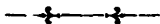


GAZETA LEKARSKA

I. Laseczniki wrzecionowate (*bacilli fusiformes* Vincent'a) i spiryle w cierpieniach jamy ustnej.

Podał

Leon Karwacki.



Przy końcu roku 1901 i na początku 1902 w klinice profesora CHAUFFARD'a w Paryżu obserwowałem dwa przypadki cierpienia jamy ustnej, które ze względu na etyologię, przebieg i leczenie zasługują na wzmiankę.

Pierwszy z nich dotyczy dozorczyni chorych w szpitalu Cochin. Chora 24-letnia bardzo często podlega bólom gardła. Przed 12-u dniami poczuła trudność i ból przy połykaniu pokarmów. Pomimo płukań przeciwniepalnych stan chorej powoli się pogarszał: wieczorami bywały dreszcze, ciepłota podnosiła się do 38,6°, w nocy bywały poty. Łaknienie upośledzone, oddech cuchnący, również ślina; w ślinie domieszka krwi.

Badanie jamy ustnej wykazało co następuje: na wewnętrznej powierzchni prawego migdała, trochę ku przodowi, owrzodzenie wielkości dwudziestofrankówki, przykryte szarawym nalotem. Owrzodzenie drąży dość głęboko w miąższ migdała; brzegi jego są nierówne, wokoło dość znaczne przekrwienie błony śluzowej. Gruczoł podszczękowy z prawej strony powiększony i bolesny.

Nalot z owrzodzenia został przeniesiony na szkiełko i zabarwiony. Pod drobnowidzem, oprócz rozpadu komórkowego, widać w nieznacznej ilości zwykłe saprofity jamy ustnej i w bardzo wielkiej liczbie laseczniki wrzecionowate i spiryle.

Owrzodzenie przysypano błękitem metylenowym. Następnego dnia bolesność mniejsza, brzegi owrzodzenia równe, dno jeszcze szare, lecz nalot łatwo schodzi, pod nim widać bujanie ziarniny. Nowe przysypanie błękitem, a w 6 godzin płukanie w celu usunięcia resztek proszku.

Następnego dnia brak objawów przedmiotowych. Owrzodzenie wygląda jak małe różowe wgłębienie na powierzchni migdała.

Trzecia aplikacja błękitu w celu zapobiegawczym.

Drugi przypadek dotyczy chorego 35-letniego, który przymiotu nie przechodził. Na 9 dni przed wstąpieniem do szpitala poczuł ból i palenie w ustach.

Równocześnie wystąpiło ogólne niedomaganie, ból głowy i dreszczyki. Następnie pojawił się znaczny ślinotok. Ślina była bardzo cuchnąca i zawierała domieszkę krwi. Przyjmowanie pokarmów było znacznie utrudnione.

Badanie wykazało, że zmiany chorobowe w jamie ustnej umiejscowione były z lewej strony—chory stale sypiał na lewym boku. Owrzodzenia owalne o nierównych brzegach, pokryte szarym łatwo zdejmującym się nalotem, poruszają się na błonie śluzowej z lewej strony od kąta ust. Szereg owrzodzeń jest jakby odbiciem pięciu zepsutych zębów z tej strony. Błona śluzowa w okolicy owrzodzeń silnie przekrwiona. Dziąsła na obydwóch szczękach z lewej strony silnie opuchnięte i zaczerwienione. Na przednim lewym łuku i na lewym migdale owrzodzenia o podobnym wyglądzie.

Leczenie tem różniło się od poprzedniego przypadku, że ze względu na rozległość sprawy wrzodziejacej przysypywanie zostało zamienione na płuka-



Laseczniki wrzecionowate i spiryle.

nie rozczynelem błękitu metylenowego. Przebieg choroby również był dłuższy—przeszło około dwóch tygodni, zanim owrzodzenia wygoiły się doszczętnie. Zepsute zęby zostały usunięte.

Badanie drobnowidzowe nalotów i zawartości psujących się zębów wykazało laseczniki wrzecionowate i spiryle prawie w czystej hodowli.

Wyniki poszukiwania bakteriologicznego nawiązują ściśle pokrewieństwo między obydwoma przypadkami i dowodzą, że zarówno angina *ulcero-membranosa*, jak i *stomatitis ulcero-membranosa* mogą być wywołane przez jeden czynnik chorobotwórczy. Czynnikiem tym w danym przypadku była symbioza laseczników wrzecionowatych i spiryl.

Poszukiwanie bakteriologiczne w zapaleniach gardła, posiadających jedną wspólną cechę w postaci nalotów i błon, wykazały, że oprócz laseczników

LOEFFLER'a cały szereg pasożytów, wegetujących w jamie ustnej, może być czynnikiem przyczynowym tych spraw. Niektóre z tych pasożytów same wywołują powstawanie nalotów, inne w symbiozie, jeszcze inne wytwarzają naloty, jako powikłania dodatkowe cudzej akcyi chorobotwórczej pierwotnej.

WURTZ i BOURGES, ROUX i YERSIN, MARTIN i CHAILLOU, NETTER, BAGINSKY opisali przypadki nalotowego zapalenia gardzieli, wywołanego przez paciorkowce. JACCoud, BEZANÇON i GRIFFON zwrócili uwagę na powstawanie błon przy zapaleniach pochodzenia dwóinkowego. Ja osobiście spostrzegałem trzy podobne przypadki. LERWOYEZ, HELM i BARBIER stwierdzili rolę czynną w powstawaniu nalotów gardzieli laseczniaka okrężnicy, MARTIN i CHAILLOU gronkowca i innych ziarniniaków. Znany jest także fakt, że szereg grzybic gardzieli cechuje się również tworzeniem się błon na chorej błonie śluzowej.

W 1897 roku BERNHEIM pierwszy w przypadku zapalenia jamy ustnej znalazł drobnoustroje, nie notowane dotąd przez nikogo. W następnym roku ten sam autor szczegółowo opisuje wyniki poszukiwań nad 30-oma przypadkami wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej (*stomatitis ulcero-membranosa*). Za czynnik chorobotwórczy uważa on laseczniaki dłuższe od laseczniaków błony o wrzecionowatej formie, posiadające wakuole. BERNHEIM opisuje ich powinowactwo do barwników. Drobnoustrój ten był także w przeważającej liczbie w jednym przypadku zapalenia migdałów. Obok tego laseczniaka BERNHEIM stale znajdował inny drobnoustrój, który nazywa *spirochaete*.

W miesiąc potem VINCENT ogłosił swoje spostrzeżenia nad 14-tu przypadkami zapalenia gardzieli (*angine ulcero-membraneuse*), gdzie podał dokładny opis zarówno cech klinicznych tego cierpienia, jak i doskonałą charakterystykę laseczniaka wrzecionowatego i spiryli. VINCENT znał te drobnoustroje od dawna dzięki swym poszukiwaniom nad etyologią gangreny szpitalnej i w ogniskach gangrenowato zmienionych. VINCENT konstatował stale laseczniaki wrzecionowate same lub w połączeniu ze spirylami. Chociaż ani hodowle, ani szczepienia zwierzętom nie powiodły się, VINCENT uważał jednak te drobnoustroje za zarazek gangreny szpitalnej na tej podstawie, że odnajdował je stale i w dużej liczbie w tkankach zgorzelinowych. Morfologia zarazków zgorzeli i wrzodziejącego zapalenia migdałów była tak podobna, że VINCENT nie wahał się je identyfikować. Niemieccy badacze, jak ABEL, zdanie to przyjęli.

Po tych pierwszych i zasadniczych pracach powstała ogromna liczba spostrzeżeń, dotyczących bakteriologii wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej i gardzieli: prace te nie dodały nic nowego wprowadzając do pierwotnych spostrzeżeń, lecz swym ogromnym materiałem statystycznym ugruntowały bardziej wnioski BERNHEIM'a i VINCENT'a. RAOULT i THIRY, de STAECKLIN, BERNHEIM i POSPISCHIL, SACQUÉPÉE, JACQUES, SALOMON, SCHNEIDER, SIREDEY, CHAUFFARD, SIMONIN, NICLOT i MAROTTE, LETULLE, FREYCHE i wielu innych wzbogacili kazuistykę omawianego cierpienia; PANOFF, ATHANASIU, COSTARD poświęcili mu rozprawy doktoryzacyjne.

Zarówno spiryle, jak i laseczniaki wrzecionowate spotykają się w postaci saprofitów na normalnej błonie śluzowej jamy ustnej. Pierwszy PASTEUR znalazł spiryle w owrzodzeniach jamy ustnej. SENATOR widział je w nalotach

gardzielowych, BERGERON i NETTER konstatowali je we wszystkich przypadkach wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej. Ja spotykałem je parokrotnie w nalotach przy ciężkich postaciach *stomatitis mercurialis*. RACZYŃSKI, pisząc o różniczkowaniu wrzodziejących spraw w jamie ustnej i gardzieli od spraw błonicowych, powołuje się również na obecność spiryl [„krętków”] w tem pierwszym cierpieniu, uważając je za swoiste. NETTER’owi udało się—podobno—otrzymać hodowlę na płynie otrzewnowym i opłucnowym. VERNEUIL i CLADO spotykali je w ropniach jamy ustnej, MILLER w psujących się zębach, również STROOS. PLAUT opisał je jeszcze w roku 1894. Razem z lasecznikami wrzecionowatymi spiryle były znalezione w kamieniu, tworzącym się na źle utrzymanych zębach. W normalnych warunkach jednak liczba ich nie bywa nigdy zbyt znaczna.

Na 18 normalnych badanych osobników VINCENT znalazł laseczники wrzecionowate w jamie ustnej u 14-tu. ATHANASIU zbadał florę jamy ustnej u 11-tu zdrowych osobników i nie znalazł ani razu ani laseczników wrzecionowatych, ani spiryl, w 35-iu zaś przypadkach cierpienia gardzieli [w tem 6 przypadków błonicy] 4 razy znalazł laseczники w liczbie niezbyt znacznej. Bardzo obszerną statystykę w tym kierunku zebrał SEITZ. Oto jego wyniki:

w 4-ch przypadkach grzybicy gardzieli . . .	2	razy	laseczники	wrzecion.
w 24-ch przypadkach ropni okołożębowych . . .	12	„	„	
w 1-ym przypadku przerostu migdałów . . .	1	„	„	
w 79-iu przypadkach zapalenia gardzieli różnego pochodzenia	48	„	„	
w 5-iu przypadkach błonicy	5	„	„	
w 35-iu przypadkach nieżyty oskrzeli . . .	13	„	„	
w 20-tu przypadkach zapalenia płuc . . .	7	„	„	
w 20-tu przypadkach gruźlicy płuc . . .	6	„	„	
w 1-ym przypadku ropnego otoku opłucnej . . .	1	„	„	
w 8-iu przypadkach nieżyty żołądka i kiszek . . .	5	„	„	
w 2-ch przypadkach odry i . . .	1	„	„	
w 7-iu przypadkach płonicy	7	„	„	
w 1-ym przypadku gruźlicy migdała	1	„	„	

Wobec takiej częstości drobnoustrojów dziwić się tylko należy, że sprawy chorobowe, wywołane przez nie, nie należą do zbyt częstych. Fakt ten tłumaczy się tem, że dla powstania choroby, oprócz zarazka, potrzebna jest pewna podatność gruntu. Zarazek ten w zwykłych warunkach bywa bardzo mało jadowity. Jednym z najbardziej ważnych czynników, usposabiających w tej sprawie, są zołzy. Według spostrzeżeń ATHANASIU’ a wszystkie dzieci, dotknięte zapaleniem gardzieli omawianej natury, posiadały wybitny *habitus scrophulosus*. W tych warunkach banalny czynnik, jak zaziębienie, przez zmianę w krążeniu krwi może o tyle zmodyfikować odżywianie się błony śluzowej, że wtargnięcie drobnoustrojów chorobotwórczych staje się nadzwyczajnie łatwem. Drugorzędnym usposabiającym czynnikiem w etyologii wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej jest przerzynanie się zębów w związku z wadliwym uzębieniem i niedostateczną higieną jamy ustnej. Również cały szereg spraw choro-

wych jamy ustnej, upośledzających ochronne działanie nabłonka, ułatwia połączeniu laseczników wrzecionowatych i spiryl akcyę chorobotwórczą. SIMONIN uzależnia powstawanie zmian nekrotycznych w gardzieli i w przełyku w czasie płonicy od omawianej symbiozy. W niektórych postaciach błonicy laseczники LOEFFLER'a schodzą na drugi plan wobec przeważającego zakażenia wtórnego przez laseczники wrzecionowate i spiryle: dopiero hodowla i zaszczepienie naltu śwince może wyjaśnić istotę pierwotnego czynnika zakaźnego. BABES w gnilocu opisał jeszcze w 1893 roku drobnoustroje, prawdopodobnie identyczne z omawianymi, znajdujące się na powierzchni owrzodzeń dziąsłowych. FREYCHE, następnie ATHANASIU opisali przypadki, gdzie lepsze przymiotowe poprzedzały omawiane zapalenie migdałów. Zarazki czynne, o jadowitości wzmożonej, mogą wywoływać sprawę wrzodziejącą nawet po przeniesieniu na normalną błonę śluzową jamy ustnej i DOPTER opisał dwa przypadki, VINCENT jeden zarażenia się osobników zdrowych od chorych przez używanie jednej cygarnicy, lub przez pocałunek.

Jak wspomniałem wyżej, VINCENT pierwszy opisał bardzo dokładnie laseczники wrzecionowate w roku 1896, słusznie przeto niektórzy badacze francuscy nadają im nazwę „laseczników VINCENT'a”, a cierpieniu „zapalenie gardzieli VINCENT'a” (*angine de Vincent*). Zdaje się jednak, że widział je pierwszy PLAUR w 1894 roku.

Długość laseczników wrzecionowatych [patrz rysunek] bywa bardzo zmienna — od 5 do 12 μ , szerokość 1 μ . Laseczники bywają proste lub zgięte na podobieństwo sierpa. Młode postaci przybierają często formę przecinków. Środek bywa zwykle grubszy, końce zaś zaostrzone, stąd pochodzi nazwa *fusiformis*. Układ laseczników wrzecionowatych nie przedstawia cech charakterystycznych, różniąc się tem od laseczników błonicy. Powinowactwo ich barwnikowe jest dość słabe; metodą GRAM'a nie barwią się. VINCENT i NICOLLE zalecają do barwienia karbolową tioninę lub rozcieńczoną karbolową fuksynę [1 część na 4 części wody]; BERNHEIM używa błękitu metylenowego LOEFFLER'a, gencyanowego fioletu lub karbolowej fuksyny. Po zabarwieniu w niektórych postaciach dostrzedz można miejsca niezabarwione, które uważane są za wakuole. Najczęściej wakuole bywają w postaciach olbrzymich, inwolucyjnych. Różne są zdania co do ruchowych zdolności laseczników. Podczas gdy BERNHEIM, ABEL, LETULLE uważają je za obdarzone ruchem dowolnym, VINCENT, NICOLLE, de STAECKLIN odmawiają im tej cechy. Według RAOULT'a i THIRY zdolności ruchowe nie są cechą stałą tych laseczników. W jednym z przypadków, spostrzeganych przeze mnie, laseczники badane w ślinie chorego posiadały ruchy zupełnie wyraźne, w drugim zaś nie. ABEL utrzymuje, że otrzymał hodowle laseczników wrzecionowych w dwóch generacjach. Hodowlom laseczników towarzyszyły hodowle diplokoków. VINCENT w ostatniej swej pracy pisze, że udało mu się wyhodować laseczники w postaci czystej w płynie mózgowo-rdzeniowym z domieszką krwi lub w płynie z wysięku stawowego przy reumatyzmie. Laseczники w takich hodowlach mają swój zwykły wygląd. W bulionie MARTIN'a rosną słabo i są znacznie większe, układają się w twory włókniste. W hodowlach zachowują swój charakterystyczny zapach. Szczepienie zwierzętom produktów, zawie-

rających laseczniki wrzecionowate, dawało najczęściej wyniki ujemne [VINCENT, RAOULT i THIRY]. Następnie VINCENT zastrzykiwał zwierzętom pod skórę parę kropeł 20%-go kwasu mlecznego i potem dopiero wprowadzał laseczniki wrzecionowate: powstawały ropnie, zgorzel, przetoki. Wprowadzanie laseczników królikom do jamy ustnej i do łącznicy nie dawało wyników.

Drugi współzarazek, noszący u Niemców nazwę *spirochaete*, a u Francuzów *spirille*, jest to mikrob dłuższy i cieńszy od poprzedniego. Szereg zgięć nadaje mu podobieństwo do litery *s* lub do korkociąga. Krętek ten obdarzony jest żywym ruchem. Stosunek jego do barwników anilinowych jest taki sam, jak i lasecznika wrzecionowatego, barwi się jednak słabiej od tego ostatniego. NETTER otrzymał podobno hodowlę prątków tych w odwłóknionym płynie otrzewnym lub opłucnowym; inni badacze jednak byli mniej szczęśliwi. Szczepienie zwierzętom było również bezskuteczne.

Brak czystych hodowli, a szczególnie — jak dotąd — niemożność otrzymania sprawy chorobowej drogą doświadczalną, mogą budzić pewne wątpliwości co do swoistości zarazka. Oto są argumenty, przemawiające za ich stosunkiem przyczynowym:

Laseczniki wrzecionowate i krętki znajdują się w bardzo dużej ilości w błonach rzekomych.

W miarę postępu gojenia się owrzodzeń, ilość omawianych drobnoustrojów zmniejsza się i znika po całkowitem zablźnieniu się.

Przy rozszerzaniu się sprawy lub nawrocie liczba laseczników i krętków znakomicie się wzmacza. Liczba innych drobnoustrojów waha się przy tej sprawie w stosunku odwrotnym, zmniejszając się w początku i na wysokości sprawy, a także w nawrotach i rozszerzaniu się, zwiększając się i wracając do zwykłej normy w miarę postępów zdrowienia.

Nałotowo-wrzdziejające zapalenie gardła spotyka się zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Wrzdziejącego zapalenia jamy ustnej nie spotyka się u starców: cierpienie to występuje najczęściej między 6-ym a 7-ym rokiem, lub między 12-ym a 14-ym, albo między 20-ym a 30-ym rokiem i stoi najczęściej w związku z przerzynaniem się zębów.

Wystąpienie cierpienia poprzedzają często zwiastuny, jak: niedomaganie, brak apetytu, ból głowy, dreszyczki, podniesiona ciepłota. Objawy te mogą występować także równocześnie ze sprawą miejscową. Bardziej wyraźnym objawem jest uczucie palenia w gardle lub ból przy połykaniu. U dorosłych ból bywa zwykle nieznaczny, u dzieci silniej wyrażony. W przypadku zapalenia jamy ustnej występuje silne palenie w ustach, wzmagające się przy jedzeniu i ślinotoku. W początkach sprawy ciepłota podnosi się do 38°, a nawet 39°, dość prędko jednak wraca do normy. W miarę postępowania sprawy, utrudnienie przy jedzeniu i ból przy połykaniu wzmagają się, oddech i ślina prędko nabierają cuchnącego zapachu. W ślinie często bywa domieszka krwi, zwłaszcza przy wrzdziejącej sprawie jamy ustnej. Gruczoły podszczękowe obrzmiewają i stają się wrażliwe na dotyk.

Badanie jamy ustnej i gardzieli w początkowym okresie cierpienia wykazuje tylko znaczne przekrwienie błony śluzowej w miejscu wtargnięcia zaraz-

ka — objaw mało charakterystyczny. W niektórych miejscach nekrotyzują się bardzo prędko zewnętrzne warstwy nabłonka i powstają błoniaste naloty. Jeżeli sprawa rozwija się na migdale, migdał zwykle znacznie się powiększa, czasem powiększają się obydwie migdały, również występują wtedy objawy przekrwienia i na błonie śluzowej miękkiego podniebienia, najczęściej z jednej strony. Błony wytwarzają się między 1-ym a 3-im dniem od początku choroby. Naloty mają wygląd szarych lub białych plamek, przy pocieraniu łatwo odrywają się. Grubość ich bywa początkowo bardzo nieznaczna, na dotyk są miękkie. Naloty spoczywają na obnażonej i łatwo krwιάcej błonie śluzowej. Po usunięciu, naloty pojawiają się na nowo: niewielkie początkowo, rozszerzają się powoli, przyjmując obrysy nieregularne. Na 3 — 4 dzień po powstaniu rozwój błon bywa najsilniejszy. Rozwój ten u dzieci bywa szybszy i intensywniejszy niż u dorosłych. Błony zajmują część lub całą wewnętrzną powierzchnię migdała, czasem bywają na obydwóch migdałach, wtedy jednak sprawa na jednej stronie przeważa. Czasem naloty znajdują się na bocznej powierzchni języka, ze strony chorego migdała, lub rozszerzają się na obydwie strony. Błony na języczku są cieńsze niż na migdałach. Sprawa może umiejscawiać się na przedniej powierzchni języczka u podstawy, a także na łukach, szczególnie w górnej części. Naloty wogóle nie cechują się zbyt dużą skłonnością do znacznego rozszerzania się, istnieje jednak możliwość zarówno znacznego rozprzestrzenienia się sprawy, jak i przerzutów, czy to samoistnie, czy pod wpływem urazów, powstających często przy zbyt energicznym leczeniu.

W niektórych przypadkach sprawa kończy się na wytwarzaniu się błon: nowowytworzone błony odrywają się, na ich miejsce wyrastają inne, mniejsze i cieńsze, w końcu regeneracja błon ustaje, a utrata nabłonka całkowicie się wyrównywa (*forme diphtheroïde* VINCENT'a). VINCENT jest tego zdania, że w tym przypadku tylko laseczniki wrzecionowate — same lub z paciorkowcami — wywołują cierpienie: badanie bakteryologiczne nalotów wykazuje brak krętków. Przypadki takie należą do bardzo rzadkich; najczęściej zaś około 5-go dnia po utworzeniu się błony powstaje pod nią owrzodzenie o powierzchni brudno-szarej, o dnie nierównem, wypełnionem rozpadem granulacyjnym, o brzegach nierównych i jakby podminowanych. Po usunięciu błony owrzodzenie krwawi przy najlżejszem dotknięciu. Głębokość owrzodzeń dochodzi od 1 do 5 milimetrów. Pojedyncze owrzodzenia zwykle bywają głębsze, niż przy liczbie znacznie-szejsz. Owrzodzenia na migdałach, błonie policzkowej bywają głębsze, niż na języczku lub łukach. Owrzodzenie na wygląd przypomina bardzo wrzód miękkiej. Czasem owrzodzenie rozszerza się znacznie i łączy w głąb, przyjmując charakter sprawy fagedeniczej. Przekrwienie otaczającej błony śluzowej jeszcze się powiększa.

[D. n.].

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU DZIEC. JEZUS
W WARSZAWIE.

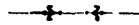
Kilka przypadków wągłów i bąblowca mózgu

GRAZ

uwagi o częstości różnych łasiemców w Warszawie.

Podali

Józef Winiarski i Władysław Żenczykowski.



[Dokończenie — Patrz Nr. 22].

Przypadek czwarty. 31-letni wyrobnik, M. Ł., przybył na oddział 26. III. 1896 r.

Trzy dni temu przy robocie nagle dostał bólu głowy i zesłabły mu prawa ręka i noga. Przytomności nie stracił, sam wrócił do domu, robić już nie mógł. Ból głowy trwa ciągle. Dawniej był zawsze zdrow, przymiotu nie przechodził, pijał dużo.

Chory budowy silnej, odżywienia dobrego, wygląda staro. Uderzeń tętna 80, oddechów 26 na minutę; stan bezgorączkowy. Przytomność mocno zamglona. Stolec oddawał pod siebie. Mowa powolna, niewyraźna, zająkliwa. Język nie zbacza. Lekkie opadnięcie prawej powieki górnej. Żrenice równe, oddziaływiają dobrze. Niedowład kończyn prawych w stopniu miernym, tak, że nawet na jednej nodze stać może, na prawej trudniej. Nieznaczone upośledzenie dotyku na kończynach prawych.

W narządach wewnętrznych zmian niema. Mocz o cięż. wł. 1006, bez białka.

Wobec nieokreślonego cierpienia mózgowego i młodego wieku chorego nie mogąc wykluczyć przymiotu mózgu, zalecono jodek potasu i wcierania szarej maści.

1. IV. Przytomność lepsza. W prawym ręku w napiętku widoczne ciągle drżenie, podobne do kurczów rytmicznych. Ból głowy.

Następnych dni poprawa przytomności, mowy, chodu. Kurcze ręki chwilami ustawały.

Od 6. IV. stan stopniowo stale się pogarsza. 21. IV. Chory niezmiernie apatyczny. Senność. Wstając z łóżka, upadł i leżał długo bez przytomności. Mowa gorsza. Niedowład nerwu twarzowego wyraźniejszy i to wszystkich gałęzi, nie wyłączając czołowych. Przy opukiwaniu czaszki bardzo wyraźna nadezłość lewej jej połowy. Rażące upośledzenie oddziaływania na ułucia prawej połowy ciała. Kurcze ręki ustały.

22.—25. IV. Coraz bardziej półsenny. Nieodpowiada. Osłabienie kończyn. Analgezja nogi do kolana. *Contractura nuchae* w stopniu miernym.

25.—30. IV. Do poprzednich objawów przyłączyło się wciągnięcie brucha, oddawanie kału i moczu pod siebie, dławienie się przy połykaniu. Mocz błądy, alkaliczny, zawiera ślady białka.

9. V. Wystąpił zupełny bezwład prawostronny. Nic nie mówi. Ostatnie tygodnie karmiono chorego płynami, ponieważ do pokarmów stałych nie otwierał ust dostatecznie.

14. V. Chory zmarł.

Przy badaniu pośmiertnem [prof. PRZEWOSKI] znaleziono: *Echinococcus scolicipariens cerebri lobi frontalis sinistri*. Torbiel, wielkości jaja gęsiego, leży w istocie białej mózgu, rozpiera otaczające części i uciska *nucleus caudatus*. W innych narządach zmian nie było.

Przypadek ten przebiegiem swym klinicznym zbliża się do nowotworów mózgu. Na uwagę zasługuje w nim nagłe wystąpienie objawów chorobowych, krótki stosunkowo czas trwania choroby—zaledwie 7 tygodni, zaburzenia czucia i połykania. Zapewne, bąblowiec mózgu przez dłuższy czas był utajony—nie dawał objawów.

Chcąc się przekonać, czy i jak często zdarzają się u nas węgry i bąblowce mózgu, skorzystaliśmy z łaskawego pozwolenia prof. PRZEWOSKIEGO i przejrzelśmy 2048 protokółów sekcyjnych za lata od 1896 r. do 1901 r. W liczbie tej było 441 protokółów z zanotowanymi wynikami badania mózgu. Wągrów mózgu znaleźliśmy 8, czyli w 0,568% wszystkich sekcji, a w 1,814% sekcji ze wzmianką o badaniu mózgu¹⁾. Wynika stąd, że Warszawa należy do miast, gdzie węgry mózgu są dość częste. Dla porównania przytoczmy, że w Wiedniu, Monachium, w południowych i zachodnich Niemczech węgry zdarzają się niezmiernie rzadko. W innych miastach niemieckich znajdowano je w 0,6% sekcji, w Berlinie w 1,6%, a nawet w 2% sekcji.

Niektóre z przypadków, odnalezionych w protokołach sekcyjnych, zasługują na zaznaczenie. W jednym np. rozpoznanie kliniczne brzmiało: moczówka cukrowa. Przy sekcji zaś znaleziono w przedniej części *nuclei caudati* po stronie prawej węgry. W piśmiennictwie lekarskiem spostrzeżenia cukromoczu przy wągrych mózgu, mianowicie komory czwartej, były już ogłaszane. W przytoczonym tu przypadku możnaby myśleć o wędrówce węgry z komory IV-ej do III-ej, a stąd do *nucleus caudatus*.

Inne protokoły sekcyjne stwierdzają doskonale zdanie, że węgry mózgu usposabiają go i do innych cierpień. Obok np. kilku wągrów w oponie miękkiej na wypukłości mózgu znaleziono ropień wielkości jaja kurzego w zrazach ciemieniowym i klinowym i kilka wylewów krwawych wielkość

¹⁾ KIJEWSKI. Gaz. Lek. 1885 str. na 250 protokółów sekcyjnych znalazł raz tylko węgry mózgu.

ziarnka prosa na dnie komory IV-ej. W innym protokóle [rozpoznanie kliniczne: *haemorrhagia cerebri*] obok węgry w brózdzie Sylwiusza lewej (*fossa Sylvii sin.*) zaznaczono dwa wylewy krwi: stary, wielkości włoskiego orzecha we wzgórku wzrokowym prawym i tylnej części torebki wewnętrznej; drugi—tej samej wielkości, w jądrze soczewicowem (*nuc. lentic.*) i dolnej przedniej części torebki wewnętrznej. W innym jeszcze protokóle, obok węgrów dwóch w komorze bocznej lewej [z tych jeden pod szarą istotą ciała prążkowanego, drugi wolny] i dwóch małych w przedniej części ciała prążkowanego prawego, pod istotą szarą mózgu znaleziono: mocne zrosty opony twardej z mózgiem granulacyami PACCHION'a zmętnienie i obrzęk opony miękkiej, wylew krwi starszy u podstawy wzgórka wzrokowego lewego i świeży, niszczący boczną część ciała prążkowanego prawego, torebkę wewnętrzną, jądro soczewicowe i część torebki zewnętrznej. I w pierwszym z opisanych przez nas przypadków obok węgry znaleziono zapalenie krwotoczne opony twardej (*pachymeningitis haemorrhagica*).

W innym jeszcze protokóle zaznaczono: liczne węgry w oponie miękkiej i jeden swobodny w komorze czwartej; komory mózgowe w 10-kroć rozszerzone; rdzeń bez zmian. Za życia zaś rozpoznano *haematomyelia in parte lumbali med. spinalis*. Karty tej chorej nie udało się odnaleźć. Oczywiście jednak musiało tu nagle wystąpić porażenie kończyn dolnych. Takie porażenia kończyn dolnych, pozorujące cierpienie rdzenia, bynajmniej nie są jakimś wyjątkowym objawem węgrów mózgu. OPPENHEIM [l. c. str. 86] wspomina, że znanych jest kilka takich przypadków nawet z porażeniem zwieraczy, mianowicie przy umiejscowieniu węgrów w komorze IV-ej. Mniemalibyśmy, że takie porażenie kończyn dolnych, niby rdzeniowe, bywa właściwe puchlinie komór mózgowych (*hydrocephalus internus*), która właśnie zjawia się wskutek obecności węgrów w komorze IV-ej. Na potwierdzenie tego mniemania można przytoczyć opisy porażenia spastycznego kończyn dolnych (*paralysis spastica*), ogłoszone przez R. SCHULZ'a (*D. Arch. f. kl. M. T.* 23, str. 313) oraz K. CHEŁCHOWSKIEGO i S. GOLDFLAMA (*Gaz. Lek.* 1884 r., str. 262) przy puchlinie przewlekłej komór mózgowych. Tutaj także odnieść należy podobne spostrzeżenia w opisach puchliny komór mózgowych (*hydrocephalus internus*) (F. SCHULTZE: *Die Krankheiten der Hirnhäute und die Hydrocephalie* w *Handb. d. spec. Path. und Therapie* NOTHNAGEL'a, str. 229—234), np. F. SCHULTZE'go, OPPENHEIM'a, dwa QUINKE'go.

Właśnie przy puchlinie komór mózgowych widywano b. często sztywność mięśni—objawy spastyczne, które i w opisanych przez nas trzech przypadkach były wybitne.

Nie wiemy, czy przypisać to trafowi, że w większości zebranych przez nas spostrzeżeń, zarówno własnych, jak i z protokółów sekcyjnych, oraz z piśmiennictwa lekarskiego polskiego węgry sadowiły się przeważnie w komorach mózgowych i powodowały ich puchlinę.

Na oddziale dra JAKOWSKIEGO w jednym przypadku *endocarditidis acutae*, zakończonym śmiercią po jednorazowym napadzie drgawek, znaleziono węgry

opon mózgowych. I w naszym pierwszym przypadku, oprócz węgry mózgu, było zapalenie wsierdza podostre. W drugim naszym przypadku znaleziono węgry pod wsierdziem. Zwracamy na to uwagę w mniemaniu, że może z w i ą z e k w ą g r ó w i z a p a l e n i a w s i e r d z i a n i e j e s t p r z y p a d k o w y. Zarodek węgry mógłby wnosić z sobą z przewodu pokarmowego do krwiobiegu zarazki, zdolne do wywołania zapalenia wsierdza.

Widzimy więc, że węgry mózgu w Warszawie bynajmniej nie są rzadkie. W piśmiennictwie naszym jednak przypadków tego cierpienia ogłoszono niewiele. Wiedzano o nich już od bardzo dawna. Jeszcze w r. 1822 prof. F. RYMKIEWICZ ogłosił w Dzienniku Med., chir. i farmacyj wyjątki z dzieła BREMSER'a o pasożytach człowieka [z r. 1819], między innymi i o węgrach mózgu.

W roku 1839 KOCHAŃSKI [P. T. L. W. T. II, str. 38], puszczać choremu krew, znalazł, jakoby, w niej poruszającego się robaczka i mniemał, że jest to *hexateridium* albo węgr.

Pierwsze właściwe spostrzeżenie bąblowca, znalezionego w mózgu przez prof. ADAMOWICZA, podał w Tow. Lek. Wileńskim MAJEWSKI w roku 1853. Później podawali spostrzeżenia węgrów i bąblowców mózgu: KRYSIŃSKI, ŻŁOBIKOWSKI, ŚWIERZBIŃSKI, KACZOROWSKI.

Z przypadków tych zasługuje na przypomnienie, opisany przez ŚWIERZBIŃSKIEGO, ze względu na niezwykle objawy kliniczne. Liczne węgry na przestrzeni dziesięcioczołówki na samym wierzchołku lewej półkuli mózgowej obok szczeliny podłużnej uzurowały oponę twardą, a poczęści kość. Chory ten miał poczucie próżni w przeciwległej węgrom prawej połowie ciała. Dla usunięcia przykrych sensacyj skakał na lewej nodze, zwieszał głowę do kolan lub, klęcząc, wciskał ją w poduszki, wreszcie bił głową o ziemię, mianowicie tą częścią głowy, która odpowiadała znalezionym po śmierci węgrom. Wkrótce dostał obłądu prześladowczego [Gaz. Lek. 1876 r. T. XIX, str. 257].

W innych spostrzeżeniach lekarze nasi podawali nagłą śmierć bez uprzednich objawów prócz dotkliwych bólów głowy [ŻŁOBIKOWSKI, KACZOROWSKI]. W jednym z tych przypadków ŻŁOBIKOWSKI, obok węgry w komorze IV-ej, wspomina o tak wielkiem rozszerzeniu wodociągu Sylwiusza, że można było doń wprowadzić palec mały [P. T. L. W. T. 43, str. 277].

W piśmiennictwie naszym wzmianki o węgrach mózgu, oka pochodzą przeważnie z Królestwa. Z Krakowa było ich nader mało. Może i soliter rzadziej się tam zdarza? Rzecz ta zasługiwałaby na wyjaśnienie.

W różnych krajach i miastach nie wszystkie gatunki i rodzaje tasiemców są jednakowo częste. Przeciwnie, pod względem tym zachodzą wielkie różnice.

Co do Warszawy, podręczniki od dawna powtarzają błędną wiadomość, opartą na piśmiennem doniesieniu dra NATANSONA, jakoby u nas „w niektórych dzielnicach i na niektórych ulicach prawie każdy mieszkaniec nosił brzoźdogłow-

ca szerokiego (*bothriocephalus latus*), kiedy w innych częściach miasta pasożyt ten rzadziej się zdarza¹⁾.

Jest to wiadomość stanowczo błędna. Widocznie jednak to błędne mniemanie powstało u nas już bardzo dawno. W pracy MIŁOSZA o robakach [Tyg. Lek. 1853 r.] znajdujemy zdanie, że soliter przytrafia się u Niemców, Egipcyan i na Wschodzie, brzódogłowiec szeroki zaś u Szwajcarów, Polaków i Rosyan. Różni lekarze warszawscy jednomyślnie twierdzą, że brzódogłowiec szeroki w Warszawie bardzo rzadko się trafia w porównaniu z innymi tasiemcami. Prof. PRZEWOSKI w ostatnim swym kursie podaje, że na 100 tasiemców przypada zaledwie 1 brzódogłowiec szeroki. Dr REJCHMAN sądzi, że w Warszawie 1%—2% tasiemców stanowi brzódogłowiec szeroki. Jednakże, z łaskawie udzielonej jednemu z nas [ŻENCZYKOWSKIEMU] przez dra REJCHMANA księgi badań drobnowidzowych kału, dokonanych u niego, okazuje się, że na 497 rozbiórów kału w 4-ch znaleziono jajka brzódogłowca, a w 16-tu jajka innych tasiemców. Trzeba tu uwzględnić, że jajka tasiemca samotnego (*t. solium*) bardzo rzadko udaje się wykryć w kale, jajka tasiemca żytawskiego (*t. saginata*) daleko częściej, a jajka brzódogłowca szerokiego (*bothriocephalus latus*) niemal stale u osób, noszących w sobie te pasożyty.

W naszej praktyce lekarskiej brzódogłowca szerokiego widywaliśmy w Warszawie bardzo rzadko: na kilkadziesiąt tasiemców zaledwie dwa razy. To samo słyszeliśmy i od dra CHEŁCHOWSKIEGO. I tę, dość nieznaczną odsetkę brzódogłowca szerokiego należy jeszcze ograniczyć z następującego względu. Do Warszawy, jako miasta handlowego, przyjeżdżają często z gubernii nadbałtyckich i Petersburga już zakażeni tym pasożytem, należy więc odrzucić jeszcze pewną liczbę przypadków, że tak powiemy, napływowych.

Brzódogłowiec szeroki, jak wiadomo, panuje głównie w tych krajach i miastach, których ludność przeważnie żywi się rybami. Tak na przykład, obliczono, że w Petersburgu do 15% ludności nosi tego pasożyta; KESSLER znajdował jego jajka w kale 7,83% osób. CRUSE w Dorpacie znajdował go 6 razy na 100 sekcyi; SZYDŁOWSKI w kale 10% osób. W Szwajcaryi Zachodniej, zwłaszcza zaś w Genewie liczono dawniej, że 10—25% ludności cierpi na brzódogłowca; w ostatnim czasie jednak odsetka ta miała się niezmiernie zmniejszyć—do 1%. Z przytoczonych już rozbiórów kału z pracowni dra REJCHMANA wynikałoby, że w Warszawie 0,7% chorych, dotkniętych cierpieniami przewodu pokarmowego, nosi tego pasożyta. Już *a priori* na zdanie NATANSONA zgodzić się nie byłoby można, ponieważ ludność Warszawy ryb spożywa mało w skutek ich drożyzny, oraz że ryby spożywa się u nas gotowane lub smażone, zaś wędzonych ryb ludność nasza nie jada.

Co się tyczy względnej częstości tasiemca samotnego i żytawskiego (*t. saginata mediocanellata*) w Warszawie, to zdania, zebrane przez nas, były różne. Prof. BRODOWSKI widywał tasiemca żytawskiego bardzo rzadko, przeważnie

1) PEIPER. „Thierische Parasiten“ w Handb. d. spec. Pathol. und Therap. NOTHNAGEL'a.

zaś tasiemca samotnego. Prof. PRZEWOSKI wręcz przeciwnie podaje w ostatnim kursie: 90% tasiemca żyławskiego, 9% tasiemca samotnego i 1% brzoźdogłowca. Dr REJCHMAN sądziłby, że tasiemiec żyławski stanowi u nas mniej więcej jakieś 10%—15% tasiemców. My w swojej praktyce widywaliśmy i tasiemca samotnego i tasiemca żyławskiego. Zdaje się, że te rażące na pozór sprzeczności dałoby się pogodzić, a raczej wyjaśnić. Bardzo być może, że przy sekcji łatwiej bywa trafić na tasiemca żyławskiego (*t. saginata*), niż na tasiemca samotnego, ponieważ pierwszy jest daleko większy od drugiego, więc nawet przy pośpiesznem otwieraniu kiszek łatwiej się daje odnaleźć. Tłómaczyłoby to różnice zdań prof. PRZEWOSKIEGO i lekarzy praktykujących. Co do różnicy zdań prof. BRODOWSKIEGO i prof. PRZEWOSKIEGO, to należy przypomnieć, że w ostatnich czasach z różnych stron stale donoszą o rażącym zmniejszaniu się liczby przypadków tasiemca samotnego. Natomiast *t. saginata* staje się coraz częstszą. W Lipsku np. [LEUCKART] trudno już bywa zdobyć okaz solitera. W Danii KROBBE znajdował:

przed rokiem 1869	<i>t. sol.</i>	53	—	<i>t. sag.</i>	37
od 1869—1880	"	19	"	"	67
od 1880—1889	"	5	"	"	86

Widocznie więc i w Warszawie tasiemiec samotny dawniej [prof. BRODOWSKI] był daleko częstszy, dziś [prof. PRZEWOSKI] jest daleko rzadszy.

O dość znacznej jednak jeszcze częstości solitera w Warszawie możnaby poniekąd wnioskować i z tego, że węgry mózgu i gałki ocznej spostrzegano u nas stosunkowo dość często.

Co się tyczy, wreszcie, bąblowców, to, jak wiadomo, człowiek zaraża się nimi od psów. Na rozpowszechnienie jednak bąblowca między ludźmi wpływają nie tylko psy, ale i inne zwierzęta domowe, które także mogą nosić w sobie tasiemca wieńcogłówkę (*taenia echinococcus*). Bąblowiec najczęściej zatem zdarza się w krajach, posiadających bardzo dużo psów i innych zwierząt domowych, jak: Islandya, Kraj Wiktorya w Australii, okolice Bajkału, Meklemburg. U nas na 2048 protokółów sekcyjnych znalazłem [ŻENCZYKOWSKI] bąblowca 8 razy, czyli w 0,568% przypadków. 7 razy bąblowiec zajmował wątrobę, a jeden raz wątrobę i sieć. KIJEWSKI na 250 sekcji znalazł jeden raz bąblowca wątroby. W Europie środkowej odsetkę tę obliczają w różnych miastach różnie: od 0,11% w Erlangen, do 2,43% w Rostoku.

III. POWIKŁANIA PRZY OPERACYI WYROŚLI ADENOIDALNYCH.

[Rzecz, odczytana na posiedzeniu laryngologiczno-otyatrycznem dnia 31-go grudnia 1902 r.
w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem].

Podał

Dr Maurycy Hertz.

—+—+—

[Dokończenie. — Patrz Nr. 22].

STAWELL ¹⁾ np. podaje, że na 3000 przypadków operacyi wyrośli pod chloroformem nie było ani jednego nieszczęśliwego wypadku.

ARROWSMITH ²⁾ na 255 operacyi w 204 operował pod chloroformem i również nie widział ani jednego wypadku.

A jednak kazuistyka śmierci od chloroformu przy operacyi wyrośli adenoidalnych niepoślednie zajmuje miejsce.

BUTTLIN i HOPPMAN ³⁾ opisali swoje przypadki śmierci podczas chloroformowania przy operacyi wyrośli adenoidalnych.

HINKEL ⁴⁾ opisuje przypadek śmierci od chloroformu u 6-letniego dziecka. Podczas chloroformowania dziecko wymiotowało i często budziło się z powodu spazmu *glottidis*; sporo czasu upłynęło nim udało się dziecko zachloroformować. Operacya wykonana była kleszczami i palcem. Po skończeniu operacyi dziecko przestało oddychać, znikł puls i dziecko umarło. W Anglii w roku 1893 notowano 9 przypadków śmierci od chloroformu przy operacyi wyrośli adenoidalnych. HOLLOWAY naliczył do końca roku 1895 — 14 przypadków śmierci od chloroformu; GRADENIGO zebrał 18 przypadków.

Aby ustrzedz się nieszczęśliwych wypadków przy chloroformowaniu, zwoleńnicy jego radzą nie doprowadzać do zbyt głębokiej narkozy, aby chory mógł odruchowo odkasliwać i odpluwać ściekającą do dróg oddechowych krew, ewent. odcięty kawałek wyrośli, który mógłby być aspirowany do dróg oddechowych. Nie może to jednak zapobiedz nieszczęśliwym przypadkom, gdyż śmierć następuje nieraz przy pierwszych kilku kroplach chloroformu. Następnie, jeżeli może być wogóle mowa o aspiracyi do dróg oddechowych odciętego kawałka wyrośli i stąd asfiksyi, to może to nastąpić jedynie pod narkozą. Utrudniają również operacyę w wysokim stopniu wymioty, które często zdarzają się przy chloroformie. Wobec stwierdzonych przypadków śmierci od chloroformu

¹⁾ STAWELL. Ref. w Centralblatt. 1899.

²⁾ ARROWSMITH. Medical. News, 1897.

³⁾ HOPPMAN. Bresgens Sammlung. 1895. Z. 5.

⁴⁾ HINKEL. New-York med. Journal. 1898.

zaczęto używać eteru do usypiania; środek ten jest zupełnie nieodpowiedni dla operacyi wyrośli adenoidalnych, gdyż w wysokim stopniu drażni drogi oddechowe i wywołuje wzmożoną sekrecję.

Niektórzy, jak WILSON, zaczynają od eteru a następnie chloroformują.

Jako środek usypiający stosowany bywa często przy operacyi wyrośli adenoidalnych bromek etylu [szczególnie zachwala go GRADENIGO], bardzo zdaniem wielu odpowiedni ze względu na krótkotrwałość narkozy. Środek ten wywołuje nie tyle anestezję, ile apsychie. Chory nie traci zupełnie świadomości; na rozkaz odpluwa krew i przytem bardzo szybko się budzi. Środek ten jednak również dać może dosyć ciężkie powikłania.

Niebezpieczną jest zbyt głęboka narkoza bromkiem etylu ze względu na asfiksję, która zależeć może od obfitego spływania krwi do dróg oddechowych nie tylko podczas operacyi, ale i później, kiedy chory już jest w łóżku. Szczególniej zagraża to, zdaniem GRADENIGO, przy operowaniu głuchoniemych. Mały pacjent głuchoniemy nie jest w stanie wyrzucić ściekającej mu obficie do gardła krwi, następuje ogromna cyanoza i oddech ustaje: u głuchoniemych, zdaje się, słabiej jest rozwinięty odruch kaszlowy, za pomocą którego normalny człowiek wyrzuca obce ciało, które mu się dostanie przypadkowo do głośni. W jednym przypadku u głuchoniemego dziecka zmuszony był GRADENIGO uciec się do sztucznego oddechu, w drugim przypadku uratował dziecko, schwyciwszy je za nogi i obróciwszy głowę na dół.

Nieprzyjemne jest również przebudzenie się po bromku etylu; chorzy przez długi czas nie zdają sobie sprawy, co się wokoło nich dzieje, co bardzo przykre robi wrażenie na otoczeniu.

Wobec możliwości ciężkich powikłań, a nawet i śmierci przy użyciu ogólnej narkozy zjawia się zasadnicze pytanie, czy rzeczywiście narkoza jest niezbędną dla operacyi wyrośli adenoidalnych i *malgré tout* uciec się do narkozy musimy, a te śmiertelne powikłania, jakie przy niej bywają, uważać jako *malum necessarium*.

Przeciwnie, bez narkozy, zdaniem moim, zawsze obejść się możemy przy operacyi wyrośli adenoidalnych.

Zwolennikom narkozy chodzi o doszczętne usunięcie wszystkich wyrośli, co ma zapobiedz nawrotom, a co jedynie, ich zdaniem, możliwe jest w uspieniu. Przedewszystkiem, doszczętne usunięcie wyrośli adenoidalnych, t. j. w tem znaczeniu, żeby nic nie zostało, co by w przyszłości mogło wywołać recydywę, jest wprawdzie ideałem, ale ideałem niedoścignionym. Są pewne miejsca w jamie nosogardzielowej, gdzie ani pod narkozą, ani bez niej nie jesteśmy w stanie wszystkiego usunąć [np. nisza w przejściu stropu na tylną ścianę jamy nosogardzielowej, albo też boczne ściany około *fossa* ROSENMÜLLERI, gdzie żaden instrument dostać się nie może], a następnie nawet doszczętne usunięcie wyrośli nie chroni od możliwości nawrotu.

Narkoza, zdaniem moim, stanowczo nie jest rękojmią dla doszczętnego usunięcia wszystkich wyrośli, znajdujących się w jamie nosogardzielowej, o co

głównie chodzi wszystkim zwolennikom ogólnej narkozy przy operacji wyrośli adenoidalnych.

Co się tyczy zdania GRADENIGO, że operowanie bez narkozy wywołać może u dzieci słabych nerwowo *shock*, równie szkodliwy jak sama narkoza, to zdaje się, że tenże sam *shock* mieć możemy przy operowaniu pod narkożą. Dziecko wprawdzie nie widzi samego aktu operacji, nałożenie jednak maski, niezwykle zapach chloroformu, ostatecznie także pewien gwałt, gdyż dziecko nie pozwala na nałożenie maski, również wyrzucić może na nie ciężkie wrażenie i wywołać *shock* nerwowo w tymże stopniu, co i podczas operacji bez narkozy. GOTARD ogłosił niedawno kilka przypadków, które przemawiają bardzo za tem, że w przypadkach śmierci przy pierwszych kilku kroplach chloroformu chodzi właściwie o *shock*, a nie o działanie trujące chloroformu, użytego w minimalnej ilości.

Zdaniem mojem, operacja wyrośli adenoidalnych stanowczo należy do tych zabiegów chirurgicznych, w których zawsze obejść się możemy bez narkozy. Operując od kilku lat prawie codziennie w ambulatoryum dra WRÓBLEWSKIEGO w szpitalu Ewangelickim, gdzie materyał jest bardzo obfity, jak również w swej praktyce prywatnej, ani razu nie widziałem konieczności użycia narkozy ogólnej: zawsze udało się wykonać operację pod kokainą, pomimo że miałem do czynienia z różnego rodzaju osobnikami.

Jako środka znieczulającego używamy 25%-ego roztworu wysokowego kokainy, dawniej używaliśmy 10%-ego roztworu wodnego. Dziecko siedzi na kolanach felczera lub innego pomocnika, jeśli jest trochę większe — samo na krześle. Najczęściej popozwalają dzieci zapenzlować jamę noso-gardzielową kokainą, ewentualnie, pomocnik rozwieraczem otwiera usta; odbywa się to bez użycia wielkiego gwałtu nad dzieckiem. Najczęściej po pierwszym zapenzlowaniu dziecko z początku niespokojne i oporne, przekonawszy się, że nie doznało bólu, dobrowolnie poddaje się powtórnemu zapenzlowaniu jamy noso-gardzielowej kokainą; więcej aniżeli dwa razy nie penzlujemy gardła. Po kilku chwilach dziecko doznaje uczucia obcego ciała w gardle pod wpływem kokainy. Pod pretekstem wyjęcia tego obcego ciała, jakoby pozostałej „waty“, wprowadzamy kleszcze JURASZA, i zwykle udaje się wyjąć odrazu spory kawał wyrośli. Kokaina tak wybornie znieczula, że dziecko nie czuje żadnego bólu [jak to później rozsądne dzieci same przyznają]. Sprawdziwszy palcem, czy i gdzie pozostały jeszcze wyrośle adenoidalne, usuwamy resztę kiuretą GOTTSTEIN'a lub KIRSTEIN'a; odcięty kawałek dziecko samo wypłuuwa; dla uniknięcia zaś ewentualnego wpadnięcia do dróg oddechowych odciętego kawałka wyrośli, pomocnik w chwili wyjęcia kiurety szybko nachyla głowę dziecka ku przodowi. Najczęściej jednak zupełnie nie stosuję kleszczy JURASZA, operuję jedynie kiuretą GOTTSTEIN'a lub KIRSTEIN'a i wtedy za jednym razem udaje mi się odciąć w całości wyrośle adenoidalne. W razie oporu dziecka przy wprowadzaniu instrumentów, pomocnik otwiera usta rozwieraczem, i wtedy możemy zupełnie swobodnie operować. Krwawienie podczas operacji jest zwykle nieznaczne i po kilku minutach ustaje. Dzieci po operacji wybornie się czują i po kilkunastu minutach swobodnie opuścić mogą mieszkanie lekarza z za-

chowaniem pewnych ostrożności dla uniknięcia przeziębienia. Objawów zatrucia ze strony kokainy nigdy nie spostrzegałem, pomimo stosowania tak mocnej kokainy; u niektórych dzieci bywa pewne osłabienie, które po krótkim odpoczynku prędko przemija.

Naturalnie, operację robi się z zachowaniem ścisłej aseptyki: instrumenty wszystkie są sterylizowane; przemywać nosa przed operacją nie robimy, uważając to za zbyteczne a ponieważ i niebezpieczne ze względu na uszy. Dzieci w dzień operacji powinny pozostać w łóżku, pożywienie płynne i nie zbyt gorące, na drugi dzień wstają z łóżka i po kilku dniach mogą wychodzić z domu.

Powyższy sposób operowania wyrosłych adenoidalnych nie jest wyłącznie przez nas stosowany, chcę tylko podkreślić fakt, że operując w ten sposób nie byliśmy ani razu zmuszeni jak w szpitalu, tak i w praktyce prywatnej uciec się do narkozy; we wszystkich przypadkach udało się operować bez żadnych powikłań. Zdarzało mi się widzieć dzieci, niesfornie zachowujące się podczas badania, a podczas operacji wyjątkowo spokojnie znoszące wszelkie manipulacje. Bardzo często otoczenie dziecka z góry zapowiada, że bez narkozy nie da się nic zrobić, a jednak dzieci takie często spokojnie zachowują się podczas operacji. Operowałem niedawno 8-letnią dziewczynkę, którą już raz operowano z powodu wyrosłych adenoidalnych i którą z powodu gwałtownego oporu z trudnością udało się zachloroformować; dziewczynka z początku trochę niespokojna, wybornie zachowywała się podczas operacji.

W ambulatorium szpitalnem materiał składa się z dzieci słabych, anemicznych, skrofulicznych, a jednak ani razu nie widziałem, aby operacja wywarła na dzieci większe wrażenie ze złymi skutkami, a w każdym razie nie mogło być mowy o *shock'u* nerwowym.

Na szczęście wszystkie operacje przebiegały bez jakichkolwiek powikłań, nie miałem ani jednego większego krwawienia; pomimo energicznego nieraz oporu ze strony dzieci nie spostrzegałem żadnych uszkodzeń w gardzieli i jamie nosogardzielowej.

Wobec pewnego niebezpieczeństwa przy użyciu środków usypiających, łatwości wykonania operacji pod kokainą, stanowczo uważam narkozę za zupełnie zbyteczną przy operacji wyrosłych adenoidalnych. Pozostaje do rozpatrzenia jeszcze jedna kwestya, a mianowicie—kwestya nawrotów wyrosłych adenoidalnych po operacji, stanowiąca czarną plamę w naszej działalności.

Pomimo możliwie doszczętnego operowania, co jesteśmy nieraz w stanie sprawdzić lusterkiem, pomimo możliwie rozwiniętej techniki, każdy z operujących ma pewną liczbę przypadków, gdzie po krótszym lub dłuższym czasie występuje recydywa. Naturalnie mam tu na myśli recydywę istotną, stwierdzoną badaniem; gdyż często sprowadzają nam dzieci ze skargą, że objawy, jakie były przed operacją trwają w dalszym ciągu lub po krótkiej poprawie wróciły. Pomimo doszczętnego usunięcia wyrosłych objawy pewne, jak: chrapanie, trzymanie ust otwartych, a nawet katary, mogą trwać w dalszym ciągu. Jeśli wyrosłe były długi czas u dziecka, to z trudnością odzwyczajają się ono od oddychania przez usta, trzeba na to zwracać ciągle uwagę, uczyć dziecko normalnie oddy-

chać przez nos; następnie pod wpływem wyrosli następuje pewna deformacja w rozwoju szczęk, podniebienia, etc.; wtedy pomimo usunięcia wyrosli objawy, jakie były przedtem, trwać mogą w dalszym ciągu; katary zależą mogą od zmian w nosie (*rhinitis hypertrophica*) i dopiero po usunięciu przeszkody ze strony nosa wraca normalny typ oddychania.

Mówiąc jednak o recydywie, mam na myśli — powtarzam — istotną regenerację wyrosli adenoidalnych, która rzeczywiście ma miejsce w pewnej liczbie przypadków.

M. SCHMIDT ¹⁾ znajduje recydywę w 3% przypadków, inni autorowie podają jeszcze większe cyfry.

Powstaje pytanie, czy możliwe jest wogóle zapobiedz nawrotom, czy można doszczętnie usunąć wyrosle adenoidalne i czy to doszczętnie usunięcie będzie rękojmią dostateczną, że recydywa nie nastąpi.

Dotychczas nie znamy dokładnie czynników, wpływających na proliferację tkanki adenoidalnej. Przyczynę przerostu migdałka gardzielowego, co stanowi istotę wyrosli adenoidalnych, upatrywano w ogólnych zmianach w organizmie, jak: skrofuloza, syphilis, leukemia, gruźlica etc.

BRIEGER ²⁾ w ostatniej swej pracy „*Ueber Genese der Rachenmandelhyperplasie*“ odmawia wszystkim tym czynnikom jakiegokolwiek wpływu na proliferację tkanki adenoidalnej, starając się dowieść, że bujanie tkanki tej jest niezbędne dla młodego organizmu w walce jego z różnego rodzaju infekcjami [BRIEGER uznaje jednak potrzebę usuwania wyrosli, o ile one wywołują jakieś zaburzenia w organizmie].

Nie znając dokładnie przyczyny rozrostu tkanki adenoidalnej, tembardziej trudno sobie objaśnić, co wywołuje właściwie nawroty po operacji — regenerację tkanki adenoidalnej.

Przypuszczano, że jeżeli po operacji na nowo odrastają wyrosle adenoidalne, to mamy do czynienia z limfosarkomatem. Badanie histologiczne jednak i przebieg kliniczny stanowią temu przeczą. *Lymphosarcoma* — nowotwór złośliwy — rozrasta się we wszystkie strony, niszcząc nawet kość.

Niektórzy twierdzą, że nawroty bywają tylko u dzieci gruźliczych, ale w rzeczywistości tak nie jest. W tych właśnie przypadkach, gdzie w wyciętych wyrosłach adenoidalnych znajdowano nawet laseczki gruźlicze, nie było recydywy.

Ogólna dyskrasya, choroby przemiany materii, konstytucja limfatyczna, syphilis również nie usposabiają do nawrotów, gdyż nawroty obserwować można bardzo często u dzieci zupełnie zdrowych.

Najłatwiej było naturalnie w każdym przypadku recydywy obwiniać chirurga: nie wszystko zostało usunięte; stąd recydywa. Resztki wyrosli adenoidalnych mogą naturalnie zostać, na ich powierzchni tkanka adenoidalna granu-

¹⁾ M. SCHMIDT. Die Krankheiten der oberen Luftwege.

²⁾ BRIEGER. Archiv für Laryngologie. 1902.

luje i daje początek recydywie, ale wiemy wszak, że resztki te często same zanikają lub też przy następczem leczeniu środkami ściągającymi. Bywają natomiast przypadki, gdzie po operacji lusterkiem jesteśmy w stanie stwierdzić, że wszystko usunięte, a jednak następuje recydywa.

W ostatnim czasie pojawiła się praca GOERKE'GO ¹⁾, bardzo szczegółowo omawiająca kwestyę recydywy po operacji wyrosli adenoidalnych. Przede wszystkim, powiada GOERKE, ustalić należy fakt, co my właściwie usuwamy przy t. zw. doszczętnem operowaniu: otóż, usuwamy całą tkankę adenoidalną od choan aż do tylnej ściany, a właściwie także, z tylnej ściany jamy nosogardzielowej, dochodząc kiurętą do *fibrocartilago*. Na wyciętych wyrosłach widzimy wtedy białą włóknistą powierzchnię. Zostaje jednak ta część tkanki adenoidalnej, która wrasta pomiędzy włókna *fibrocartilaginis* i której absolutnie nie jesteśmy w stanie usunąć; prócz tego w różnych miejscach mogą gdzieś gdzieś zostać oddzielne kępki tkanki adenoidalnej. Widzimy więc, że część tkanki adenoidalnej przy każdej operacji zostać musi. Po operacji wszystko się załóżnia, możemy nieraz lusterkiem sprawdzić, że powierzchnia jest zupełnie gładka; jeśli więc w takich razach następuje recydywa, to mamy do czynienia z prawdziwą regeneracją tkanki adenoidalnej, która wogóle odznacza się dużą siłą regeneracyjną. Nie może tu być mowy o zostawieniu części wyrosli, o niedoszczętnym operowaniu. GOERKE starał się znaleźć, czy są pewne różnice w budowie histologicznej, dające możność odróżnić prawdziwą regenerację tkanki adenoidalnej od pseudorecydywy, t. j. od pozostałych po operacji resztek wyrosli adenoidalnych. Okazało się, że są rzeczywiście pewne różnice w budowie. Badając wyrosłe adenoidalne w przypadkach powtórnej z powodu recydywy operacji, GOERKE miał możność skonstatować wszystkie stadia rozwoju tkanki adenoidalnej, jak to ma miejsce przy nowotworzeniu się tej tkanki. Włókna tkanki łącznej, która wytwarza się na bliznie, ulegają stopniowo nacieczeniu leukocytami, biorącymi początek z wrastającej w włókna *fibrocartilaginis* tkanki adenoidalnej, i powoli tkanka bliznowata przybiera charakter tkanki adenoidalnej. Są jednak pewne zmiany w budowie, dające możność odróżnić recydywę od pozostałych resztek wyrosli: w recydywie tkanki adenoidalnej oddzielne warstwy tkanki nie są tak systematycznie rozmieszczone, jak w tkance adenoidalnej wyrosli (*ein durcheinander geworfen sein aller Schichten*).

Badania GOERKE'GO są dowodem, że przy nawrotach wyrosli mamy do czynienia z prawdziwą regeneracją tkanki adenoidalnej, która bynajmniej nie zależy od mniej lub więcej doszczętnego operowania. Te same etyologiczne momenty, które wywołały przerost migdałka gardzielowego, trwają widocznie w dalszym ciągu i wywołały nawrót, t. j. dalszą proliferację — regenerację tkanki adenoidalnej.

Należy więc zwrócić uwagę na ogólny stan chorego i po operacji w tym kierunku starać się wpłynąć. Należy również pamiętać o tem, że choroby in-

¹⁾ GÖRKE. Archiv für Laryngologie. 1902.

fekcyjne wpływają na proliferację tkanki adenoidalnej. BRIEGER ⁴⁾ operował wyrośłe *in studio incubationis* tyfusu brzuszego i miał możność stwierdzić lusterkiem, że podczas operacji wszystko zostało usunięte; podczas tyfusu rozwinęła się recydywa, którą również stwierdził, badając jamę noso-gardzielową lusterkiem.

Bardzo często daje się słyszeć, że dziecku po przebytej chorobie zakaźnej zrobiło się gorzej, na nowo wróciły objawy ze strony wyrośli adenoidalnych, i rzeczywiście skonstatować możemy recydywę. Nawroty po operacji więc nie zawsze zależą od niekompletnej operacji i wcale przeciwko operacji nie przemawiają; o ile pojawi się recydywa i znowu da szkodliwe dla organizmu objawy, operować będziemy powtórnie.

Pisząc o powikłaniach przy operacji wyrośli adenoidalnych, nie miałem bynajmniej na celu zniechęcić do tej operacji, nie chciałem być źle zrozumiany w tej kwestyi. Nie wiele zabiegów chirurgicznych daje tak świetne wyniki, jak operacja wyrośli adenoidalnych.

Jest to jedna z tych operacji w naszej specjalności, która bez żadnego prawie niebezpieczeństwa dla chorego daje świetne i szybkie wyniki.

Wspomnieć należy, jak ciężkie objawy dają wyrośłe adenoidalne, jak paraliżująco wpływają na rozwój fizyczny i intelektualny młodego organizmu, aby zrozumieć, jak ciężko grzeszą ci z lekarzy, szczególnie niespecjaliści, którzy czekają z operacją aż dziecko z tego „wyrośnie“ i objawy same ustąpią, powołując się na to, że u niektórych osobników bez operacji również wszystko dobrze się skończyło. *Laisser faire, laisser passer* nigdzie chyba nie mści się tak bardzo, jak przy wyroślach adenoidalnych. Zaniechanie usunięcia wyrośli adenoidalnych stać się może nawet przyczyną śmierci, chociażby ze względu na towarzyszące im często ropienie z ucha. Operacja ta jest dotychczas jeszcze za mało rozpowszechnioną, i życzyć należy, by nie tylko lekarze, ale i szerszy ogół zrozumiał całe jej znaczenie, gdyż przysporzy to społeczeństwu wielu zdrowych obywateli. Nie należy jednak bagatelizować tej operacji, sprowadzać jej do jakiegoś „wyskrobania”; jest to takież zabieg chirurgiczny, jak każdy inny, wymagający umiejętności a nadewszystko ostrożności.

⁴⁾ BRIEGER. l. c.

IV. Z ODDZIAŁU DRA MED. T. DUNIŃA W SZPITALU DZ. JEZUS W WARSZAWIE.

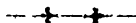
TRZY PRZYPADKI POŁOWICZNEGO ZANIKU JĘZYKA.

(HEMIATROPHIA LINGUAE).

Podał

Henryk Landau,

asystent oddziału.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 22].

Podobnież prawidłowo zachowują się prawie zawsze czucie ogólne oraz smak w zanikłej połowie języka, o ile tylko nie są dotknięte jednocześnie nerwy, zawiadujące temi funkcjami, a więc nerw języko-gardzielowy, nerw trójdzielny, *resp.* nerw twarzowy na przebiegu tegoż pomiędzy *ganglion geniculi* a ujściem *chordae tympani*. Znajdowano wszakże jakoby pewne zaburzenia czucia oraz smaku nawet przy izolowanem porażeniu samego tylko nerwu podjęzykowego, co LEWIN'a skłania do wniosku, że nerw ten odgrywa pewną rolę jako nerw czuciowy dla języka oraz smakowy. Przytem włókna smakowe ma on otrzymywać od nerwu języko-gardzielowego za pośrednictwem *r. pharyngeus vagi*, włókna zaś czuciowe, jak tego dowodzą specjalne, przez tegoż autora podjęte badania doświadczalne na psach, od różnych nerwów, z którymi na przebiegu swym wstępuje w połączenie, a więc od nerwu błędnego, współczulnego (*gangl. cervicale supr.*), pierwszych 3-ch nerwów szyjowych oraz od nerwu językowego. Jak to jednak słusznie podnosi ERB, sam przypadek LEWIN'a nie może służyć bynajmniej jako potwierdzenie jego doświadczeń dopełniających. Z tych ostatnich bowiem wynika, że źródło *hypoglossi* [zarówno korzonki, jak i cała wewnątrzczaszkowa część pnia] posiada naturę wyłącznie ruchową, natomiast włókna czuciowe, przebiegające w nerwie tym w rozmaitych kierunkach: do - i odśrodkowym, wnikają weń dopiero poniżej na peryferycznym jego przebiegu, gdy w przypadku tego autora, jak to wykazało badanie pośmiertne, ta właśnie peryferyczna część nerwu była niezmienniona, cierpienie zaś umiejscowione było wewnątrz czaszki. Słuszniej będzie zatem odmówić nerwowi podjęzykowemu wszelkiego udziału w zaopatrywaniu błony śluzowej języka w jakiekolwiek włókna czuciowe, powyższe zaś, przebiegające w jego pniu włókna, zapożyczone od innych nerwów, uważać jako *nervi nervorum* lub też jako nerwy czuciowe dla mięśni.

Do zmian troficznych przy połowicznym zaniku języka należy jeszcze, prócz samego zaniku, spostrzegany niekiedy nalot [zgrubiła warstwa nabłonka] na połowie zanikłej. Obecność tego nalotu TRAUMANN stawia w zależności od upośledzenia ruchów języka. Podobnież jednostronne obłożenie języka spostrzegano przy połowicznym znieczuleniu języka skutkiem porażenia nerwu trójdzielnego [GOWERS, BERNHARDT], tudzież przy zniesieniu smaku na płowie języka wskutek porażenia nerwu twarzowego [BRUNNER, URBANTSHITSCH]. Stwierdzono również [LEWIN, WENHARDT] pewne zaburzenia naczynioruchowe w zanikłej połowie języka a mianowicie większą bladłość tej połowy w porównaniu ze stroną zdrową, co LEWIN w swoim przypadku tłómaczy uszkodzeniem włókien rozszerzających naczynia, czyli przebiegających w n. *lingualis* włókien *chordae tympani*, które to uszkodzenie zostało spowodowane uciskiem na te włókna znajdującego się w masie języka gumatu. — Wreszcie czasami można spostrzegać, oprócz właściwych drgań włókienkowych w zanikłej połowie języka, drżenie tej połowy *in toto* lub też nawet całego języka, zwłaszcza przy jego wysuwaniu, co, być może, ma pewien związek z ruchami drżącymi oraz migawkowymi języka [również i mięśni twarzy], występującymi w kilka (3—4) dni po przecięciu odnośnego nerwu, a co do pewnego stopnia, jak tego dowodzą badania SCHIFF'a, HEIDENHAIN'a, MAYER'a i innych, zależy również od wpływu wazomotorów. Oddziaływanie na prąd elektryczny zanikłej połowy języka może być różne: spotykamy tu wszelkie przejścia od reakcyi prawidłowej aż do zupełnego odczynu zwyrodnienia, co zależy, rozumie się, od stopnia zaniku, od ilości pozostałych pierwiastków zdrowych, wreszcie od okresu, w którym cierpienie się znajduje. Zachowanie się odmienne pod tym względem spostrzegał MÖBIUS w przypadku swoim połowicznego zaniku języka, uwarunkowanego cierpieniem na podstawie mózgu (*meningitis luetica*), a mianowicie: połowa zanikła wykazywała przez pewien czas wzmożone oddziaływanie na prąd stały oraz przerywany; w następstwie oddziaływanie stało się prawidłowem. Toż samo znajdował TAMBOURER w przypadku połowicznego zaniku języka przy syringomyelii. Bliższego wyjaśnienia wszakże tego zjawiska autorowie ci nie podają.

Do objawów, nader często towarzyszących połowicznemu zanikowi języka, należą, jak to wspominaliśmy o tem powyżej, porażenie podniebienia oraz krtani po stronie zaniku. Częstość tego powikłania tłómaczy się łatwo z jednej strony blizkiem sąsiedztwem jądra *hypoglossi* z częścią opuszkową jądra *accessorii*, resp. wspólnością źródła, zaopatrującego oba te jądra w krew (*art. spinal. ant.*, według DURER'a), z drugiej zaś strony — sąsiedztwem obu tych nerwów i na pewnej części peryferycznego ich przebiegu, zarówno w czaszce, jak i nazewnątrz jej. Przy pozaczaszkowem umiejscowieniu cierpienia zostaje częstokroć dotkniętą jednocześnie i t. zwana gałąź zewnętrzna *accessorii*, unerwiająca mięśnie: kapturowy oraz mostko-obojęczkowy. KOCH i MARIE przypisują nawet nerwowi podjęzykowemu pewien udział w unerwianiu podniebienia i krtani. Mniemają bowiem, że w mózgu przedłużonym, na wzór tego, jak to ma miejsce w rdzeniu, pojedyncze terytorya substancyi szarej są nie tyle ośrodkami anatomicznymi, ile raczej ośrodkami dla pewnych funkcyi, tudzież że narządy, których czynność jest wspólna, jak język, gardziel i krtąń, posiadać muszą w mózgu wspólny

również ośrodek, zawiadujący ich ruchami. Ciz sami autorowie uważają nawet udział podniebienia i krtani w cierpieniu nerwu podjęzykowego za objaw stały oraz wyłączny dla cierpienia jądra tego nerwu i podają go z tego względu jako cechę rozpoznawczą przy odróżnianiu jądrowych cierpień *hypoglossi* od peryferycznych. Pogląd taki wszakże słuszny nie jest. Nie ulega bowiem wątpliwości, że i przy cierpieniach obwodowych nerwu podjęzykowego, umiejscowionych zarówno w czaszce, jak i na zewnątrz jej, jak np. w okolicy górnych kręgów szyjowych, może, jak tego dowodzą niezbitie przypadki BIECK'a, SAUER'a, REMACK'a, TRAUMANN'a i in., zostać dotkniętym wraz z nim i *n. accessorius*, i to najczęściej gałąź jego wewnętrzna, odszczepiająca się już dość wysoko [tuż poniżej *ganglion jugulare*] od wspólnego pnia i wnikająca do nerwu błędnego, zaopatrując ten ostatni we włókna ruchowe dla podniebienia, gardzieli, krtani, a prawdopodobnie i we włókna hamujące dla serca.

Należy wszakże przyznać, że i inne również objawy, którymi zwykliśmy się kierować przy rozpoznawaniu różniczkowem pomiędzy centralnemi [jądrowemi] a peryferycznemi cierpieniami układu nerwowego, jakoto: obecność drgań włókienkowych, brak lub też obecność odczynu zwyrodnienia, resp. mniej lub więcej zupełny stopień u tegoż w zastosowaniu do nerwu podjęzykowego, nie dają rezultatów zadowalających. Dotyczy to również cechy rozpoznawczej, na którą szczególnie nacisk kładzie DINKLER, a która, zdaniem jego, jest rostrzygającą przy odróżnianiu cierpienia pnia *hypoglossi* od cierpień jego korzonków, a mianowicie stopnia zaniku języka (połowiczny zanik całkowity lub też tylko częściowy). Przypadek bowiem MARINA'y [p. wyżej] dowodzi niewątpliwie, że i cierpienie peryferyczne może dotknąć również tylko część nerwu i tem samem dawać objawy niezupełnego zaniku języka.

Chciano spożytkować również dla celów dyagnostycznych udział w cierpieniu innych mięśni, unerwianych przez nerw podjęzykowy, a mianowicie mięśni mostko-tarczowego, mostko-grdykowego i łopatkogrdykowego, które to mięśnie otrzymują swe unerwienie od *ramus descendens hypoglossi*, resp. od pętlicy, którą ta zstępująca gałązka nerwu podjęzykowego tworzy z 2-im oraz 3-im nerwem szyjowym. Wprawdzie ten udział nerwu podjęzykowego w unerwianiu wspomnianych mięśni jest tylko pozorny, ściślejśze bowiem badania anatomiczne wykazały, że *r. descendens* składa się wyłącznie z włókien, dostarczanych przez nerwy szyjowe. Bądź co bądź wszakże obecność, resp. brak porażeń powyższych mięśni ¹⁾ pozwalałyby nam tylko rozstrzygać, czy nerw podjęzykowy dotknięty został poniżej, czy też powyżej wyjścia gałęzi zstępującej. — Jeżeli zaś prawdą jest nawet, że gałązka nerwowa dla mięśnia tarczogrdykowego ma, jak to twierdzi MÖBIUS, swoje źródło już w korzonkach nerwu podjęzykowego, to rozpoznanie jednostronnego cierpienia tego mięśnia jest rzeczą nader trudną.

¹⁾ Porażenie tych mięśni wyraża się: spłaszczeniem okolicy chrząstki [tarczowej, przez co chrząstka ta mocno wystaje, boczne odchyłaniem się krtani przy ruchach połykowych, a wreszcie zmianą oddziaływania elektrycznego tych mięśni.

Jedynie zatem ściśle rozważanie momentów etyologicznych oraz wszystkich objawów towarzyszących może nam dać jakikolwiek punkt oparcia dla umiejscowienia sprawy chorobowej, którą dotknięty został nerw podjęzykowy.

L I T E R A T U R A



BALLET. Arch. de Neurol. 1884. VII. 20.—RAYMOND i ARTAUD. Archives de Physiol. 1884. III. 36.—KOCH i MARIE. Revue de Méd. 1888. VIII. 1.—PEL. Berliner klin. Wochenschrift. 1887. Nr. 29.—BIECK. Inaug. Diss. Berlin. 1889.—HIRT. Berlin. klin. Wochenschr. 1885. Nr. 25.—TAMBOURER. Neurol. Centralbl. 1892. 494.—WEINTRAUD. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1894. V. 393.—E. REMAK. Berl. klin. Wochenschr. 1886. Nr. 25.—E. REMAK. Berlin. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 44 [posiedz. Tow. Lek. Charité, 1892. 12. V].—LEWIN. Charité-Annalen. VIII. 602.—ADAMKIEWICZ. Wiener medic. Wochenschr. 1889. Nr. 2—4.—BERNHARDT. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. XXIV. 380.—ERB. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1885. XXXVII. 265.—GÜTERBOCK. Vierteljahresschrift f. gerichtliche Med. 1873. XXXIX. 57.—BERNHARDT. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXII. 362.—LÜSCHOW. Inaug. Diss. Greifswald. 1884.—SAUER. Inaug. Diss. Göttingen. 1886.—REMAK. Berlin. klin. Wochenschr. 1888. Nr. 7.—TRAUMANN. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 1893. XXXVII. 1—2. 161.—F. LANGE. Arch. f. klin. Chirurgie. 1893. XLVI. 634.—C. WESTPHAL. Arch. f. Psychiatrie. 1887. XVIII. 849.—S. MAYER. Centralbl. f. d. med. Wissenschaften. 1878. 579.—MOEBIUS. Centralbl. f. Nervenheilkunde. 1887. Nr. 15.—DINKLER. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1898. XIII. 250.—A. MARINA. Neurol. Centralbl. 1896. Nr. 8 i 1900. Nr. 3.—HOFFMANN. Neurol. Centralbl. 1899. 107.—WENHARDT. Neurol. Centralbl. 1898. 541.—WIERSMA. Neurol. Centralbl. 1899. 818.—PAŃSKI. Kron. Lek. 1900. Nr. 1.—Prócz tego p. ref. w Neurol. Centralbl. 1894—1902.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie dnia 28. IV. r. b.

1. B. KORYBUT-DASZKIEWICZ przedstawił przypadek *erythema nodosum* z następczym zanikiem mięśni u $4\frac{1}{2}$ -mies. dziewczynki z Domu Podrzutków. Ciekawą w tym przypadku jest lokalizacja nacieczeń tylko po stronie prawej na kończynie górnej i dolnej i na prawym policzku, brak podniesionej ciepłoty, dobry stan ogólny dziecka, zwłaszcza wobec rozszerzenia się sprawy chorobowej na mięśnie. Wymiary obwodowe prawych i lewych kończyn wykazują różnicę o 1—2 cm.

2. RZĘTKOWSKI wypowiedział rzecz p. t. „Studia nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej“. Rz. posiłkował się w swych badaniach metodą MERT'a, znalazł sprawność proteolityczną osłabioną przy raku, wzmożoną przy wrzodzie żołądka. NaCl *in vitro* osłabia sprawność proteolityczną; zjawisko to nie występuje *in vivo*, ponieważ żołądek wydziela wodę i nadmiar chlorku sodu rozpuszcza się.

J. Brudziński.



Zjazd higienistów w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 22].

Sekcja położnicza.

Nad sprawą pomocy położniczej i ginekologicznej na prowincyi debatowano na dwu posiedzeniach w osobnej sekcji, której organizatorem i gospodarzem był JAWORSKI. Z odczytami zgłosili się tylko lekarze tutejsi. W dyskusjach jednak przyjmowali udział i goście, dość licznie sekcję nawiedzający, wykazując dużo dobrych chęci ku poprawieniu sprawy pomocy położniczej na prowincyi. Wszystkie referaty i pogadanki podciągnąć można pod trzy tematy, a mianowicie: I) zasady postępowania bezgnilnego i przeciwnigilnego w położnictwie, II) o potrzebie podniesienia wiedzy akuszerskiej i ginekologicznej wśród lekarzy, praktykujących na prowincyi i III) w sprawie organizacji stałej pomocy położniczej na prowincyi.

Na temat pierwszy wygłosili odczyty: CYKOWSKI i JAWORSKI. CYKOWSKI odczytał przepisy postępowania przeciwnigilnego i bezgnilnego podczas porodu i położu, zwracając głównie uwagę na dezynfekcję mechaniczną, jako najpewniejszą i najbezpieczniejszą. W dyskusyi przyjmowali udział: PISARZEWSKI, SOCHACKI, MUSZKAT, SZYMAŃSKI.

JAWORSKI zapoznał słuchaczy z pracą swą doświadczalną nad metodami praktycznego wyjaławiania rąk. Mówca jest przeciwny temu, aby babki wiejskie używały szczotki do mycia rąk, gdyż szczotka łatwo się zanieczyszcza a odkażenie jej jest bardzo trudne i dlatego w rękach akuszerok, a tembardziej babek wiejskich może stać się bardzo niebezpieczną. Zamiast więc szczotki zaleca piasek, jako materiał odpowiedni do tego celu i mający wyższość nad szczotką z następujących powodów: 1) piasek może być w sposób prosty i łatwy zapomocą gotowania w woreczku w wodzie lub wypalania otrzymywany i przechowywany w stanie zupełnie czystym, jako środek aseptyczny; 2) dzięki swym kształtom, budowie, działa przy myciu rąk na skórę energicznie, ścierając wierzchnie warstwy naskórka i brud, co stanowi właśnie istotę działania mechanicznego; 3) łącząc piasek z mydłem, całą procedurę mycia odbywamy podczas jednego równomiernego, nieprzerywanego aktu; 4) piasek jest materiałem dla każdego i wszędzie dostępnym, prawie bezwartościowym; 5) piasek przez lud nasz jest uważany i uznany, jako wypróbowany znakomity środek do usuwania największych nieczystości i brudu z naczyń i sprzętów, a także do mycia rąk. Praktyczne swe spostrzeżenia poparł prelegent doświadczeniami naukowymi: w skórę rąk wcierano czystą hodowlę lasecznika ropy błękitnej i ręce te myto następnie piaskiem. Szczepienia na odżywkach [żelatyna, agar] materiału, zebranego z takich rąk, zapomocą nitek wyjałowionych, dawały wynik ujemny.

W dyskusyi AL. ZAWADZKI wyraził obawę, że piasek, wcierany w skórę, rani ją swymi ostrymi brzegami i dlatego do mycia rąk służyć nie może. Najodpowiedniejsze dla babek wiejskich byłyby rękawiczki gumowe. JAWORSKI nie podziela co do piasku obawy. BORYSSOWICZ, DOBRUCKI przemawiają za piaskiem.

Na temat drugi w sprawie podniesienia poziomu wykształcenia położniczego i ginekologicznego wśród lekarzy prowincjonalnych przemawiał BRONISŁAW SZYMAŃSKI. Treść doskonale napisanego odczytu była następująca: stosunek akuszerki do innych gałęzi nauk lekarskich w praktyce prowincjonalnej. Warunki leczenia akuszerki na prowincji. Leczenie operacyjne położnicze na prowincji. Przyczyny ograniczonego zakresu działania lekarza-akuszerki na prowincji i częstość błędów akuszerki na prowincji i jego skutki. Poród zaniedbany. Dążenia współczesne w akuszerki i ich urzeczywistnienie na prowincji. Cel pomocy akuszerki i możliwość osiągnięcia jego w praktyce prowincjonalnej. Postęp akuszerki i osiągnięcie jego na prowincji w zależności od poprzedniego przygotowania lekarza-praktyka w akuszerki. Potrzeba uzupełnienia wiedzy akuszerki lekarzy prowincjonalnych jest nagląca. Sposoby i środki: piśmiennictwo i uczelnie. Wniosek ostateczny: Lekarz prowincjonalny powinien gruntownie posiadać akuszerkę i dobrą studiami ją uzupełniać.

W dyskusji kol. ZASUCHA przemawiał za urządzaniem kilkotygodniowych prywatnych kursów akuszerki dla lekarzy prowincjonalnych. Rada Towarzystwa Hyg. zająć się winna urzeczywistnieniem tego projektu. Prócz tego zabierali głos CYKOWSKI, SKAŁSKI.

W związku z tym tematem: była praca S. ZABOROWSKIEGO, który zabrał głos w sprawie operacyjnej pomocy położniczo-ginekologicznej w zastosowaniu do warunków praktyki prowincjonalnej. Spieszne podanie pomocy położniczej i ginekologicznej często decyduje o życiu chorej. Dlatego też lekarz powinien umieć stworzyć sobie szybko warunki, dostatecznie odpowiadające wymaganiom aseptyki i wystarczające zupełnie przy wykonywaniu najcięższych nawet operacji. Posługiwać się więc powinien przyborami jak najmniej złożonymi i łatwo przenośnymi a do wyjaławiania wystarczyć mu powinna wrząca woda. Sprawność osobista i wyszkolenie chirurgiczne są najważniejszymi zaletami operatora. Bogate urządzenia sal operacyjnych w niektórych współczesnych szpitalach i zakładach prywatnych jest czynnikiem podrzędnym, bynajmniej nie gwarantującym powodzenia. Przy umiejętności ze strony lekarza komfort ten zastąpić można daleko mniejszymi i prostszymi środkami i dokonać przy ich pomocy ciężkich rękoczynów aseptycznie i zupełnie bezpiecznie. Dowodzą tego bardzo dobre wyniki operacji w większości szpitali, w których skąpe środki nie pozwalają na współczesne udoskonalenia, jak również wyleczenia, otrzymywane po operacjach w praktyce wiejskiej. Działalność lekarza w powyższych warunkach jest trudniejsza i wymaga dużego nakładu pracy i energii, lecz tem owocniejsza i ważniejsza. Na zakończenie prelegent przedstawił cały swój aparat przenośny w kształcie niewielkiego sak-wojażu, w którym mieszczą się sterylizator, narzędzia, jako też wszystko to, co bywa niezbędne chirurgowi przy wykonywaniu najcięższych nawet operacji.

W dyskusji STANKIEWICZ uważa zaleconą przez prelegenta metodę wyjaławiania przez gotowanie za niepewną [badania STANKIEWICZA i KOZICKIEGO wykazały, iż gotowanie nie jest w stanie zabić suszonych zarodków *bac. anthracis* nawet w przeciągu 40-u minut] i widzi w propagowaniu tej metody krok wstecz na polu aseptyki operacyjnej. CZERWIŃSKI i DOBRUCKI podzielają to zdanie.

BORYSSOWICZ w myśl tego, że dla lekarzy prowincjonalnych wykłady z dziedziny akuszerki i ginekologii mogą być pożyteczne, miał pogadankę na temat ważności wczesnego i szybkiego rozpoznawania niektórych cierpień narządów płciowych kobiecych. Wczesne bowiem rozpoznanie pozwoli na wczesne wykonanie operacji radykalnej, mogącej uratować życie chorej. Do tej kategorii cierpień mówca zaliczył ciążę zewnątrzmaciczną, skręcenie szypuły torbieli jajnika i raka macicy. Wykład więc miał na celu zwrócenie uwagi na te obja-

wy, które już wcześniej pozwalają podejrzewać istnienie chorób rzeczonych. Wykład był przyjęty z uznaniem. Jako dopełnienie tej kategorii chorób kobiecych, należałoby, zdaniem mojem, wspomnieć także o *chorio-epithelioma malignum*, którego wczesne rozpoznanie może stać się niekiedy ocaleniem życia kobiety, dotkniętej tą straszną chorobą.

NEUGEBAUER dopełnił wykład BORYSSOWICZA przytoczeniem kilku omyłek rozpoznawczych w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej.

Prócz tego NEUGEBAUER na okazach bardzo obfitego zbioru przedstawił szkodliwości, często wywoływane przez wianki maciczne, już to z powodu wadliwych kształtów, wiankom nadawanych, już też dlatego, że materyał z którego są wykonywane, jest zupełnie nieodpowiedni. Następnie okazał trzy osobniki z t. zw. *erreur de seze*.

KURTZ przedstawił mały, praktyczny sterylizator.

Pod temat drugi podciągnąć też trzeba wykład KORYBUTA DASZKIEWICZA, poświęcony pielęgnowaniu noworodków. Mówca zastanawiał się na-przód nad znanymi dotychczas sposobami cucenia dzieci w pozornej śmierci będących [MARSHALL-HALL'a, SILVESTER'a, SCHULTZE'go], wyliczył ich zalety i wady i wreszcie przedstawił swój własny sposób ożywania pozornie zmarłych dzieci. Po oczyszczeniu jamy ustnej ze śluzu lekarz sadza dziecko, okryte pieluszką, na prawej dłoni, oparłszy ją na własnem nadbrzuszu; dziecko prawą stroną tułowia dotyka klatki piersiowej lekarza; lewą dłonią lekarz trzyma za szyję i główkę dziecka. Akt pierwszy [sztuczny wdech] polega na opuszczeniu lewej ręki ku dołowi, przyczem główka i tułów dziecka opuszcza się na dół i klatka piersiowa się rozszerza; drugi zaś [sztuczny wydech] polega na powrocie do poprzedniej pozycji a nawet na zgięciu (*conduplicatio*) w kręgosłupie dziecka tak, by prawie twarzą dotknęło nóg, spoczywających na nieruchomiej o nadbrzusze opartej prawej dłoni. Prelegentowi sposób ten wydaje się bardzo praktycznym i bezpieczniejszym, aniżeli ogólnie stosowana metoda SCHULTZE'go.

Następnie DASZKIEWICZ mówił o pielęgnowaniu i opatrywaniu pępowiny i pępka u noworodków przed odpadnięciem sznurka pępkowego. Zalecał więc przedewszystkiem zachowanie czystości chirurgicznej przy opatrywaniu pępowiny i rany pępkowej i wspominał o różnych poglądach na sprawę kąpienia noworodków w pierwszych dniach przed odpadnięciem pępowiny. Sam jest zwolennikiem kąpienia noworodków żąda tylko, żeby przy stosowaniu kąpieli była przestrzegana wielka czystość [czysta wanienka, woda przegotowana, unikanie dotykania niepotrzebnego rękami rany pępka, czysty opatrunek po kąpieli].

W dyskusyi nad kwestyą cucenia pozornie zmarłych noworodków ZWEJGBAUM przypomniał jeszcze sposób LABORDE'a, polegający na rytmicznym pociąganiu za język dziecka aż do zjawienia się pierwszego wdechu i sposób MINKIEWICZA, zbliżony do sposobu prelegenta, zasadzający się na tem, że lekarz sadza dziecko na stole i stojąc z tyłu dziecka, wykonywa tułowiem jego ruchy zginania ku przodowi [wydech] i rozginania ku tyłowi [wdech]. Prócz tego KOZŁOWSKI i CZERWIŃSKI demonstrowali też sposób, praktykowany na klinice prof. PAWLIKA w Pradze Czeskiej, a polegający na rozbijaniu dziecka, które, zwieszone głową na dół, lekarz trzyma za nogi między trzema palcami swymi i podrzucając ku górze i ku przodowi tułowia jego. Ma to być sposób praktyczny i pewny.

Tematem trzecim, mianowicie organizacją stałej pomocy na prowincyi, zajęli się JASIELEWICZ, JAWORSKI, IDZIKOWSKI, ZWEJGBAUM i CHODAKOWSKI. Pierwsi dwaj mówili o Szkole babek wiejskich i o najwłaściwszym typie akuszerki dla prowincyi. JASIELEWICZ zapoznawszy zebranych z krótką historią powstania Warszawskiej Szkoły babek wiejskich, wskazał jaki jest obecnie system i program nauczania w tej szkole, zaznaczył jednocześnie, że podstawą

nauczania jest ciągle i nieustanne krzewienie pojęcia o bezgnilnem prowadzeniu porodu i okresu poporodowego. Wskazał wszelkie środki, jakie są w użyciu do osiągnięcia pożądanego w tym kierunku rezultatu. Wyliczywszy następnie najważniejsze działy programu, na które specjalną zwraca się uwagę uczennic, dowiódł, że Szkoła babek wiejskich, istniejąca przy Instytucie położniczym w Warszawie, jak również i przytułki położnicze warszawskie wytwarzają najbardziej pożądaną typ akuszerki prowincjonalnej. Wreszcie zwrócił uwagę, że lekarze na prowincyi powinni nadal czuwać nad wychodzącymi ze szkoły akuszerkami wiejskimi, kontrolować ich działalność, że od surowo i pedantycznie przestrzeganych przez lekarzy zasad aseptyki i antyseptyki zależy odpowiednie zachowywanie się akuszerki przy położnicach. Jeżeli zaś akuszerka wiejska spostrzeże, że lekarz, z którym spotyka się przy porodach, obojętnem okiem patrzy na jej mycie rąk, badanie, podmywanie rodzącej i t. p. zabiegi, zacznie się sama zaniedbywać; jeżeli w dodatku szczęśliwym trafem pomimo to będzie miała kilka szczęśliwych porodów, przestanie wierzyć zasadom czystości, wpajanym w szkole, nie będzie przestrzegać ich tak pilnie i dalsza jej działalność stać się może wprost szkodliwą.

W tej samej sprawie przemawiał następnie JAWORSKI przekonywając dobitnie, że kobiety przy porodach powinny mieć obsługę z osób, do ich sfery należących, im pod każdym względem bliższych, a więc śród ludu powinny praktykować jako akuszerki kobiety z tego ludu pochodzące, znające jego obyczaje, obrzędy, wyznające jego wiarę, mówiące jego językiem, nie pogardzające jego pracą. Typ babki wiejskiej jest dla ludu włościańskiego najodpowiedniejszy. Do takich jedynie akuszerki lud nasz może mieć zaufanie. „Pańskość“ akuszerki z wyższem wykształceniem jest dla prostego ludu krępująca.

Lekarze prowincjonalni, którzy głos w dyskusyi zabierali [PIŚARZEWSKI i CZERWIŃSKI] zgodzili się na to, że Warszawska Szkoła babek wiejskich dostarcza typu akuszerki wiejskiej, zupełnie dla ludu odpowiedniego i pożądanego.

LDZIKOWSKI przemawiał w sprawie organizacji pomocy akuszerzyjnej na prowincyi. Organizacja ta może być rozpatrywana li tylko w związku z projektowaną obecnie organizacją pomocy lekarskiej na wsi wogóle. Otóż ta ostatnia złemu nie zaradzi, bo będzie stosunkowo za kosztowna, obciążając ludność nowym podatkiem. Pomoc, przez nią proponowana, nie będzie bezpłatna, lekarze staną się urzędnikami, obarczonymi masą różnorodnych zajęć, a co najważniejsza—organizacja ta pomocy akuszerzyjnej po wsiach wcale nie uwzględni, bo w proponowanych szpitalach ludowych, które stanowią zresztą dodatnią stronę projektu, o oddziałach położniczych nic się nie wspomina.

Żądania mówcy, dotyczące organizacji pomocy akuszerzyjnej w Królestwie Polskiem, sprowadzić się dają do wniosków następujących: 1) W Królestwie pożądanem jest wybudowanie tylu przynajmniej szpitali, ile projektuje się rewirów w nowej organizacji, mianowicie 108 szpitali nowych, murowanych, z osobnych, urządzonych skromnie, lecz wedle wymagań higieny; każdy co najmniej na 10 łóżek [koszt budowy około 2 milionów rubli]; 2) utworzenie przy każdym szpitalu posad dla dwóch stałych lekarzy [jeden winien być chirurgiem] i felczerki [prócz niższego personelu]; 3) podwyższenie pensyi lekarzy powiatowych i włożenie na nich obowiązku walki z epidemiami; 4) każdy szpitalik winien mieć oddział położniczy [na 3 — 4 łóżka], pozostający w za-wiadywaniu lekarza, oznajmionego z akuszerką i przeznaczony tak dla „normalnych“, jak i dla trudnych porodów; 5) nie mogące lub nie chcące odbywać porodu w oddziale położniczym, pozostają pod opieką babki wiejskiej, wykwalifikowanej w szpitalu miejscowym, mającej prawo praktyki tylko w danym rewirze i wynagradzanej za każdy dobrze przeprowadzony poród przez szpital w sumie 1 rb. [kontrola należy do lekarzy szpitalnych]; 6) poza powyższymi babkami wiejskimi należy pozostawić prawo praktyki po wsiach również

babkom, wychodzącym ze Szkoły warszawskiej, bez ograniczenia miejsca praktyki i bez wynagradzania ze strony szpitala, pod kontrolą jednak ze strony ostatniego; 7) kosztta urządzenia szpitali winno przyjąć na siebie państwo; źródłem funduszków na utrzymanie szpitali ma być podatek; 8) pomoc szpitalna na wsi winna być bezpłatna; 9) obowiązkiem inteligencji prowincjonalnej jest organizowanie towarzystwa samopomocy na wzór istniejących za granicą, zabezpieczających pomoc chorym, nie potrzebującym leczenia szpitalnego.

ZWEJGBAUM zabrał głos w sprawie pomocy akuszerskiej dla ubogiej ludności miast i miasteczek w Królestwie. Brak stałej pomocy akuszerskiej jest klęską prowincji. Nawet szpitale pomocy akuszerskiej nie dostarczają. Uboża ludność pozostaje pod tym względem na łasce przeważnie bab samouczek, które więcej szkody niż pożytku przynoszą. To też śmiertelność wśród położnic i noworodków na prowincji jest zastraszająca. Zaradzanie złemu jest potrzebą pałącą. Osiedlanie lekarzy i akuszerów po miastach prowincjonalnych nie zaradza złemu, gdyż dla ubogiej ludności pomoc ta jest zbyt kosztowna, a więc prawie niedostępna. Tu zdziałać wiele może tylko inicjatywa prywatna, organizując po miastach i miasteczkach Towarzystwa opieki i pomocy akuszerskiej dla ubogich położnic. Głównym zadaniem Towarzystw rzeczonych byłaby opieka w najszerszym znaczeniu tego słowa nad ubogimi kobietami brzemieniami, rodzącymi i położnicami i dostarczanie im bezpłatnej pomocy lekarskiej w poliklinice lub przytułku położniczym, utrzymywanych przez Towarzystwo. Rozwinięcie programu organizacji i działalności Towarzystwa, przedstawienie środków utrwalenia materialnego bytu tych instytucji i korzyści, wypływających z podobnej organizacji pomocy akuszerskiej dla ubogich na prowincji—oto dalsza treść referatu.

Wreszcie CHODAKOWSKI przemawiał za urządzaniem przytułków położniczych przy szpitalach prowincjonalnych, już istniejących, gdyż założenie takiego oddziału położniczego da się uskuteczyć taniej, aniżeli urządzenie oddzielnego przytułku. Administracja oddziału położniczego przy szpitalu wypadnie też taniej, aniżeli oddzielnego przytułku. Prelegent opisał rozwój istniejących oddziałów położniczych przy szpitalach prowincjonalnych i zaznaczył społeczne i higieniczne znaczenie tych instytucji dla prowincji.

W dyskusji nad trzema ostatnimi odczytami większość skłaniała się do wniosku CHODAKOWSKIEGO, że najodpowiedniejszym na prowincji byłyby oddziały położnicze przy szpitalach. SOCHACKI zapytał, czy nie byłoby ułatwieniem urzeczywistnienia projektu ZWEJGBAUMA, gdyby Warszawskie Towarzystwo Opieki nad ubogimi matkami i ich dziećmi zechciało rozszerzyć swą działalność i na miasta prowincjonalne.

Wniosek ZWEJGBAUMA jednomyślnie przyjęto.

Na tem obrady zakończono.

Wnioski sekcji w ostatecznej redakcji brzmią jak następuje: Warszawskie Towarzystwo Higieniczne powinno rozpowszechniać zapomocą odpowiedniego wydawnictwa kartkowego przepisy aseptycznego postępowania w położnictwie.

Sekcja akuszerska uznaje, jako najodpowiedniejszy typ akuszerki w naszych warunkach dla wsi, t. zw. babkę wiejską, swem pochodzeniem i zamieszkiwaniem należącą do warstw ludowych.

Wyraża gorące życzenie gwoili poprawy pomocy położniczej na prowincji zwiększania zastępu babek wiejskich, co osiągnąć można:

przez wystarcanie się o powiększenie miejsc do nauki w Warszawskiej Szkole babek wiejskich i w warszawskich przytułkach położniczych;

przez obznajmianie praktyczne kobiet ze sfery włościańskiej w nauce położnictwa w ciągu 4—6 miesięcy w istniejących już przytułkach położniczych na prowincji, lub powstać mających;

przez tworzenie po wsiach, z funduszków gminnych, zapomóg dominiów, stałego wynagrodzenia rocznego dla babki położnej, w każdej wsi osiadłej.

Towarzystwo Hygieniczne powinno popierać projekt zakładania po miastach i miasteczkach naprzód przytułków położniczych przy szpitalach lub oddzielnie, powtórę—Towarzystw opieki i pomocy akuszerskiej dla ubogich położnic, lub wpłynęło na otworzenie na prowincyi oddziałów Warszawskiego Towarzystwa opieki nad ubogimi matkami i ich dziećmi.

Towarzystwo Hygieniczne powinno pośredniczyć w zaprowadzeniu praktycznych kursów akuszerzy dla lekarzy, mających rozpocząć praktykę prowincjonalną lub pragnących studia akuszerskie uzupełnić.

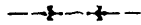
Nadto sekcyja wyraża zdanie, że w interesie zmniejszenia pewnych chorób kobiecych wśród szerokich mas ludowych, należy dążyć do decentralizacji operacyjnej pomocy ginekologicznej.

W końcu sekcyja akuszerska wyraża życzenie, aby Towarzystwo Hygieniczne rozpatrzyło krytycznie zamierzoną rządową organizację pomocy lekarskiej odnośnie pomocy akuszerskiej, opierając się na zestawieniach i wnioskach referatu dra IDZIKOWSKIEGO.

M. Zwejgbaum.

[C. d. n.].

WIADOMOŚCI DROBNE.



— PINOUS zastanawia się nad obojętnością lekarzy praktyków, a zwłaszcza lekarzy domowych na zaburzenia dojrzałości płciowej u kobiet i niezwracanie należytej uwagi na brak miesiączki, zdarzający się dość często u dziewczyn, które według wieku są zaliczane pod względem płciowym do dojrzałych. Leczenie chorych tego rodzaju bywa szablonowe: żelazo przeciw brakowi miesiączki, morfina przeciw bólow perýodycznym, towaryszącym brakowi miesiączki (*molimina menstrualia*), bez uprzedniego jednak badania ginekologicznego osób niemiesiączkujących. A jednak błędem jest uważanie braku miesiączki zawsze tylko za wyraz ogólnego zaburzenia ustroju, jak błędem jest bez wszelkiego badania i zebranią wywiadów leczenie stanów tych przez całe miesiące i wyłącznie lekarstwami.

Nie trzeba jednak sądzić, aby P. radził każdą dziewczynę niemiesiączkującą badać natychmiast wewnątrznie. Badać należy wtedy tylko, jeśli tego wymagają poważniejsze przyczyny, a mianowicie: długotrwała, nawet bez objawów przebiegająca *amenorrhoea* u dziewczyn pod względem wieku płciowo dojrzałych, czyni badanie ginekologiczne pożądanem. W każdym oddzielnym przypadku trzeba się nad tem dobrze zastanowić! Jeśli w wywiadach, które w takich wypadkach należy zbierać bardzo starannie, są ciężkie choroby zakaźne albo zбочzenia konstytucjonalne, to badanie staje się nieodzownem. Tak samo, jeśli jednocześnie są bóle zwiastunowe (*molimina menst.*) lub krwawienia zastępcze (*menstruatio vicaria*). Wszystkie bowiem zбочzenia (*amenorrhoea*, *molimina* i *menstrualio vicaria*) pozwalają podejrzewać istnienie zarośnięcia pochwy, w większości przypadków bezwątpienia nabytego, z następczemi: *haematocolpos*, *haematometra*, *haematosalpinx*. Leczenie więc w takich razach powinno być operacyjne, przede wszystkim dążące do opróżnienia tych zbiorników krwi przez pochwę.

(Centrbltt f. Gynäk. 1902. N-r. 52).

Z.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензур. Варшава, 24 мая 1903. Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.

SIEDM ZŁOTYCH MEDALI

CHINA-FOSFAT LAROCHE'A

— ELIKSIR WINNY —

ŚRODEK PÓBUDZAJĄCY, WZMACNIAJĄCY I ANTYTERMICZNY.

Zawierający wszystkie czynne składowe części trzech gatunków chinu (żółte), czerwonej i szarej) w połączeniu z fosfatami ziem i sody.

China-Laroche'a, odznaczająca się swym przyjemnym smakiem, przewyższa wszystkie inne chinowe Wina i Syropy. Po zatem połączenie fosfatów ziem i sody z chiną odpowiada znakomicie celowi, gdy wskazaną jest kuracja wzmacniająca.

Koła, którą fosfor odgrywa w ogólnem odżywianiu komórek i w rozwoju kości, jest tak wielką, iż powinno się zalecać CHINĘ LAROCHE'a za każdym razem gdy to odżywianie organizmu jest niedostatecznem.

Powinno się ją zalecać podczas Rekonwalescencji, w Anemii, w Rachityzmie, w razach zaburzeń wywołanych szybkim wzrostem. W chorobach płciowych dopomaga ten środek w zwalczaniu, zwykłej w tych chorobach, utraty soli mineralnych.

Jest to wszechpotężny środek w walce z Wycięczeniem, z Brakiem apetytu, z Gorączką i t. d.

SPRZEDAJE SIĘ WE WSZYSTKICH APTEKACH.

CLIN COMAR, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques. — Paris. 890



Zjednoczone fabryki preparatów chinowych

ZIMMER & Co, Frankfurt n. M.

EUCHININ

wolny od gorzkiego smaku.

ARISTOCHIN

Antiperetleum.

UROSIN

przeciw podagrze i skazie moczanowej.

FORTOIN

przeciw bieguncie.

SALOCHININUM SALICYLICUM od reumatyzmu.

Próby, broszury i wszelkie bliższe wiadomości udzielają się na żądanie.
Inne specjalności fabryki: Chinina, pigułki z chininy, kokaina, kofeina, ekstrakty, preparaty z jodu i t. p.

EUNATROL

Cholagogum.

VALIDOLAnaleptic., Antihysterie.,
Stomachicum.**DYMAL**

antiseptycz. proszek do przesypywania ran.

SALOCHININ

przeciw neuralgii.





QUINIUM LABARRAQUE

Wino toniczne. Środek przeciw febrze i ułatwiający trawienie.

Ścisłe dawkowane. Zawiera wszystkie własności lecznicze chininy 3 gr. pierwiastków tonicznych i 1,5 gr. alkaloidów w litrze

DAWKA: kieliszek od likieru przed lub po jedzeniu.

We wszystkich aptekach Dom handlowy L. Frère (A. Champigny et C-ie) 19 rue Jacob w Paryżu.

Na składzie posiadają: Warszawskie Towarzystwo handlu towarami aptecznymi (Ludwik Spiess i Syn) Plac Teatralny. L. Mrozowski skład materiałów aptecznych, ul. Miodowa Nr. 8. Towarzystwo przetworów chemicznych i aptecznych (Henryk Welt) Przejazd Nr. 5. Apteka K. Wendy, ul. Krak. Przedm. Nr. 45. Wacław Różycki, skład materiałów aptecznych, ul. Krak. Przedm. Nr. 17. Emil Skomorowski, skład materiałów aptecznych, ul. Długa Nr. 27.

PEPTONATE DE FER ROBIN

Prawdziwa Sól żelaza, łatwo przyswajalna, przygotowana przez M. ROBIN'A.

ŻELAZO ROBIN'A skutecznie działa przeciwko anemii, blednicy i wszelkim osłabieniom. Pobudza odżywianie i nie wywołuje nigdy zaparcia.

Środek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku; przyjmuje się go 2 razy dziennie po 10 do 30 kropeł podczas jedzenia w małej ilości wody lub wina.

Każdy flakon starczy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w Aptekach.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenia reprezentant

Władysław Hoffman.

12-2

Warszawa, Królewska 20 Telefonu Nr. 2114.

GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

glicerofosforan wapnia i sodu

Używany w szpitalach paryskich.

Bardzo przyjemny w smaku; używa się rozpuszczony w wodzie lub mleku. Dla diabetyków przygotowany bywa w formie pastylek prasowanych.