do porozumienia obopólnego w zasadniczych sprawach, nieraz nieco sprzecznych, wobec dotychczasowego różnego ustroju w dwu dawnych dzielnicach Polski.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str
Anastazy Landau i Adolf Rząśnicki. Kilka uwag o próbie żołądkowej Gluzińskiego.	37	i otrzymanych wynikach leczniczych (dokończenie)	41
Władysław Oltuszewski. Kilka uwag o istocie chorób mowy, podstawie ich leczenia		Nekrologia. Dr Jan Rzepko	47
		Wiadomości bieżące	48

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi: Marszałkowska 73.
Administracya otwarta w dni powszednie od 5^{1/2}, do 7-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 36, półrocznie Mk. 18; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 40, półrocznie M. 20. Cena numeru pojedynczego 1 m. 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuspaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Biuro Uigra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metz i Ska Marszałkowska 130, Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni Krajowej (W. Krawczyński, E. Egert i J. Węclawski), Żelazna 89, Tel. 188-70.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Świeżo wydano:

FELIKS ERBRICH.

Zwężenia tchawicy i oskrzeli głównych

ilustrowane 30 rysunkami w tekście i 7-a tablicami kolorowemi.

Cena 8 mk.

Nakład autora. Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa —
Warszawa, Lublin, Łódź.

Nabywać można we wszystkich księgarniach i w Administracji Gazety
Lekarskiej.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XX.

- № 1, 2, 3. **Seweryn Sterling.** Postaci kliniczne suchot płucnych.
 № 4, 5, 6. **W. Gajkiewicz.** O objawach przedsiolkowych (westybularnych) i ich znaczeniu fizyologicznem i patologicznem (z 13 rysunkami i 2 tablicami).
 № 7, 8. **Józef Jaworski.** Cięża i gruźlica oraz wzajemny ich stosunek.
 № 9. **Alfred Sokołowski.** Serce a płuca, ich wzajemny stosunek w sprawach patologicznych.
 № 10, 11, 12. **A. Puławski.** O chorobie Basedowa.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA I WOLFFA.



**ASTHMIN-
MOTOR**

*w formie papierosów albo tytoniu
usuwa szybko napady duszności
i wszelkie objawy astmy.*

SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”
Ządać w aptekach i składach aptecznych.

**GONOREIN
MOTOR**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 23.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
poleca jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

DUR WYSYPKOWY

(tyfus plamisty).
Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.
Cena Mk 8.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena m. 2.50.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

T A D E U S Z K O R Z O N .

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

PAMIĘTNIK KLINICZNY

SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS

Tom II

z 27 rysunkami, 2 portretami w tekście i 1 tablicą

przygotował do druku A. LANDE, sekretarz posiedzeń klinicznych.

WARSZAWA, 1918. SKŁAD GŁÓWNY w KSIĘGARNI GEBETHNERA i WOLFFA.

CENA 6 MAREK.