

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 22.

Warszawa d. 2 Czerwca 1906 r.

T. XXXIV.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administra cya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Miazdżycza acrtu u królików pod wpływem zastrzykiwań dożylnych roztworu chlorku barowego. Podał d-r St. Orgielbrand. — O niektórych zaburzeniach w czynności mięśnia sercowego w świetle najnowszych badań. Podał K. Rzętkowski. — Streszczenia i wyciągi. 67. Dlaczego szwankujące oddychanie przez nos źle wpływa na rozwój i wzrost ustroju. 68. O reumatycznym porażeniu nerwu twarzowego i o przyczynowym związku tych porażen z cierpieniami ncha. — XXIII Zjazd internistów w Monachium. (Dokończenie). — Drobne wiadomości. — Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w maju 1906 r. — Ogłoszenia.

## „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. Orgielbrand — L'atéromatose de l'aorte chez les lapins sous l'influence des injections intraveineuses de la solution de chlorure de barium.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

## „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r St. Orgielbrand — Atheromatose der Aorte bei Kaninchen unter Einfluss von intravenösen Einspritzungen von Chlorbariumlösung.

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

## PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału d-ra K. Rzętkowskiego w szpitalu Wolskim w Warszawie.

### Miazdżycza aorty u królików pod wpływem zastrzykiwań dożylnych roztworu chlorku barowego.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał

D-r Stanisław Orgielbrand.

asystent oddziału.

W roku 1903 francuski autor Josué ogłosił wyniki swych doświadczeń nad wywoływaniem ateromatozy u królików przy pomocy do-

żylnych zastrzykiwań adrenaliny. Od tego czasu w literaturze pojawiło się wiele komunikatów, potwierdzających odkrycie Josué'go. I u nas pracował nad tym przedmiotem Rzętkowski, który jeden z pierwszych wraz z Erb'em potwierdził wyniki doświadczeń Josué'go i podał mikroskopowy obraz owej „ateromatozy“ doświadczałnej oraz jej następstw w ustroju królika (ostry obrzęk płuc, przerost lewego serca, marskość wątroby i t. d.). Nie mam zamiaru podawać tu w tem krótkim doniesieniu tymczasowym całej literatury omawianego przedmiotu dziś już i pokaźnej i ciekawej. Powiem tylko, że

— tak jak dziś — sprawa cała obraca się naokoło dwóch punktów, a mianowicie: 1) czy owa ateromatoza doświadczalna jest procesem identycznym z miażdżycą tętnic ludzkich i 2) jaki jest mechanizm jej powstawania? Co do pierwszego punktu zdania są podzielone. Podczas gdy sam JOSUÉ dwa te procesy — doświadczalny u królików i „naturalny“ u ludzi identyfikuje, inni jak np. RZĘTKOWSKI, MARCHAND, FISCHER i in., nie podzielają tego mniemania. I w kwestyi mechanizmu powstawania doświadczalnej „ateromatozy“ również niema zgody. Jedni uważają omawianą sprawę za proces specyficzny, będący skutkiem swoistego działania toksycznego adrenaliny na elementy tkankowe ścian naczyń krwionośnych, inni zaś, a pomiędzy nimi i RZĘTKOWSKI, widzą tu skutek podwyższonego parcia tętniczego, które na ściany naczyń wywołuje wpływ identyczny do urazu. W ostatnich czasach pojawiła się praca Z. ORŁOWSKIEGO (Ruskij Wracz. 1905. N. 46. str. 1443 i Przegląd lekarski. 1906), która doprowadziła do wyników, mocno przeczących poglądom autorów, którzy w ateromatozie doświadczalnej widzą wynik swoiście toksycznego wpływu adrenaliny. Z. ORŁOWSKIEMU mianowicie udało się otrzymać zmiany identyczne z ateromatozą doświadczalną nie tylko pod wpływem adrenaliny, ale także całego szeregu środków nasercowych, jak strofantyna, adonidyna, digitalina, hydrastinina, wzmagających ciśnienie tętnicze. Z. ORŁOWSKI wypowiada mniemanie, że pierwotne jest tu częste wzmaganie się ciśnienia tętniczego, które powoduje zmiany w *vasa vasorum*, co z kolei prowadzi do ich zatkania: skutkiem tego dopływ krwi do ścian tętniczych ulega zmniejszeniu lub całkowitemu zniesieniu, co powoduje zmiany nekrobiotyczne w mięśniowych elementach błony średniej tętnic. Tak czy owak, pogląd ORŁOWSKIEGO potwierdza mniemanie RZĘTKOWSKIEGO, że pierwotną rolę w mechanizmie powstawania omawianej sprawy odgrywa, zdaje się, wzmożone ci-

śnienie w całym układzie tętnicznym, którego wyrazem jest też i przerost serca.

Chlorek barytu jest, jak wiadomo, środkiem, zwężającym tętnice, wzmagającym prężenie w układzie tętnicznym. W październiku roku ubiegłego, na propozycję dra RZĘTKOWSKIEGO, podjąłem pracę doświadczalną na królikach gwoili przekonaniu się, czy nie uda się otrzymać u królików zmian identycznych z miażdżycą adrenalinową przy pomocy tak prostego ciała, jak  $BaCl_2$ , o którym wiadomo, że wzmagą ciśnienie. Dodać tu muszę, że pracę mam rozpoczął znacznie (X. 1905) wcześniej, zanim do wiadomości mej doszła praca Z. ORŁOWSKIEGO, ogłoszona naprzód w Russk. Wracz. (d. 19. XI. t. j. 2. XII. 1905).

Wyniki moich doświadczeń dotychczasowych (na 6 królikach) obejmuje następująca tablica:

(Patrz str. 407).

Dodam, że królikom N. 1, 2, 3 i początkowo 4 zastrzykiwano do żyły usznej odpowiednie ilości  $BaCl_2$  z roztworu: *Barii chlorati* 1, *Natrii chlorati* 0,8, *Aquae dest.* 100, pozostałym zaś (Nr. 4, 5 i 6) — z roztworu dwa razy silniejszego ( $BaCl_2$  2, *NaCl* 0,8, *Aq. dest.* 100). Wprowadzano dożylnie dawki od 0,5 ctm. sz. i wyżej co 1, 2 lub kilka dni. Tak np. królikowi Nr. 6 wprowadzono zaznaczoną w tablicy ilość chloru barowego w przeciągu 2 miesięcy (od 21. I. 1906 do 22. III. 1906), poczem zastrzykiwania przerwano, i królik zginął „śmiercią naturalną“ dn. 8. IV. 06. Zaznaczyć muszę, że zastrzykiwania dożylnie  $BaCl_2$  w tej postaci, w jakiej my to stosowaliśmy, bardzo często i nieraz szybko prowadzą do zatkania żył usznych u zwierząt, skutkiem czego jest się zmuszonym do przerwania doświadczenia; w takim położeniu byliśmy np. odnośnie do królika Nr. 2. Króliki silnie reagują na iniekcye, które nieraz bywają zabójcze (Nr. 1). Nie zatrzymując się tu dłużej nad opisem reakcyi u zwierząt, przejdę wprost do omówienia zmian w układzie krwionośnym,

| Nr.<br>królika | Liczba<br>zastrzyknięć | Wprowadzo-<br>no BaCl <sub>2</sub><br>gram. | Odczyn na<br>BaCl <sub>2</sub> | Zmiany<br>w aorcie | U W A G I                                                                                                                                           |
|----------------|------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1              | 2                      | 0,02                                        | b. silny                       | + b. małe          | Waga serca 8,6 grm. Wymiary<br>serca 25 × 25 mm. grub. ścian.<br>lew. serca 9 mm. Mocz bez białka.                                                  |
| 2              | 18                     | 0,18                                        | słaby                          | —                  | Serce: waga 8,4 grm. Wymiary<br>25 × 30. Grub. ścian. lew. serca<br>5, praw. 1 mm.                                                                  |
| 3              | 5                      | 0,035                                       | umiarkowan.                    | —                  | Serce: waga około 12,6 grm. Roz-<br>miary: 25 × 30 mm. Grub. ścian.<br>lew. ser. 7, praw. 2.                                                        |
| 4              | 13                     | 0,09                                        | słaby                          | —                  | Serce: waga 7,6. Wym. 27 × 27.<br>Grub. ścian. lew. ser. 5; praw.<br>1,5 mm.                                                                        |
| 5              | 5                      | 0,11                                        | słaby                          | + b. małe          |                                                                                                                                                     |
| 6              | 18                     | 0,56                                        | słaby                          | + kolosalne        | Waga serca 9,25. Rozmiar po-<br>przeciwny 31 mm. z tego na lewe<br>23, na prawe 8. Grub. ścian. lew.<br>ser. = 6, praw. 1,5 mm. Mocz bez<br>białka. |

a raczej w sercu i w aorcie królików. Wspomnę tylko, że, zdaniem d-ra RZĘTKOWSKIEGO — reakcja u wielu zwierząt przypomina bardzo reakcję na dożylne injekcje adrenaliny: zbliżona jest ona swym wyglądem do obrazu ostrej niedomogi serca z dusznością i obrzękiem płuc.

Na 6 tedy zwierząt, dotychczas przez nas zbadanych, u 3 znaleźliśmy aortę zdrową przy nieco powiększonych rozmiarach i wadze serca. Możliwość tu przeto mówić tylko o przeroście serca, gdyby skonstatowanie tego niezbite u królików było istotnie możliwe zawsze. Przecrost, jak się zdaje, dotyczył wyłącznie lewej komory. U pozostałych 3 znaleźliśmy zmiany w aorcie; z tych u 2 małe, u jednego zaś (Nr. 6), który otrzymał najwięcej BaCl<sub>2</sub>, zmiany były olbrzymie<sup>1)</sup>. Małe zmiany redukowały się do

niewielkich wrzodów ateromatycznych na aorcie wstępującej i łuku aorty, pojedynczych, którym tu i owdzie towarzyszyło na niewielkiej przestrzeni zmętnienie błony wewnętrznej. Rezultaty niezakończonych jeszcze badania drobnovidzowego tych zmian podam w swoim czasie szczegółowo do wiadomości.

Co się tyczy zmian u królika Nr. 6, to te istotnie były bardzo poważne. Przedewszystkiem co do serca. Cyfry, podane w tablicy, usprawiedliwiają najzupełniej wrażenie, że mieliśmy tu do czynienia z rozszerzeniem serca. Królik Nr. 6 ważył z górą 3 kgr. Tymczasem waga jego serca — jak to widać z tablicy — wynosi mniej niż u królika Nr. 3 (waga 2150 grm.), znacznie mniejszego, a rozmiar poprzeczny serca jest nieco mniejszy przy cieńszych nieco ścianach. Łuk aorty równomiernie rozszerzony. Już posuwając palcem po *adventitia* aorty nie-rozciętej, czujemy pod palcem tu i owdzie twar-

<sup>1)</sup> Aortę tego królika demonstrował d-r Rzętkowski na posiedzeniu w Tow. Lek. Warsz. d. 17.IV.06. (Przypisek aut.).

de płytki. *Intima* łuku aorty cała zmętniała i usiana tu i owdzie małymi wrzodzikami miażdżycowymi. Poniżej przejścia łuku aorty w aortę zstępującą jedno za drugim kilka sporych wypukień tętniakowych, których dno pokryte jest skrzepami włókniaka. Wypuklenia występują jasno na zewnętrznej powierzchni aorty. Pęknięcia w żadnym z nich nie widać. Palec, naciskający zlekka na miejsca wypukłone, odczuwa wyraźnie twardość w tem miejscu ściany aorty — twardość skorupki kamiennej. Rezultaty badania mikroskopowego, które podam niezwłocznie do wiadomości po ich zakończeniu, pozwolą rozstrzygnąć, o ile proces omawiany jest podobny do ateromatozy ludzkiej i ateromatozy adrenalino-wej u królików.

Badanie makroskopowe stwierdza zupełną identyczność zmian, otrzymanych przez nas po  $BaCl_2$ , ze zmianami w miażdżycy królików adrenalino-wej. Dla uzupełnienia protokołu autopsji, królika Nr. 6 dodam, że w płucach, w nerkach, w moczu, wydobytym z pęcherza, zmian żadnych nie znaleźliśmy, w wątrobie zaś — na przekroju bardzo drobnoziarnistej makroskopowo rzuca się w oczy zgrubienie i wyraźne uwydatnianie się tu i owdzie pasemek tkanki łącznej — prawdopodobnie marskość. To ostatnie podaję naturalnie z zastrzeżeniami, które tylko rezultat badania drobnowidzowego zapewne zostrzygnie. Przypomnę tu, że Rzętkowski u niektórych ze swoich zwierząt znajdował mikroskopowo wyraźną poczynającą się marskość wątroby. To samo znajdowali i inni po adrenalinie (Z. ORŁOWSKI i in.).

Z tego, co powyżej podałem, mam prawo wyprowadzić wniosek, że pod wpływem dożylnych zastrzykiwań słabego roztworu chlorku barowego u niektórych królików, a może przy dłużej trwających doświadczeniach u wszystkich — udaje się otrzymać zmiany w aorcie makroskopowo zupełnie podobne do zmian, otrzymanych przez Josué'go i in. w ten sam sposób po adrenalinie. W związku z ważnymi wyni-

kami prac Z. ORŁOWSKIEGO doświadczenia moje pouczają, że w wytwarzaniu się ateromatozy doświadczałnej u zwierząt nie idzie zgoła o jakąś specyficzność adrenaliny toksycznej. Nie może być mowy o swoistej toksyczności tam, gdzie identyczne zmiany dają się z mniejszą lub większą łatwością wywołać i przy pomocy innych ciał (digitalina, strofantyna i t. p.), nieraz chemicznie bardzo niezłożonych, jak chlorek barowy w moich doświadczeniach. Zarówno prace Z. ORŁOWSKIEGO, jak i moje potwierdzają wypowiedziany już dawniej przez Rzętkowskiego pogląd, że tłem, na którym rozwija się ateromatoza doświadczałna u królików, jest prawdopodobnie przedewszystkiem wysoko podniesione parcie wewnątrz tętnicze. Czy to samo zachodzi i odnośnie do miażdżycy tętnic u ludzi, na to pytanie trudno dziś jeszcze odpowiedzieć. Rozstrzygną to niewątpliwie dalsze badania z jednej strony doświadczalno-kliniczne u ludzi, z drugiej zaś — skierowane ku wykryciu analogii pomiędzy ateromatozą doświadczałną zwierząt i ateromatozą „naturalną” ludzi.

Warszawa. IV. 06.

Z oddziału II w szpitalu Wolskim w Warszawie.

### O niektórych zaburzeniach w czynności mięśnia sercowego w świetle najnowszych badań.

Podał

**Kazimierz Rzętkowski.**

Ordynator oddziału.

(Według odczytu w Warsz. Tow. Lek. dn. 17. IV. 1906 r.).

Szanowni Panowie!

W wygłoszonym na tem miejscu w roku zeszłym odczycie moim „O czynności serca w świetle najnowszych badań“<sup>1)</sup> starałem się

<sup>1)</sup> D. 21. III. 05. Druk. w Gazecie Lekarskiej. 1905.

przedstawić Szan. Panom mechanizm prawidłowej czynności mięśnia sercowego w myśl teorii mięśniowej tejże czynności, teorii, która za punkt wyjścia bierze doskonały automatyzm komórek mięśnia sercowego i niezawisłość ich od aparatu nerwowego serca. Zaznaczyłem wówczas, że rytmiczna i zupełnie wydolna działalność mięśnia sercowego jest wynikiem pewnych, stwierdzonych doświadczalnie własności fizyologicznych komórek tego mięśnia, a mianowicie: 1) zdolności ich do wytwarzania w sobie automatycznych bodźców ruchowych — chronotropizm; 2) ich pobudliwości — batmotropizm; 3) zdolności ich do samoistnego przewodzenia tych bodźców — dromotropizm, i wreszcie 4) kurczliwości ich — inotropizm.

Już badania fizjologów nad sercem żab i zwierząt ciepłokrwistych wykazały, że nie wszystkie komórki mięśnia sercowego *in toto* posiadają te cztery własności w stopniu zupełnie jednakowym. Tak bowiem dowiedziono, że komórki mięśnia u wpustu żył wielkich do prawego przedsionka posiadają najwybitniej wyrażoną zdolność do samoistnego stwarzania w sobie bodźców ruchowych (chronotropizm). To miejsce mięśnia sercowego jest — że tak powiem — *sui generis* „ośrodkiem“ ruchowym dla całego serca. Inne części mięśnia sercowego, np. mięsień komór posiada mniej wyrażony chronotropizm, za to kurczliwość jego (inotropizm) jest doskonalsza. Stwierdzono dalej, że włókna mięśniowe, łączące przedsionki z komorami, wolniej przewodzą bodźce — są zatem słabiej dromotropowe, niż włókna innych miejsc tego mięśnia. Tak przeto już w warunkach fizyologicznych rozmaite części mięśnia sercowego posiadają rozmaity zapas poszczególnych własności zasadniczych.

Zanim przejdziemy do omawiania niektórych zmian, jakim podlegać mogą powyższe własności komórek mięśnia sercowego, uważam za niezbędne zaznaczyć na wstępie, że, o ile teoria mięśniowa czynności mięśnia sercowego

w sposób bardzo piękny i bardzo ścisły wyjaśnia nam fizjologię tegoż mięśnia, o tyle zastosowanie jej do wyjaśniania patologicznej czynności serca nie doprowadziło jeszcze do wyników niezbitych i konkluzji stanowczych. Bo i droga, jaką tu iść musimy, jest niezwykle trudna...

Z jednej strony bowiem mamy eksperyment na preparacie zwierzęcym, w którym zdrowe serce poddajemy sztucznym i niezwykle dlań wpływom pobudzeń zewnętrznych, ogrzewania, ochładzania, asfiksji i t. p., z drugiej — kliniczne obserwacje na człowieku żyjącym. I w tych oto warunkach idzie nam o wykrycie analogii w myśl postulatów mięśniowej teorii czynności serca... Droga — jak widzimy — istotnie trudna bardzo i zawodna. Przyznać należy, że dzięki wprowadzeniu do badań klinicznych serca nowych przyrządów, takich jak JAQUET'a sfigmochronograf<sup>2)</sup> i sfigmokardiochronograf, MACKENZIE — poligraf<sup>2)</sup> i in., które pozwalają zdejmować tętno serca, tętnie i żył współrzędnie oraz mierzą dokładnie czas, badania w kierunku patologii mięśnia sercowego postąpiły znacznie naprzód. Mimo to jednak na każdym nieledwie kroku spotykamy tu wciąż trudności, co sprawia że patologia mięśnia sercowego postępuje bez porównania wolniej, niż jego fizjologia.

W dziedzinie patologii mięśnia serca przede wszystkim uwaga badaczy skierowana została na zaburzenia w rytmie czynności mięśnia sercowego. Zaczęto tedy przede wszystkim badać dziedzinę t. zw. arytmii serca, dziedzinę, w której znajdowano na każdym nieledwie kroku analogie w eksperymentach nad sercami zwierząt. To też dziedzina arytmii serca stanowi, że się tak wyrażę, pierwszy wyłom, przez który weszła do patologii serca mięśniowa teoria czynności mięśnia sercowego. I wkrótce zbiorowe pojęcie „aryt-

<sup>2)</sup> Przyrządy te i krzywe rozmaite przy ich pomocy zdjęte zademonstrowano obecnym. (Przyp. aut.).

mii“ zaczęło z wolna ulegać różniczkowaniu, a to przede wszystkim dzięki wprowadzeniu do patologii mięśnia serca ludzkiego zjawiska t. zw. ekstrasystoli, obserwowanego zrazu wyłącznie na sercach zwierzęcych.

Poniżej zamierzam przedstawić Szan. Panom te z zaburzeń czynności mięśnia sercowego, które stosunkowo najlepiej zostały zbadane i wyjaśnione w świetle mięśniowej teorii czynności serca. W myśl uwag, tylko co wypowiedzianych, zacznę od zjawiska ekstrasystoli w jego stosunku do arytmii serca.

W r. 1875 MAREY wykrył, że w pewnej fazie swej działalności mięsień sercowy staje się niebudliwy, t. j. zamiast oddziaływać, jak to wykazał BOWDITSCH (1871), zawsze maksymalnym skurczem na każdy dostatecznie silny bodziec, nie oddziaływa wcale lub też oddziaływa tylko na bardzo silne bodźce. Ten okres niebudliwości nazwał MAREY, „la phase réfractaire“. Zaczyna się on wraz z poczynającym się skurczem, i natężenie niebudliwości wzrasta w miarę kurczenia się mięśnia sercowego. Na krótko po skurczu, t. j. z poczynającym się rozkurczem pobudliwość mięśnia sercowego wzrasta i do *maximum* dochodzi w okresie zupełnego rozkurczu, t. j. wówczas, gdy ze strony przedsionków mają spłynąć na mięsień serca automatyczne bodźce. W r. 1894 ENGELMANN do badania serca zastosował nową metodę, mianowicie — metodę drażnienia go w różnych okresach jego faz przy pomocy rozmaitych bodźców, zwłaszcza też przy pomocy prądu elektrycznego. Istotnie ENGELMANN przekonał się, że w okresie poczynającego się skurczu i na wysokości tegoż mięsień sercowy wcale nie reaguje na podrażnienia; z chwilą zaś poczynającego się rozkurczu mięsień zaczyna już odpowiadać coraz wybitniej na bodźce — skurczami. Te sztucznie wywołane skurcze mięśnia sercowego, będące w okresie pomiędzy końcem jednej a początkiem następującej systoli serca nazwał ENGEL-

MANN *extrasystole*. Na konsekwencye takiego skurczu wtrąconego serca patrzeć możemy zupełnie tak, jak na konsekwencye skurczu normalnego. I on bowiem wprowadza mięsień serca w stan czasowej niebudliwości, analogiczny do tego, w jakim mięsień znajduje się podczas skurczu normalnego. I w tym okresie niebudliwości po ekstrasystoli mięsień nie reaguje na bodźce, normalnie nań spływające. Bodźce te przeto nie spowodują normalnego skurczu następnego, i skutkiem tego pauza trwać będzie dłużej. Tę pauzę MAREY nazwał „okresem kompensacyjnego wypoczynku“. ENGELMANN, jak widzimy, objaśnia ją po prostu tem, że w chwili kiedy normalny bodziec powinien wywołać w swoim czasie skurcz zwykły mięśnia, tenże — po skurczu wtrąconym — znajduje się jeszcze w okresie niebudliwości, skutkiem czego normalny skurcz następny przepada. Zastępuje go skurcz wtrącony. Dopiero trzeci skurcz normalny występuje w swoim czasie. Angielscy autorowie (MACKENZIE, CUSHNY) nie używają terminu „*extrasystole*“, lecz „*praemature systole*“ — skurcz zawczesny. Termin ten być może nieco jaśniej maluje okoliczność: 1) zbyt wczesnego pojawiania się ekstrasystoli, 2) występowania w swoim czasie skurczu następnego, 3) przedłużenia się pauzy.

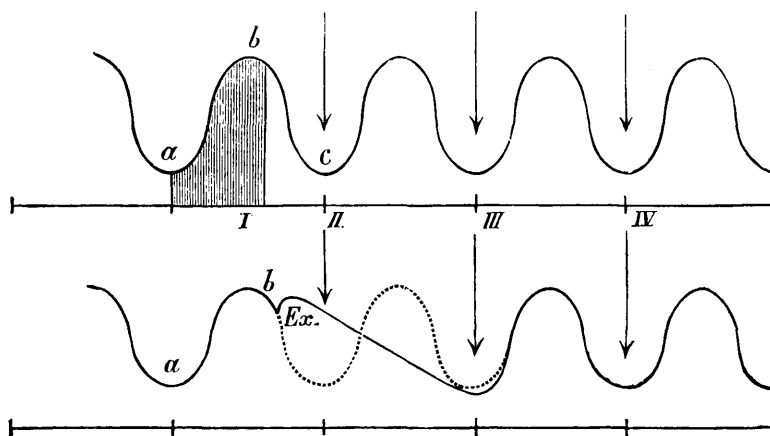
(Rys. I. Patrz str. 411).

Przyjrzyjmy się temu rysunkowi, który ilustruje wyżej podane warunki. Widzimy tu schematyczną krzywą tętna wierzchołkowego u człowieka. W okresie od *a* do *b* (peryod 1) mięsień serca znajduje się w okresie niebudliwości („*phase réfractaire*“): nie reaguje on na bodźce. Atoli w punkcie *b* pobudliwość zaczyna już wracać i w punkcie *c* jest największa: jest to właśnie moment, kiedy bodziec fizjologiczny (1) pobudza mięsień do normalnego skurczu (2). Wyobraźmy sobie dalej, że w punkcie po *b* (krzywa dolna) zadziałał na mięsień serca jakiś wtrącony bodziec. Wówczas wystąpi skurcz wtrącony *Ex.*, który oczywiście znowu na czas jakiś znie-

się pobudliwość mięśnia sercowego, tak że normalny bodziec (1) zostanie go jeszcze w okresie niepobudliwości. Skurcz normalny (2) przeto przepada, zastąpiony przez skurcz zawczesny *Ex.* Po tym ostatnim pauza będzie nieco dłuższa, i ciśnienie w układzie tętniczym spadnie niżej, ponieważ opróżnienie tętnic podczas dłuższej pauzy będzie dokładniejsze. Skurcz następujący (3) po *Ex.* przypada w swoim czasie. Cała rzecz polega tu, jak widzimy, na tem, że skurcz zwykły został zastąpiony przez skurcz zawczesny, po którym pauza trwa tem dłużej, im wcześniej skurcz ów zawczesny nastąpił.

cia, czwarta i t. d. Wystąpi wówczas cały szereg zawczesnych skurczów („gehäufte Extrasystolen“), po nim zaś — długa pauza — okres kompensacyjnego wypoczynku, spowodowany rozbić się normalnego co do czasu bodźca o niepobudliwość mięśnia po ostatniej ekstrasystoli, i wreszcie mięsień serca wchodzi w swą prawidłową, dawną kolej skurczów, normalnych co do czasu i co do miejsca na krzywej sfingmograficznej.

To wszystko, co powyżej wyliczyłem, udało się po raz pierwszy odtworzyć ENGELMANN'owi na sercu żaby, wyjętem ze zwierzęcia, umieszczonem w warunkach, zapobiegających



Rys. I.

Z powyższego widzimy, że skurcz serca wtrącony jest to taki skurcz, który powstał skutkiem wyładowania się jakiegoś nieprawidłowego bodźca w chwili poczynającego się okresu pobudliwości, t. j. w chwili poczynającego się rozkurczu mięśnia. Jeżeli więc mówimy tu o wtrąconym czy zawczesnym skurczu to — jako o przyczynie jego — możemy mówić o zawczesnym czy wtrąconym bodźcu. Lecz w chwili, gdy po tym zawczesnym skurczu mięsień sercowy zacznie powracać do swej pobudliwości — zadziałać może znowu jakiś drugi „ekstra-bodziec“: pojawi się wówczas po pierwszej — drugiej ekstrasystoli, po niej w ten sam sposób trze-

wysychaniu tkanki, i drażnionem elektrycznie. Taką samą metodą, czyli t. zw. „metodą ekstrasystol“ posilkowali się CUSHNY i MATTEWS (1897) przy badaniu serc ciepłokrwistych i pierwsi dowiedli, że mamy tu zupełnie to samo. Wreszcie w r. 1898 pojęcie o ekstrasystoli rozciągnął i na serce ludzkie WENCKEBACH, a za nim — CUSHNY, HENSCHEN, LANGENDORF i HERING. O pojęcie to oparł WENCKEBACH naukę o niemiarewej działalności serca, biorąc za punkt wyjścia występowanie jednego lub więcej skurczów wtrąconych okresowo lub nie. Badania wszystkich następnych badaczy, których imię już teraz — legion, wykazały, że ekstrasys-

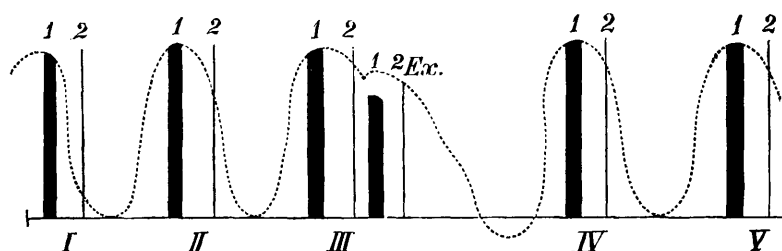
stola — jako punkt wyjścia WENCKEBACH'a, tak pięknie uzasadniony drogą eksperymentu przez MAREY'a i ENGELMANN'a jest istotnie elementem podstawowym dla bardzo wielu typów arytmii serca.

Jeżeli przeto zjawisko ekstrasystoli tak ważną rolę w patologii serca odgrywa, to przede wszystkim niezbędne jest dla nas poznać, w jaki sposób zjawisko to uwydatnia się u człowieka, a zwłaszcza — jak odróżnić skurcz serca wtrącony od zwykłego — ekstrasystolę od systoli?

Z tego, co już powyżej wyłuszczyłem, wiemy, że 1) ekstrasystola jest to skurcz serca wy-

Ekstrasystola jest to skurcz serca wtrącony i zawczesny. Przy osłuchiwaniu tedy serca, dotkniętego skurczami tego rodzaju — ekstrasystolę zauważymy, jako ton, występujący nie w swoim czasie, po którym następuje dłuższa pauza. Poniższy rysunek uwydatni to wyraźnie.

Widzimy tu, że po pierwszym tętnie serca (I) normalnie następuje drugie (II), po drugim zaś za wcześnie słyszymy w postaci nagłego i nieraz bardzo mocnego zakołatania serca jeden lub dwa tony, a po nich — dłuższa pauza, poczem wszystko wchodzi w swoją kolej aż do następnej ekstrasystoli. Jeżeli tedy rytm normalnej działalności serca będzie:



Rys. 11.

stępujący za wcześnie; 2) że pauza, jaka po tym zawczesnym skurczu występuje, jest dłuższa, niż normalnie; mianowicie też — o tyle dłuższa, o ile ten skurcz wtrącony był zawczesnym, 3) że katakrota ekstrasystoli spada nieco niżej podczas tej pauzy (diastoli), niż w sąsiednich normalnych skurczach; 4) że skurcz po którym następuje ekstrasystola trwa wraz z nią tak długo, jak dwa skurcze zwykłe, że wreszcie 5) następny skurcz po ekstrasystoli i wszystkie normalne po nim wypadają akurat w swoim czasie. Na zasadzie tych podstawowych cech charakterystycznych ekstrasystoli bardzo łatwo potrafimy ją poznać, uzbroiwszy się w sfigmograf i uważnie osłuchując serce chorego.

a) —  $\underline{\quad}$  —  $\underline{\quad}$  —  $\underline{\quad}$  —  $\underline{\quad}$   
to rytm działalności ze skurczem wtrąconym będzie:

b) —  $\underline{\quad}$  —  $\underline{\quad}$  — —  $\underline{\quad}$  (jeden ton słyszalny)

lub c) —  $\underline{\quad}$  —  $\underline{\quad}$  —  $\underline{\quad}$  —  $\underline{\quad}$  (dwa tony słyszalne).

Zauważyć należy, że ton skurczu wtrąconego jest zazwyczaj mocny, mocniejszy, niż normalny I ton serca. Polega to zapewne 1) na bardzo silnem zamykaniu się zastawki dwudzielnej, wobec tego, że ekstrasystola przypada w okresie zamkniętych zastawek aorty, skutkiem czego zawartość komory lewej bardzo silnie uderza o zastawkę dwudzielną, a także

2) prawdopodobnie skutkiem wzmocnienia tonu mięśniowego mięśnia serca, kurczącego się przy niezupełnem napełnieniu komory lewej, a zatem w warunkach niezwykłych.

I chorzy odczuwają ekstrasystolę bardzo wyraźnie, jako mocne zakołatanie serca, po którym następuje pauza, niepokojąca ich. Owo mocne zakołatanie serca, mocne uderzenie jego o klatkę piersiową da się łatwo objaśnić tem, że w okresie ekstrasystoli serce, wisząc na napełnionej, a zatem sztywno wydłużonej, będącej *sit venia verbo*, jakby w stanie erekcyi aorty, mocniej uderza o klatkę piersiową, tworząc to, co nazywamy „plateau systolique” mocny i jasno wyczuwalny *ictus*. Po tem silnem uderzeniu następuje pauza — intermisya — przestanek w działalności serca, po czem wszystko wchodzi w zwykłą kolej. Zarówno mocne uderzenie serca, jak i ten przestanek, bardzo niepokojący chorych, zazwyczaj tak jaskrawo występują w wywiadach ich, że z konieczności muszą zwracać na siebie uwagę lekarza. Wysłuchiwanie serca — o ile naturalnie szczęśliwie trafimy na ekstrasystolę — nasze przypuszczenie robi prawdopodobnem; potwierdza je w zupełności krzywa sfigmograficzna. Na tej krzywej widzimy

przedewszystkiem, że co kilka, kilkanaście fal normalnych (por. rys. 1) powtarza się jedna, słabiej zaznaczona, zbliżona znacznie ku wierzchołkowi bezpośrednio poprzedzającej fali, a oddalona długą katakrotą — pauza kompensacyjna — od bezpośrednio następującej. Bliższe przestudyowanie krzywej w tem i w bezpośrednio sąsiadujących miejscach wykazuje, że mamy tu istotnie do czynienia ze skurczem zawczesnym, z ekstrasystolą. Jeżeli mianowicie zechcemy zmierzyć długość (a zatem trwanie) fali z ekstrasystolą, to znajdziemy, że trwa ona bez mała tyle, ile trwają dwie normalne fale krzywej. Jak już wiemy, powstaje to wskutek tego, że pauza kompensacyjna po skurczu wtrąconym trwa tem dłużej, im wcześniej on nastąpił, wobec czego sama ekstrasystola wraz z pauzą trwa naogół tak długo, ile potrzeba do tego, aby następny skurcz serca wypadł w swoim czasie. Zaznaczyłem już wyżej, że przedłużenie się paury spowodowane jest przez stan mięśnia sercowego, który znajduje się w okresie niepobudliwości („rephractäre Phase”) w chwili, kiedy normalny jego bodziec splywa nań z przedsionków.

(C. d. n.).

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

67. P. W. WILLIAMS. Dlaczego szwankujące oddychanie przez nos źle wpływa na rozwój i wzrost ustroju.

Zaznacza tu autor naprzód, że szwankującego oddychania przez nos oraz zwężenia przewodów nosowych nie należy uważać za sprawy w istocie swej jednakie, nadto że nieraz obserwować można ludzi, oddychających przez usta, pomimo że ich przewody nosowe są drożne i zupełnie swobodne — ostatni sposób oddychania najczęściej spostrzegać się daje u osobników,

którym usunięto przeszkody, swobodny oddech przez nos tamujące — a którzy jednak *ex re* przyzwyczajenia dalej przez usta oddychają.

Niepożądane następstwa oddychania przez usta objaśniają się: 1) tem, że wdechane powietrze przed dostaniem się swoim do niższych dróg oddechowych należy się nie oczyszcza (nie filtruje), nie ogrzewa i nie nasycza dostatecznie wilgocią; 2) ustawicznymi usiłowaniami oddychania przez nienależycie drożny przewód nosowy i wreszcie 3) brakiem owego bodźca

(*stimulus*) oddechowego, jaki właśnie stanowi normalne oddychanie przez nos.

Co do nienależytego oczyszczenia powietrza, wdechanego przez usta, to najlepiej sprawę tę ilustrują obliczenia, wykazujące, że z powietrzem, wdechanem przez nos — do przewodów nosowych dostaje się co godzina 1500, a według H. CLAIR'a THOMSON'a i HEWLETT'a u mieszkańców Londynu nawet 14000 drobnoustrojów; w liczbie tych w jamach nosowych ludzi zresztą zdrowych wykazywać się często dają drobnoustroje chorobotwórcze, jak lasecznik błonicy, *meningococcus* i wiele innych — faktem więc pozostaje, że drobnoustroje chorobotwórcze zatrzymują się w nosie... Tutaj też w przewodach — gdzie czynność wydzielnicza zmienia się zależnie od warunków chwili — wdechane powietrze, bez względu na stopień suchości zewnętrznego powietrza atmosferycznego, wchłania w się wilgoć, t.j. wodę — około  $\frac{1}{2}$  kwarty na 24 godziny — i ogrzewa się do temperatury krwi. Gdyby cała wspomniana ilość wody miała być wchłaniana li tylko z błony śluzowej jamy gardzieliowej, krtani, nie mogłoby to żadną miarą pozostać bez szkodliwego wpływu na ich stan i sprawność fizyologiczną. Na zasadzie powyższych danych W. zaprzecza przyjętemu powszechnie mniemaniu, jakoby klimat uzdrowisk Alpejskich tak pomocnym się okazywał w chorobach płuc, dlatego właśnie, że jest suchy, — powietrze choćby najsuchsze, zanim dostaje się do płuc, nasycy się wilgocią — w razie zaś jeśli takie nasycenie ze względu na wadliwy stan przewodów nosowych miejsca nie ma — to suchość ta powietrza staje się raczej źródłem niepożądanych przypadłości ze strony tchawicy i oskrzeli.

Aczkolwiek częściowe zwężenie przewodów nosowych przez utrudnienie oddechu i zarazem wysiłki dziecka — oddychania przez nos, niewątpliwie znacznie upośledzając rozszerzanie się płuc, ujemnie wpływają na należyte ukształtowanie się klatki piersiowej, tem nie mniej W. sądzi, że nie mechaniczny tu czynnik przeważną odgrywa rolę. Zazwyczaj czynnikiem owym, tak ujemnie oddziałującym, okazują się wyrosła adenoidalne. Wpływ taki wyrosła nie warunkuje się jednak obstrukcją mechaniczną niemi spowodowaną — skoro utrudnienie oddychania nosowego istnieje pomimo

często tak małych rozmiarów wyrosła, że te same przez się utrudnienia takiego powodemby być nie mogły — a raczej stanem nieżywym, obrzmieniem nieżywym przewodów, wyrosłom towarzyszącem, oraz oddziaływaniem zwrotnem. Zdaniem autora, samo tylko częściowe zwężenie przewodów nie może być powodem utrudnionego oddychania i, co za tem idzie, szwankującego rozwoju, *resp.* zniekształcenia klatki piersiowej — a dowodem tego jest, że szpara głosowa (*rhima glottidis*) u dziecka fizyologicznie tak jest wąska, że szerokiego strumienia powietrza nie przepuszcza — częściowe więc zwężenie czy to przewodów nosowych, czy też gardzieli (*hypertroph. tonsill.*), — które w wymiarze swoim okazuje się szerszem, aniżeli, wąska szpara głosowa — nie mogłoby należyte wyjaśnić utrudnionego oddychania. Tak więc ów uparty nieżyt nosa, podtrzymywany przez wyrosłe adenoidalne — w przeważnej mierze stanowi ów czynnik, stojący na przeszkodzie oddychaniu przez nos — brak zaś oddychania nosowego staje się powodem nieprawidłowego stanu i sprawności płuc oraz sprzyja wadliwemu kształtowaniu się klatki piersiowej. Dlaczego jednak inne nieprawidłowości, jak zboczenia przegrody nosowej, przerost muszeli nosowych, sprawy chorobowe jam ubocznych (*sinus accessorii*), polipy, zboczenia w zakresie kości sitowej, wrodzone przednie lub tylne, mniej lub więcej znaczne zarośnięcie przewodu — aczkolwiek zazwyczaj w mniejszym stopniu — mogą również utrudniać oddychanie nosowe — mniej niekorzystnie jednak wpływają na rozwój ustroju, autor objaśnia oddziaływaniem na ośrodek oddechowy w rdzeniu przedłużonym. Normalne oddychanie, stanowiące niejako czynność automatyczną, aczkolwiek mogące być chwilowo dowolnie przyspieszone lub zatrzymywane — podtrzymuje i reguluje się zależnie od stanu utlenienia *resp.* odtlenienia (*venosity*) krwi za wpływem ośrodka oddechowego, w rdzeniu przedłużonym siedlisko swe mającym — żywość zaś (energia) oddychania płucnego, które autor tu nazywa zewnętrznem, pozostaje w stosunku prostym do takiejże sprawy wewnętrznej, (oddychania wewnętrznego) — t.j. do przemiany materii — metabolizmu tkankowego. — Chociaż jednak ów ośrodek oddechowy w istocie rzeczy działa automatycznie, tem nie mniej jednak pozostaje

on jeszcze i pod wpływem pewnych impulsów dośrodkowych, jest więc niejako ośrodkiem odruchowym. Dowiedzionem jest, że znajduje się on pod wpływem impulsów, dobiegających doń z płuc za pośrednictwem *nervi vagi* — z powierzchni skóry i wreszcie z jam nosowych i nosogardzielowej za pośrednictwem nerwów trójdzielnego i językogardzielowego.

Owo oddziaływanie nań impulsów z górnych odcinków przewodów nosowych zostało dowiedzione przez SPENCER'a (drażnienie szlaku nerwu węchowego), — znany również jest ogólnie wpływ substancji wonnych soli trzeźwiących na oddychanie a także uczucie silnej duszności przy wprowadzaniu palca (przy próbach rozpoznawania wyrostki adenoidalnych) do jamy nosogardzielowej — zależne właśnie od takiego hamującego impulsu, stającego się w niektórych przypadkach operacyjnego usuwania wyrostki przyczyną groźnego zatrzymania się oddechu. — Brak więc owych normalnych bodźców oddalonych *ex re* obecności wyrostki w jamie nosogardzielowej ujemnie wpływa na czynność ośrodka oddechowego — *eo ipso* na czynność, rozszerzalność płuc — niedostateczna zaś ilość powietrza, względnie tlenu, ujemnie znów oddziałuje na metabolizm tkankowy „wewnętrzne oddychanie”, *resp.* jest powodem niedostatecznego odżywiania: oba te czynniki składają się na płaskość (podobojczykowych okolic) klatki piersiowej, ogólną wątłość i słaby rozwój dziecka.

(The Bristol medico chirurgic. Journal. 91. 1906).

F. Gr.

68. STENGER. O reumatycznym porażeniu nerwu twarzowego i o przyczynowym związku tych porażań z cierpieniami ucha.

Według PHILIP'a stwierdzono w 130 przypadkach obwodowego porażenia jako przyczynę w 5,4% uraz, w 6,2% choroby ucha i w 72,3% pochodzenie reumatyczne.

W większości przypadków porażenie nie występuje bezpośrednio po zaziębnieniu, lecz dopiero po upływie 24—36 godzin i odrazu jako kompletne porażenie. MINKOWSKI skonstatował u 27-letniego mężczyzny, który po zaziębnieniu dostał całkowitego porażenia nerwu twarzowego i zmarł po 7 tygodniach wskutek otrucia kwasem solnym, daleko posunięte zwyrodnienie nerwu, najwybitniej wyrażone na obwodzie i w dolnej części kanału FALLOPIUSZ'a Zwyrodnienie

nerwu wyrażone było daleko słabiej ku górze, dało się jednak prześledzić aż do *ganglion geniculi*. W samym *ganglion geniculi* nie było żadnych zmian chorobowych. W *neurilemma* nie stwierdzono sprawy zapalnej. Sprawa chorobowa występowała jako czyste *neuritis degenerativa*, spowodowane wpływem zimna nawłókna nerwowe. Nie było żadnego powodu do przyjmowania obrzmienia zapalnego w okolicy nerwu, wywołanego uciskiem w przebiegu kanału FALLOPIUSZ'a. Szkoła CHARCOT'a uważa działanie zimna za przyczynę przypadkową przy istnjącym nerwowym usposobieniu.

ERB sądzi, że zaziębnienie wywołuje proces zapalny w pobliżu otworu kanału FALLOPIUSZ'a. Tłumaczenie takie jest bardzo prawdopodobne, gdyż nerw w tem miejscu najłatwiej podlega szkodliwym wpływom zaziębnienia. W każdym razie fakt ten nie zupełnie tłumaczył możliwość zajęcia nerwu w tem, bądź co bądź, doskonale zabezpieczonym miejscu. W przebiegu nerwu przez kość skalistą nerw twarzowy w jamie bębnekowej jest od niej oddzielony cienką blaszką kostną. Wobec tego że ściana ta kostna w wielu przypadkach jest przedziurawiona i nerw swobodnie leży w jamie bębnekowej, ta ostatnia będzie więc miejscem, skąd nerw twarzowy najłatwiej zostanie osiągnięty przez zewnątrz nań wpływające szkodliwości. Przeciwno twierdzeniu, że wpływ reumatyczny najłatwiej osiągnie nerw w jamie bębnekowej, możnaby przytoczyć tę okoliczność, że porażenie nerwu twarzowego rzadko występuje w przebiegu spraw zapalnych w jamie bębnekowej.

W ostrych sprawach zapalnych może być mowa tylko o bezpośrednim szerzeniu się sprawy na nerw, gdy w reumatycznym cierpieniu bezpośrednio działa zimno na mniej lub więcej osłonięty nerw.

Powstawanie reumatycznego porażenia nerwu twarzowego możnaby sobie wytłumaczyć w następujący sposób. Bezpośrednie działanie zimna na nerw wywołuje wysięk w pochwie nerwowej, który przez ucisk doprowadza do porażenia. I ta okoliczność, że porażenie nie występuje bezpośrednio po zaziębnieniu, lecz dopiero po upływie 12—24 godzin, przemawia za tem, że sprawa odbywa się w jamie bębnekowej, a nie przy wyjściu nerwu i że dopiero ztąd wysięk szerzy się dalej. Musielibyśmy prócz tego czę-

ściej spostrzegać przypadki, w których porażenie szerzyłoby się powoli od punktu wyjścia nerwu na gałązki nerwowe, wychodzące z *ganglion geniculi*. Jak wiadomo, nie ma to miejsca, i porażenie występuje nagle i całkowicie. Jako zwiastuny reumatycznego porażenia nerwu twarzowego występują: szумы w uszach, przytępienie słuchu, zawroty głowy, zmiany w zmyśle smaku, bóle głowy i bóle odpowiedniej połowy twarzy. Często również spostrzegano objawy gorączki, silne bóle odpowiedniej strony szyi, promieniujące ku mięśniowi mostko-obojęzyskowemu. Bóle odpowiedniej strony twarzy umiejscowione są w odpowiednim uchu lub też za uchem w okolicy wyrostka sutkowego, okolicy czołowej, ciemieniowej, w szczęcie górnej lub w kącie zuchwy.

Z wystąpieniem porażenia objawy zwiastunów mogą ustąpić lub też trwać w dalszym ciągu.

Za główne punkty przy powstawaniu reumatycznego porażenia nerwu twarzowego uważać należy jamę bębenkową *resp.* kanał FALLOPIUSZ'a lub punkt wyjścia nerwu twarzowego z kanału FALLOPIUSZ'a. Wobec tego że w przypadkach reumatycznego porażenia nerwu twarzowego nie udało się stwierdzić jednoczesnego zajęcia jamy bębenkowej, nie mamy zasady uważać jamy bębenkowej jako punktu wyjścia dla sprawy chorobowej. Objawami takimi są 1) zmiany na błonie bębenkowej, 2) zmiany słuchu, 3) inne objawy, jak szумы, zawroty i bóle. Do jamy bębenkowej swobodnie można się dostać przez trąbkę EUSTACHIUSZ'a. Dowiedziona jest rzeczą, że często nerw twarzowy nie przebiega w jamie bębenkowej w zamkniętym kanale kostnym, lecz że istnieją dehiscencye i duże otwory kostne, tak że nerw twarzowy leży odkryty

w jamie bębenkowej. Jeżeli zatem przeciąg powietrza trafi na nerw w takim miejscu, to wystąpi wysięk i obrzmienie zapalne pochwy nerwowej. Ponieważ sprawa chorobowa dotyczy nerwu, przeto objawy ze strony ucha średniego nie są wybitne. Zmiany uszne są następujące: mniej lub więcej wyraźne zaczerwienienie błony bębenkowej w górnym odcinku. Najważniejszymi objawami w reumatycznym porażeniu nerwu twarzowego są jednak objawy słuchowe, występujące prawie we wszystkich przypadkach pod postacią szumów i porażenia nerwu słuchowego z zupełną i trwałą głuchotą. Subiektywne objawy słuchowe mogą poprzedzać porażenie nerwu twarzowego lub też występują w pierwszych dniach choroby. Ponieważ otwory kostne w kanale twarzowym znajdujemy najczęściej w okolicy okienka owalnego, przeto wysięk, szerzący się na okolicę okienka owalnego, wywołać musi wybitniejsze zmiany słuchowe. Szczególniej zwrócić należy uwagę na objawy zależne od porażenia mięśnia strzemiennowego a mianowicie *hyperakusis*. Na szczególniejszą uwagę zasługują przypadki reumatycznego porażenia nerwu twarzowego, przebiegające jednocześnie z silną głuchotą, powodowaną jednocześnie zajęciem nerwu słuchowego. W tych przypadkach reumatyczna szkodliwość działa jednocześnie na oba nerwy w jamie bębenkowej. W końcu autor cytuje 3 przypadki porażenia nerwu twarzowego, w których otwory gardzielowe trąbek EUSTACHIUSZ'a były bardzo szerokie, i tą drogą, zdaniem autora, zimne powietrze szkodliwie mogło oddziaływać na jamę bębenkową.

(Deut. Arch. f. Klin. Med. 81. 5 i 6).

G.

## XXIII Zjazd internistów niemieckich w Monachium.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 21).

Następnego dnia pierwszy mówi ROTHMANN (Berlin). O podstawie anatomicznej transkortykალnej afazji ruchowej.

Opisany po raz pierwszy przez LICHTHEIM'a a zdefiniowany przez WERNICKE'go jako transkortykალna afazja ruchowa obraz chorobowy zarówno i pod względem klinicznym, jak i anatomicznym dotychczas nie miał określonych podstaw. Przypadek LICHTHEIM'a polegał na tem, że pacjent nie mógł dowolnie ani mówić, ani pisać, natomiast bez błędu powtarzał za mówiącym całe zdania, kopiował rzeczy pisane, pisał pod dyktando. Siedliskiem tych objawów jest, zdaniem LICHTHEIM'a, ognisko w 3-m zawoju czołowym. Ale ani LICHTHEIM, ani inni autorzy, którzy obserwowali podobny obraz, nie mieli do czynienia z czystym przypadkiem klinicznym, gdyż i inne czynniki wchodziły w grę. W przypadkach tego rodzaju afazji anatomicznie stwierdzono bądź obrażenie kory 3-go zawoju czołowego, bądź rozlane sprawy. Na skutek tego dotychczas afazji tego rodzaju bądź nie uznawano za samoistną formę, bądź widziano w niej funkcyonalną zmianę ośrodka BROCA. Mówca obserwował klinicznie czysty przypadek, gdzie opisane zaburzenia mowy powstały wskutek ataku apoplektycznego, który przebył pacjent przed 6 laty

Sekcja 82-letniego pacjenta, który umarł na zapalenie płuc, wykazała w samej rzeczy sklerotyczne ognisko u podstawy 3-go zawoju czołowego. Jeżeli wobec tego transkortykალna afazja ruchowa może być uważana za sprawę chorobową, klinicznie i anatomicznie określoną, mówca wskazuje w dalszym ciągu, że tak zwana subkortykალna afazja ruchowa (*subcortical motorische Aphasie*) zależna jest od przerwy włókien assocyacyjnych między ośrodkiem BROCA a *operculum*. Mówca proponuje, aby zupełnie zaniechano używania wyrażenia „*transcortical*“, a zamiast określenia transkortykალne afa-

zye, używano — Lichtheim'owska czuciowa i ruchowa afazja.

Następny mówca SCHMIDT (Drezno) demonstrowa obmyślony przez siebie nowy trójkąt, służący do wstrzykiwań środków lekarskich do jamy opłucny. Autor dotychczas wykonał 24 infuzye. Wprowadzał gazy, oliwę, fizyologiczny roztwór soli kuchennej. Przy wysiękach gruczolanych wprowadzał sterylizowane powietrze, tlen. W niektórych przypadkach obserwował znaczne polepszenie. Dalej stosował swe zastrzykiwania w gruczolę i bronchiektazjach (przeważnie sterylizowane powietrze i oliwę). Rezultaty po części były bardzo dodatnie.

W dyskusji BRAUER (Marburg) zwraca uwagę, aby przy infuzyach nie obrażano chorego płuca. O ile fakt ten nie ma żadnego znaczenia, gdy płuco jest zdrowe, przy chorem — może mieć przykre następstwa.

Następnie mówi ARONSON (Ems) o pochodzeniu i znaczeniu zwiększonej przemiany substancji białkowych w chorobach gorączkowych i niegorączkowych. Zasadnicze punkty jego są następujące:

1. Spotęgowanie przemiany substancji białkowych zależne jest od wpływu nerwowego albo od wpływu fermentów. Przyjmowanie rozpadu białka na drodze toksycznej jest nieuzasadnione.

2. Spotęgowanie przemiany materii białkowej spotykamy przy niedostatecznem podawaniu tłuszczu i węglowodanów, w gorączce i charłactwie. Spotęgowanie przemiany białka podczas gorączki zależy od zwiększonej inwazyi komórek wskutek podrażnienia ośrodka cieplikowego.

4. Spotęgowany rozpad białka w gorączce jest charakterystyczną cechą ostatniej.

5. Rak nie spowoduje zwiększonego wydzielania azotu. Zwiększone wydzielanie azotu

w sprawach rakowych występuje jedynie z wybuchem gorączki albo wskutek wessania przez krew fermentów, pochodzących z rozpadających się tkanek raka.

6. W chorobie BASEDOW'a przemiana materii jest zupełnie normalna, jeżeli niema gorączki, bądź wysokiego podrażnienia nerwów.

7. W gruźlicy bez gorączki niema spotęgowanej przemiany substancji białkowych.

8. W małokrwistości złośliwej wydzielanie mocznika jest prawidłowe, podczas gorączki — mocznik się zwiększa. Przy otruciach fosforem, pyrodiną, phloretiną spotęgowanie przemiany materii białkowych zależy od podniesienia ciepłoty.

JAKSCH (Praga) mówi o rzadko obserwowanym przypadku *Amylosis pulmonum*. Pacjent gorączkuje, silny kaszel atakami, zmiany opukowe. Podejrzenie gruźlicy. Plwocina, obficie wydzielana, ma wygląd niezwykły, jest czerwona, o nieprzyjemnym zapachu. Ku zdumieniu mówcy nie znaleziono w niej żadnych drobnoustrojów, natomiast zarówno reakcje chemiczne, jak i badanie mikroskopowe wykazały obfitość krochmalu. Dyeta z wyłączeniem węglowodanów — rezultat badań bez zmiany. JAKSCH nazwał tę formę chorobową *amylosis* i stawia ją równolegle z *pneumoconiosis*, *anthracosis* i t. d. Badanie promieniami ROENTGEN'a nie dorzuciło nic nowego. O zawodzie pacjenta prelegant nie wspomina.

Następny mówca KUELBS (Kiel) mówi o mięśniu sercowym w zależności od pracy fizycznej. Eksperymenty jego polegały na tem, że z grupy zupełnie jednakowych psów jedne pracowały fizycznie (bieg), drugie były w absolutnym spokoju. Autopsya wykazywała zawsze absolutne zwiększenie wagi serca u pracującego zwierzęcia. Mięśnie ciała zyskują na wadze nie w tym samym stosunku. I w innych narządach, mianowicie wątrobie, mógł zawsze konstatować zwiększenie wagi u pracującego zwierzęcia.

W dyskusji MORITZ (Giessen) stwierdza, że u zupełnie zdrowych osobników znajdował powiększenie serca wskutek jazdy na rowerze.

SELIG (Francensbad) konstatował spadek ciśnienia krwi i białkomocz u atletów i gimnastyków.

Dalej krótko referuje HOPPE-SEYLER (Kiel) o badaniach swych nad tkanką łączną w wątrobie, spotęgowany rozrost spotykał głównie w *cirrhosis hepatis*.

Następnie mówi LUKTHIE (Erlangen) o przemianie materii białkowych, gdzie nic nowego nie dorzuca.

SCHILLING (Norymberga) mówi o stosowaniu promieni ROENTGEN'a w chronicznym zapaleniu oskrzeli. Cały szereg pacjentów tego rodzaju stale wykazywał zmniejszenie się wydzieliny. Nawet w przypadkach zastarzałych miał dodatnie wyniki, zmniejszenie duszności i t. d.

W dyskusji JAKSCH sceptycznie się zapatruje na terapeutyczne znaczenie promieni ROENTGEN'a.

Następny mówca BAER (Strassburg) mówi o kwasach tłuszczowych. Eksperymenty, robione nad ciężką formą cukrzycy, nie wykazały żadnego wpływu normalnego kwasu waleryanowego na wydzielanie się kwasu oksymasłowego. Z kwasu izomasłowego udało się otrzymać L. — kwas mleczny, a z kwasu dimetylpropionowego — kwas  $\beta$  — oksymasłowy, co znaczy, że w obu przypadkach nastąpiło odszczepienie grupy metylowej, zamienionej przez grupę hydroksylową. Identyczne jest zachowanie się grupy etylowej w kwasie etyl-metyl-propionowym.

W kwasie etyl-metyl-octowym i dietyloctowym zachodzi odszczepienie bocznego ogniw bez oksydacji, a oksydacja następuje dopiero w  $\beta$  połączeniu, w każdym razie w moczu znajdujemy wtedy mniej kwasu oksymasłowego, aniżeli po kwasie dimetylpropionowym. Prawie w równym stopniu oddziaływała leucyna, w ten sposób przeto ostatecznie stwierdzono tworzenie się kwasu oksymasłowego z białka.

Na ten sam temat mówi następnie EMBDEN (Frankfurt n/M.).

Poobiednie posiedzenie odbywało się w wielkiej sali wykładowej 1-ej kliniki uniwersyteckiej i było głównie poświęcone pokazom.

KÖHLER (Jena) demonstrował badanie niezabawionych tkanek za pomocą ultra-fioletowych promieni, SELLING i EDELMANN za pomocą skomplikowanych przyrządów przedstawiają graficznie dźwięki, otrzymywane przy badaniu perkusyjnem. ADAM (Hamburg) przy pomocy roent-

genogramów pokazuje zmiany szczytów płucnych bez zmian perkusyjnych. SIEGERT (Kolumbia) — niknące obrazy, służące do dyagnostyki różniczkowej między mongolizmem, *myxoedema infantile*, kretynizmem. Mongolizm i kretynizm zewnętrznie są bardzo zbliżone do siebie, odróżnić je można na roentgenogramach. TILLENUS (Soden) demonstruje centryfugę własnego pomysłu, robiącą 6000 obrotów na minutę. W instytucie fizyologicznym demonstruje CREMER (Monachium) przy pomocy elektroskopu prądy, powstające w sercu, a WEISZ (Karlsbad) w Instytucie położniczym na zasadzie wyników badania jelita grubego u nowonarodzonego wnioskuje, czy organizm dziecka jest zdrowy, czy nie. W dalszym ciągu następują referaty.

EHRET (Strassburg) mówi o znaczeniu gorączki przy rozpoznawaniu infekcji dróg żółciowych. Wszechstronne badanie w klinikach NAYNIN'a i MADELUNG'a wykazały:

1. Gorączka przy kamieniach żółciowych wskazuje zawsze i bez wyjątku na istnienie sprawy infekcyjnej w drogach żółciowych;

2. Przy stanie bezgorączkowym jedynie wtedy można wyłączyć sprawę infekcyjną, jeżeli kamienie poprzednio nie dawały żadnych objawów chorobowych albo też, o ile były objawy, to miały przebieg bezgorączkowy;

3. Stopień gorączki nie wskazuje na siłę infekcji.

Następnie mówi REISS (Akvizgran) o pomiarach nad pobudliwość nerwów czuciowych przy pomocy elektryczności na zasadzie teorii NERUST'a (rzecz nie nadająca się do krótkiego referatu), a SCHLAYER (Tubinga) o eksperymentalnych badaniach nad toksycznym zapaleniem nerek. Wywołane u zwierząt zapalenia można podzielić na dwie grupy: *nephritis tubularis* i *nephritis vascularis*. Wydzielanie wałeczków nie stoi absolutnie w żadnym związku ze zmianami naczyń krwionośnych, zmiany w naczyniach pociągają za sobą jedynie zmniejszoną ilość wydzielanego moczu.

GROEDEL (Nauheim) demonstruje ulepszony ortodiagraf, aparat, umożliwiający dokładne określenie wymiarów serca przy pomocy promieni ROENTGEN'a, i specjalne urządzenie, aby zdjęcia te mogły być dokonane w dowolnym położeniu pacjenta.

Na tem zakończył się trzeci dzień posiedzeń.

Ostatni dzień zjazdu dał nieszczęśliwym sprawozdawcom jeszcze szybciej mówiących prelegentów, gdyż wobec *maximum* czasu, oznaczonego na 15 minut, każdy z nich z błyskawiczną szybkością wyrzucał z siebie szeregi kunsztownych zdań.

Pierwszy mówi BICKEL (Berlin): Eksperymentalne badania nad wydzielaniem się soku żółdkowego.

Następny mówca RAAB (Monachium) — o wczesnem rozpoznaniu zaburzeń w cyrkulacji. Główny nacisk w tej sprawie kładzie na rozmiary serca, określane za pomocą roentgenogramów, zachowanie się pulsu przed i po wysiłku fizycznym, pomiary ciśnienia krwi. ASHER (Bern) mówił o fizyczno-chemicznych wzajemnych stosunkach ciał we krwi. Na zasadzie swych badań nad zachowaniem się różnych ciał we krwi mówca wykazuje, że teorie tworzenia się moczu, oparte na zasadzie filtracji, nie mają odpowiedniego gruntu. UMBER (Altona) mówi o swych eksperymentalnych pracach nad tłuszczem w drogach trawiennych. WEBER (Greifswald) referuje o eksperymentach swych nad rezerwacją środków moczopłciowych, KRAUSE (Wrocław) mówi o lipemii w *coma diabeticum* — charakterystyczne zmiany dna oka pozwalają przewidzieć lipemię na kilka dni przed jej wybuchem. WINTERNITZ (Halle) o podskórnem stosowaniu tłuszczu. Tłuszcz, wstrzyknięty pod skórę u chudych osobników, zostaje zrezorbowany tylko częściowo, znaczna część wprowadzonego tłuszczu rozmieszcza się równomiernie w warstwach tkanek. Następnie ROSENFELD (Wrocław) mówi o swych badaniach nad zawartością tłuszczu w nerkach i o otluszczeniu serca.

ENGLAENDER (Wiedeń), mówiąc o określaniu ciężaru gatunkowego płynów surowicznych zwraca uwagę, aby temperatura płynu odpowiadała ściśle temperaturze, przy której oznaczano skalę areometru, w przeciwnym razie omyłka wynosi kilka podziałek areometrycznych. Proponuje przeto oznaczanie ciężaru gatunkowego według formuły  $\frac{T}{T^{\circ}\text{C}} = x$ .

Zajmujący odczyt następny, wygłoszony przez JOCHMANN'a (Wrocław), dotyczy serodyagnostyki i seroterapii drętwicy karku.

Obserwacje mówcy nad drętwicą podczas epidemii na Śląsku w 1905 roku posłużyły za punkt wyjścia do stosowania iniekcji surowicy.

Według wskazówek mówcy przez firmę Merck'a zostało spreparowane serum drogą immunizacji koni, baranów i kóz. Siła aglutynacyjna, sprawdzona na 32 hodowlach *meningococi intracell.*, wynosi 1 : 1500. Gdy doświadczenie przeprowadzić nad kokami, nie barwiącymi się metodą GRAM'a, aglutynacja zupełnie nie następuje. Określiwszy wartość surowicy na całym szeregu myszy i królików, mówca zaczął ją stosować u chorych. O skuteczności surowicy ostatecznego zdania wypowiedzieć nie może. W świeżych przypadkach, gdzie od razu stosował surowicę w większej ilości, stale miał wrażenie dodatniego wpływu.

Stosowanie surowicy odbywało się w ten sposób, że pierwszego dnia zastrzykiwano 20 — 30 ctm., a następnie 3-go i 4-go dnia powtarzano iniekcje. W jedenastu przypadkach po początkowych wstrzykiwaniach podskórnych następowały wstrzykiwania w *canalis lumbalis*.

Z początku mówca robił *punctio lumbalis*, po wypuszczeniu 30 — 50 ctm. *liq. cerebrospinal.* za pomocą tej samej igły zastrzykiwał 20 ctm. surowicy. Iniekcje do kanału powtarzał 1 — 2

razy przy podnoszeniu się temperatury. Na 17 obserwowanych przypadków w 5 było zejście śmiertelne (3 przypadki połączone z *hydrocephalus*). Pod wpływem surowicy następował szybki spadek gorączki, zmniejszenie bólów głowy i sztywności karku. Działań ubocznych surowicy mówca nie obserwował zarówno przy iniekcjach podskórnych, jak i do kanału.

Mówca dochodzi do wniosku, że w przypadkach drętwicy karku możemy mniej więcej liczyć na dodatni rezultat, zastrzykując pod skórę i do kanału 20 ctm. sz., (ewentualnie 1 — 2 razy powtórzyć wstrzykiwanie do kanału) i stosując powtórnie *punct. lumbalis*.

W dyskusji EPSTEIN (Getynga) zapytuje o śmiertelność w epidemii 1905 roku. Śmiertelność ta według wyjaśnień JOCHMANN'a wynosi 80 — 90%.

Następują odczyty SCHRIDDE'go i TÜRCK'a o patologii krwi, nie nadające się do streszczeń.

Ostatni wreszcie mówi ACHELIS (Marburg) o swych eksperymentach nad wywołaniem u żab elek. reakcji zwyrodnienia wskutek zmęczenia.

Przewodniczący STRÜMPPELL zamyka posiedzenie.

Następny zjazd odbędzie się w Wiesbaden.

D-r Aleksan. Bernstein.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BLAU i CRISTOFOLETTI, korzystając z materiału klinik wiedeńskich, zebrali dane o trwaniu ciąży. Zgodnie z WINCKEL'em autorowie od ogólnej cyfry porodów (68032 w ciągu 10 lat) odjęli te dzieci, które wagą i długością ciała przekraczały normę, i starali się możliwie dokładnie oznaczyć ciążę, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki aż do dnia porodu. Z 1031 odpowiednich przypadków w 150 ciąża trwała wyżej 300 dni, w 135 wyżej 302 dni;

średnia cyfra była 313 dni; długość dzieci średnia 54 cm.; było 110 chłopców i 40 dziewcząt. (Mon. f. Geb. u. Gyn. luty 1905).

= OLSHAUSEN pokazywał w Tow. Gin. Berl. kobietę, u której pomyślnie wykonano szóstą laparotomię. Pierwszy raz wycięto prawy jajnik, drugi raz macicę z lewym jajnikiem, następne 4 operacje robiono wskutek odnawiającej się przepukliny brzusznej. (Z. f. Geb. u. Gyn. T. 54).

= Josué opisał w r. 1903 arteryo-sklerozę doświadczalną, wywołaną wewnątrz-żylnymi zastrzykowaniami adrenaliny. Zmiany w naczyniach przypisuje on swoistemu wpływowi adrenaliny na ściany naczyniowe. W roku 1904 Erb stwierdził to samo; u zwierzęcia po 10 iniekcjach znaleziono w aorcie miejsce zwapniałe. HEDINGER po iniekcjach wewnątrz-żylnych adrenaliny i podskórnych hemostazyny znalazł w aorcie sprawę, cechującą się nekrozą i zwapnieniem mięśni błony średniej (*media*) i zniszczeniem włókien sprężystych; była to więc właściwa *mesaortitis*, analogiczna z przymiotową. Przyczynę tych zmian u królików upatrują częścią we wpływach mechanicznych, częścią

w toksycznych. Że grają tu rolę nie tylko momenty, wzmagające ciśnienie krwi, dowodzą doświadczenia LISSAUER'a który, mimo długotrwałych iniekcji kofeiny, podnoszących ciśnienie krwi do 60 mm. Hg po nad normę, nie otrzymał zmian w aorcie. Według HEDINGER'a głównie działa wpływ toksyczny wyciągu nadnerczy, czy to bezpośrednio na pierwiastki mięśniowe aorty, czy drogą uboczną przez *vasa vasorum*. Inne naczynia nastroju zmian nie okazywały. W niektórych przypadkach były zmiany w splotach współczulnych brzusznych i raz w splotach sercowych.

(Korr. Bl. f. Schweiz. Aerz. 20 — 05).

P.

## Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w maju 1906 r.

### Gazeta Lekarska.

N. 17 1) S. Bzura. Terapia pneumatyczna. (c. d.)

2) Motz i Perearnau. Badania nad powstaniem przerostu gruczołu krokowego. (c. d.)

N. 18. 1) Pruszyński. Choroba Addison'a bez brązowego zabarwienia skóry.

2) Motz i Perearnau. Badania nad powstaniem przerostu gruczołu krokowego. (Dok.)

3) St. Bzura. Terapia pneumatyczna (c. d.)

N. 19. 1) B. Grzankowski. Podstawy operacyjnego leczenia raka macicy.

2) St Bzura. Terapia pneumatyczna (c. d.)

N. 20 1) L. Zembrzusi. Przyczynek do powstawania ropnicy po czyraku (*furunculus*) skóry.

2) Grzankowski. Podstawy operacyjnego leczenia raka macicy. (Dok.)

3) St. Bzura. Terapia pneumatyczna (Dok.)

### Kronika Lekarska.

N. 9. 1) I. Hornowski. Omyłki dyagnostyczne.

2) Jan Sędziak. Przewlekły nieżyt nosa.

N. 10 1) J. Hornowski. Omyłki dyagnostyczne.

2) Jan Sędziak. Przewlekły nieżyt nosa.

### Zdrowie.

N. 5. 1) B. Korybut-Daszkiewicz. O żywieniu niemowląt surowem mlekiem kozim.

2) Męczkowski. W sprawie niższej służby szpitalnej.

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.

N. 4. 1) Karwacki. O florze spraw płciowych.

### Czasopismo Lekarskie.

N. 4. 1) B. Szenk. W sprawie leczenia szkarlatyny surowicą swoistą.

2) J. Pełczyński i H. Fidler. O cholery. (Dok.)

3) J. Mazurkiewicz, W. Sochacki, W. Łuniewski i S. Borowiecki. Trzeci rok zakładu dla umysłowo i nerwowo-chorych w Kochanówce. (c. d.)

4. Fr. Grodecki. Wartość lecznicza Birsztan w świetle cyfr.

5) A. Puławski. Sprawozdanie lekarskie z Zakładu leczniczego w Nałęczowie za rok 1905  
Przegląd Felczerski

N. 9. 1) Tążec przyranny, ciąża, zmiany wywołane przez nią w ustroju kobiety i dyetetyka tego stanu. (c. d.).

2) Dyetetyka przy skazie moczanowej. (Dok.).

N. 10. 1) Dyfteryt.

2) Krztusiec.

#### Przegląd Lekarski.

N. 17. 1) Fr. Kryształowicz i M. Siedlecki. O stosunku rozwoju krętka bladego (treponema pallidum Sch.) do okresów kiły.

2) R. Glassner. Wyniki lecznicze, osiągnięte za pomocą przekrwienia biernego w 312 przyp.

3) Leonard Bier. O zafałszowaniu praw korzennych w Galicyi.

4) Artur Frommer. O przekrwieniu biernem według Bier'a ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej (c. d.).

N. 18. 1) M. Blassberg. W sprawie rozpoznawczej wartości oddeczynu Widala.

2) A. Frommer. O przekrwieniu biernem według Bier'a, ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej (c. d.).

N. 19. 1) B. Kozłowski. Operacja Talmy (wszywanie sieci) przy przepuklinie brzusznej z powodu marskości wątroby i jej skutki.

2) Frommer. O przekrwieniu biernem według Bier'a ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej (Dok.).

3) Franciszek Bandrowski. Urofosfometr.

N. 20. 1) Romuald Węglowski. Przyczynę do techniki i kliniki ezafagoskopii.

#### Nowiny Lekarskie.

N. 5. 1) Bolesław Gerzabek. Przyczynę do kazuistyki ropni płucnych.

2) Józef Bogdanik. O zachowawczem i operacyjnem leczeniu gruźlicy stawów.

#### Przegląd Higieniczny.

N. 5. 1) Eugeniusz Piasecki. W sprawie higieny płciowej młodzieży szkolnej.

2) R. Panek i F. Szperling. O biologicznym sposobie oczyszczania wód ściekowych z szczególnem uwzględnieniem urządzenia w Sanatorium piersiowo-chorych w Zakopanem (c. d.).

3) Sprawy Towarzystwa „Ochrona Młodzieży”.

#### Przegląd Weterynarski.

N. 5. 1) F. Marbiel. Zabiegi weterynarskie w zakresie chorób bydła rogatego.

2) L. W. Jarosch. O dyfteryji ptasiej.

3) Fried. O wartości i technice szczepienia przeciw różcy wąglikowej.

#### Głos Lekarzy.

N. 9. 1) Walka z gruźlicą.

2) Z lwowskiej Komisji przeciwigruźliczej.

3) Kodeks deontologii lekarskiej.

4) Partactwo lecznicze w Galicyi (Dok.).

5) Statut Tow. lekarzy kolejowych Galicyi zachodniej w Krakowie.

6) Z izb lekarskich.

N. 10. 1) Lekarze wobec reformy prasowej.

2) Kodeks deontologii lekarskiej (c. d.).

3) Strajk lekarzy w Austrii górnej.

4) Walne zgromadzenie Tow. Samopomocy lekarskiej.

5) Z lwowskiej reprezentacji Tow. Samopomocy lekarzy.

6) Z sanockiej reprezentacji Tow. Samopomocy lekarzy.

7) Z izb lekarskich.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

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

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

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

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

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

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

## Wystrzegać się zafałszowań!

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

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycy: Apteka na Bolszoi Ochcie w S.-Petersbur. Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców — 2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!) Dla dzieci — 1 — 2 łyżek deserowych (bez dodatków). Dla dorosłych — 1 — 2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

**Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncyi) rb. 1. k. 60.**

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

## Założony w roku 1845 INSTYTUT WÓD MINERALNYCH W OGRODZIE SASKIM.

Wejście przez Ogród Saski lub przez kantor Graniczna № 14. Telefonu № 422.

### Poleca:

Wody Mineralne Sztuczne, dokładnie podług analizy wyrabiane. Wodę Sodową, Selcerską, i Giesshübler oraz inne napoje gazowe, wszystko na wodzie destylowanej i wyłącznie systemu Struve'go przygotowane.

Wody Mineralne Naturalne świeżego czerpania, wprost ze źródeł sprowadzane. Kąpiele Mineralne: Ciechocińskie, Cieplickie, Iwonickie Wiesbadeńskie, Krynickie, Akwizgrańskie, oTrenczyńskie, z kwasem węglanym i t. p. wydają się w Zakładzie kąpiel. przy Instytucie i do dmów.

Wodę destylowaną do celów chemicznych, leczniczych i przemysłowych. Syropy prawdziwe owocowe.

Sezon kuracyjny w ogrodzie przy Instytucie rozpoczyna się w połowie Maja. W ciągu tego czasu codziennie od godziny 6-ej do 10 ej z rana wydawane są na szklanki wszystkie wody mineralne naturalne i sztuczne w źródłowych temperaturach.

Prócz należności za wody, sole, serwatkę i mleko żadnego wpisowego nie pobiera się.

Ekspedycya szybka i akurata na miasto i na prowincję.

## Busko D-r J. Majkowski

praktykować będzie przez cały sezon (20 maj — 20 wrześ.) w willi „WIKTORIA“ przy zakładzie kąpiel. Tegoż do nabycia monografia „Busko wody siarczane-słone“ kop. 60.

**KARLSBAD**

D-r Kołaczkowski  
ordynuje jak lat ubiegłych dom  
Stadt Athen Kreuzstrasse naprze-  
ciw kolumnady Mühlbrunnu.

## Ciechocinek. Dr Biesiekierski

pensjonat Zachęta II  
Choroby chirurgiczne, Kobięce, mechanoterapia.

## D-r O. LANG

ordynuje jak w latach poprzednich  
w Rabce.

www.dlibra.wum.edu.pl

# LE VALERIANATE de PIERLOT

(Waleriano kwaśny amoniak Pierlot.)

Działa uśmierzająco przy chorobach nerwowych jak:

**NEUROZY**

**NEWRALGIE**

**NEURASTENIE**

**DOZA** 2 lub 3 łyżeczki od herbaty, rano i wieczorem do 1/4 części szklanki wody ocukrzanej.

LITERATURA: Bouchardat, Tr. Pharm., strona 300.

Gubler, Com. du Codex. strona 813. Trousseau, Thérap., page 214.

Charcot, Cliniques de la Salpêtrière.

Lancelot et Co. Rue St. Claude, Nr 26, Paris.

Główny przedstawiciel na całą Rosję W-ny **P O M M I E R.**

St. Petersburg, Sergiejewska Nr. 17.

Składy w St. Petersburgu: Sztol i Szmidt, ulica Gogola № 11,  
i w Rosyjskiem Towarzystwie Farmaceutycznym, Kazańska № 12.

## Apteka i Fabryka Pastylek Modliński i Lilpop

WARSZAWA Czerniakowska 83.

**Środki lekarskie dozowane w tabletkach**  
**Tabletki Sublimatowe.**

### Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Ryłki, Thieme-go, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d

### KURACYA WINOGRONOWA

(Ferments purs de rasins)

przez cały rok, czystym fermentem winogronowym Jacquemin (Ferment pur de raisins Jacquemin). Stosuje się przy braku apetytu, złem trawieniu (dyspepsji), anemii, wrzodach, pryszczach, zaczerwienieniu skóry, ekzemie, diabetes i reumatyzmie.

Ferment ten stanowi b. dobry napój, mający doskonały smak świeżego wina. Nawet dzieci przyjmują je chętnie. Zwracać się do aptek lub też bezpośrednio do laboratorium p. Jacquemin, który wysyła wino po otrzymaniu przekazu pocztowego; przesyłka bezpłatna. Broszurę objaśniającą wysyła się bezpłatnie tym wszystkim, którzy zwrócą się do G. Jacquemin, à l'Institut de Recherches Scientifiques de Malzeville, près Nancy (Meurthe et Moselle) Malzeville w pobliżu Nancy.



### Dr. Oskar Goldberg

ginekolog, ordynuje jak zwykle od 5-go czerwca  
w DRUSKIENIKACH.

Istniejący od roku 1890

**Dom Zdrowia**

**D-ra K. DOBRSKIEGO**

w Warszawie, Aleja Róż 10  
przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

**Römerbad**

Stacja kolei  
południowej  
Początek  
sezonu  
1 Maj.

Najsukuteczniejsza Akrototermia Styryi 36½ do 37½ stopni C., działa jak Gastein, Tepliz, Pfäfers przy podagrze reumatyzmie, chorobach kobiecych i nerwowych, w osłabieniach, urazach, influenzy i ich następstwach

Łagodny, podalpejski klimat. Nowoczesny komfort. Tani pobyt. Połączenie kurjerem z Wiednia 8, z Tryestu 5, z Budapesztu 9 g. Prospekty darmo za pośrednictwem.

Dyrekcji kąpielowej, Römerbad  
w Styryi.

W Clechocinku

**D-r Przyrembel**

Choroby Chirurgiczne.

**D-r Xawery Gorski**

ordynuje od 20 maja do 20 września  
w SZCZAWNICY.