

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Idee niedorzeczne chorych umysłowych. Podał D-r Erlicki. (Dokończenie). O uleczalnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn, podał S. Goldflam, Dalszy ciąg.— Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 18 i 25 Kwietnia r. b., Posiedzenie z dnia 2 Maja.— Streszczenia i wyciągi. 86. O leczeniu chirurgicznym niedrożności jelit. 87. O praktycznym znaczeniu ilościowego określania wolnego kwasu solnego w zawartości żołądka. 88. Z medycyny sądowej. Niezwykły przypadek dzieciobójstwa.—Mieszkania Warszawy pod względem zdrowotnym.—Drobniejsze wiadomości różnej treści.—Wiadomości bieżące.—Zmarli.—Ogłoszenia.

Idee niedorzeczne chorych umysłowych.

Podał D-r Erlicki docent psychiatrii w Petersburgu.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 19).

Streszczając wszystko, co było powiedziane o powstawaniu idei niedorzecznych, widzimy, że bądź to rozwijają się one z idei natrętnych, bądź to źródłem ich powstawania są omamy zmysłów (halucynacje), albo też uprzednie chorobowe zmiany w ogólnej sferze uczucia, lub wreszcie ruina umysłu wynikająca z przybitnych zmian materyalnych mózgowego utkania. Widzimy następnie, że w przypadkach trzech pierwszych kategorii, powstawanie idei niedorzecznych jest następstwem skomplikowanej działalności psychicznej, pod wpływem której, wskutek twórczości umysłu z idei niedorzecznych, pojedynczych lub nielicznych w początku choroby, wytwarzają się inne, pokrewne z nimi istotą swą i treścią, społem, zwolna, krok za krokiem, składając się na pewną całość, zwaną bredzeniem. W tych więc przypadkach, bredzenie nie tylko że jest zawsze w bezpośrednim związku i zależności od tych zaburzeń psychicznych, które je poprzedziły i które były punktem wyjścia dla jego rozwoju, ale również charakterem swoim najzupełniej odpowiada tych zaburzeń odcieniom. Naprzykład, chorobliwie smętny nastrój w sferze uczucia, lub halucynacje o nieprzyjemnym charakterze, wytwarzają zawsze bredzenie przesładowcze albo bredzenie samooskarżania się.

Dzięki tej zależności, bredzenie posiada wiele cech charakterystycznych dla pewnych klinicznych form chorób umysłowych. Klasycznej np. zadumie (Melancholia) i wszystkim pokrewnym jej formom beztypowym, skoro tylko choroba zatraci o sferę intelektu, towarzyszą stale idee niedorzeczne czyli bredzenia z charakterem przesładowczym, a częściej jeszcze z charakterem samoobwiniania się. Chorzy tej kategorii obwiniają się o występki, których albo wcale nie popełnili, albo też które powiększają do niebywałych rozmiarów. Tak np. zwykła, niepochlebna wzmianka o zwierzchności, ostrzejsze słówko

wyrzeczone do którego z krewnych, jakaś uwaga bez znaczenia o sprawach ogólnych, jakiś mały brak uprzejmości w stosunku do któregośkolwiek ze znajomych, zarzut wreszcie, w myśli jedynie uczyniony, z powodu takiego lub innego faktu, wszystko to w umyśle melancholika przybiera kształty niesłychanych zbrodni, a historia tych zbrodni w świadomości chorego przedstawia się pod postacią istnego romansu, przepełnionego mnóstwem przerażających epizodów. We wszystkich tych zgrozach on to właśnie, ów melancholik, głównym jest działaczem; on jakoby jest pierwszorzędnym intrygantem, istotą pozbawioną wszelkiej moralnej wartości, pełną złej woli, wielce niebezpiecznym socjalistą i rewolucjonistą, srogim mordercą, słowem z tego lub innego względu pogardą godnym i wysoce szkodliwym członkiem społeczeństwa. Łącznie pojąć, jak myśli podobne działają na człowieka. Każda chwila w życiu takiego nieszczęśnika sprawia mu mnóstwo okrutnych duchowych katuszy. Czeki on ciągle kary, czeka jej często niecierpliwie, często z pewnem zadowoleniem, spodziewając się odkupienia przez nią swych ciężkich przewinień; z zachwytem marzy nawet o karze śmierci, jako o jedynym środku przerwania nieznośnego dla siebie istnienia; gdy zaś nadzieje co do tego zawiodą, bardzo często kusi się sam o odebranie sobie życia, wynajdując przytem szczególniejsze, nieraz bardzo subtelne sposoby samobójstwa.

Inny wcale obraz spotykamy przy bredzeniach o charakterze prześladowczym, istniejących w wielu postaciach duchowego rozstroju, ale przedewszystkiem i w typowym kształcie występujących przy t. zw. obłąkaniu pierwotnem (*Paranoia*). W tym przypadku chory nie czuje się zgoła winnym, ale spostrzega, że przeciw niemu coś się niedobrego knuje; to rodzina lub służba, to koledzy, zwierzchnicy lub znajomi, to wreszcie ludzie zupełnie mu nieznani, zaczynają się względem niego zachowywać nie tak, jakby należało; w najdrobniejszych odcieniach postępowania wszystkich tych osób chory widzi, jako mają oni coś przeciw niemu, a zbierając z wolna coraz więcej mniemanych dowodów, przekonywa się ostatecznie, że ci i owi niszczą jego spokój, chcą go pozbawić zajęcia, kawałka chleba, że chcą go okraść, ograbić, zhańbić w oczach ogółu, że go śledzą na każdym kroku, jako podejrzanego politycznie, że wreszcie wprost godzą na jego życie, zapomocą trucizny lub jakiegokolwiek innej machinacji. Wogóle, życie takiego chorego upływa wśród ciągłych niebezpieczeństw, wywoływanych jakoby przez jego nieprzyjaciół. Niekiedy jest on ofiarą specjalnych przewrotów społecznych, ofiarą ludzkiej głupoty lub złośliwości. Ponieważ jednak sumienie ma zawsze czyste, więc się oburza na krzyczącą niesprawiedliwość swego losu, i w miarę sił i możliwości, broni się przeciw urojonym sprawcom swych nieszczęść, nb. nie tylko słowem, ale niekiedy nawet czynem.

Bredzenie prześladowcze z charakterem bardzo męczącym zjawia się często w obłądnie pochodzenia alkoholicznego, w szczególności zaś w psychozach epileptycznych; w historycznych postaciach obłądnie i w ogólności w psychozach o ostrym przebiegu, bredzenie to odznacza się przebiegiem o wiele łagodniejszym.

Bredzenie z charakterem wielkości, występujące również w obłąkaniu pierwotnem, *paranoia* (pomijając maniakalne i niektóre inne psychozy) tworzy pewne przeciwieństwo z bredzeniem prześladowczym, choć nieraz fragmenty obu tych bredzeń zlewają się ze sobą. Paranoik, dotknięty bredzeniem wielkości, uważa się za istotę nieskończenie wyższą od wszystkich ludzi tej warstwy i sytuacji towarzyskiej, do której sam należy, a to na zasadzie jakiegokolwiek,

naturalnie urojonej, cechy, np. talentu, rozwoju umysłowego, albo też na zasadzie swego pochodzenia, albo wreszcie, wielkiej roli, do spełnienia której jest powołany. Z postępków i zachowania się takiego chorego wyziera zawsze nadmierne mniemanie o sobie. Zarówno z codziennymi towarzyszami, jako i obcymi postępuje on zawsze wyniosłe, z odcieniem pobłażliwości lub lekceważenia, ale zawsze odpowiednio do swego wysokiego, choć urojonego dostojęstwa, a tajemnicę swej wielkości odkrywa wogóle niechętnie i to tylko ludziom wyjątkowo przez się lubionym. Natomiast chorzy tego gatunku bardzo często utrwalają swe bredzenia na papierze i stosy arkuszy zapełniają niedorzecznymi traktatami z dziedziny nauki, religii, prawodawstwa, sztuki, polityki, i t. d., albo też jako nieuznani potomkowie rodzin panujących, układają przeróżne orędzia, rozporządzenia i rozkazy.

Bredzenie powyżej opisane najzupełniej jest niepodobne do wspomnianego już również bredzenia wielkości przy ogłupieniu, wynikającym z materyalnych zmian mózgowego utkania. Za typ takiego ogłupienia można uważać bardzo rozpowszechnioną formę kliniczną, mianowicie głupotę paralityczną, formę, znaną również pod nazwiskiem paraliżu postępującego. Bredzenie wielkości u paralityków 1) jest bezładne, niewykończone i niestałe, a natomiast urywane i zmienne; 2) w treści swojej przekracza zawsze granice możliwości i prawdopodobieństwa; 3) działalność duchowa takiego chorego jest zupełnem przeciwieństwem treści jego bredzenia.

Jeżeli chorzy tej kategorii uważają się za uczonych, to już naturalnie za znakomitości pierwszego rzędu w dziedzinie wszech nauk; posiadają wtedy wszystkie możliwe dyplomy, władają wszystkimi językami globu i t. d. Jeśli są królami, to już królami królów, bogami, lub wreszcie są od samego Boga potężniejsi a wszechmoc ich granic niema.

Również cudacką bywa treść ich bredzeń o bogactwie: wtedy kapitały ich liczą się zwykle na miliardy, a kamienie drogie, zwłaszcza brylanty, których posiadają zawsze nieskończone mnóstwo, są tak wielkie, jak domy kilkopiętrowe, lub nawet jeszcze większe. Ale przy tej wszystkiej wielkości w słowach, u chorych owych nie spostrzegamy zupełnie rzeczywistej dumy, lub co więcej, trwałego uczucia godności osobistej; przeciwnie, są oni lękliwi, uniżeni, a już co najmniej, powolni i apatyczni.

Pomijając dalsze, zbyt specyalne, kliniczne szczegóły, tyjące się idei niedorzecznych i powstającego z nich bredzenia, wyjaśnijmy w kilku słowach sądowo-psychiatryczną rolę tego zaburzenia w pewnych chorobach umysłowych.

Na czele takich chorób należy postawić wspomniane już przez nas, t. zw. obłąkanie pierwotne i psychozy jemu pokrewne.

W tych formach klinicznych omamy zmysłów i idee niedorzeczne są głównymi zjawiskami duchowego rozstroju; częste są takie przypadki, w których przynajmniej w pewnych okresach choroby, halucynacje słabną do minimum, lub nawet giną zupełnie, gdy tymczasem idee niedorzeczne, czyli bredzenia trwają w całej sile, rozszerzają się nawet i zakorzeniają stopniowo, t. j. robią się więcej stałymi. Jeżeli wtedy niema miejsce jakowa nieprawidłowość w sferze uczucia lub aktów woli, to dzieje się to jedynie o tyle, o ile nieprawidłowość taką wywołuje podstawowe cierpienie intelektu. Ponieważ wiadomo już nam, jaki rodzaj bredzenia jest właściwym pierwotnemu obłąkaniu, jak również znane nam są charakterystyczne cechy psychologiczne tegoż bredzenia, tedy łatwo pojmujemy, dla czego paranoik, t. j. osobnik cierpiący na obłąkanie

pierwotne, często staje się powodem zetknięcia się psychiatry z juryspruden-
cją. Wielu z chorych, dotkniętych obłąkaniem pierwotnym, nie zdradza za-
dnych oznak nienormalnego stanu psychicznego ani wyglądem swoim, ani
obcowaniem z otaczającymi, ani wreszcie rozmową o sprawach zwykłych; co
więcej, na zasadzie dyskusji i rozmowy z takimi osobnikami można przyjść
do wniosku, że ich zdolności umysłowe, w ogólnem znaczeniu tego słowa, zu-
pełnie są zachowane: chorzy ci zapatrują się zupełnie rozsądnie na większość
spraw, zjawisk i wydarzeń, a co najważniejsza, przekonywamy się, że w pe-
wnym okresie choroby umieją doskonale utaić swe niedorzeczne idee, do jakie-
goś czasu niczem ich nie ujawniając w sferze swej zwykłej działalności. Zda-
wać by się zatem mogło, przynajmniej na pierwszy rzut oka, że ci ludzie nie
tylko są najzupełniej zdolni do prawnego działania, ale i najzupełniej odpowie-
dzialni za swe czyny. Głębiej się jednak zastanowiwszy, uprzytomnimy sobie,
jako w sferze intelektu tych chorych już się wytworzył i tkwi także element
nienormalny, chorobliwy, pod postacią idei niedorzecznych czyli bredzenia i że
element ów, jako ognisko zarazy, wszystką pozostałą treść intelektu zwolna
pod swój zgubny wpływ zagarnia.

Chory, dotknięty obłąkaniem pierwotnym z bredzeniem prześladowczem,
przychodzi np. do przekonania, że na jego życie dybie szajka złoczyńców i na
każdym kroku spotyka współników owej bandy lub też jej tajnych agentów.
Oczywiście, wtedy pod wpływem instynktu samozachowawczego, przedsiębie-
rze odpowiednie środki przeciw swym wrogom; nie chodzi inaczej jak w towa-
rzystwie, zamyka się starannie w mieszkaniu, niekiedy zawiadamia swą zwierz-
chność lub policję o grożącym mu niebezpieczeństwie, a nieosiągnąwszy ża-
dnego rezultatu i podejrzewając z czasem i zwierzchność i policję o wrogie
względem siebie zamiary, chwytą się ostatniego dostępnego mu środka t. j. sa-
mopomocy. Wówczas zaś popełnia czyn gwałtowny i przestępny, mniejszego
lub większego znaczenia, popełnia go celowo i z zupełnym rozmysłem, a nawet
z zachowaniem przeróżnych podstępnych ostrożności, celem osiągnięcia tem
większego powodzenia w wykonaniu swego zamiaru.

Kazuistyka psychiatryczna i sądowo-psychiatryczna obfituje w tym
względzie w przypadki działań występnych i cięższych wykroczeń, ale wyli-
czanie tych przypadków lub cytowanie bardziej charakterystycznych nie
wchodzi w zakres naszego zadania. Musimy tylko zaznaczyć, że chociaż
w czynach przestępnych, popełnianych pod wpływem idei niedorzecznych, do-
wodnie wykazać pokład chorobowy bywa nieraz, z początku zwłaszcza, rzeczą
bardzo trudną, to jednak jestto zawsze możliwem, przy głębszej analizie oko-
liczności sprawy, a przede wszystkim psychicznego stanu winnego osobnika,
szczególniej, jeśli go można poddać dłuższej obserwacji. Jest to nie tylko mo-
żliwem, ale również do tyła pewnem i niezawodnem, że, niech będzie powiedzia-
ne na pociechę społeczeństwa, żadne udawanie ze strony najbardziej doskona-
łego zbrodniarza, żaden normalny a występny zamysł, w ukryciu pozostać
nie może.

Pozostaje nam jeszcze dotknąć w kilku słowach kwestyi rokowania przy
istnieniu idei niedorzecznych. Sądzę, że istota tego psychicznego zaburzenia
jest już dla nas do tyła wyraźną, że nie możemy podzielać ogólnego, acz zu-
pełnie fałszywego mniemania, jakoby można chorego, cierpiącego na idee nie-
dorzeczne, przekonać o ich niedorzeczności i wyrzucić nań przez to korzystny
wpływ. W rzeczywistości ten sposób postępowania nie jest w stanie osiągnąć

zamierzonego celu; nie osiąga go też nigdy, czego dowodzi obserwacja kliniczna. Natomiast sprzyja wytwarzaniu się nowych idei niedorzecznych i nadto doprowadza do rezultatu zgoła niezamierzonego, a mianowicie sprawia, że osobnik, starający się przekonać chorego, odrazu staje się w jego oczach podejrzanym i traci wszelką możność skorzystania z jego życzliwości, otwartości i zaufania. Nie należy również potakiwać choremu i godzić się na wygłaszane przezeń idee, które wskutek tego, zamiast słabnąć, coraz bardziej się umacniają. Jedynie zupełnie obiektywne i obojętne zachowanie się wobec bredzenia pacyenta nie przynosi żadnej szkody.

Wogóle więc psychiczny wpływ otoczenia nie jest mocen działać lecząco na idee niedorzeczne chorego umysłowego. Jest to rzeczą łatwą do pojęcia, zważywszy, że idee niedorzeczne są zawsze li tylko objawem bardzo złożonego psychicznego zaburzenia, i że nawet w tych przypadkach, w których grają rolę najwybitniejszą i zaćmiewają sobą inne objawy choroby, nie mogą być wyosobnione ze sfery wzajemnego oddziaływania wszystkich władz duchowych, czy to normalnych, czy to patologicznych. Na zasadzie tej łączności władz umysłowych, zejście idei niedorzecznych bywa rozmaite, a to zależnie od klinicznej formy umysłowego cierpienia.

W nieskomplikowanych i lekkich formach melancholii i manii, które po większej części kończą się zupełnem wyzdrowieniem, idee niedorzeczne tracą z wolna swe cechy charakterystyczne i giną wreszcie doszczętnie. Wtedy wyleczony chory zachowuje się najzupełniej krytycznie wobec swego minionego bredzenia, uznając świadomie, że treść i źródło idei owego bredzenia były chorobliwe.

Gdy psychozy powyższe występują w formach cięższych lub skomplikowanych, pociągając za sobą osłabienie władz umysłowych, wtedy jakaś część idei niedorzecznych, choć znacznie zmodyfikowana, pozostaje jednak na zawsze.

Idee niedorzeczne, towarzyszące ostrym formom psychozy, jak również umysłowym zaburzeniom, występującym napadowo, na tle przeróżnych nerwic, znikają mniej lub więcej szybko wraz z napadami, które je wywoływały.

W psychozach, wynikających ze zmian organicznych w mózgowem utkaniu, idee niedorzeczne chociaż z przerwami, trwają przeważnie do ostatniej chwili życia chorego, który umiera zwykle w ciągu roku lub lat kilku od chwili zachorowania.

Największą trwałością odznaczają się idee niedorzeczne wogóle w dziedzicznych postaciach chorób umysłowych, a w szczególności w obłąkaniu pierwotnem. W dość rzadkich przypadkach wyzdrowienia z tej choroby, znikają, rozumie się, i one opisaną już drogą odnowienia krytycznych władz świadomości, ale jednocześnie w tychże przypadkach pozostaje zawsze obawa powrotu cierpienia, wybuchającego bardzo łatwo i pod wpływem przyczyn bardzo blahych. Przecież daleko częściej obłąkanie pierwotne przechodzi w stan przewlekły, a rozwijające się przy tem idee niedorzeczne wytwarzają z wolna pewien określony rodzaj bredzenia. Bredzenie to, posiadające zawsze jakiś właściwy charakter, zakorzeniwszy się ostatecznie w samowiedzy chorego, trwa w nieziennej postaci przez lata a nieraz całe lat dziesiątki.

O uleczałnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn.

Podał S. Goldflam.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 19).

Brzmi ona jak następuje: „Porażenie opuszkowe z zejściem śmiertelnem bez zmian anatomicznych. Dziewczyna krepka, ze zdrowym wyglądem, zapisała się do szpitala z powodu ogólnego osłabienia; chodziła i poruszała się z trudnością, mówiła wolno i nieco zezowała. Lekarz domowy, biorąc sprawę za histeryę, nie widział w zezie stanowczego zaprzeczenia temu rozpoznaniu. Stan chorej trwał bez zmiany prawie przez miesiąc; chora przez ten czas mogła wprawdzie chodzić, ale ruchy jej i mowa były tak powolne i ostrożne, że przypadek ten sprawiał raczej wrażenie letargu, wynikającego z braku woli, aniżeli rzeczywistego porażenia. W końcu owego okresu nastąpiło pogorszenie i w ciągu trzech dni objawy porażenia opuszkowego stały się bardzo wyraźnemi. Chora mówiła niewyraźnie, przełykała z wielką trudnością i nie była w stanie kaszlać. Porażenia kończyn nie było, bo chora o własnych siłach wstawała z łóżka. Wkrótce potem wystąpiła duszność, która się wzmagала tak szybko, że chora po kilku godzinach umarła. Rdzeń przedłużony był bardzo starannie zbadany, nic jednak nienormalnego w nim nie znaleziono, żadnych zmian ani mikro- ani makroskopowych.

Choć powyższa historia choroby jest pod wielu względami niedokładna, zdaje mi się jednak, że przypadek ten tutaj właśnie należy. Mówi za tem młody wiek chorej, rozszerzenie się niedowładów resp. porażen na nerwy mózgu i rdzenia, zaburzenia w oddechaniu i prawdopodobny brak zaników, ile że żadnej wzmianki o nich nie ma.

OPPENHEIM ¹⁾ opublikował następujące spostrzeżenie. U 29 letniej służącej, przyjętej do szpitala 21. II. 85., pojawiło się przed 9 miesiącami osłabienie w rękach, które wzmagając się stopniowo—zajęło również i dolne kończyny. Od 4 tygodni trudność w mówieniu, chora musi robić częste przerwy, mówienie ją męczy. Wystąpiło nadto utrudnione przełykanie. Wszystkie te zaburzenia wzmagaly się stopniowo.

St. pr. Mięśnie twarzy uderzająco mało ruchliwe, przy mówieniu i mimice, ruchy dowolne ust w obrębie nerwu twarzowego bardzo słabe, otwieranie ust i ściskanie zębów bardzo mało energiczne, szybkie męczenie się przy żuciu, ruchy boczne żuchwy niemożliwe. Podniebienie miękkie, wznosi się przy fonacyi bardzo nieznacznie. Nieco włókienkowych drgań na języku, który jest ociążały i nieruchomy. Mowa nosowa, krzyczenie niemożliwe. Ruchy wdechowe płytkie, nie rozszerzające dostatecznie klatki piersiowej, narzekania na brak powietrza i trudne odkaszliwanie.

Chora leżąc na wznak może usiąść jedynie przy pomocy rąk, mięśnie brzucha kurczą się bardzo słabo. Ruchy czynne kończyn górnych dziwnie słabe. Chora twierdzi, że stopień osłabienia kończyn nie jest stały, ale się zmienia nieraz w czasie bardzo krótkim. Ruchy czynne kończyn dolnych również bardzo słabe. Odruchy ścięgniste normalne. Nigdzie zaniku, nigdzie zmiany w pobudliwości elektrycznej, jedynie niektóre mięśnie (*deltoideus*, *biceps*) kurczą się nieco słabiej i skurcz dosięga należytego napięcia dopiero pod działaniem silniejszego toku.

Czerwiec 85. Duszność już dostrzegalna dla oka. Kilkakrotnie wieczorem 38,6, bez widocznej przyczyny.

W ciągu następnych miesięcy zaburzenia w przełykaniu i w mowie wzmagają się.

¹⁾ Virch. Arch. Bd. 108. str. 527.

Wrzesień. Przez tydzień co wieczór podwyższenia ciepłoty aż do 39,2, których przyczyna nie daje się wynaleść. Ruchy głowy utrudnione. Zamykanie oczów możliwe jedynie do tego stopnia, że powieki się stykają. Napady duszności, P. 104. Wśród ciągłego wzmagania się objawów porażenia występują jednak nieznaczne remisy.

Styczeń 86. Bóle w karku, czasem rwanie w kończynach i twarzy.

Maj. Osłabienie w kończynach wzmagają się; chora z trudnością utrzymuje głowę pionowo.

W początku Września śmierć podczas napadu duszności z podwyższeniem się temperatury, w trakcie którego rozwinęła się pneumonia.

Charakterystyczne cechy choroby są w powyższym przypadku bardzo wyraźne, mniej więcej znaczne zaburzenia w całej prawie dowolnej muskulaturze, zajęcie ruchowych gałęzi 5 pary i ocznych gałęzi nerwu twarzowego, niezwykle w okresie opuszkowego porażenia, podniesienia ciepłoty, napady duszności, swoistość niedowładów, szybkie męczenie się przy mówieniu, żuciu, zmiany w natężeniu objawów, remisy, brak zaników i zmian pobudliwości elektrycznej.

Badanie drobnowidzowe mostu, rdzenia przedłużonego, korzeni nerwów mózgowych, rdzenia kręgowego, języka i mięśnia dwugłowego wraz z nerwami nie wykazało nic nienormalnego.

Następny przypadek jest opisany przez EISENLOHR'a²⁾ i dotyczy 18 letniej dziewczyny, która w dzieciństwie ulegała napadom migreny. Podczas jednego ataku, według opowiadania matki, wystąpiła ptoza. Przed 2 lata nagle powstało podwójne widzenie, które po trzytygodniowym używaniu jodu ustąpiło, (przymiot wyłączony). Z wiosną 85 r. występowało ono czasowo w pewnych porach dnia. Występowała wtedy ptoza, to z jednej to z drugiej strony wyraźniejsza.

W Lipcu 86 r. po napadzie migreny, osłabienie obu rąk; w Sierpniu lekkie osłabienie nóg, krótki oddech przy energiczniejszych ruchach i wreszcie trudne przełykanie. Wkrótce potem trudność w mówieniu, zwłaszcza w południe i wieczorem, osłabienie mięśni szyjowych. Natężenie tych wszystkich objawów, zmienia się często w ciągu dnia. Przy badaniu wątej, bladożółtej chorej 16/7 znaleziono: opadnięcie powieki wyraźniejsze po lewej stronie, gałki oczu dość nieruchome, zwieranie powiek słabe, pareza obu nerwów twarzowych; podniebienie miękkie wznosi się bardzo mało, odruchy na podniebieniu i w gardzieli bardzo osłabione, połykanie płynów możliwe jedynie małymi porcjami. Zachłystywanie się i regurgitacja przez nos występują bardzo łatwo. Ruchy głowy słabe. Wdechy i wydechy niezupełne, kaszel utrudniony, niedowład wszystkich kończyn.

W dalszym przebiegu przełykanie czasami swobodne, wieczorem stawało się bardzo utrudnionem, pojawiła się nieruchomość języka, oddech powierzchowny i częste tętno. 18/8 wieczorem uczucie gorąca, bicie serca, tętno 140, małe, częsty oddech i bezowocne usiłowania wyksztuszenia śluzu i śliny z gardzieli. 21/8 wśród takiegoż samego napadu, przy częstszym i powierzchownym oddechaniu, skutecznianem przeważnie przy pomocy osłabionych również mięśni pomocniczych i zupełnem prawie porażeniu przepony chora zmarła.

Ogół objawów w powyższym przypadku zdaniem EISENLOHR'a pozwalał na przypuszczenie chronicznego zaniku komórek, poczynającego się w obrębie jądra mięśni ocznych i zajmującego stopniowo okręgi głębszych ruchowych jąder w opuszcze i przednich rogów spinalnych. Rezultat przecież dokładnego badania drobnowidzowego był ujemny (zawoje centralne nie były badane); znaleziono jedynie przekrwienie, drobne i świeże, przedśmiertne wynaczynienia w rdzeniu przedłużonym i liczne drobne włókna (nie zwyrodniałe jednak) w korzeniach nerwu podjęzykowego, błędnego i dodatkowego.

²⁾ Neurol. Centr. 1887. str. 337.

Uderzające podobieństwo tego przypadku z przypadkami opisanymi przeze mnie nie wymaga dowodzenia.

Chcąc tylko zwrócić uwagę na niektóre rysy charakterystyczne, występujące w nim bardzo typowo, a mianowicie na zmienność w natężeniu objawów w ciągu nawet dnia jednego; niektóre zaburzenia, np. w mowie, połknięciu niewielkie w godzinach rannych, stawały się bardzo ciężkimi wieczorem. Zarówno jak w naszych przypadkach spotykamy tutaj zajęcie mięśni oddechowych, łatwe powstawanie duszności i samodzielne tej duszności napady, i t. d. Jedynie ograniczenie ruchów gałki ocznej różni poniekąd ten przypadek od naszych przypadków, ale okoliczność ta niema podstawowego znaczenia wobec tego, że w moim pierwszym przypadku istniały niedowłady mięśni ocznych i że w przypadku trzecim ptoza trwała prawie stale, a przemijająco występowało podwójne widzenie.

SHAW³⁾ opisał przypadek następujący. Chory 37 letni, ojciec siedmiorga zdrowych dzieci, przedtem zupełnie zdrow. Choroba zaczęła się przed 6 miesiącami od rozwolnienia, trwającego przez dwa tygodnie, i osłabienia w kończynach, wkrótce potem pojawiła się trudność w żuciu. Chory skarży się, że mu trudno mówić i przełykać. Zaburzenia te nieznacznie zrana wzmagają się w ciągu dnia. Śluz wydziela się bardzo obficie i choremu bardzo ciężko go wypluć. W ostatnich 2 tygodniach napady duszności.

St. pr. Mowa powolna i niewyraźna. Podniebienie miękkie ruchome; usta ciągle otwarte; fałdy nosowo-wargowe wygładzone; świstanie i dmuchanie niemożliwe, chory nie może zadmuchać świecy. Zwieranie powiek energiczne. Chory z trudnością wysuwa język i choć wolno ale porusza nim we wszystkich kierunkach. Mięśnie żwacze osłabione, przełykanie ciężkie. Mięśnie tułowia i kończyn słabe. Odruch ręki, łokciowy i kolanowy żywy, po prawej stronie słaby objaw stopowy.

Następnego wieczoru silna duszność, której częste i wzmagające się napady spowodowały śmierć w ciągu kilku godzin.

Badanie drobnowidzowe mostu, rdzenia przedłużonego i kręgowego wykazało normalne stosunki.

W tym przypadku spotykamy kilka charakterystycznych cech klinicznego obrazu: wczesne zajęcie mięśni żwaczy, osłabienie mięśni tułowia i kończyn, słabe natężenie zaburzeń zrana, a wzmaganie się ich w ciągu dnia i silne napady duszności, które wreszcie zabiły chorego.

Moja własna obserwacja⁴⁾ jest następująca. Kobieta 30 letnia zachorowała w Sierpniu 1886 r. na bóle w tyłogłowie; jednocześnie z tem ptoza i diplopia; we Wrześniu zemdlenia, w Październiku osłabienie w ramionach. W Lutym 1887 r. niewyraźna mowa, mianowicie w godzinach popołudniowych, zaburzenia w przełykaniu, wracanie płynów nosem, osłabienie nóg, chora nie wstaje z łóżka.

W końcu Marca ruchy lewego ramienia łatwiejsze; napady duszności. Podczas badania w Kwietniu 1887 r. stan chorej był taki. Oddech powierzchowny, żebrowy ze współudziałem mięśni pomocniczych, 27—30; niedowład przepony; P. 100—130; ruchy kończyn, tułowia i głowy słabe. Odruchy ścięgniste nie istnieją lub są bardzo nieznaczne. Fałdy nosowo-wargowe wygładzone, mimiczne ruchy twarzy bardzo słabe. Zcieńczały język chorej nie jest w stanie dotknąć twardego podniebienia i górnych zębów, odwrócić kęsa pokarmowego ani też wydobyć go z zagłębienia między żuchwą i podniebieniem. Podniebienie miękkie wznosi się słabo przy fonacji i mechanicznym drażnieniu. Przełykanie bardzo utrudnione; przełknięcie wody wymaga wielu ruchów połkowych a pokarm stały, niedostatecznie rozżuty, tkwi w gardzieli, skąd chora nie może go wyksztusić, zarówno jak obficie tam nagromadzonej śliny. Kaszel słaby i bezdźwięczny, głos nosowy i cichy. *Lagophthalmus* w większym stopniu po prawej niż po lewej stronie, ruchy gałek ocznych znacznie

³⁾ Brain, XLIX. str. 96. 1890.

⁴⁾ Neurol. Centr. Nr. 6 i 7. Medycyna. 1890.

ograniczone. Pobudliwość elektryczna niższa, mianowicie w małych mięśniach ręki, gdzie również często zmieniony jest rodzaj skurczu. Codziennie, najczęściej wieczorem, napady silnej duszności. Wznoszenie się temperatury powyżej 39,0. Wkrótce jednak następuje poprawa. Napady duszności słabną i wreszcie znikają, oddechanie staje się swobodniejszym, tętno rzadszem, przełykanie łatwiejszem. Ruchy kończyn, języka i gałek ocznych wzmagają się, zjawiają się nawet odruchy kolanowe. Chora wyzdrowiała później zupełnie.

Wahania w nateżeniu dotyczyły wszystkich prawie objawów, nawet odruchów kolanowych, które znikły na wysokości choroby, a podczas polepszenia to istniały w słabym stopniu, to znikwały, to wreszcie, istniejąc po jednej stronie, nie dawały się wywołać po drugiej. Stan chorej niezły z rana, pogorszył się ku południowi a najgorszym był wieczorem.

Obserwacya HOPPE'go⁵⁾ dotyczy 40-letniego kowala, który nie przechodził przymiotu, ani był obciążony dziedzicznie. Od 28 roku życia chory cierpiał na szum w uszach. Obecnie choroba zaczęła się przed 3-ma tygodniami od stopniowo wzmagającego się utrudnienia w przełykaniu i żuciu; jednocześnie wystąpiły: mowa przez nos, ptoza obustronna i sen niespokojny.

St. pr. 26. V. 89. *Ptoxis dextra completa, sinistra incompleta*; powieki jedynie przy wysiłku mogą być nieco wzniesione ku górze; zwarcie powiek po prawej stronie silniejsze, niż po lewej. Wygląd dolnej połowy twarzy obwisły, ruchy jednak zachowane; mowa nosowe. Niedowład miękkiego podniebienia. Chory się nie zachłystuje, ale przy każdym akcie polykania musi wykonywać dwa poruszenia przełykowe; pokarmy stałe z trudnością przechodzą przez przełyk i to jedynie przy pomocy popijanego płynu. Rozbieżne ruchy strun głosowych, szczególnie lewej, ograniczona. Słuch osłabiony. 31. V. Ograniczenie ruchów ze strony m. *recti interni dextri et recti sup. sin.* I. VI. Osłabienie aktu żucia. 18. VI. Żucie łatwiejsze; opadanie powiek z rana mniejsze. 28. VI. Przełykanie jakoby łatwiejsze; gwizdanie niemożliwe z powodu słabego wydechu. 12. IX. Ptoza prawostronna prawie że znikła, lewa trwa w średnim stopniu; zwieranie powiek dość słabe; ksobny ruch lewej struny głosowej niezupełny, *paresis crico-arythenoidei postici*. 15. IX. Chory wypisany w stanie znacznego polepszenia. (C. d. n.)

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 18 i 25 Kwietnia r. b.

Kol. NEUGEBAUER przedstawił kobietę 33 letnią, od 12 lat zamężną, z *atresia hymenis*. Krew podczas miesiączki odchodzi przez mały otvorek leżący z boku otworu cewki, przypuszczalnie przez prawy przewód GARTNERA. Przy badaniu palcem można błonę, zamykającą wejście do pochwy, wepchnąć wgłąb na 7 ctm. Kol. STANKIEWICZ przedstawił chorego po zeszyeiu przeciętych ścięgien na przedramioniu; kol. zaś JAWDYŃSKI, chłopcę z licznymi chrząstniakami na palcach i kościach ręki.

O resekcji kiszek.

Prof. KOŚCIŃSKI wygłosił rzecz pod powyższym tytułem, która będzie pomieszczona w *Medycynie*.

W dyskusyi kol. STANKIEWICZ nadmienia, że resekcję kiszek dokonał 4 razy jeden przypadek, operowany z powodu sztucznego odbytu, zakończył się pomyślnie.

Kol. REJCHMAN zaznacza, że statystycznych wyników tej operacji świetnie nazwać nie można. Jeżeli do tego dodać trudności rozpoznawcze, to niepodobna się dziwić wahaniu lekarzy-internistów, z jakim chorym poddanie się operacji zalecają. Zwraca dalej uwagę chirurgów na nieuwzględnioną przyczynę zejścia śmiertelnego, widział 2 przypadki: jeden po wycięciu wyrostka robaczkowego, drugi po operacji przepukliny, w których chorzy przy stanie bezgorączkowym i zupełnej przytomności, zmarli skutkiem zapaści; w ostatnich czasach zaczęto przypisywać to zatruciu ustroju skutkiem rozkładu pasożytów, dotąd niezbadanych.

⁵⁾ Berlin, klin. Wocheschr. 1892. Nr. 14.

Kol. JAWDYŃSKI nie zgadza się na tak pesymistyczny pogląd kol. R. co do zejść operacyi. Jeżeli wykluczyć przepukliny, odsetka śmiertelności znacznie się zmniejszy; przepukliny nawet dadzą również wynik lepszy, jeżeli do operacyi przystępować wcześniej. W 2 przypadkach zgorzeli przepuklinowej robił wycięcie kiszki z zejściem pomyslnem. Prócz tego resekował kiszkę w 3 przypadkach bez przepukliny, w 1-yu była przetoka kiszkowa—zejście pomysne, w 2-im rak okrężnicy zstępującej u chorej przeszło 60 letniej—przebieg pooperacyjny idealny, 3-a chora leży obecnie w szpitalu, ma lat 16, wycięto kiszkę ślepą, zajęta przez guz (rak koloidalny według badania pr. BRODOWSKIEGO), chora ma się dobrze. Gdyby operowanowcześniej, wyniki byłyby o wiele lepsze.

Kol. SZTEYNER. Statystyka resekcji kiszki w ogólności jest dość pomyslną, a tą którą nam prof. K. przytoczył, jest lepszą niż statystyka BILLROTH'a; ten ostatni miał 20 przypadków śmiertelnych na 52 operacje, tymczasem prof. K. 10 na 30; wyniki te jeszcze pomyslniej wypadną, jeśli wyłączymy 5 przypadków wycięcia jelit, dokonanych z powodu przepuklin zgorzeliowych, z czterema zejściami śmiertelnymi. W statystyce BILLROTH'a takie przypadki są wyłączone. Tym sposobem pozostanie 6 zejść śmiertelnych na 24 przypadki resekcji. Jeżelibyśmy jeszcze wyłączyli przypadki nowotworów powikłano ostrą niedrożnością jelit, oraz przypadki powikłano przed operacją zapaleniem ropnem, wtedy wyniki resekcji kiszki okażą się bardzo pomyslnymi.

Przypadki kończące się śmiercią po resekcji kiszki w parę dni wśród objawów zapaści, są chirurgom oddawna dobrze znane; przy herniotomiach, niekiedy nawet wcześniej operowanych, według badań VERCHIERE'a z kliniki VERNEUILLE'a, zależą one od łasceznika zakażenia przepuklinowego; jest to w każdym razie rodzaj posocznicy, szybko kończącej się śmiercią, niekiedy bez podniesienia ciepłoty.

Co się tyczy wreszcie rozpoznania, to dużą uwagę zwracać należy na wygląd i na wiek chorego. U osobników młodych najprawdopodobniejszą przyczyną zwężenia jelit będzie zawsze gruźlica; u ludzi starszych, dobrze wyglądających, poprzednio zdrowych, przy niedrożności stopniowo powstającej, powinniśmy zawsze mieć na względzie nowotwór.

Kol. STANKIEWICZ nie wątpi, że złe wyniki resekcji zależą od lekarzy, którzy najczęściej zbyt późno wzywają do operacyi chirurgów; żąda aby chirurg jednocześnie z lekarzem decydował o potrzebie i o chwili operacyi.

Prof. BARANOWSKI prosi o wyjaśnienie, jak prelegent zapatruje się na gruźlicę kiszki i dlaczego oddziela ją od zwężeń wogóle. Wobec trudności rozpoznawczych i dla internisty i dla chirurga, zapytuje chirurgów, o ile usprawiedliwioną jest laparotomia, wykonana w celach dyagnostycznych.

Prof. KOSIŃSKI objaśnia, że gruźlica powoduje w jednych przypadkach zrosty i zwężenia, w innych owrzodzenia przechodzące w rozpad i przedziurawienie. Operacja polega wtedy na rozdzieleniu zrostów, wycięciu pewnej części kiszki i wyskrobaniu ziarniny. Należy tę sprawę czysto jelitową odróżniać od zapalenia otrzewnej gruźliczego z wysiękiem surowiczym, przy którym robi się tylko samą laparotomię, bez wycinania grucelków rozsianych na otrzewnej.

Co się tyczy laparotomii próbnej, to jest ona wskazaną przedewszystkiem przy niedrożnościach przewlekłych i wynik może dać jaknajlepszy.

W gwałtownych przypadkach przesądzać trudno; operacje te jednak są nieprzyjemne z tego powodu, że często chirurg nie jest w stanie usunąć zwężenia i musi poprzestać tylko na laparotomii, narażając się na zarzuty ze strony publiczności nieświadomej rzeczy, chociaż operacja sama przez się jest niewinna, a chorzy umierają na skutek choroby, nie dającej się usunąć.

Kol. SZTEYNER. Laparotomia próbna w ogólności nie przedstawia prawie żadnego niebezpieczeństwa, jeżeli będzie wykonana aseptycznie i wcześniej, a więc przedewszystkiem w przypadkach przewlekłych, niepowikłanych ostrem zapaleniem otrzewnej, ostrą niedrożnością, lub rozsianiem nowotworu.

Na następnem posiedzeniu, w dniu 25 kwietnia r. b., rozpoczął dyskusję Prof. KOSIŃSKI. Laparotomia próbna nazwę swą otrzymuje *a posteriori*, t. j. wówczas, gdy po otworzeniu jamy brzusznej i zbadaniu jej narządów okazuje się, że radykalna operacja jest niemożliwą. Chirurg, przystępując do laparotomii, ma na celu usunięcie nowotworu lub innej mechanicznej przeszkody; gdy to okaże się niewykonalnem, zaszywa jamę brzuszną i wówczas dopiero laparotomia otrzymuje miano pró-

bnej, rozpoznawczej. Często ta operacja nie jest. Z ogólnej liczby 349 laparotomii, robionych w klinice i na mieście, w ciągu lat dziesięciu, przypada na próbnę 33 (29 w klinice, 4 w domu zdrowia); robiono je 21 razy przy nowotworach złośliwych, 3 przy niedrożności jelit, 3 przy guzach nerok i 3 przy ciąży (normalnej, zewnątrzmacicznej i przy *uterus didelphys*). BILLROTH na 900 laparotomii, zrobionych w ciągu lat 25-u, wykonał rozpoznawczych 72; przy niedrożności jelit 8, przy guzach złośliwych 64. Zejście laparotomii próbnych, jest rzeczywiście nie bardzo pomyslnie; z 33 zakończyło się śmiercią 14, u BILLROTHA z 72—30. Są to liczby duże w porównaniu z zejściem po laparotomiach wogóle: na 349 operowanych zmarło 93.

Kol. REJCIMAN. Ostrożność w decydowaniu się na laparotomię niezbędną jest też dla tego, że niektóre przypadki wyraźnego zwężenia kiszek kończą się pomyślnie bez operacji; zwężenie światła кишки może zależeć od ciała obcego, od kamienia żółciowego, albo od zrostów powrózkowatych; gdy ciało obce się przesunie, a zrost się przerwie, zwężenie światła zniknie.

Kol. KRYSIŃSKI. Wobec niedostateczności danych statystycznych należy pozostać doświadczeniu operatora decyzję, o ile ten rękoczyn jest dla chorego niebezpieczny.

Kol. STANKIEWICZ robił laparotomii próbnych 10 i miał jedno tylko zejście śmiertelne przy raku; w innych przypadkach nie widział, aby zły wpływ wywarła sama operacja; jeżeli ją robić w warunkach pomyslnych, z zachowaniem aseptyki, to zawsze da wynik dobry.

Prof. KOŚCIŃSKI. Pomyślniejsze wyniki, otrzymane przez kol. St. zależą prawdopodobnie od tego, że operował w przypadkach lżejszych. Wogóle operacja ta niebezpieczeństwa nie przedstawia, bywają jednak przypadki, w których stanowi bezpośrednią przyczynę śmierci, na dowód czego przytacza przypadek zakończony śmiercią z powodu krwotoku.

Kol. JAWDYŃSKI. Laparotomia jako sam rękoczyn, wykonana w stanie względnego zdrowia, daje wyniki zadawalniające.

Prof. BARANOWSKI zaznacza, że wszystkie objaśnienia wskazują, iż w przypadkach przewlekłej niedrożności, i rozpoznanie, zarówno co do miejsca, jak i co do natury zwężenia jest łatwiejsze, i nie można robić zarzutu, aby chirurg wołany był za późno; pomoc przychodzi w właściwej porze i jest skuteczną. W ostrych natomiast przypadkach decyzya co do wezwania chirurga jest nadzwyczaj trudną; wiadomo, że przy ostrych niedrożnościach $\frac{1}{3}$ przypadków, nawet przy groźnych objawach kończy się wyzdrowieniem bez operacji; statystyka zaś wyników laparotomii nie jest zbyt zachęcająca. Wobec tego najważniejszym punktem dyskusyi byłoby wskazanie tych oznak, które czynią operację niezbędną; tego jednak dyskusya nie wyjaśniła, i o ile sądzić można, nie wyjaśni; to właśnie stanowi słabą stronę tej operacji.

Kol. DUNIN. Uchwycenie chwili operacji jest równie trudne dla terapeuty jak i dla chirurga. Najczęściej konieczność zjawia się wówczas, gdy jest już zapóźno, tembardziej że przebieg bywa niekiedy bardzo gwałtowny. Złe zejście laparotomii zależy, jak się zdaje, od tego w znacznym stopniu, że operacje trwają zbyt długo, dla tego należy dążyć do skrócenia operacji, nie szukać przeszkody i po znalezieniu nie resekować, lecz z pierwszej pętlicy zrobić sztuczny odbyt, a dopiero gdy stan chorego się poprawi, wykonać operację radykalną.

Kol. JAWDYŃSKI. Postępowanie proponowane przez kol. D. nie zawsze da wynik lepszy, bo tam gdzie istnieje zaciśnięcie wewnętrzne i możliwość zgorzeli, tam sztuczny odbyt nie nie pomoże.

Kol. CIECHOMSKI opowiedział o przypadku, w którym groźny stan chorej wskazywał na niezbędność natychmiastowej interwencji; na prośbę chorej postanowiono operację odłożyć na później i w trakcie tego objawy niedrożności ustąpiły, chora wyzdrowiała.

Kol. SAWICKI. Przy określaniu niebezpieczeństwa laparotomii próbnych, należy uwzględnić stan otrzewnej. Jak wiadomo, najmniej wrażliwą jest otrzewna w stanie przewlekłego zapalenia będąca, zwłaszcza mocno zgrubiała; otrzewna normalna jest bardziej wrażliwa. Najwrażliwszą zaś jest otrzewna w stanie ostrego zapalenia będąca; z tych względów laparotomia, wykonana w stanie podrażnienia otrzewnej lub też jej zapalenia ostrego, nie może być uważana za rękoczyn zupełnie niewinny.

Kol. FAYT opowiedział o przypadku ostrej niedrożności jelit, zakończonej śmiercią, w którym przy badaniu pośmiertnem przyczyny tejże niedrożności odnaleść się nie dało.

Z charakterystyki antropologicznej ludności gub. Lubelskiej.

Kol. OLECHNOWICZ z Lublina wygłosił odczyt pod powyższym tytułem.

Pomiary wykonane przez kol. O. wykazały, że szlachta przewyższa znacznie wzrostem włościan, średnio o 5 ctm., a ponieważ obie warstwy społeczne należą do jednej rasy, przeto różnicę tłómaczyć należy tylko różnicą odżywiania. W budowie kończyn górnych dała się wykazać także znaczna różnica, mianowicie wybitne skracanie się rąk u szlachty a szczególnie u szlachcianek. Co do budowy głowy: szlachta i szlachcianki mają czaszki większe we wszystkich wymiarach, a pomimo to długość twarzy jest mniejszą.

Zestawienie badań w Lubelskiem z wynikami poszukiwań prof. KOPERNICKIEGO w Galicji, prowadzi do wykrycia prawa stopniowego zmniejszania się brachycefalii w kierunku północnym i wschodnim od Tatr i do określenia czystego typu Słowian, którego przedstawicielami są Podhalanie. Szlachta jest typem bardzo czystym słowiańskim.

Analogiczne prawo rozsiedlania się Celtów na Zachodzie Europy prowadzi do wniosku, że w górach Sabaudyi i w Tatrach przechował się typ niemal czysty Aryów.

Na temże posiedzeniu przedstawili chorych: kol. NEUGEBAUER, po operacji zaroińszej błony dziewiczej, kol. CIECHOMSKI po reseceji częściowej mostka z powodu głębokiej flegmony, kol. GRUNDZACH chorą po gastroenterostomii i kol. KRAMSZYK dziecko, dotknięte skurczem głosi przy tężyczce.

Posiedzenie z dnia 2 Maja.

Kolega OŁTUSZEWSKI przedstawił dwa ciekawe i rzadkie przypadki jąkania. Pierwszy przypadek dotyczył młodego chłopca, Jakóba K., 14 lat liczącego, podlegającego jąkanii od lat 5. Jedynym objawem jego cierpienia był silny skurez w dechowaniu, połączony ze szmerem, przypominającym czkawkę, występujący jedynie przy mowie, mianowicie na początku słów, daleko już rzadziej w środku wyrazów, a utrudniający mowę do najwyższego stopnia. Wzmiankowany skurez był tak silny, że znosił w zupełności artykulację. Skurez ten występował zarówno przy mowie, jak i przy czytaniu. Z ruchów towarzyszących należy wspomnieć o podnoszeniu ramion, które występowało jednocześnie ze skurczem przepony. Jąkanie tego rodzaju, noszące nazwę *balbuties singultiens*, polega na silnych skurczach przepony, połączonych ze szmerem przypominającym czkawkę. W drugim przypadku kol. Oł. zdemonstrował na chorym W. K., 17 lat liczącym, a podlegającym jąkanii od dzieciństwa, skurez toniczny strun głosowych, polegający na skurczu stałym mięśni strun głosowych i utrudniający emisję głosu. Utrudnienie to dochodziło do tego stopnia, że wyrazy literalnie musiał wydławiać, przyczem sam *timbre* głosu był zmieniony, przytłumiony i przypominający poniekąd głos płaczący. Skurez wzmiankowany zjawiał się na początku mowy, lub w środku mowy. Silne skurcze przepony, jakie można było widzieć w czasie napadu jąkania, zniewalały przypuszczać znaczne wysiłki, jakie chorey czynił w celu wydobywania głosu. Opisany skurez zjawiał się zarówno przy mowie jak i przy czytaniu. Z ruchów towarzyszących, należy wspomnieć o przestępowaniu z nogi na nogę i ruchach kończyn górnych. Oprócz opisanego skurczu tonicznego strun głosowych, przedstawiającego najgłówniejszy objaw cierpienia, mieliśmy u tegoż chorego skurcze inspiacyjno, zjawiające się przy niektórych głoskach, jak *k*, *b*, *t*, przyczem głoski te zostawały zazwyczaj wciągane prądem wdechowego powietrza, a więc wygłoszone niewyraźnie. Oprócz tych głównych objawów jąkania u tegoż chorego, mieliśmy jeszcze nieznaczne jąkanie spółgłoskowe, szczególnie przed głoskami *k*, *b*, mowę nosową i częściowe belkotanie, dotyczące głoski *s* i od niej pochodzących.

Na temże posiedzeniu, kol. Oł. przedstawił trzech jakałów uleczonych, a mianowicie Adama K. 11 lat liczącego, podlegającego tej wadzie od lat dwu, Anielę K. 17 lat, a jąkającą się od lat 11, i Franciszka R. 22 lata, jąkającego się od dzieciństwa. Leczenie we wszystkich tych przypadkach trwało 3 miesiące.

Przypadek garstroenterostomii.

Kol. GRUNDZACH opisuje przypadek zwięzienia odźwiernika, jaki spostrzegął w Czerwcu 1892 r. wspólnie z kol. MINTZEM. Chora S. lat 36, z prowincyi, od lat 15 choruje na żołądek. Miewała bóle, nudności i wymioty (naczezo i po jedzeniu) płynem

obfitym, „b. kwaśnym“. Jest wychudzona i osłabiona w wysokim stopniu. Badanie przedmiotowe daje następujące wyniki. Chora ma cerę blado-zielonkawą, skórę cienką, mało elastyczną, tkanki podskórnej prawie nie posiada. Brzuch wzdęty. W górnej części brzucha rezystencya poduszki powietrzem wypełnionej. „Niepokój robaczkowy“ po kilkakrotnem przytknięciu w okolicę żołądka bardzo wyraźny. Na prawo od pępka nieco powyżej — guz ruchomy, dość twardy, wielkości jaja kurzego. Dolna granica żołądka sięga na 3 poprzecz. palce poniżej pępka na linii pępkowej. Kilkakrotnie badano zapomocą zgłębnika zawartość czczego żołądka, przy czem wykryto, że zawsze w żołądku znajduje się dużo zawartości pokarmowej, niestrawionej z dni poprzednich. W przesączu tej zawartości znajdowano dość dużo kwasu solnego (wolnego i związanego). W osadzie drobnowidz wykrywa grzybki drożdżowe i czworniaka.

Na zasadzie powyższych danych, a mianowicie: 1) wieku młodego, 2) istnienia małego ruchomego guza, zwięzającego odźwiernik, wraz z wtórną rozstrzenią, 3) długo-trwałości cierpienia, wreszcie 4) dobrego wydzielania soku żołądkowego, rozpoznano: *hypertrophiam pylori, stricturam pylori benignam, dilatationem ventriculi consecutivam magna in gradu*.

Chorej doradzoną została operacya, którą wykonał kol. ODERFELD w oddziale D-ra MATLAKOWSKIEGO, prowadzonym wówczas przez kol. CIECHOMSKIEGO. Wykonano *gastroenterostomiam anteriorem antizim*. Otwarcie żołądka potwierdziło zupełnie rozpoznanie. Przebieg był pomyślny — zagojenie zupełne. W kilka miesięcy po operacyi, chora była kilkakrotnie badana zapomocą zgłębnika (ostatnio po upływie 10 miesięcy). Wyniki badania (odeczyt ten, uzupełniony jeszcze jednym przypadkiem, będzie wkrótce drukowany w naszym piśmie), ogólnie mówiąc, przemawiają za tem, że upośledzona poprzednio czynność mechaniczna żołądka została całkowicie przywróconą, stan zaś trawienia pozostał prawidłowy. Waga chorej wynosi 152,5 funta (25 Kwietnia), podczas gdy przed operacyą wynosiła 98 funtów. Dawna chora nie doznaje żadnych objawów dyspeptycznych, ma wyborny apetyt a stolec codziennie prawidłowy. Cera rumiana, zdrowa. Rokowanie, zdaniem kol. GRUNDZACHA, w przypadku tym jest jaknajlepsze, jakkolwiek trochę zawartości kiszkowej (żółci) dostaje się nie raz do żołądka, co zresztą dla chorej nie ma żadnego znaczenia. 25 kwietnia chora była demonstrowaną przez kol. GRUNDZACHA na posiedzeniu Towarzystwa.

W drugiej części swojej pracy kol. GRUNDZACH podaje krytyczny rozbiór wskazań do pyloroplastyki, pylorrektomii i gastroenterostomii, przy czem zaznacza i motywuje rozmaite wskazania. Wskazanie do operacyi, zdaniem kol. Gr. stanowi: 1) Rozstrzeń pierwotna. 2) Rozstrzeń wtórna (zwięzienie odźwiernika lub początku dwunastnicy, rozmaitego pochodzenia). 3) Wrzód żołądka. 4) Nowotwór złośliwy odźwiernika lub ściany żołądka (rak i mięsak). 5) Peryodyczny sokotok z krwotokami lub bez nich (ból i wymioty obfite czystym sokiem żołądkowym). 6) Sokotok stały, połączony z rozstrzenią. Wszystkie to punkty kol. GRUNDZACH rozpatruje po szczególe, zaznacza ważniejsze momenty, stanowiące o chwili właściwej do operacyi. Ostatnio dwa wskazania podaje od siebie (5 i 6) z punktu widzenia teoretycznego, nie spostrzegając bowiem, aby takich chorych operowano i nie zna tych wskazań z literatury przedmiotu.

Kol. GRUNDZACH proponuje, aby rozstrzenia (*dilatatio*) nazywać taki stan żołądka (z punktu widzenia klinicznego), w którym narząd ten znajdujemy naczem przepelnionym niestrawionymi pokarmami z dnia poprzedniego, w którym śniadanie próbne (bulka z herbatą) przebywa 3—4 godzin, a obiad RIEGEL'a 8—10 godzin. Inne stany, w których błona mięśniowa jest tylko zwiotczała, lub żołądek opuszczony, należałoby nazywać: *megalogastria, descensus ventriculi v. gastroptosis, atonia ventriculi*, aby zaznaczyć, że pomimo to, czynność mechaniczna odbywa się stosunkowo dobrze. Kol. GRUNDZACH kończy swój odczyt słowami v. Langenbecka: „*Nunquam retrorsum*“.

W dyskusyi, pr. BRODOWSKI przedewszystkiem nie godzi się na użyty przez prelegenta wyraz „rozstrzeń“, zamiast rozszerzenia; nie podziela również podanej przezeń definicyi rozszerzenia żołądka. Anatomo-patolog rozpoznaje zawsze rozszerzenie tam, gdzie istnieje powiększenie objętości żołądka. Powstawanie tegoż bywa rozmaite: a) gdy mięśnie żołądkowe nie są w stanie zwalczyć przeszkody, miąższącej się w odźwierniku; b) gdy jest niedowład żołądka bez przeszkody mechanicznej, np. w następstwie nieżyty; c) wreszcie, rozszerzenie zależy może od zarłoczności (np. u obłąkanych). Nie widzi przeto mówca potrzeby tworzenia nowych pojęć w rodzaju „*megalogastria*“ i t. p., co ze względów praktycznych żadnej nie ma racyi bytu. W końcu zaznacza, iż prelegent zapomniał wymienić zwięzienia, powstałego skutkiem

kolosalnego rozrostu warstwy mięśniowej (i podśluzowej) odźwiornika, jako wynik nieżyty; stan ten przypominać może raka włóknistego.

Kol. SOLMAN. Szkoda, iż prelegent nie podał przeciwwskazań do operacji; do takich należy między innymi podeszły wiek chorego. Co do samej operacji, to nie jest ona tak łatwą, jak utrzymuje kol. Gr., i trwa o wiele dłużej, niż $\frac{3}{4}$ —1 godz.

Kol. DUNIN jest zdania, iż należy odróżnić rozszerzenie fizyologiczne od anatomicznego. Wszak na sekcji można znaleźć stan ten żołądka zupełnie przypadkowo. Gastroenterostomia daje nieraz wyniki świetne, choć posiada i strony ujemne; do tych należy przedewszystkiem zaparcie stolca.

Kol. GRUNDZACH broni nazwy „rostrzeń”. W odpowiedzi kol. SOLMANOWI nadmienia, że jeśli stan ogólny chorego jest dobry, można przystąpić do operacji nawet u osobnika w wieku późniejszym.

Prof. BARANOWSKI nie godzi się ze zdaniem Sekretarza stałego co do określenia pojęcia rozszerzenia żołądka. Jeśli np. płuco przekracza normalne swe granice, a czynność jego pozostaje nienaruszoną, naówczas nie mówimy „*emphysema*”, lecz „*volumen pulmonis auctum*”, który to stan może być wrodzonym lub nabytym. Przytem budowa anatomiczna płuca pozostaje zazwyczaj niezmienną. Natomiast rozodma (*emphysema*) polega nie tylko na powiększeniu objętości płuca, ale i na zmianach anatomicznych i czynnościowych. Tak samo bywa i w żołądku; gdzie obok rozszerzenia, czynność jego jest zachowaną, tam nie mamy rozszerzenia w znaczeniu właściwym.

Prof. BRODOWSKI. Co do „*volumen pulmonis auctum*”, jest to stan wrodzony, gdy rozcięcie i rozodma płuc są sprawami nabytymi i stanowią jedynie różnicę w stopniowaniu choroby.

Kol. BURWID zapytuje, w jakim znaczeniu prelegent użył wyrażenia „pepton”? Należy bowiem odróżnić ściśle propepton od peptonu, a to z powodu, że pierwszy jest substancją pożywną, drugi zaś nie.

Kol. GRUNDZACH odpowiada, że miał na myśli obadwa to ciała, ponieważ i jedno i drugie daje odczyn biurowy.

Kol. BIERNACKI zwraca uwagę, iż przy trawieniu pepsynowem nie wytwarza się pepton Kühn'o'go (powstający tylko przy odczynie alkalicznym), lecz albumozy.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

86. O leczeniu chirurgicznym niedrożności jelit. SCHLANGE, przedstawiając w Berlińskim Towarzystwie Lekarskim chorą, której wyciął około 135 ctm. kiszek cienkiej, uległej zgorzeli z powodu wewnętrznego uwięźnięcia, wypowiedział swe zapatrywania na leczenie niedrożności jelit. Zaznaczywszy przedewszystkiem konieczność indywidualizowania, S. nadmienia jednak, że byłoby wielce pożytecznem postawienie chociażby tylko niektórych ogólnych prawideł przy ocenianiu przypadków niedrożności kiszek, i w tym celu dzieli odnośnych chorych na trzy kategorie.

I. Brzuch mniej więcej mocno wzdęty. Rozdęte pętlíce kiszek widoczne są pod cienkimi powłokami brzuszными, zaś pod grubymi wyczuwać się dają; pętlíce te wykazują ruch robaczkowy samodzielny, lub też powstający pod wpływem bodźców zewnętrznych, przyczem wysłuchać można właściwe szmery. W takich przypadkach możemy przypuszczać, że niema bardziej rozległego zapalenia otrzewnej, ponieważ przy niem zwykle następuje bezwład kiszek, a ruch robaczkowy jest niemożliwy, lecz że istnieje raczej umiejscowione cierpienie, powodując zamknięcie światła jelita. Jakiego rodzaju jest przeszkoda, rozstrzygnąć nieraz jest niemożliwym, z powodu wielkiej różnorodności przyczyn.

Laparotomia jest wskazaną wtedy, gdy objawy niedrożności powstały gwałtownie i trwają uporczywie. Jeżeli przeciwnie, objawy niedrożności rozwijały się zwolna i niedosięgły znacznego nateżenia, wtedy możemy oględnie wyczekać, zwłaszcza, jeżeli podobne objawy już kiedykolwiek u chorego się zdarzały i szczerliwie ustępowały.

II. Jeżeli u chorego z objawami niedrożności jelit, brzuch jest beczkowato wzdęty, oddzielnych pętlíce kiszek ani dostrzedz, ani też wyczuć nie można, wtedy

istnieje rozległe porażenie kiszek, spowodowane ogólnem zapaleniem otrzewnej. W tych przypadkach chirurg powinien wogóle zaniechać wykonania laparotomii, zwykle bezowocnej, a w zasadzie nawet zgon chorego przyspieszającej, i co najwyżej ograniczyć się do jak najmniejszego zabiegu, do utworzenia przetoki kałowej w celu opróżnienia przepełnionych kiszek.

III. Do trzeciej kategorii zaliczyć można przypadki, w których tylko pewna część кишки jest wydęta, gdy inne części brzucha są względnie miękkie i zapadnięte, w mocno rozдутym odcinku кишки nie ma nawet śladu ruchu robaczkowego, z powodu chwilowego przynajmniej porażenia. W tego rodzaju przypadkach zawsze istnieje ciężkie uwięźnięcie znacznej pętlicy кишки wskutek zrostu lub skręcenia, nie doszło jednak jeszcze do ogólnego zapalenia otrzewnej. Objawy są zwykle bardzo burzliwe, upadek sił postępuje prędko, uratowanie chorego jest możliwem jedynie zapomocą jaknajwcześniej wykonanej laparotomii.

(SCHLANGE. *Arch. f. klin. Chirurgie* 45 Bd III Hft.). T. Solman.

87. ROSENHEIM. **O praktycznem znaczeniu ilościowego określenia wolnego kwasu solnego w zawartości żołądka.** Badanie jakościowe zawartości żołądka uzyskało sobie już dość dawno prawo obywatelstwa. Inaczej rzecz się ma z ilościowym tegoż badaniem; wymaga ono pracowni (choćby skromnej. Ref.), czasu, pewnego wreszcie zachodu nie zawsze możliwego dla lekarza-praktyka. Jest ono jednakże niezbędnem w celu oryentowania się w rozmaitych stanach chorobowych żołądka. Zaczęto więc stosować najprostsze miareczkowanie, t. j. obliczanie stopnia kwaśności zapomocą $\frac{1}{10}$ normalnego ługu sodowego i z ilości użytych ctm. sześć. ługu na 100 ctm. sześć. przesączu zawartości żołądkowej, wnioskowano o mniejszej lub większej ilości kwasów w owej zawartości. O naturze tych kwasów i wzajemnym stosunku ilościowym rozmaitych kwasów, w skład zawartości wchodzących, nic nie wiedzieliśmy; co najwyżej, mając jeszcze dodatni wynik odczynnikowy na kwas solny, wnioskować mogliśmy, że kwaśność cała zależy przeważnie od kwasu solnego, doświadczenie bowiem kliniczne poucza, że „w zwykłych warunkach“ obok wolnego kwasu solnego większych ilości kwasów organicznych nie napotykamy ¹⁾. Rzecz prosta, że w ten sposób oryentujemy się, rzecz można, z gruba. Jeżeli zechcemy coś wiedzieć o ilości kwasu solnego w zawartości żołądka, jednego z najważniejszych niewątpliwie składników owej zawartości, musimy już używać innych metod badania, bardziej zawiakłanych. (CAHN i v. MEHRING, SJOEQUIST, SEEMAN-HOFFMAN, WINTER HAYEM, LEO i t. d.). Jeżeli zamiast całej ilości kwasu solnego (wolnego i związanego z białkiem) oznaczyć zechcemy jedynie wolny kwas solny, znowu może być nam pomocnem miareczkowanie zapomocą $\frac{1}{10}$ normalnego ługu sodowego, tak długo trwające, dopóki nie zniknie odczyn GUENZBURGA (MINTZ). W tym celu kroplę przesączu wraz z kroplą odczynnika ogrzewamy, jak wiadomo, na porcelanowej parownicze (czerwona smuga). Autor używał w tym celu papierków napojonych płynem GUENZBURGA i utrzymuje, że użycie ich jest praktyczniejsze, czułość zaś prawie ta sama. Wszystkie badania swoje autor wykonywał z teni papierkami; częstokroć ostatnia próba była wykonywana z płynem samym (jako nieco czulsza). Zarówno MINTZ jak autor dowiedli, że w ten sposób oznaczamy przedewszystkiem wolny kwas solny. Zachodzi teraz pytanie, o ile ważnem jest oznaczanie wolnego kwasu solnego w praktyce, a dalej, czy oznaczanie to wraz z oznaczaniem ogólnej kwaśności przesączu wystarczy nam zupełnie w celach praktycznych, inaczej mówiąc, czy dwa te proste zabiegi nie pozwolą nam wnioskować o chemizmie trawienia żołądkowego.

W tym celu autor starał się zbadać na zdrowych osobnikach ilość procentową wolnego kwasu solnego w oddzielnych okresach trawienia, stosunek ilościowy wolnego HCl do związanego (z białkiem) w tychże okresach, dalej, stosunek ilościowy wolnego HCl do ogólnej kwaśności i do ilości białka. Śniadanie próbne składało się z 58 grm. bułki i 300 grm. niecukrzanej herbaty (zimnej). Badanie po upływie 70 minut. N, oznaczano zapomocą metody KJELDAHL'a, ogólną ilość

¹⁾ Wyjątek stanowi tu rozstrzeń żołądka, np. powstała skutkiem bliznowatego zwężenia odźwiernika po wrzodzie okrągłym, gdzie obok znacznych ilości kwasu solnego znajdujemy i liczne kwasy organiczne, powstałe wskutek dłuższego przebywania pokarmów w chorych narządach. Refer.

kwasu solnego zapomocą metody SJÖRQUIST'a. Jako wskaźnika przy miareczkowaniu autor używał kwasu rozolowego.

Nie mogąc się dłużej zatrzymywać w tem streszczeniu na pojedynczych badaniach i rozmaitych bardzo interesujących uwagach autora, odesłamy ciekawych do pracy samej, tutaj zaś podamy jedynie wnioski z badań, do jakich autor dochodzi. Co do zdrowych:

1) Ogólną kwasność wyższą od 30 (ctm. sześć. ługu na 1 ctm. sześć. przesączu) i niższą od 60 znaleziono u czterech osobników, wyżej 60, u trzech. Znacznie większa kwasność niż 60 nawet przy obecności wolnego HCl nie przemawia jeszcze za nadkwaśnością (*superaciditas digestiva*). (Jest jeszcze w granicach fizyologicznych. Refer.).

2) Potwierdzając poprzednie badania (swoje i innych autorów), zaznacza R., że niezależnie od wahań u tego samego osobnika, wydzielanie HCl jest czynnikiem zmiennym u rozmaitych osobników. Granice, w których je znajdujemy, są nader szerokie; na szczycie trawienia prawie bez wyjątku napotykaemy ilości przewyższające 0,1%, zwykle pomiędzy 0,1% i 0,2%, raz nawet 0,27%; cyfry te jednakże znajdujemy nie po upływie godziny od chwili spożycia śniadania, lecz po upływie 1 godziny 10 minut trawienia.

3) Ilości wolnego kwasu solnego wahają się nawet w tych swoich okresach trawienia zupełnie tak, jak ilości całego kwasu solnego (*Gesamtsalzsäure*), którego pierwszy na szczycie trawienia większą część stanowi. W tym okresie zawsze znajdujemy wolny kwas solny.

4) Związany kwas solny nie jest ilością stałą nawet w tych samych warunkach doświadczalnych, ale jego wahania ilościowe są znacznie mniejsze, aniżeli wolnego kwasu solnego; na szczycie trawienia wahają się one pomiędzy 3 i 22 ctm. sześć. ługu czyli między 0,01%—0,08% kwasu solnego.

5) Szybkość całego przebiegu trawienia waha się również w poszczególnych przypadkach. Po upływie 60—70 minut zwykle znajdujemy największe ilości kwasu solnego, jest to najodpowiedniejsza chwila do badania.

6) Dla zbadania czynności ruchowej żołądka (a właściwie ostatecznego wyniku owej czynności, wydalenia zawartości do dwunastnicy. Ref.) polecić można przeplukanie żołądka po upływie $2\frac{1}{4}$ — $2\frac{1}{2}$ godziny trawienia; jeżeli wówczas jeszcze znajdziemy resztki pokarmowe, będzie to dla nas dowodem „ruchowej niedomogi żołądka“ (*insufficiencia ventriculi motorica*).

Badanie chorych na żołądek doprowadziło R. do następujących wyników:

1) Ilość związanego kwasu solnego bynajmniej nie jest ilością stałą, nawet w tych samych warunkach doświadczalnych, ulega ona dość znacznym wahaniom aż do 1 *pro mille*. Jednakże różnice te są małoznaczne wobec wielkich różnic, jakie znajdujemy w ilości wolnego kwasu solnego w rozmaitych przypadkach chorobowych. Zapomocą określania wolnego kwasu solnego już możemy otrzymywać cyfry, pozwalające wnioskować o stanie narządu wydzielniczego.

2) Określanie wolnego kwasu solnego wraz z oznaczaniem ogólnej kwasności w praktyce zupełnie wystarcza, pozwalając nam z dostateczną ścisłością wnioskować o chemizmie trawienia żołądkowego, o nadkwaśności i podkwaśności soku żołądkowego. Cyfry 15 i 60 stanowią prawidłowo najniższe i najwyższe ilości wolnego kwasu solnego na szczycie trawienia. Niżej 15 podkwaśność, wyżej 60 nadkwaśność soku żołądkowego.

Jeżeli MINTZ poprzednio wyraził przypuszczenie, że ilościowe określanie wolnego kwasu solnego dla rozpoznania podkwaśności i nadkwaśności soku żołądkowego bardziej jest pouczającym, niż oznaczanie ogólnej kwasności, jest to niezaprzeczone. R. jednakże sądzi, że konieczne musimy określać i ogólną kwasność, abyśmy sobie mogli wyrobić pojęcie o ilości związanego kwasu solnego wraz z kwasami organicznymi i solami kwaśnymi, mianowicie kwaśnymi fosforanami. Jakkolwiek, powiada R., badania moje nie we wszystkim potwierdzają pracy MINTZA, ma on jednakże obok MOERNERA zasługę, że pierwszy zwrócił uwagę na prosty zabieg, przy pomocy którego możemy się szybko oryentować co do chemizmu trawienia żołądkowego. Rzecz prosta, w tych przypadkach, gdzie mamy wolny kwas solny. Tam gdzie go niema na szczycie trawienia, badanie, naturalnie, jest bardziej zawikłane, musimy korzystać z rozmaitych metod oznaczania związanego kwasu solnego.

(*Deutsch. med. Woch.* 1892). *Grundzuch*

88. Z medycyny sądowej. CAZENEUVE. **Niezwykły przypadek dzieciobójstwa.** W maju nagle zmarło 5-miesięczne dziecko zdrowe zupełnie. W grudniu dokonano ekshumacji zwłok jego i znaleziono już tylko kościec pograżony w papce rozpylającej się i gnijącej, tak, że z narządów wewnętrznych żadnego nie można było rozpoznać. Zebrano w jedno naczynie łyżkę papki mózgowej, a w drugie papki z jamy piersiowej i brzusznej, w tej ostatniej znaleziono 8 kawałków twardych, okrągławych, kształtu nerkowatego, wielkości groszku zielonego do wielkości małej fasoli. Kawałki te, po wymacerowaniu ich w roztworze wodnym alkalicznym i wygnieceniu w palcach, okazały się przy badaniu zapomocą lupy, kawałkami drobnodziurkowanej zwykłej gąbki używanej do mycia dziecka. Celem zbadania, czy kawałki gąbki nie służyły w tym razie jako przenośnik (*vehiculum*) do wniesienia do ustroju dziecka jakiego tworu trującego, lub żrącego, dokonano dochodzenia pozostałej papki na arsenik i inne związki metalów jak ołów, miedź i rtęć, lecz z wynikiem ujemnym. Z powodu zbyt już daleko zaszłej zgnilizny poszukiwanie alkaloidów roślinnych uznano za bezcelowe. Zresztą spożycie 8 kawałków gąbki (nie licząc tych, które niepostrzeżenie w zwłokach pozostały) było dostatecznem do spowodowania nagłej śmierci 5-miesięcznego dziecka.

Autor tak tłumaczy przebieg śmiertelny w tym przypadku. Wiadomo, że w niektórych okolicach dla zgładzenia psa, kota lub szczura dają im kawałki gąbki smażone w jakim tłuszczu; pod wpływem soków przewodu pokarmowego, gąbka bynajmniej nie zostaje strawioną, lecz jedynie pęcznieje i zatyka przewód pokarmowy. Śmierć skutkiem tego następuje zwykle dosyć nagle, poprzedzona wymiotami lub przynajmniej usiłowaniami do wymiot, a następnie wśród objawów drgawkowych. Zatkanie jelita przez glisty lub wskutek przepukliny uwięzionej może śmierć spowodować wśród podobnych przypadłości. W przypadku opisanym niewątpliwie spożyte kawałki gąbki były bezpośrednio przyczyną śmierci dziecka.

Co się zaś tyczy pytania: czy spożycie gąbki nastąpiło przypadkowo, czy też zbrodniczą ręką do tego swą ofiarę przymusiła w tym razie; to odpowiedź jest na to tylko jedna. Raz dlatego, że tak drobnych kawałków gąbki nikt w gospodarstwie domowym nie używa. Z drugiej zaś strony, dziecko mogłoby mimowolnie połknąć jeden kawałek gąbki do ust swoich własną ręką zaniesiony; samo jednakże przełknięcie gąbki następuje z takim wysiłeniem i oporem, że po raz wtóry dziecko tegoby nie powtórzyło samo przez się, zwłaszcza dziecko 5-miesięczne, u którego instynkt rozróżniania tego, co mu sprawia przyjemność od tego, co jest wstrętnem i dokuczliwem, jest już w wysokim rozwinięty stopniu. Kawałki gąbki w tym przypadku mogły być przez dziecko spożyte w polewce mlecznej, zbrodniczą ręką podanej, która palcem wypychała każdy kawałek w gardziel jego dla umożliwienia ich przełknięcia.

W rocznikach medycyny sądowej, mówi autor, niema ani jednego przypadku zbrodni podobnego do opisanego. Są wprawdzie podane z Anglii opisy potwornych bab, duszących noworodki przez wypychanie im do gardzieli kawałka gąbki uwiązane na nitce, służącej do wyciągnięcia gąbki po dokonaniu zaduszenia, dla zatarcia wszelkich śladów dokonanej zbrodni.

Przypadek opisany przedstawia niejaki do tego podobieństwo, jest jednakże w swoim rodzaju unikatem. Zasluguje wreszcie na uwagę wielka odporność gąbki wobec nawet bardzo daleko posuniętego gnicia trupa.

(*Annales d'Hygiène publ. et Méd. lég. N. 1—1893*). J. R.

Mieszkania Warszawy pod względem zdrowotnym.

Przedstawienie mieszkań warszawskich pod względem zdrowotnym, było przedmiotem publicznej lekcji wygłoszonej przez p. Inspektora urzędu lekarskiego m. Warszawy D-ra TROICKIEGO, o której to lekcji już w poprzednim numerze „Medycyny“ uczyniliśmy wzmiankę. Był to wykład oparty na danych zebranych w r. 1891 przez komisję sanitarną mającą na celu przedstawienie stanu mieszkań w całym naszym mieście, do czego byli użyli studenci medycyny oraz studenci instytutu weterynaryjnego, którzy wypełniając rubryki w danym szemacie, zebrali ważne dane, bez których nie można sobie było wytworzyć konkretnego pojęcia dającego się poprzeć cyframi, o związku zachodzącym pomiędzy śmiertelnością i zachorowywaniem mieszkańców,

a zajmowanemi przez nich mieszkaniami. Materiał powyższy obrobiony został w ciągu przeszłego i obecnego roku, a ugrupowany i uporządkowany wedle przyjętych powszechnie zasad dla przedstawienia zdrowotności dużych miast, posłużył D-rowi T. za punkt wyjścia do bliższego zapoznania słuchaczy z daną kwestyą. O rozmiarach wykładu poinformuje nas najlepiej program, który był następujący:

I. Przedmiot sanitarnej statystyki jako nauki; wpływ urządzeń sanitarnych na śmiertelność i chorobowość w różnych krajach, państwach i miastach. Doniosłość badań dotyczących oceny warunków bytu i stanu mieszkań miejskiego zaludnienia celem wykrycia przyczyn zwiększenia śmiertelności i chorobowości w miastach. Wyniki sanitarnej rewizji domów i mieszkań w Warszawie. Materiał faktyczny dający się zużyć dla oznaczenia warunków zdrowotnych w domach i mieszkaniach. Podział Warszawy na 7 sekcji, 25 grup i 90 okręgów. Rozmieszczenie i gęstość zaludnienia w grupach i okręgach tychże grup m. Warszawy. Liczba domów mieszkalnych w mieście i ich rozmieszczenie w różnych grupach. Wielkość domów i ich zaludnienie. Charakterystyka warszawskich domów pod względem higienicznym: kanalizacja, wodociągi, sposoby oświetlania, usuwanie nieczystości i t. d..

II. Ogólna liczba mieszkań w mieście. Rozmiary mieszkań warszawskich; stosunek pomiędzy rozmiarami pomieszczeń a wahaniami się śmiertelności i zachorowań wśród osób je zajmujących; części składowe pomieszczeń i sanitarne w nich urządzenia. Liczba mieszkań z kuchniami, przedpokojami, klozetami i wannami; rozmieszczenie mieszkań w okręgach 25-ju grup miasta Warszawy. Mieszkania w mansardach i suterynach. Warunki sanitarne mieszkań suterynowych. Środki dla polepszenia warunków sanitarnych w mieszkaniach suterynowych. Liczba mieszkań jednoizbowych w ścisłym znaczeniu, oraz % zajmujących je mieszkańców. Średnie wymiary jednoizbowych mieszkań, gęstość zaludnienia i średnia ilość powietrza przypadającego na jednego mieszkańca. Stosunek liczebny pomiędzy ogólną gęstością zaludnienia w mieście, a gęstością w jednoizbowych mieszkaniach. Śmiertelność z zaraźliwych chorób w Warszawie za ostatnich lat 7; stosunki śmiertelności w okręgach grup m. Warszawy.

Jak widzimy materiał do omówienia był ogromny; nie też dziwnego, że wykład objaśniony blisko 30 diagramicznymi tablicami trwał przeszło 2 godziny. Uzasadniony konieczność podzielenia miasta na części w programie wymienione, zwrócił prelegent uwagę słuchaczy na to, iż pod względem gęstości zaludnienia, Warszawa tylko Paryżowi ustępuje i że stąd niekorzystne wynikają pod względem zdrowotnym warunki, zwłaszcza jeśli się zwróci uwagę na nierówne rozmieszczenie zaludnienia na danej przestrzeni. Wykład powyższy, oparty na bardzo bogatym cyfrowym materiale, (w znacznej części już ogłoszony w pracach stałej komisji sanitarnej naszego miasta, dlatego go tu nie przytaczamy) ujawnił cały szereg doniosłych pod względem sanitarnym faktów. Najważniejsze z nich są: że wpływ kanalizacji splawnej i wodociągów na ograniczenie śmiertelności i zachorowań jest niezmiernie doniosły; że 3% jest takich domów mieszkalnych w Warszawie, które nie posiadają wcale miejsc ustępowych, skutkiem czego zarażanie gruntu i powietrza w domach takich jest zjawiskiem nieuniknionem, zwiększenie śmiertelności i zachorowań powodującym; że mieszkania w suterynach, na zdrowie i życie w jaknajzłubniejszy oddziaływają sposób, ponieważ w wielu z nich czestokroć objętość powietrza na mieszkańca stanowi $\frac{1}{4}$ część tego *minimum*, jakie jest przez higienę wymagane, że w wielu niema wcale okien, a straszna wilgoć, zaduch i obecność kwasu węglanego w powietrzu czyni pobyt w nich wprost niedozwiesienia; że ilość mieszkań jednoizbowych w Warszawie jest przerażająco wielka, bo oniemal połowę (46%) wszystkich mieszkań wynosi. Jeżeli się zwróci uwagę na to, że w mieszkaniu złożonym z jednej izby, musi się mieścić kuchnia, odbywa się pranie, załatwiania wszelkie czynności, a nadto, że te to mieszkania są najwięcej zaludnione, to odrazu będziemy mieli odpowiedź na pytanie, dlaczego mieszkańcy jednoizbowi wraz z mieszkańcami suteryn, wpływają najsilniej na cyfrę śmiertelności ogólnej, oraz na częstość zachorowań, i wreszcie na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych, które wśród tego zaludnienia prawie nigdy doszczętnie wygasnąć nie mogą. Ponieważ główny kontyngens mieszkańców jednoizbowych i suterynowych pochodzi z klasy robotniczej, lub fabrycznej, stanowiącej siłę wytwórczą, przeto prelegent musiema, iż społeczeństwo razem z municipalnością oraz władzą wogóle, we własnym interesie winno współdziałać, aby ta klasa pracowników miała sobie zapewnione lepsze pod względem zdrowotnym warunki, zwłaszcza, że i pod względem czysto ekonomicznym, budowanie pomieszczeń dla robotników, bez żadnej wątpliwości musiałoby się opłacić, ponieważ na żaden rodzaj mieszkań nie ma silniejszego popytu, co na mieszkania jednoizbowe, jako najtańsze, i nie przekraczające budżetu robotnika. Graficzne opracowanie odnośnych tablic powierzone zostało p. Ciemiulewskiemu.

Przed odczytem rozdał prelegent znaczną liczbę egzemplarzy mapy sanitarnej miasta, wielce pożytecznej ku oryentowaniu się w danych cyfrowych i terytoryalnych.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— W Tow. Lek. Berl. GOTTSCHALK okazywał płód skamieniały (*Lithopaedion*), wydobyty u kobiety 54-letniej po 30-letnim pozostawianiu w jamie brzusznej. Pacjentka odbyła pierwszy poród prawidłowy w 21-ym roku życia; w rok później, będąc znów brzemenną, uczuła ku końcowi ciąży bóle porodowe, lecz lekarz, znalazłszy ujście zamkniętym i rozpoznawszy ciążę zamaciczną, pozostawił chorą bez dalszego zabiegu. Po przebytem zapaleniu otrzewnej, trwającym przeszło 4 miesiące, wystąpiła u pacjentki ponownie miesiączka, lecz już ciąży ponownej od owego czasu nie było. Autor znalazł miednicę małą całkowicie wypełnioną guzem, przypominającym budową swą czaszkę dziecięcą; guz rozpościwał się ku pępkowi. Miejsce, odpowiadające łożysku, znajdowało się na więzie szerokim lewym i było mocno unaczynione. (D. m. Z. 27—93).

— W Klubie Lek. Wied. mówił PRICK o związku niektórych chorób skórnych z zaburzeniami w przewodzie pokarmowym. W podobny sposób, jak krążące we krwi substancje (antypiryna, chinina, bromek i jodek potasu) wywołują mogą wysypki toksyczne, tak samo pewne pokarmy wywołują np. pokrzywkę. Autor przypuszcza, iż nie powstaje ona drogą nerwów naczynioruchowych pod wpływem jakiegoś usposobienia, lecz sądzi raczej, iż w przewodzie pokarmowym istnieją pewne mikroby lub fermenty, które z pewnych, w pokarmach zawartych substancji wytwarzają trucizny, działające w sposób wymieniony. Zwraca na się uwagę fakt, że takie wysypki występują często u ludzi dotkniętych cierpieniem przewodu pokarmowego, połączeniem z fermentacją. W jednym podobnym przypadku zastosował P. z dobrym skutkiem kreozot; po odstawieniu tego środka pokrzywka wróciła. Tu należą również: pryszczycza przy niestrawności, wylewy krwawe pod skórę przy obecności tasiemca i t. p.. Wreszcie spostrzegł P. czyraki, (*furunculosis*) u większej liczby rekrutów, którzy otrzymywali wyłącznie prawie pokarm roślinny. (D. m. Z. 33—93).

— Na 10-ym zjeździe pruskich lekarzy rządowych STRASSMANN przedstawił wyniki swych badań nad rozprzestrzenianiem się arszeniku w trupie. Autor postanowił rozstrzygnąć pytanie, o ile kwas arsenowy, wprowadzony do żołądka trupa, przenika do narządów bardziej odległych, czyli innemi słowy, czy obecność arszeniku nazewaną żołądka dowodzi, jako trucizna dostała się do ustroju za życia? Kwestya ta posiada znaczenie praktyczne, ponieważ 1) były przypadki, że chcąc skierować podejrzenie na ludzi niewinnych, wprowadzano arszenik do żołądka trupa; 2) obwinieni o otrucie tłumaczyli się niekiedy, jakoby arszenik wprowadzonym został do ustroju dopiero po śmierci; 3) w przypadkach, w których istnieje kilka przyczyn śmierci, może zająć potrzeba stwierdzenia, czy nastąpiło wessanie trucizny, 4) stosownie do rozprzestrzenienia się trucizny, wnioskowano o długości czasu jaki upłynął między otruciem a śmiercią. Badania autora wykazały, że po wprowadzeniu do żołądka trupa kwasu arsenowego, wykryć można było arszenik już po 12 dniach w narządach sąsiednich; niemniej wszakże po upływie nawet 28 dni znajdował się on tylko w tych narządach, nie zaś w odległych, np. w mózgu. Zasługuje szczególnie na uwagę, iż przy rozprzestrzenianiu się arszeniku w trupie nerka lewa, skutkiem warunków anatomicznych, bywa przepojoną arszenikiem, gdy nerka prawa nie zawiera go wcale. Z tego powodu otrzymać można niekiedy cenne wskazówki przy badaniu każdej nerki oddzielnie. Obecność trucizny w nerce lewej, obok braku tejże w nerce prawej, przemawiać będzie za przenikaniem jej pośmiertnem, a przeciw wessaniu za życia. Taka sama, lubo nietyle wyraźna różnica istnieje między prawym a lewym płatem wątroby. (Münch. med. Woch. 93).

— 18-ty Numer „Internationale Klinische Rundschau“ zamieścił rozprawę D-ra J. Dymnickiego lekarza zdrojowego w Busku p. t. „Kombinierte Kurmethode veralteter Syphilisfälle mit Quecksilbereinreibungen und gleichzeitigen Schwefelbädern“.

Wiadomości bieżące.

— Stan sanitarny naszego miasta w ciągu ostatnich dwóch miesięcy uległ znacznej poprawie nie tylko w porównaniu z bardzo niepożytecznym stanem w ciągu ubiegłej jesieni i zimy, ale nawet w porównaniu z odpowiednimi mie-

siącami lat poprzednich. Podczas kiedy w styczniu r. b. roczny procent śmiertelności wynosił się cyfrą 30,83%, w lutym 27,20, t. j. wysoką śmiertelnością, jakiej już od lat kilku w Warszawie nie było, w marcu cyfra ta spadła do-

23,84% i około tejże wysokości utrzymywała się przez kwiecień. Poprawę tego stanu przypisać należy wydatnemu zmniejszeniu się chorób zakaźnych, zwłaszcza szkarlatyny i dyfterytu, które rzadko bardzo i w łagodnej formie się pojawiają. Odry wcale w obecnym czasie nie widzimy. Przypadki zapalenia płuc włóknikowego, tyfusu wysypkowego i koklusu są jeszcze bardzo liczne, ospa częściej nawet się pojawia, a zapalenie nagminne opon mózgo-rdzeniowych rozszerza się widocznie. Wyraźnych ognisk tej choroby na oddzielnych ulicach miasta, tak jak to wykazać można do pewnego stopnia dla tyfusu wysypkowego lub ospy, nie widzieliśmy dotąd w Warszawie, ale w ciągu ostatnich dwóch tygodni mieliśmy sposobność wykrycia takiego miejscowego ogniska na Woli, z lewej strony szosy, gdzie około dziesięciorga dzieci tej choroby uległo. Wszystkie domy, w których tę chorobę spostrzegamy jeszcze do obecnej chwili, leżą wzdłuż rzeczki Sadurki, przez co nie chcemy bynajmniej powiedzieć, że tej okoliczności przypisujemy moment etyologiczny. Choroba ta wybuchła jednocześnie w wielu miejscowościach kraju, wiadomo nam o kilku przypadkach w Strzemieszycach, w Maciejowicach i innych. Bylibyśmy bardzo wdzięczni kolegom prowincjonalnym, gdyby nam nadesłali krótkie chociażby dane o rozwoju i przebiegu tej rzadkiej a niezmiernie ciekawej epidemii. Przypadki, które spostrzegamy w Warszawie, mają przebieg najczęściej bardzo przewlekły, ale śmiertelność jest niezbyt wielką.

J. K.

— W dniu 4 Maja r. b., odbył się w Warszawie zebranie ogólne uczestników Kasy wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, istniejącej przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskim. Spełniając wymaganie § 13 ustawy tejże Kasy, zarządzający Kasą Wsparcia kol. ROGOWICZ zdał sprawę w imieniu Komitetu z jego czynności za r. 1892. Ze sprawozdania tego podajemy ważniejsze dane, a mianowicie:

1. Komitet odbył 8 posiedzeń: 7 zwyczajnych dla załatwiania spraw bieżących i przyznawania wsparć, i jedno ogólne zebranie członków Kasy w dniu 11 Maja r. z.

2. Z początkiem 1892 r., Kasa wsparcia liczyła członków 678; z tej liczby zmarło 13, wykreślono z powodu wyjazdu z kraju, zalegania w opłacie składek i na własne żądanie 20; wogóle ubyto członków 33. Że zaś w ciągu roku przybyło nowych uczestników 46, zatem z końcem 1892 roku instytucja liczyła 691 członków, którzy wnieśli w składek rocznych 3379 rs.

3. Udzielono wsparcie 108 osobom w kwocie 6988 rs., a że składki terminowe wraz z odsetkami od funduszu żelaznego dały zaledwie 5000 rs., zatem około 1000 rs. na wsparcia, jako też koszt administracji pokryto z innych źródeł jako to: ofiar jednorazowych i odsetek od funduszy własnością Towarzystwa Lekarskiego będących, a na wsparcia przez zapisodawców przeznaczonych.

4. Zaległe składki terminowe z końcem 1892 r. wynoszą znaczną kwotę 845 rs., z której na samą gubernię Suwalską przypada 147 rs., gdyż dotąd ani grosza od uczestników Kasy w tej guberni zamieszkałych nie nadesłano.

5. Z powodu tych zaległości, jako też ze względu na to, że o wsparcie zgłasza się wiele rodzin po lekarzach, którzy nigdy nie wnosili składek na rzecz Kasy Wsparcia, Komitet postanowił ściśle wykonywać uchwałę swoją z d. 20 Grudnia 1876 r., a mianowicie, że wsparcie udzielane wdowom i sierotom, których mężowie i ojcowie, zmarli po roku 1876, nie należeli do Kasy Wsparcia, w żadnym razie kwoty 10 rub. półrocznie przewyższać nie może.

— **Zmarli:** Prof. D-r SCHNITZLER w Wiedniu, znany laryngolog, dyrektor polikliniki wiedeńskiej i redaktor pisma „Internation. klin. Rundschau.“

Prof. Arnoldo CANTANI w Neapolu, urodzony w Pradze Czeskiej, znakomity klinicysta, znany z prac o moczowce cukrowej i o cholery.

Redakcja Medycyny uwiadamia Sz. Kolegów, iż z wszelkimi interesami dotyczącymi administracji pisma, jako to: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem brakujących numerów i wydawnictw Medycyny, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d, zwracać się należy *nie do Redakcji*, lecz do *Administracji* pisma pod adresem: **Dr. L. Guranowski, Marszałkowska 129.**

Do niniejszego N-ru dołącza się Ogłoszenie o Stacji Klimatycznej Nicklań-Czarnecka-Góra, i Cennik wód mineralnych Apteki T. Heinrycha.