

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O wycięciu nerki. Zestawienie 15 operowanych przypadków. Podał prof. D-r Julian Kosiński. (Dokończenie). — Przyczyniek do nauki o zбочeniach mowy (logopatologii). Przez D-ra Władysława Oltuszewskiego. (Dalszy ciąg). — Sprawozdanie z V zjazdu chirurgów polskich w Krakowie. (Dokończenie). — Streszczenia i wyciągi. 160. O antagonistycznym wyrównywaniu ubocznego działania niektórych leków. 161. O przepłukiwaniu przewodu pokarmowego w cholerze. — Otwarcie nowego pawilonu chirurgicznego, wzniesionego z inicjatywy Prof. D-ra Alfreda Obalińskiego przy szpitalu Ś-go Łazarza w Krakowie. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

O WYCIĘCIU NERKI.

ZESTAWIENIE 15 OPEROWANYCH PRZYPADKÓW.

Podał **prof. D-r Julian Kosiński.**

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 42).

Właściwem będzie na tem miejscu powiedzieć o metodzie badania nerek celem wskazań operacyjnych. Ważnem jest zapewne ściśle rozpoznanie dla każdego terapeuty, leczącego chorego na taką lub inną chorobę nerek, lecz o wiele ważniejszą jest pewna i możliwie nieomylna dyagnoza dla chirurga, zamierzającego przystąpić do usunięcia tak ważnego organu, jakim jest nerka. Niestosowna, a chociażby i stosowna, lecz bezskuteczna terapia wodami, kąpielami i wszelkimi zalecaniami od HIPOKRATESA aż do ostatnich czasów medykamentami, może nie wpłynąć na poprawienie zdrowia, lecz i wyraźnego ujemnego skutku nie wywrze, w przypadkach naprzykład chronicznych, ropnych sprawach przy gruźlicy, kamieniach nerkowych, ropniach przerzutowych i t. p. Zupełnie inaczej rzecz się ma, gdy choroba dojdzie do tego punktu, iż po wyczerpaniu wszystkich środków staje się konieczną operacja. Terapeuta oświadcza choremu: „wszystko wyczerpaliliśmy, pozostaje ci udać się do chirurga i poddać się operacji, od której jeszcze wyleczenia spodziewać się możesz“. Wobec zaleconej przez terapeutę nefrektomii czy nefrotomii i mającej być wykonaną tak ważnej operacji chirurg, nie może poprzestać na dyagnozie terapeuty, chociażby ten był biegłym, doświadczonym i ze wszech miar sumiennym lekarzem, a dyagnoza jego była zupełnie dobra. Nie może poprzestać na ściśle przeprowadzonej przez terapeutę obserwacji z całego przebiegu choroby, na analizie chemicznej i drobnowidzowej moczu, chociażby najdokładniejszej, na bólach takiego lub innego charakteru w okolicy nerki, na mniej lub więcej wyraźnem powiększeniu organu i t. p. Chirurg, zanim zawyrokuje o potrzebie i możliwości operacji, winien przeprowadzić jeszcze szereg badań, których terapeuta ani mógł, ani za potrzebne uważał dla swoich celów robić. Dla tego ostatniego wszystko jest jedno, czy kamień znajduje się w prawej, czy w lewej nerce; mając pacyenta z niezaprzeczoną dyatezą moczową, zaleci mu Karlsbad, stosowną dyetę i t. p. i dobrze robi. Więcej też od medycyny t. zw. wewnętrznej i wymagać nie można. Terapeuta rozpoznał ropne zapalenie miedniczek, gruźlicę nerek; leczy chorego, stosując naj-

racyonalniejszą terapię, a gdy ani mleko, ani południowy klimat, ani kreozot, arsenik i t. p. skutku nie odniosą, wycieńczenie chorego staje się groźnem, żadnej wątpliwości nie pozostaje, że choroba miejscowa jest tego powodem; może w jednym lub w drugim boku zaczyna być nawet wyczuwalny guz — istotny lub tylko pozorny. Terapeuta odsyła chorego do operacyi, uważając ją jako *ultimum refugium*, chociażby tylko *dubium*.

Na innem zupełnie stanowisku znajduje się chirurg, któremu terapeuta pacyenta swojego powierza; z innego zupełnie punktu widzenia winien patrzeć na rzecz, albowiem po jego nieudanej operacyi niema już trzeciej instancyi, chyba tylko u Boga, w niebie. Czyż więc wobec tak poważnego zadania chirurg może polegać na obcej dyagnozie? Niepowinien, a jeżeli tak robi, to często wypadnie mu żałować. Cenne mu być winny wiadomości podane przez lekarza obserwującego chorego dłużej, i zebrane przez niego; cenny może być pogląd terapeuty na chorobę i na dalsze leczenie; ale wtedy tylko nabierają te wiadomości prawdziwej wagi i znaczenia, kiedy chirurg sam, swojem wszechstronnem zbadaniem, stwierdzi prawdziwość ich i nabierze przeświadczenia, że wyniki jego badania zgodne są z opinią obserwującego poprzednio lekarza. Powiedziałem, że są szczegóły niepotrzebne dla terapeuty, a bardzo ważne dla chirurga; otóż na te szczegóły chirurg musi całą swoją uwagę zwrócić i starać się je wykryć. Wracam znów do jednego z poprzednich przykładów: Długotrwałe wydzielanie się ropy z moczem, obecność czerwonych ciałek krwi u chorego z dyatezą moczową doprowadza pacyenta do stanu, w którym staje się potrzebną interwencya chirurgiczna. Bóle częstsze i stalej powtarzające się z prawej strony przemawiają za kamieniem prawej nerki, ta więc ma być operowana. Ale tych danych za mało, aby chirurg mógł już wziąć nóż w rękę. Obie nerki mogą być zaatakowane w jednakowym stopniu, chociaż w lewej chory bólów nie doznawał, lub doznawał w znacznie mniejszym stopniu; nie przeszkadza to jednak, aby lewa nerka była bardziej jeszcze zniszczona, niż prawa, i bardziej się do operacyi kwalifikowała niż prawa, na którą stale zwrócona była uwaga tak chorego, jak i lekarza. Badanie zatem, przeprowadzone tylko przez samego chirurga, może doprowadzić do wniosku stanowczego, że albo obie nerki są zmienione w takim stopniu, iż tak prawa, jak i lewa kwalifikowałyby się w równej mierze do wyjęcia, a zatem operacya staje się niemożliwą, albo też stopień zniszczenia jednej jest większy, i ta, pomimo, że druga nerka nie jest całkowicie zdrowa, może być wyjętą, nie narażając chorego na stanowczo złe zejście; czy wreszcie choroba ogranicza się tylko do jednej nerki, po usunięciu której lub po wyjęciu kamienia, szanse operacyi są najlepsze, albowiem druga nerka pozostała zdrową i może doskonale zastąpić funkcję dwóch organów, do wydzielania moczu przeznaczonych. Ażeby rozpoznać te szczegóły, niech mi darują panowie terapeuci, potrzeba na to chirurga biegłego i doświadczonego, żaden terapeuta temu zadaniu nie sprost. Wszak tu potrzeba i umieć zachloroformować chorego i mieć wprawę i biegłość w użyciu takich narzędzi jak kateter, zgłębnik do badania moczowodów, cystoskop; same już przygotowanie dróg moczowych do ich badania, porządne wypłukanie pęcherza, stosowne ułożenie chorego przechodzi prawie zakres działalności i doświadczenia przeciętnego terapeuty. Mniemam, że zapatrywania mojego na tę kwestyę nie może spotkać zarzutu ze strony terapeutów, przypuszczam, że przyznają mi słusność i ci nawet terapeuci, którzy mniemają z kol. DUNINEM¹⁾), „że niewątpliwie pewne i ścisłe wskazania do opera-

¹⁾ Przegląd Chirurgiczny. Zesz. I.

cyi w zakresie chirurgii wewnętrznej może stawiać tylko terapeuta. Chirurg musi tu dla prawdziwego dobra chorego przyjąć na siebie rolę wykonawcy, musi się zadowolnić tem, że do ocalenia życia ludzkiego on głównie rękę przyłożył i t. d.". Zdaje mi się, że zacytowane zdanie jest nieco za powierzchowne. Badania choroby, choćby przytoczonej powyżej nerki, sposobami właściwymi tylko chirurgowi i wyprowadzenia wniosków co do samej operacji chyba sama ręka nie będzie w stanie zrobić; potrzeba tu także i inteligencji, inteligencji subtelnej, jak również obszernych wiadomości ze wszystkich gałęzi medycyny, które kol. D. uważać się zdaje za niepotrzebny dla chirurgów balast. Nieszczęśliwa byłaby ludzkość, gdyby takich tylko miała chirurgów, którzy biegli są w technice i usuwać potrafią tylko skutki choroby, nie zaś samą chorobę i t. p. Gdyby taka tylko rola była chirurgów i po za nią nie wychodzili tacy chirurdowie jak: GUY DE CHAULIAC, AMBROISE PARÉ, J. L. PETIT, J. HUNTER, A. COOPER, BELL, SIMPSON, PAGET, SCARPA, PIROGOFF, O. WEBER i t. d., nie mówiąc o późniejszych, to możeby dotąd jeszcze większa część chorób chirurgicznych, dających się tylko nożem usunąć, była przez terapeutów leczona, a pacjent miałby tę pociechę, że przecież aż do śmierci zostawał w ręku lekarza filozofa i głębokiego myśliciela, a nie realnie patrzącego na sprawę i energicznie w potrzebie działającego chirurga. Rola chirurga nie jest rolą żołnierza, strzelającego na komendę dowódcy, a chirurgia nie jest tylko sztuką (*ars*) ale i nauką (*sciencia*), czego dowodem już sam sposób nauczania i potrzeba przedwstępnych studyów wspólnych w szkołach medycznych, tak dla tych lekarzy, którzy z czasem poświęcą się terapii, jak i dla tych, którzy inną specjalność uprawiać będą. Czyżby kol. DUNIN mniemał, że wychodzący z uniwersytetów lekarze dzielą się na dwie grupy, z których jedna z silniejszą inteligencją obiera zawód lekarzy wewnętrznych, a druga ze słabszą rekrutuje się do szeregów chirurgów? Nie sędzę, a jednak artykuł jego, umieszczony w „Przeglądzie chirurgicznym“, pod tytułem „O stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii“, zdaje się wyraźnie tchnąć podobnem mniemaniem. Nie jest mojem zadaniem roztrząsać ten artykuł bliżej, już samą kwestyę uważam poniekąd za sztuczną i poronioną, a argumenta i poglądy na „stosunek medycyny do chirurgii“, przez kol. D. przytoczone, nie wielu chyba lekarzom trafią do przekonania, jako nie oparte na głębszym i dojrzalszym poglądzie. Łagodzącą jednak okolicznością dla kol. DUNINA jest to, że, jak sam powiada, skreślił swoje zapatrywania na usilne żądanie swojego przyjaciela, redaktora „Przeglądu Chir.“. Był więc wąż kusiciel, a zatem przewinienie mniejsze.

Przepraszam czytelnika, żem odstąpił na chwilę od przedmiotu. Wracam do niego. Owóz mając chorego, któremu chirurg zamierza robić operacyę na nerce, powinien przedewszystkiem wyświecić do możliwych granic pytania: a) czy operacya może wyleczyć lub przynajmniej ulżyć cierpieniu, a zatem czy jest potrzebna; b) czy operacya jest możliwa; c) czy operowaną ma być prawa czy lewa nerka; wreszcie d) jaka operacya będzie najstosowniejszą. Na pierwsze pytanie łatwiej odpowie każdy doświadczony lekarz, nawet nie chirurg, w znacznej przynajmniej części przypadków. Tu idzie o rozpoznanie ściśle, że choroba umiejscowiona jest w nerce, a nie w innej części dróg moczowych, albo sąsiadujących z niemi organach lub tkankach; obserwacya przebiegu, która skonstatować pozwala, że choroba ta wycieńcza i niszczy organizm, a wszelkie środki przy istniejących anatomo-patologicznych zmianach okazują się i muszą się okazać bezsilnemi, a więc choćby na zasadzie tej dawnej maksymy:

quod medicamenta non agunt ferrum agat, trzeba uciec się do operacji. Nowotwory złośliwe, kamienie w nerce, obfite ropienia niszczące coraz bardziej organizm, wymagają operacji i każdy racjonalny lekarz potrzebę jej ocenić potrafi; ale na pytanie, czy operacja jest możliwa t. j. czy jest nadzieja, że chory po operacji dozna choć czasowego wyleczenia a przynajmniej poprawy — odpowiedź będzie trudniejsza. Wobec tego pytania trzeba się upewnić w jakim stanie znajduje się druga nerka, czy jest ona zdrowa, lub jeżeli jest dotknięta chorobą, to czy zmiany te pozwolą choremu przedłużyć jego egzystencję; może nawet po operacji dadzą się one w zupełności wyleczyć, jak to bywa z sympatycznym cierpieniem drugiej nerki, przy chorobach niewyleczalnych jednej; trzeba nareszcie mieć ten doświadczony, trafny pogląd, czy organizm jest w stanie znieść wstrząśnienie zadane samą operacją, a pogląd taki wyraża się tylko u chirurgów, którzy wiele już operacji robili. Zdanie najbiegłego terapeuty mniej w tej wątpliwości zaważyć może, niż zdanie chirurga. Z tem pytaniem łączy się ściśle i następne pod literą c — która nerka ma być operowana? Rozpoznać dobrze stan obu nerek, nie jest zadaniem łatwym; odnosi się to szczególnie do tych zmian w nerkach, przy których nie znajdujemy żadnego wyraźnego obrzmienia lub guza. Nieznaczne powiększenie nerki może istnieć, lecz nie zawsze daje się ono wyperkutować lub wymacać. Ból w prawym lub lewym boku jest zapewne objawem ważnym, ale nie zawsze pewnym i traci swoje znaczenie, jeżeli nie jest stale i wyraźnie zawsze do jednej strony ograniczonym. Dla rozpoznania, czy jedna tylko nerka jest chora i która, w podobnie wątpliwych przypadkach trzeba uciec się do wyjątkowych sposobów dyagnostycznych. Sonda do badań moczowodów i cystoskop mogą w tych przypadkach cenne okazać usługi, aczkolwiek nie zawsze dają się zastosować i nie zawsze są w stanie rozstrzygnąć wątpliwość. Dla ropnych spraw nerek stosuję z bardzo dobrym skutkiem w celu dyagnostycznym następujący sposób: chory bezwarunkowo musi być zachloroformowany głęboko, aby ściany brzucha żadnego nie czyniły oporu. Nie powinien być badany przedtem macaniem brzucha i okolicy lędźwiowej, przynajmniej przez kilka godzin; pęcherz musi być dokładnie wypłukany, tak, żeby wracająca przez kateter wstrzyknięta do pęcherza woda, była zupełnie czysta, bez wyraźnych śladów ropy lub krwi. Następnie biorę do badania jedną nerkę, na przykład prawą, i macaniem oraz stosownem naciskaniem podżebrza i okolicy lędźwiowej (dwuręczne badanie jest tu nader ważne) staram się wyczuć w palcach nerkę, i wycisnąć z niej zawartość do pęcherza. Zaraz po tej czynności wprowadzam do pęcherza cewnik i przekonuję się, czy w nim ropa lub krew się znajduje. Jeżeli ilość wyciśniętej cieczy patologicznej jest mała, tak, że przez cewnik nic nie wypływa, trzeba weń wstrzyknąć małą ilość wody, która spłucze i zabierze wyciśniętą z nerki ropę lub krew i obecność tych wydzielin stwierdzi. Jeżeli woda odejdzie bez żadnych patologicznych przymieszek, natenczas wniosek będzie, jeżeli nie pewny, to bardzo prawdopodobny, że ich w badanej nerce nie ma. Tu zaraz muszę omówić, że może być nawet znaczny zbiornik ropy w nerce, *resp.* w miedniczce, a jednak sposobem powyższym śladów jej nie wykryjemy; może to być przy stałym mechanicznym zamknięciu moczowodu lub przy chwilowym zatkanie światła kamieniem lub zaciśnięciu, ale w takich przypadkach będziemy mieć znaczne powiększenie nerki, które na zachloroformowanym chorym niewątpliwie da się wyczuć jako guz i prawdopodobnie guz chęłboczący. Załatwiwszy się z prawą nerką, wypłukawszy znów doszczętnie pęcherz, powtarzam tę samą manipulację z lewą,

a wyprowadziwszy wnioski o jej stanie, dopiero mogę rzecz ocenić i jasny mieć pogląd na to, czy operacyę mogę zrobić i jaką. Co do tego ostatniego pytania, to samo się przez się rozumie, że decyzya należy wyłącznie do chirurga, który zestawivszy wszystkie okoliczności, odnoszące się do danego przypadku, rozważywszy stopień i rozmiary miejscowych zmian i stan ogólny chorego, rozstrzyga kwestyę i przy wykonaniu operacyi musi mieć rozwiązane ręce. Nie ulega wątpliwości, że i najbardziej wyrozumowana na pozór dyagnoza, oparta na wielkiem doświadczeniu, może okazać się błędną, lecz i w tym jeszcze razie, znający swoją rzecz chirurg potrafi w porę plan zmienić i zatrzymać się z wykonaniem operacyi, poprzestając na cięciu próbnem, na tak zwanej operacyi dyagnostycznej.

To co tutaj powiedziałem o operacyi nerki, samo się przez się rozumie, odnosi się do każdej chirurgicznej operacyi. Wszak różnica może być tylko co do stopnia,—jakościowa.

Pozwolę jeszcze sobie zwrócić uwagę czytelnika na tak zwane sympatyczne cierpienie nerki. Wiadomem jest, że w parzystych narządach ustroju ludzkiego, gdy jeden organ ulegnie chorobowym zmianom, ropieniu i zwyrodnieniu, z czasem zaczyna cierpieć i drugi organ identyczny. Najlepiej to znane jest okulistom, którzy tak często wyjmują chore oko, ażeby ocalić drugie. Operacya robi się nieraz nie dla tego, żeby choroba tego wymagała, gdyż sprawa chorobowa jest nieraz już dawno zakończona, lecz aby usunąć ciągle drażnienie, wywoływane pozostałą, mniej lub więcej zniszczoną gałką oczną, szkodliwy wywierającą wpływ na zdrowe oko i mogącą zagrażać utratą zupełną wzroku. To samo prawo fizyologiczne odnosi się także i do nerek. Z opisanych w niniejszym artykule przypadków, cztery mogą służyć za wyborny dowód istnienia takiego sympatycznego cierpienia nerek. Są to przypadki 1-szy, 3-ci, 7-my i 13-ty, z których 1-szy i 13-ty należą do *nephropylitis calculosa*, 3 ci do gruźlicy nerki a 7-my do hydronefrozy. We wszystkich czterech przypadkach jeszcze przez pewien i to dość długi czas obfity osad ropny w moczu nie pozostawiał żadnej wątpliwości, że druga nerka była dotknięta wyraźnem zapaleniem chronicznem. Stopniowo, w miarę oddalania się od wykonanej operacyi, osad zmniejszał się aż do zupełnego zniknięcia. Spostrzeżenia te służyć mogą za ważny moment przy stawianiu wskazania do nefrektomii i dobrze jest o nim pamiętać.

Przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (logopatologii).

Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. dnia 26 Września 1893 r.

przez D-ra Władysława Ołtuszewskiego.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 42).

Że istotę jąkania stanowi kurczowa nerwica funkcjonalnego pochodzenia, przemawia za tem między innemi: brak zmian organicznych tak w ośrodkach, jak w innych organach, różnorodne skurcze niezależne od woli chorego, jaskrawsze występowanie tej nerwicy od afektów, nocnego czuwania, nadużycia trunków, jednym słowem wszystkiego, co może podrażnić ośrodki, a nakoniec i etyologia, wykazująca, jakeśmy to widzieli, pokrewieństwo jąkania z innemi nerwicami pochodzenia funkcjonalnego. Zwróciwszy teraz uwagę na

to, że skurcze występują głównie w nerwach twarzowym i podjęzykowym, rządzących artykulacją, których jądra mieszczą się w korze mózgowej niedaleko ośrodków mowy, dalej, że tamże znajdują się ośrodki głosu i oddechu przy mowie, a na koniec, że ruchy towarzyszące w większości przypadków jąkania występują z prawej strony, nie popełnimy zda się dużej pomyłki, jeżeli siedlisko tegoż cierpienia umiejscowimy w korze mózgowej, mianowicie na drodze łączącej ośrodki ideacyi z ośrodkiem ruchowym mowy.

Za słusnością mniemania, że siedlisko omawianej nerwicy zajmuje okolicę ośrodków mowy, przemawiałoby także do pewnego stopnia t. zw. jąkanie histeryczne, na które w ostatnich dopiero czasach zwrócił uwagę CHARCOT. O ile od tego czasu obrazy opisywane przez różnych autorów, nawiasowo mówiąc w wielu przypadkach bardzo nieściśle, odpowiadają w samej rzeczy jąkaniu, nie mając sposobności widzieć ani jednego tego rodzaju przypadku, stanowczo powiedzieć nie mogę. Ze względu jednak, że dotyka ono przeważnie ludzi z usposobieniem neuropatycznym, jak również z oznakami wrodzonego nerwowego zwyrodnienia, możliwość tę za słuszną poczytaćby należało. Zdanie CHARCOT'a, jak również innych za nim idących autorów, że jąkanie histeryczne jest zjawiskiem przedwstępnem lub następczem niemoty histerycznej, że więc jeden i ten sam agent, raz, pobudzając ośrodki mowy, doprowadza do skurczów, t. j. jąkania, drugi zaś raz, porażając je, wywołuje niemotę, także stwierdzałoby to mniemanie.

Jeżeli tedy jąkanie uważamy za nerwicę kurczową, mającą swe siedlisko w korze mózgowej, to przy leczeniu głównem naszym staraniem winno być usunięcie tych kurczów, jak również ruchów towarzyszących. Zgodnie z tem leczenie jąkania opiera się na dwóch premisach: 1) ćwiczenie świadome mięśni jest ćwiczeniem nerwu, a więc i tkanki mózgowej, gdzie upatrujemy siedlisko jąkania, 2) ćwiczenia świadome usuwają ruchy towarzyszące. Odpowiednio do tego wykonywamy ćwiczenia świadome w trzech składnikach mowy, uwzględniając przytem formę jąkania, t. j. ściśle indywidualizując chorych. Przy ćwiczeniach oddechowych uświadamiamy oddech, zalecając wykonywać go zgodnie z fizyologicznym oddechem przy mowie (krótki głęboki wdech, długi wydech), dalej wyrabiamy zależny od woli chorego oddech żebrowy, a na koniec wykonywamy różne ćwiczenia gimnastyczne, wymagające asocyacyjnego działania mięśni, lub też ćwiczenia mające za zadanie rozdzielanie prawidłowo istniejącej ich asocyacji. Oprócz tego zapomocą zatrzymywania oddechu, jak również rozdzielania wydechu, wzmacniamy siłę mięśni wdechowych i wydechowych, zmniejszoną, jak to już mówiliśmy, u jąkałów. Działamy więc ośrodkowo, zapomocą świadomego panowania nad oddechem, i obwodowo, zwiększając siłę mięśni wdechowych i wydechowych. Przy ćwiczeniach głosowych gimnastykujemy mięśnie strun głosowych. Jak wiadomo, przy chuchnięciu działa tylko jeden mięsień, mianowicie *thyreo-arytaenoideus internus*, przy szepcie poprzedni i *crico-arytaenoidei laterales*, a dopiero przy głosie oprócz dwóch poprzednich działają jeszcze *arytaenoidei transversi*. Polecamy więc choremu wykonywać każde ćwiczenie głosowe w ten sposób, że najprzód robi chuchnięcie, następnie szepc, a w końcu dopiero wydobywa głos. Tego rodzaju ćwiczenie, ułatwiające znakomicie emisję głosu, wykona prawie każdy jąkała, gdyż tu mięśnie krtaniowe działają zwolna, unika się więc kurczów tych mięśni. Działamy tu także ośrodkowo, umożliwiając świadome panowanie nad mięśniami krtaniowymi, i obwodowo, ułatwiając ich koordynację zapomocą chuchnięcia

i szeptu. Przy artykulacji na koniec obznajmiamy chorego z fizyologicznem wytwarzaniem się głosek, zalecając mu wytwarzanie ich przed lustrem najprzód szeptem, później głosem. Działamy więc również ośrodkowo, uświadamiając fizyologiczne wytwarzanie dźwięków, czyli ucząc chorego świadomie panować nad mięśniami służącymi do artykulacji, i obwodowo, ułatwiając mu to zapomocą szeptu i, mającego wpływ na znoszenie kurczów, lustra. Leczenie więc opiera się na fizyologicznych danych, a nicią przewodnią jego jest świadoma gimnastyka trzech składników mowy, aby w przyszłości móżdż używać prawidłowo te same mowy, ale już bezwiednie. Oprócz podanego leczenia, które przeprowadzam według metody D-ra GUTZMANN'a, z pewną jednak modyfikacją, uwzględniającą nasze warunki, przy ciężkich formach głosowego jąkania stosuję miejscową galwanizację (anoda na okolice ośrodków mowy, katoda na szyję); ze względu zaś, że mamy tu do czynienia z chorobą ogólną systemu nerwowego, przy odpowiednich wskazaniach używam bromu i hydroterapii. Przy leczeniu chorych, u których niemożliwe jest przeprowadzenie systematycznej kuracji, o czem niżej, za warunek kładę internat t. j. pomieszczenie w zakładzie.

Stosując to leczenie, otrzymaliśmy wyniki bardzo dobre. Z podanej liczby 61, przebyło cały kurs leczniczy 21 osób, 6 nie dokończyło leczenia, a 2 znajdują się w kuracji. Obecnie już ukończyły leczenie z wynikiem dodatnim. Z 21 osób, które skończyły cały kurs, 19 zupełnie wyzdrowiało, 2 zaś doznały znacznej poprawy i mniemam, że będą się mogły w zupełności wyleczyć, jeżeli kurs leczniczy powtórzyć zechcą. Z pomiędzy tych 21 wyleczonych chorych mieliśmy powroty w dwóch przypadkach (N-r 8 i 14). Przyczyną pierwszego było niedbalstwo ze strony otoczenia, gdyż pomimo zalecenia, aby chory zachowywał jeszcze przez pewien czas podane reguły, rodzice starali się otrzymać ten sam rezultat, możliwie systematycznie psuć, przyczyną zaś drugiego była przebyta w czasie leczenia się blonica. Obaj chorzy po powtórnej kuracji, które zazwyczaj w takich razach trwa bardzo krótko, powrócili zupełnie do zdrowia.

Wcale nie zaprzeczam, że powroty, tak jak w każdym długotrwałym nerwowym cierpieniu, mogą się i tu przytrafiać. Jeżeli jednak chorzy przepisanej im kuracji w zupełności ukończą, ściśle zachowają, przez pewien rozumnie się czas, podane im reguły, lub jeśli nie zajdzie jaka przyczyna niezależna od chorego, jak np. ostra choroba, to powroty trafiają się niesłychanie rzadko, a gdyby nawet wyjątkowo występowały, nie dowodzą bynajmniej niewyleczalności jąkania, gdyż usuwają się bardzo łatwo i z coraz mniejszą dla chorego stratą czasu. Nieuleczalne przypadki jąkania według mego mniemania są pochodzenia organicznego (na szczęście niezmiernie rzadkie), utrudnione zaś leczenie tam, gdzie rodzina się jąka, a chory w czasie leczenia pozostaje w takim otoczeniu, a na koniec u niedbale, mało inteligentnych, niezwracających na siebie uwagi chorych, jak również u dzieci nie mających żadnej opieki. W ostatniego to rodzaju przypadkach internat uważam za nicodownie wskazany.

Rozumie się samo przez się, że niedokończenie kuracji to jest własnowolne, według widzimisię chorego lub otoczenia, przerwanie leczenia i zazwyczaj w takich razach występujące pogorszenie, tak skwapliwie rozgłaszane przez publikę, wcale nie uważam za powrót.

Z tego wszystkiego, cośmy dotychczas powiedzieli o jąkaniu, a z powodu szczupłych ram, na jakie pozwala zwykłe sprawozdanie, nie poruszyliśmy ani

części tego, co by należało w tej kwestyi wypowiedzieć, wynika, że czas już wielki, aby między wykształconymi lekarzami przestało krążyć fałszywe mniemanie o jąkanu, jako o złem przyzwyczajeniu, o wadzie, która z czasem sama ustępuje, o jego nieuleczalności, a dalej, aby koledzy pedyatrycy, baczenie nieraz śledzący za patologią różnych chorób, nieprzedstawiających najmniejszego niebezpieczeństwa ani dla zdrowia, ani dla życia dzieci, zajęli się choć w najgrubszym zarysie tą chorobą, *par excellence* właściwą wiekowi dziecięcemu, co niejedno mogłoby uchronić od ciężkiego kalectwa i nieraz zwichnienia całej przyszłej kariery, tembardziej, że, jak wiadomo, leczenie u dzieci daje daleko prędsze i pewniejsze wyniki.

Sądę, że zapewne w niedługim czasie nerwica ta znajdzie w podręcznikach patologii chorób wewnętrznych odpowiednie jej miejsce, obok analogicznych nerwic funkcjonalnego pochodzenia, co ze względu na zawikłane obrazy, jakie niejednokrotnie przedstawia, znacznie różniące się od zwykłych przypadków jąkania, ułatwi terapię ich rozpoznanie, a więc i zastosowanie odpowiedniego leczenia.

II. Trzepotanie. *Sermo tumultuosus. Poltern.* Należy, jak wiemy, do dziedziny dyzartrycznych funkcjonalnych zboczeń mowy ośrodkowego pochodzenia. Wada ta polega na niestosunku między chęcią wyrażenia myśli, a sprawnością narządu artykulacyjnego, wskutek czego chory wymawia sylaby lub wyrazy w tak szybkim tempie, a z tego względu nieraz tak je przekręca, że mowa staje się prawie zupełnie niezrozumiałą. Przyczyny tego cierpienia w młodym wieku wyjaśniamy brakiem dozoru przy formowaniu się mowy, mianowicie gdy dzieci przy niedostatecznej sprawności narządu artykulacyjnego chcą zbyt pośpiesznie wyrażać myśli swoje, i złym wzorem mowy ze strony otoczenia, t. j. zbyt szybką mową; u starszych zaś osób wadę tę warunkuje brak uwagi i złe przyzwyczajenie. Zboczenie to daje pomyślne rokowanie i przy dobrej chęci ze strony chorego łatwo je usunąć. Jako przykład podaję tu dwa następujące przypadki.

Panna B., 17 lat licząca, przysłana przez kol. KAMOCKIEGO. W rodzinie ojciec mówi bardzo prędko. Mowa rozpoczęła się w połowie drugiego roku. Z początku było podobno bełkotanie ogólne, trwające do 10 roku. Od tego czasu bełkotanie zaczęło się coraz więcej zmniejszać, a natomiast coraz jaskrawiej uwydatniająca się szybka mowa, z częstem nieraz przekręcaniem sylab i wyrazów, uczyniła ją prawie zupełnie niezrozumiałą dla otoczenia.

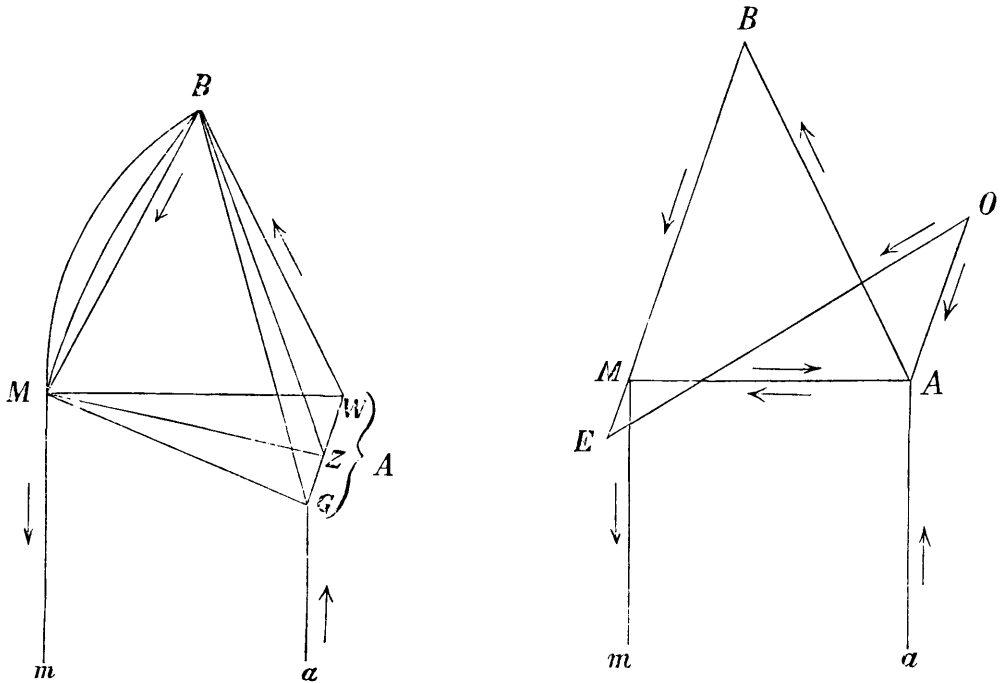
Przypadek ten na pierwszy rzut oka można było nawet wziąć za jąkanie, wyróżniał się on jednak tem, że gdy pacjentka zwracała na siebie uwagę, mowa stawała się zupełnie prawidłowa. Drugi przypadek dotyczył:

W. I., 24 lata liczącego, podlegającego tej wadzie od lat sześciu. Niezrozumiała mowa uwydatniała się szczególnie w rodzinie i między znajomymi, a więc tam, gdzie chory nie potrzebował zwracać na siebie żadnej uwagi.

III. Bełkotanie. *Pselismus, Stammeln, babutiemment.* Ponieważ nie spotykaliśmy się z przypadkami organicznego bełkotania ośrodkowego pochodzenia, uwzględnimy więc tu jedynie funkcjonalne tegoż pochodzenia, które, jak powiedzieliśmy, zwykle bywa ogólne (*pselismus universalis*) i obwodowe (*pselismus partialis*) zazwyczaj częściowe. Ostatnie dzielimy, jak to wyżej zaznaczyliśmy, na organiczne, zależne od grubych zmian w narządzie artykulacji, jak *macroglossia*, guzy języka, nieprawidłowa budowa szczęk, defekty podniebienia i t. d., a noszące miano mechanicznego bełkotania, i funkcjonalne. Przypadki mechanicznego bełkotania, o ile one nie zależą od de-

fektów podniebienia, zazwyczaj łączymy z bełkotaniem funkcjonalnym obwodem, uwarunkowane zaś wadami podniebienia z powodu ważności wyodrębniamy i zamieszczamy pod rubryką mowy nosowej.

Zajmiemy się najpierw bełkotaniem ogólnym. Dla łatwiejszego oryentowania się w tej kwestyi musimy w krótkości przypomnieć sobie rozwój ośrodków mowy u dziecka. Wiadomą jest rzeczą, że przy tym rozwoju najprzód wytwarza się w mózgu ośrodek obrazów słuchowych *A* (*Klangzentrum*)



i połączenie jego z ośrodkami ideacyi *B*, to jest dziecko zaczyna najprzód rozumieć słowa. W dalszym ciągu tego rozwoju wytwarza się droga łącząca ośrodek *A* z ośrodkiem ruchowym mowy *M*, t. j. dziecko naśladuje czyli powtarza najprzód głoski, potem sylaby, a w końcu wyrazy. Znacznie później, bo dopiero w końcowym rozwoju dróg mowy, następuje połączenie *B* z *M*, i dziecko własnowolnie zaczyna mówić. Potrzeba tu zaraz dla ścisłości dodać, że ośrodek obrazów słuchowych składa się z trzech składników, mianowicie dla głosek, zgłosek i wyrazów, co uzupełnia nam załączona figura. Początkowa mowa dziecka przedstawia nam pracę bardzo skomplikowaną i nieraz wymagającą z jego strony znacznych wysiłków. Dzieci w tych wczesnych okresach zaledwie zdobywają się na wymawianie pojedynczych głosek i sylab. Jeszcze większą trudność stanowią dla nich wyrazy, i tu, nawet często w warunkach fizyologicznych, może się przytrafić opuszczanie głosek, wstawianie innych aniżeli potrzeba, przestawianie i t. d. Stan ten, pozostający w związku z niedostatecznym wyrobieniem dróg idących od *G*, *Z*, *W* do *M* przez *B* lub tylko do *M*, w warunkach fizyologicznych trwa tylko do pewnego wieku i przy dobrym wzorze mowy bezpowrotnie znika.

Zwracam jeszcze uwagę czytelnika na jedną ważną okoliczność, a mianowicie, że po ukończeniu już rozwoju ośrodków i dróg mowy dziecko uczy się

mówić całymi wyrazami, co stanowi różnicę od nauki przy czytaniu i pisaniu, a na co powołamy się przy opisywaniu afazji.

Po tych przedwstępnych wyjaśnieniach łatwo zrozumieć, że ogólne bełkotanie funkcjonalnego pochodzenia polega właśnie na niewłaściwym używaniu dróg idących od G, Z, W do M przez B , lub tylko do M , pomimo, że w ośrodku A istnieją gotowe obrazy słuchowe. Najważniejszym etyologicznym momentem tej wady jest upośledzenie władz umysłowych, gdyż wpływa to z rozwoju ośrodków i dróg mowy, doskonalących się równolegle z rozwojem inteligencji. Na te same zasady przebyte cierpienia mózgowe, upośledzając rozwój kory, mogą stanowić także przyczynę tej wady. Czy zmiany jamy nosogardziowej, w szczególności zaś wyrosła adenoidalne nie odgrywają tu jakiej roli, na to obecnie odpowiedzieć nie mogę; opierając się jednak na wpływie, jaki im przyznać należy przy poniżej opisanej afazji wrodzonej funkcjonalnej, i w omawianym cierpieniu pewne znaczenie przypisać im niezawodnie należy. Ogólne bełkotanie z powodu zupełnie niezrozumiałej mowy nazywają *hotentotyzmem*. Podobne do opisanego cierpienia funkcjonalne zboczenie ośrodków dla pisma polega na przedstawianiu głosek w piśmie, zamienianiu jednej głoski przez drugą, opuszczaniu głosek, dodawaniu nowych niepotrzebnych, a nawet na zupełnym zniepodobnieniu wyrazów, co wskutek zupełnego zmienienia ich treści uniemożliwia zrozumienie i słusznie może być nazwane *hotentotyzmem* w piśmie. Ażeby zrozumieć to zboczenie, nieodzownym jest przypomnieć sobie ośrodki i drogi niezbędne dla rozumienia pisma, czytania przepisywania t. j. kopiowania, pisania za dyktandem, samodzielnego pisma, jak również rozwój czytania i pisma, co ułatwi nam rozumienie agrafii i aleksji, wikłających niektóre formy afazji.

Mamy tutaj dwa nowe ośrodki, mianowicie ośrodek obrazów, a raczej pamięci liter O dla rozumienia pisma, i ośrodek ruchowych wspomnień tych liter E dla pisania. Rozumienie pisma wymaga drogi O, A, B (gdyż ośrodek obrazów słuchowych musi być czynny niezależnie od tego, czy głoskę lub wyraz wymawiamy lub słyszymy). Głosne czytanie wymaga drogi O, A, M , lub jeśli czytamy ze zrozumieniem O, A, B, M ; przepisywanie, a raczej kopiowanie O, E ; pisanie za dyktandem O, A, M, E ; na koniec własnowolne pismo O, A, B, E . Dziecko uczy się czytać sylabami, a nie wyrazami, jak to ma miejsce przy mowie, gdyż pomimo, że obrazy wzrokowe i słuchowe są dla każdej litery oddzielne, pojęcie jednak słowne lub piśmienne, choćby złożone z jednej tylko litery, jest już skojarzeniem tych pojedynczych obrazów liter. GRASHEY mianowicie wykazał, że uczymy się czytać i pisać, jak również czytamy i piszemy sylabami dla tego, ponieważ na to wyżej wspomniane skojarzenie obrazów liter potrzebujemy więcej czasu, aniżeli przy mowie, gdzie uczymy się mówić i mówimy całymi wyrazami.

Proces rozwoju pisma i czytania jest następujący:

Dziecko uczy się z początku drukowane lub pisane pojmować (O, A), dalej odczytuje i przepisuje (O, A, M i O, E), następnie przyzwyczajają się to, co słyszy, pisać, jest to t. zw. dyktando (O, A, M, E), a dopiero w samym końcu samodzielnie pisze (O, A, B, E). Teraz już łatwo zrozumiemy, że bełkotanie w piśmie zależy od niewłaściwego używania tych dróg, a w szczególności od niewyrobinienia dróg A, O , i samego O . Szczegóły tego ciekawego zboczenia interesujący się nim czytelnik może znaleźć w pracy mojej drukowanej w N-rach 11 i 12 Przeglądu pedagogicznego bieżącego roku.

Uświadomiony porządek głosek, sylab i wyrazów i ich po sobie następowania, t. j. ćwiczenie odpowiednie ośrodków i ich połączeń przy belkotaniu w mowie, a oprócz tego ćwiczenie ośrodka *O* i drogi *O*, *A* przy belkotaniu w piśmie, stanowią główną podstawę leczenia.

Belkotanie funkcyjne obwodowego pochodzenia ogranicza się pojedynczymi, trudniami do wymawiania głoskami, tak, że mowa staje się do pewnego tylko stopnia zanieczyszczoną, ale zresztą zrozumiałą; może jednak dotknąć i znaczną ich ilość, zbliżając się wtedy pozornie do belkotania ośrodkowego pochodzenia. Zależy ono od braku wprawy organów artykulacyjnych przyjmowania właściwego im położenia dla wytwarzania dźwięków. Wada ta bierze już początek przy tworzeniu się mowy, a rozwija się nadal wskutek złego wzoru mowy, niedbalstwa otoczenia, lub też przytępiętego słuchu.

Podział funkcjonalnego belkotania na obwodowe i ośrodkowe, nieuwzględniany dotychczasowo w pracach autorów dla mnie przystępnych, uważam za racjonalny i pożyteczny zarówno dla lekarzy, jak i pedagogów.

Zaznaczyłem w tablicy I, że spostrzegałem 12 przypadków belkotania. Jeżeli do tego dodamy 5 przypadków, które wikało jąkanie (N-r 32, 43, 45, 46, 59), to wogóle spostrzegałem 17 przypadków belkotania, a w tej liczbie 3 ogólnego. Dla ilustracji ogólnego belkotania pozwałam sobie przytoczyć następujące trzy spostrzeżenia.

N-r 1. J. I., 9 lat licząca, pochodzi z rodziny, w której ojciec jąka się. Czwooro rodzeństwa mówi prawidłowo. Dziewczynka zaczęła chodzić przed rokiem, a rozpoczynając się mowa w 3 roku zaraz z samego początku była belkotliwa. Dziecko dość inteligentne, rozumie, co się do niego mówi. Oddzielne głoski powtarza dobrze, czasami jednak myli się, wymawiając zamiast *g* — *d*, zamiast *f* — *ch*. Stałe robi omyłki jedynie przy wymawianiu *r*, zamienia je bowiem przez *l* lub *j*. Gorzej już powtarza sylaby, a jeszcze gorzej wyrazy: np. zamiast tulipan mówi upyka, zamiast zabawa mówi wazaba i. t. d., czasami jednak oddzielne wyrazy powtarza zupełnie dobrze. Jeszcze niezrozumialej powtarza całe zdania; tak np. zamiast: nic nie jadłam, powtarza: nic nie data. Najwyższy jednak stopień belkotania przedstawia nam mowa samodzielna tego dziecka. Tak np. dziewczynka rozpoczyna modlitwę Pańską w ten sposób: Ocyne ite memece (ma to być: Ojcze nasz, któryś jest w niebiesiech), cence ime choje (święć się imię Twoje) i t. d.

Oto klasyczny przykład hotentotyzmu. W przypadku tym mamy więc obwodowe belkotanie, dotyczące głoski *r*, i ośrodkowe, uwarunkowane tem, że pomimo gotowych obrazów słuchowych w ośrodku *A*, drogi łączące go wprost z *M* (powtarzanie) lub pośrednio przez *D* (samodzielna mowa), nie są właściwie używane, a z tego powodu zjawia się przestawianie głosek, zamienianie jednej na drugą i t. d.

N-r 2. Eugeniusz K., 5 lat liczący. W rodzinie 4 dzieci, najstarszy ma 8 lat i mówi dobrze. Jeden ma 3 lata i mówi tylko parę wyrazów. Malec zaczął chodzić, mając 1½ roku. Przed 2 laty przebywał jakąś chorobą mózgową, a w tymże czasie rozpoczynając się mowa zaraz z początku była belkotliwa. Obecnie wszystko słyszy i rozumie, ale mówi w ten sposób, że może go tylko rozumieć najbliższe otoczenie.

N-r 3. Ludwik L., 6 lat liczący, przysłany przez kol. GOLDFLAMA. Mając rok przebywał *hydrocephalus acutus*. Zaczął mówić i chodzić po roku. Czwooro jego rodzeństwa mówi prawidłowo. W jamie noso-gardzielowej znaleziono wyrostek adenoidalny. Samodzielna jego mowa zupełnie nie zrozumiała. Przy powtarzaniu wyrazów mówi zamiast: *o* — *a*, *e* — *a*, *u* — *o*, *b* — *w*, *w* — *b*, *g* — *d*, *k* — *t*, *j* — *l*, *l* — *j*, *l* — *l*, *r* — *j* lub *l*, *c* — *s*, *cz* — *sz*. Obwodowe belkotanie dotyczyło w tym przypadku głosek *l* i *r*.

Z podanych trzech spostrzeżeń tylko w tem ostatniem miałem sposobność przekonać się o wynikach, jakie w podobnego rodzaju wadach można osiągnąć. Przedewszystkiem usunąłem mu wyrośla adenoidalne. W ciągu miesięcznego leczenia malec nauczył się łączyć prawidłowo wszystkie głoski, z wyjątkiem *t* i *r*, w sylaby, powtarzać prawidłowo dość znaczną ilość wyrazów, a nawet niektórych z nich zaczął samodzielnie i zupełnie zrozumiale używać. Bardzo żałuję, iż nie mogłem doprowadzić tak dobrze zapowiadającego się leczenia do końca, gdyż malec dostał koklusz i znikł mi z oczu. Opierając się na tym przypadku, jak również na wynikach dodatnich, otrzymywanych przy ogólnem, funkcyonalnem belkotaniu przez GUTZMANN'a, sądzę, że wada ta, ważna w swych następstwach, gdyż pozbawiająca dziecko możliwości kształcenia się, może być wyleczona. Jeżeli więc tego rodzaju mali hotentoci błakają się między ludźmi, to mogą to zawdzięczyć jedynie niedbalstwu lub nieznanomości o tem rodziców lub otoczenia. (D. c. n.).

Sprawozdanie z V zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 42).

IV posiedzenie. Dnia 12 lipca.

D-r WEHR (Lwów). Przypadek potrójnego raka na twarzy. Po przytoczeniu odnośnej literatury demonstruje prelegent dwie fotografie, przedstawiające okazy potrójnego raka na twarzy. Pierwszy przypadek dotyczył praczki, u której rak wystąpił kolejno na gładyszce (*glabella*), w okolicy korzenia nosa i po stronie wewnętrznej skrzydła nosowego. W drugim przypadku znajdowały się u górala ogniska rakowe na wardze dolnej, górnej i na prawej skroni. Zdaniem prolegenta raki owe wystąpiły skutkiem przeniesienia nieznanego dotychczas zarazka z jednego miejsca na drugie przez samego chorego. Przypuszczenie to potwierdza ta okoliczność, że w drugim przypadku równocześnie z rakiem na wardze dolnej, znajdowała się na górnej wardze brodawka, którą chory często drapał. Że zaś te raki były pierwotne a nie powstały drogą przerzutów, dowodzi brak zajęcia gruczołów limfatycznych oraz preparaty mikroskopowe, w których wykazano ciągłość ognisk rakowatych z naskórkiem sąsiedniej tkanki.

Prof. BROWICZ. Sposób tłómaczenia takich przypadków jest rzeczą osobistego zapatrywania, ponieważ nie można przeprowadzić ścisłego dowodu w myśl żadnej teorii. Należy jednak przypuszczać, że przyczyny raków, występujących kilkakrotnie u jednego osobnika, bez możności wykazania związku pomiędzy nimi, trzeba szukać w dyatezie rakowej. Można sobie wytłómaczyć powstawanie raka w *cavum Douglasii* w przebiegu raka żołądka, albowiem oderwany kawałek tkanki rakowej, dostawszy się do *cavum Douglasii*, może się tu dłuższy czas zatrzymać, przyjąc i rozrość. Jest to typowy proces wszczepienia. Nieprawdopodobnem zaś jest, żeby cząstka rakowa wszczepiła się samodzielnie na skórę a zwłaszcza na twarzy, gdzie znajduje się w niepomysłnych warunkach, tem bardziej nieprawdopodobnem, skoro doświadczenia z przeszczepieniem raka przy możliwych ostrożnościach są nader trudno do przeprowadzenia.

D-r ZIEMBICKI skłania się ku zdaniu prof. BROWICZA. Przed trzema laty operował chorego z powodu raka policzka, w 2 lata później wystąpił rak na drugim policzku.

D-r GABRYSZEWSKI przytacza na dowód rzadkości raków kilkakrotnych fakt, że w klinice krakowskiej od 6 lat nie było takiego przypadku. Mówca sądzi, że nawet przy recydywach idzie o lokalną lub ogólną predyspozycję rakową. Wyjątek stanowią nawroty raka z gruczołów limfatycznych lub skutkiem zakażenia rany kawałkiem raka.

D-r WEHR nie odmawia wpływu momentom usposabiającym. Aby zwrócić uwagę na praktyczną doniosłość możliwości przeniesienia raka, mówca przypomina zdanie HAHN'a, który radzi przy amputacji sutki nie używać noża, którym się operowało raka. Sam z własnego doświadczenia może przytoczyć przypadek raka, w którym podczas operacji treść zropiałego gruczołu rozlała się po ranie. Kiedy rana goiła się *per primam*, mógł stwierdzić naciek wzdłuż niej rosnący, który wywołał recydywę.

Prof. OBALIŃSKI sądzi, że elementa rakowe, pozostawione w sąsiedniej tkance, po operacji łatwiej bujają i są przyczyną recydywy. Dla tego słusznie radzi HEIDENHAIN, aby przy raku sutki wycinać nie tylko gruczoły pachowe ale i mięśnie w otoczeniu. Mówca przytacza dwa przypadki, które przemawiają za poglądem prof. BROWICZA co do dyatezy rakowej. Pierwszy dotyczył kobiety, którą prof. BRYK operował z powodu *adenoma mammae*; w kilkanaście lat później wystąpiło u tej osoby *cystoma ovarii*, potem *adenoma parotidis*, a w końcu guz w jamie brzusznej, który pękł i spowodował zejście śmiertelne. W drugim było równocześnie *epithelioma vulvae*, nasi i *cystovarium*.

D-r KRYŃSKI zapytuje prelegenta, czy badał treść owego rozmiękłego rakowo gruczołu. Należy wątpić, czy tam znajdują się żyjące pasorzyty, na co odpowiada D-r WEHR, że możność ich istnienia nie jest wyłączona.

D-r GABRYSZEWSKI przytacza przypadek raka wargi dolnej, w którym gruczoły były podobnie rozmiękłe jak w przypadku D-ra WEHR'a. Podczas operacji treść gruczołu rozlała się po ranie. Po kilku tygodniach chory wrócił z ogromnym nacięciem na szyi. Gruczoły były znowu wypełnione rozpadłą masą, a badania mikroskopowe wykazały w niej obecność ognisk rakowych.

D-r SAWICKI zwraca uwagę na to, że u ludzi, których żony cierpią na raka macicy, trafia się rak pęca.

Prof. OBALIŃSKI operował chorego ze zropiałym gruczołem na szyi. Kiedy w kilka tygodni wystąpiło typowe *carcinoma*, chory przyznał, że przed dwoma laty wycięto mu nieznaczne ognisko rakowe w wardze dolnej.

D-r ZIEMBIŃSKI. „Nie zwykły okaz nowotworu na głowie“. Mówca przedstawia fotografię 15-letniej dziewczyny z olbrzymim guzem na głowie, który w miejscu najbardziej zwężonem miał obwód 50 cm. a ważył 22, po operacji zaś 28 funtów. Guz wychodził z tyłogłowia, pokryty był skórą niezmienioną, pokrytą włosami i zwieszał się na kark. Przesuwalność mała i tylko ku górze, chębotanie niepewne, przekłucie dało wynik ujemny. Mimo to twierdziła chora, że od czasu do czasu sączył się płyn z guza, odpowiednio do tego znaleziono kilka blizn jakby po owrzodzeniach. Guz nie dał się uciskiem zredukować ani nie wpływał na czynność mózgu. Dziecko nigdy nie cierpiało na drgawki. Naokoło nowotworu dawał się stwierdzić wyniosły brzeg kostny, komunikacji z wnętrzem czaszki nie można było wykazać. Matka chorej twierdziła, że pierwszy raz zauważyła guz na głowie dziecka w 3 tygodnie po jego urodzeniu, prawdopodobnie jednak sprawa datuje się od urodzenia. Rozpoznanie wahało się pomiędzy tłuszczakiem a *ectopia cerebri* (*cerebroma* według VIRCHOW'a). Operacja rozstrzygnęła na korzyść pierwszego.

Doc. BOSSOWSKI obserwował podobno guzy w tej samej okolicy, jednak w znacznie mniejszych rozmiarach. Zawsze dawał się stwierdzić twardy wał kostny i brak komunikacji z jamą czaszkową.

D-r GABRYSZEWSKI. „O guzach powłok brzusznych“. Mówca opisuje dwa przypadki z krakowskiej kliniki chirurgicznej, z rzadkimi guzami powłok brzusznych, które usadowiły się w rozstępie mięśni prostych a powstały podczas ciąży. Kształt ich był okrągły lub jajowaty, konsystencya zbita, powierzchnia niezupełnie gładka. U wejścia do jamy brzusznej przewężały się, a pod otrzewną okazywały znowu większą objętość. Francuzi uważają je za *fibromata*, Niemcy zaś za *sarcomata*. Operacja dała wynik dobry.

Prof. OBALIŃSKI operował raz raka pępka, na pozór nieznacznego, tymczasem pokazało się przy operacji, że otrzewna zajęta była na przestrzeni dłoni. Przy tej sposobności wpadł na myśl zastąpienia ubytków otrzewnej siecią. Równocześnie zastosował tę samą metodę SKLIASOWSKI z dobrym wynikiem.

D-r WEHR spostrzegł guz powłok brzusznych podobnego kształtu, jaki opisywał D-r GABRYSZEWSKI. Szycie otrzewnej koło pępka jest bardzo trudne. Recydywa nastąpiła 4 razy i w końcu chora zmarła wskutek przerzutów do osiordzia i do jamy brzusznej.

D-r GABRYSZEWSKI dodaje, że w jego przypadkach guzy były włókniakami.

D-r SAWICKI. W przypadkach, gdzie skóra nad guzem nie jest zajęta, należy ją pozostawiać, ponieważ w razie znacznego ubytku mięśni po wycięciu guza, skóra może zastąpić powłokę brzuszną.

Prof. OBALIŃSKI radzi w przypadkach świeżego rozejścia się brzegów ran laparotomijnych zużytkować sieć (*omentum*), w przypadkach zaś świeżych, spowodowanych

po największej części forsownym kaszlem, zaleca się włożyć bezpośrednio na jelita, pomiędzy brzegi rany, duży tampon gazy jodoformowej, który ma zadanie utrzymać jelita w jamie brzusznej. W krótkim czasie wytwarza się na jelitach ziarnina, rana się ściąga i goi. W razie potrzeby można przeszczepić kawałek skóry na miejsce ubytku.

D-r SCHRAMM demonstruje kamień moczowy, który wydobyto z pęcherza dziecka, operowanego poprzecznie z tego powodu dwa razy sposobem RYDYGIERA. Po przepiłowaniu kamienia, znaleziono w nim nitkę szwu, która tu zatem była przyczyną recydywy.

D-r GABRYSZEWSKI sądzi, że wobec tego należałoby szyć katgutem i przytacza przypadek z literatury, w którym również wytworzył się kamień około jedwabnej nitki, która niezrozumiałym sposobem dostała się z okolicy pęcherza do jego wnętrza.

Na tem zakończył się drugi dzień zjazdu.

V posiedzenie. Dnia 13 lipca.

Prof. PIENIAŻEK (Kraków). Przypadek raka nagłośni, operowany za pomocą *pharyngotomia subhyoidea*. 43-letni mężczyzna zgłosił się do prelegenta z powodu bólu i trudności przy polykaniu. Badanie wykazało naciek nagłośni o powierzchni nierównej, nieco owrzodziałej. Z powodu podejrzenia na *carcinoma*, mówca w celu rozpoznawczym wyskrobał naciek ostrą łyżeczką i kazał choremu zgłosić się za tydzień. Badanie mikroskopowe wykazało słusność podejrzenia, lecz chory, któremu operacja ta przyniosła ulgę, zgłosił się dopiero w kilka tygodni, podczas których cierpienie tak się rozszerzyło, że trzeba było przystąpić do odcięcia nagłośni. Operację tę wykonał prelegent za pomocą *pharyngotomia subhyoidea*, skombinowanej z *laryngofissura*. Przystęp był zupełnie dostateczny. Z powodu silnego krwotoku i obawy uduszenia, wprowadzono tampon do *cavum pharyngis*, który wciągnięto do krtani, a pod nim umieszczono kaniulę w *lig. conicum*. Kaniulę wyjęto po tygodniu, rana zupełnie się zagoiła. Z początku żywiono chorego sondą, potem łykał bardzo dobrze mimo braku nagłośni. W przypadku tym jednak bardzo szybko wystąpiła recydywa w ścianie gardzieli, prawdopodobnie dla tego, że pacjent zapóźno zgłosił się do operacji. Mówca sądzi, że *pharyngotomia subhyoidea* ma rację bytu w początkowym stadium raka nagłośni, więcej, niż przy nowotworach dobrotliwych, które można usunąć drogą endolaryngealną. Niebezpieczeństwo krwotoku daje się usunąć, gdy się operuje przy głowie zwieszzonej, jeżeli jednak tenże jest znaczniejszy, trzeba robić tracheotomię.

D-r SAWICKI. „O stopie końskiej wskutek zapalenia żył.“ Chociaż zapalenie żył na nogach jest cierpieniem bardzo częstym, to jednak rzadko przyczynia się do powstawania stopy końskiej. Tylko VERNEUIL dotychczas opisał 3 przypadki i podaje, że do zwykłych objawów, właściwych stopie końskiej, dołącza się nieruchomość palców i szponowate ich zagięcie, zależne od skurczu mięśni: *flexor comm. longus*, *flexor hallucis* i *tibialis posticus*. VERNEUIL tłumaczy to zapaleniem żył wśródmięśniowych, które przechodzi na beleczki mięsne i wywołuje ich skurcz. Cierpienie jest bardzo uporczywe i leczy się mięsieniem, elektryzowaniem mięśni przeciwnych, tenotomią, ciepłymi okładami i kąpielami. D-r S. obserwował dwa takie przypadki u robotników zajętych kopaniem ziemi. W jednym były widoczne na stopie łowej objawy *periphlebitis*, nadto końskie ustawienie stopy, palce nieruchome, przy ucisku bolesne, ruchy bierne również bolesne. Ucisk na mięśnie łydki nie sprawiał bólu, natomiast można było wykazać punkta bolesne, odpowiadające przebiegowi żył. W drugim przypadku podobne objawy były na obu stopach. Po dwumiesięcznem leczeniu osiągnięto do pewnego stopnia poprawę, tak, że chorzy przynajmniej mogli chodzić, lecz szybko się męczyli.

Prof. OBALIŃSKI zaznacza, że ma w swoim oddziale chłopca, u którego wytworzyły się stopy końskie. Chory musi się podpierać na laskach. Nie ma jednak paznowatego zagięcia palców, ani też nie było zapalenia żył. Cierpienie datuje się od 3 lat.

D-r SAWICKI. „Przyczynę do etyologii wrodzonych zwieńnień stawów“. Prolegent demonstruje na fotografii zmiany, jakie spostrzegał u dziecka, zrodzonego przez matkę zdrową wśród prawidłowych warunków. Zmiany te polegały na zwieńczeniach stawów, przykurczeniach i niedowładach kończyn. I tak: lewa nóżka ułożona była na brzuszku i piersiach wskutek zasłonowego zwieńczenia stawu biodrowego, staw kolanowy zwieńczony ku przodowi, nieruchomy, cała nóżka skrzywiona na wewnątrz. Stopa przedstawia *pes equino-varus*, mięśnie na goleni zanikły, więcej z przodu. Nóżka prawa w znacznym stopniu zgięta w stawie udowym i kolanowym i daje się wyprostować zaledwie do 40—45°, rotacja niemożliwa. Rączki przykurczone w stawie łokciowym, niedowład zginaczy przedramienia, dłonie wąskie, długie,

mało ruchome. Czwarty i piąty palec lewej rączki zagięty. Zmian rachitycznych nie ma, tylko nad wielkim krętarzem lewej nóżki znajduje się blizna. D-r S. tłumaczy te zboczenia jakąś chorobą zapalną, którą płód przeżywał i która wywołała zmiany troficzne w nerwach wraz z ich wszystkimi następstwami. Blizna na lewym udzie mogłaby przemawiać za przymiotem, lecz może być także pozostałością po zrostach z owodnią.

Prof. MARS uważa objaśnienie tych zboczeń podane przez prelegenta za trafne. Brak wód płodowych i następczy ucisk ścian macicy na płód oraz inno momenta etyologiczne, jak: uraz, *synovitis fungosa*, porażenia mięśni można tu wyłączyć. Blizna przemawia za jakąś sprawą zapalną.

Prof. RYDYGIER przedstawia na chorej oraz na modelu, wykonanym przez prof. MARS'a, wymyślony przez siebie sposób utworzenia sztucznej przetoki pochwo-wo-odbytniczej. Chora poddała się operacji z powodu raka cewki moczowej, który się rozszerzał na pęcherz. W celu odprowadzenia moczu, zrobiono sztuczną przetokę do odbytnicy, ażeby jednak zapobiedz dostawianiu się kału do pęcherza i dalszym tego następstwom, prof. S. wycina ze ściany pęcherza dość znaczny płat trójkątny, który wywinęty i przyszyty dolnym wierzchołkiem do odbytnicy, stanowi rodzaj wentyla skierowanego ku odbytnicy. Podczas oddawania kału wentyl ten zostaje przyciśnięty do ściany kiszki i przeszkadza dostaniu się tegoż do pęcherza. Mocz uchodzi dwoma otworami po bokach przyszytego płata. D-r SAWICKI wyraża wątpliwość, czy płat ten się nie skurczy i nie odsłoni przetoki. D-r BOSSOWSKI sądzi, że choć płat się skurczy, to tylko zostaną wyrównane istniejące uchylki.

W dalszym ciągu podaje prof. RYDYGIER „przyczynek do operowania raka sutki“. W dwóch przypadkach, operowanych przez mówcę, blizna po cięciu, zrobionem przez środek dołka pachowego w celu wyluszczenia gruczołów limfatycznych, zrosła się z naczyniami i nerwami i wywoływała wskutek tego silne bóle, występujące szczególnie podczas podnoszenia ręki. Bóle takie trwały kilka miesięcy i ustępowały pod wpływem mięsienia i elektryzowania. Obecnie prowadzi prof. R. cięcie bardziej ku tyłowi, na przednim brzegu mięśnia najszerzego grzbietu, a dołek pachowy odsłania sobie przez odproparowanie płata skóry, który się później spuszcza.

W końcu mówi jeszcze D-r KRYŃSKI „o złośliwości nowotworów rakowatych w skórze“. W obserwowanych przez mówcę dwóch przypadkach punktem wyjścia nowotworu był nabłonek gruczołów łojowych. Guz wielkości orzecha laskowego, usadowiony raz na twarzy, drugi raz pod uchem, robił wrażenie kaszaka. Badanie mikroskopowe wykazało nabłoniaka.

Na tom wyczerpał się porządek dzienny zjazdu. Następny zjazd odbędzie się w przyszłym roku we Lwowie, gdzie się ukonstytuuje jako oddzielna sekcja ogólnego zjazdu przyrodników i lekarzy polskich.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

160. D-r SCHILLING. O antagonistycznym wyrównywaniu ubocznego działania niektórych leków. Często po wewnętrznem stosowaniu kwasu salicylowego występuje silne przekrwienie mózgu, w uchu wewnętrznem, na błonie bębenkowej, w błędniku, w jamie bębenkowej i t. d. W celu zapobiegania zatruciu przy stosowaniu kwasu salicylowego i zgubnym następstwom dla ucha, autor już w roku 1883 zalecał jednocześnie podawanie z kwasem salicylowym sporyszu, działającego zwiężająco na naczynia. W 75% przypadków, leczonych w ten sposób, nie było żadnych objawów zajęcia głowy, zawrotów, szumów i t. d., gdy przeciwnie wiadomo, że bez jednoczesnego podawania sporyszu przy stosowaniu większych dawek kwasu salicylowego objawy ze strony ucha prawie zawsze występowały.

Zapobiegawcze działanie sporyszu w tych przypadkach zostało i przez innych autorów stwierdzone. Przed 3 laty autor miał możność spostrzegania przypadku ostrego ergotyzmu, w którym podane *natr. salicylicum* bardzo szybko usunęło objawy zatrucia sporyszem. Opierając się na tem spostrzeżeniu, autor zaleca kwas salicylowy jako środek zobojętniający trujące działanie sporyszu.

Prócz tego autor spostrzegał także działanie zobojętniające kokainy przy ostrem zatruciu amylnitrytorem. S. w roku 1885 podał jako *antidotum* przy zatruciu kokainą—amylnitryt. Dziś już środek ten powszechnie w tym celu jest używany

i nikt nie powinien przystępować do wstrzykiwań kokainy, bez poprzedniego przygotowania amylnitrytu. Wiadomo, że kokaina zwęża naczynia mózgu i że amylnitryt je rozszerza. Gdy dotąd opisywano przypadki wyleczenia otruc kokainą zapomocą amylnitrytu, autor spostrzegał przeciwnie szybkie wyleczenie w przypadku ostrego zatrucia amylnitrytem zapomocą wstrzykiwania kokainy.

Wiadomo, że chloroform może szkodliwie oddziaływać na serce i na ośrodki oddechowe. GASKELL i SCHORE dowiedli, wbrew wynikom badań HYDERABAD CHLOROFORM COMMISSION (przyjmującej, że śmierć zależy od porażenia ośrodka naczynioruchowego), zapomocą doświadczeń na zwierzętach, że przy stosowaniu chloroformu zmniejszenie ciśnienia krwi zależy od osłabienia ruchów serca. Prócz tego wykazał WINOGRADOFF zajęcie zwójów sercowych w następstwie narkozy chloroformowej. DJAKONOW znajdował najczęściej stłuszczenie serca u osobników zmarłych wskutek omdlenia chloroformowego. Przy zaduszeniu (*asphyxia respiratoria*), które cały szereg wybitnych fizjologów uważa za moment przyczynowy śmierci w tych razach, następczo występuje nadmierny wysilek serca i osłabienie mięśnia sercowego. Za duże ilości chloroformu i za często podawane mogą zgubnie oddziaływać na zdrowe serce, a tembardziej na serce chore. Świetne wyniki masażu serca przy omdleniu chloroformowym, o których wspomina MAAS, przemawiają za tem, że główne niebezpieczeństwo grozi ze strony serca, pogląd, który podzielają wszyscy chirurgowie. Trujące działanie chloroformu na mięsień sercowy wykazał FRANÇOIS FRANCK, zaś badania KRONECKER'a i SCHMEY'a dowiodły, że chloroform działa porażająco na układ koordynacyjny dla ruchów komórek sercowych, znajdujący się w sercu. Od wielu lat autor stosował w całym szeregu przypadków z wadami zastawek, ze stłuszczeniem serca, z przewlekłym zapaleniem mięśnia sercowego przed narkozą chloroformową w celu wyrównania nieprawidłowej działalności serca, jak również w celu zwiększenia ciśnienia krwi, a zatem w celu wzmocnienia działania serca, napar naparstnicy 2:180 co 2 godziny łyżkę stołową. Jeżeli na kilka dni przed operacją podawać będziemy naparstnicę, wtedy można będzie pobudzić osłabione serce do wzmożonego działania podczas narkozy.

W przypadkach nagłych u osobników chorych na serce, w których prędko należy uśpić chorego i wykonać operację, autor radzi wstrzykiwać podskórnie 1 grm. naparu naparstnicy 1:10 przed operacją w celu podniesienia ciśnienia krwi. Doświadczenia autora w powyżej wymienionych przypadkach dały doskonale wyniki. Chorzy tacy znosili narkozę, trwającą przeszło 2 godziny, zupełnie dobrze i autor radzi zawsze w przypadkach osłabionej działalności serca przed chloroformowaniem stosować naparstnicę.

W każdym razie naparstnica daleko jest stosowniejsza, aniżeli wstrzykiwania morfiny, które napewno nie wzmacniają działalności serca, lecz przeciwnie sprzyjają występowaniu omdlenia w późniejszych okresach narkozy. Na zasadzie swych spostrzeżeń autor zaleca kwas salicylowy przy ostrym ergotyzmie, kokainę przy otruciu amylnitrytem i podawanie naparstnicy przed usypianiem osobników z wadami serca i chorobami mięśnia sercowego.

(*Munch. med. Woch. Nr. 40—93*).

Guranowski.

161. GENERSICH. O przepłukiwaniu przewodu pokarmowego w cholerze. Zajmując się badaniem pojemności przewodu pokarmowego, autor przekonał się, że dawny pogląd, jakoby zastawka BAUHIN'a stanowiła przeszkodę do przedostawania się zawartości z kiszek grubych do cienkich, jest fałszywa. Płyn wprowadzony przez odbytu trupa pod ciśnieniem 70—80 ctm., a najwyżej 1 m., bardzo łatwo przechodzi do kiszek cienkich i wyżej. Objętość przewodu pokarmowego jest niejednokrotnie u rozmaitych ludzi, przecięciowo wszakże u dorosłego mężczyzny kiszki grube, cienkie i żołądek zawierają każdy około 3 litrów, a do całkowitego wypełnienia żołądka i kiszek potrzeba około 8—9 litrów. Jeżeli tedy wprowadzimy do odbytnicy trupa kankę irygatora, uwiążemy ją szczelnie i puścimy prąd wody pod ciśnieniem 1 m., to po przepuszczeniu 3 litrów płyn przechodzi do kiszek cienkich. Jeżeli puścimy więcej niż 6 litr., napełnia się i żołądek, a przy 7, 8, a najwięcej 9 litrach płyn zaczyna wychodzić ustami i nosem. G. przekonał się, że takie prze-mywanie przewodu pokarmowego przy ostrożnem postępowaniu możliwe jest i u żywego człowieka. Zwykle już przy 7 litrze występują obfite wymioty. Przy dalszej irygacji zostaje wyrzucany przez usta płyn, wlany do kiszek grubej, co trwa aż do końca irygacji. Jeżeli teraz wyjąć kankę z odbytu, to płyn z siłą

wytryska i dołem. W ten sposób można przepuścić 10 litrów i więcej od dołu do góry bez szkody dla chorego. U ludzi młodych i dzieci takie przepłukiwanie udaje się znacznie łatwiej niż u dorosłych. Te doświadczenia dały autorowi powód do zastosowania przepłukiwań przewodu pokarmowego tam, gdzie cierpieniem dotknięta jest błona śluzowa kiszek, a więc przede wszystkim w cholerze, aby tą drogą usunąć nagromadzony w nich jad. Leczenie to w kilku przypadkach dało bardzo pomyślne wyniki. Autor używał w tym celu 1—2% przegotowanego kwasu garbnikowego ogrzanego do 38°—40° C. pod ciśnieniem 80—100 ctm., przyczem odbył był mocno ściskany naokoło kanki. Przy powolnem przenikaniu płynu kiszki wypełniają się tak, że wpadnięty poprzednio brzuch staje się mocno wzdęty. Jeżeli teraz przez wzgląd na jęki chorego przerwiemy irygację, to już po chwili możemy znowu płyn puścić, tak, iż powoli wejdzie do przewodu pokarmowego 5—6—7 litrów. W tej chwili stan chorych zaczyna się poprawiać, gdyż występują obfite wymioty, które powtarzają się szybko. Wkrótce chory wyrzuca już tylko płyn wlewany do kiszki, o czem łatwo przekonać się za pomocą odczynu chemicznego (*liq. ferr. sesquichl.*). Gdy w ten sposób przepuścimy 5—10—15, a nawet więcej litrów i wyjmemy kankę irygatora, to i dołem wytryska masa płynu i pozostaje w przewodzie pokarmowym około 2—3 litrów. Zimny, asfiktyczny, w stanie zapaści znajdujący się chory zaczyna już w czasie irygacji ogrzewać się, pocić, tętno staje się wyczuwalnem, mocniejszym, a po ukończeniu manipulacji pacjent poprawia się bardzo, jakkolwiek nie zawsze do tego stopnia, aby go można uważać za uratowanego. Pewnem jest jednak to, że żaden środek nie dawał autorowi tak szybkiej i stałej poprawy, jak opisane postępowanie. Przepłukiwanie kiszek może być powtórzone dwa, trzy razy i więcej, aż objawy zapaści nie ustąpią w zupełności, a wyleczenie jest tem pewniejsze, im wcześniej leczenie było zastosowane. Nawet w okresie tyfoidu cholerycznego postępowanie to może być stosowane ze znakomitym wynikiem: skąpo przedtem oddawany mocz wydziela się teraz litrami, komatyczny chory ożywia się. Autor nie kładzie bynajmniej nacisku na to, aby do przepłukiwań używany był garbnik lub jakkolwiek inny kwas; badania na trupach przekonały go, że przypuszczenie jakoby zawartość żołądka w cholerze była alkaliczna, jest fałszywe, przeciwnie, jest ona zawsze kwaśna, zarówno jak zawartość dwunastnicy, a czasem nawet górnej części kiszki częściej. U niektórych zaś chorych, zmarłych w okresie tyfoidalnym, cała zawartość przewodu pokarmowego dawała odczyn kwaśny. G. sądzi przeto, że fizyologiczny roztwór soli kuchennej, albo jakikolwiek inny roztwór wodny (nie trujący) przynosi ten sam skutek.

Przemywanie przewodu pokarmowego mogłoby być zdaniem autora z korzyścią stosowane w wielu innych ostrych i przewlekłych cierpieniach zakaźnych kiszek i w otruciach. Zapewne, że opór ze strony chorych, zbyt brutalne postępowanie ze strony lekarza, nieuwzględnienie przeciwwskazań (wada serca, miażdżycy tętnic, ciężkie cierpienie płucne, owrzodzenie kiszek gruźlicze, tyfusowe, zgorzel kiszki) może być połączone z poważnem niebezpieczeństwem dla chorych.

(*Deut. med. Woch. N-r 41. 1893*).

S.

Otwarcie nowego pawilonu chirurgicznego, wzniesionego z inicjatywy Prof. D-ra Alfreda Obalińskiego przy szpitalu Ś-go Łazarza w Krakowie.

Dnia 7 Października obchodzono w Krakowie uroczyste otwarcie nowego pawilonu chirurgicznego w szpitalu Ś-go Łazarza. Fakt to wielkiej doniosłości, nie tylko dla wymienionego szpitala, lecz również dla całego kraju, którego obfity materiał operacyjny gromadzi się w Krakowie, zwłaszcza od jakich lat 10-ciu, t. j. od czasu, gdy liczne drogi żelazne nawet niezamownym chorym ułatwiły podróż do klinik i specjalnych zakładów, dokąd ich ciągnie chęć ratowania zdrowia z jednej strony, a z drugiej, coraz częściej po kraju roznoszone wieści o dobrych rezultatach, jakie dzisiaj zdobywa chirurgia operacyjna. Klinika chirurgiczna mniej tu naturalnie wchodzi w rachubę, jako instytucja, mająca przeważnie cele dydaktyczne na oku i przywilej wybierania odpowiednich przypadków.

Fakt, o którym mówimy, i pod względem bibliograficznym zaznaczył się bardzo pokaźnie, a to dzięki Lekarzowi Naczelnemu oddziału, szanownemu prof. OBALIŃSKIEMU, którego staraniem wyszedł „Pamiętnik oddziału chirurgicznego szpitala Ś-go Łazarza w Krakowie“.

Na czele książki, zawierającej przeszło 200 stronice, znajdujemy „Historię oddziału chirurgicznego szpitala Ś-go Łazarza“, pióra prof. OBALIŃSKIEGO. Z wielu ciekawych szczegółów tu podanych, podnosimy wiadomość o powstaniu szpitala. Stało się to za sprawą ówczesnego prezesa komisji edukacyjnej, prymasa Michała Jerzego Poniatowskiego, że król Stanisław August polecił otworzyć szpital powszechny w klasztorze pokarmielickim na Wesołej pod wezwaniem Ś-go Łazarza. Część tego szpitala oddano na potrzeby dydaktyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego, podczas gdy całość pozostawała pod wyłącznym zarządem Sióstr Miłosierdzia (1788). Szpital ten miał przeszło 200 łóżek (24 dla klinik uniwersyteckich, z tych 8 dla chirurgicznej), a liczba ta tembardziej wystarczała podówczas, że Kraków, niegdyś potężna i zamożna stolica, tak był za panowania ostatniego króla podupadł, że liczył zaledwie 5000 mieszkańców. W oddziale chirurgicznym kolejno ordynowali: Rafał Józef CZERWIAKOWSKI, Jan Nepomucen RUST, Syxtus LEWKOWICZ; wszyscy trzej równocześnie profesorowie kliniki chirurgicznej. Dopiero w r. 1828 powstał samoistny oddział chirurgiczny, na czele którego stanął Bazyli FIJAŁKOWSKI, a następnie Józef PLACER, który urząd swój sprawował do r. 1870, t.j. do chwili objęcia oddziału przez OBALIŃSKIEGO. Wiadomość dotycząca RUSTA, a podająca, jakoby tenże w r. 1809 porzucił Kraków na skutek zaszczynego wezwania do objęcia katedry chirurgii w uniwersytecie berlińskim, jest niezupełnie dokładna. Istotnie, RUST opuścił Kraków w r. 1809, przyczyną tego były jednakże stosunki polityczne, a mianowicie przyłączenie Krakowa do ówczesnego Księstwa Warszawskiego. Wtedy RUST przeniósł się na czas krótki do Lwowa, a następnie do Wiednia, gdzie został prymaryuszem-chirurgiem w szpitalu powszechnym. Tutaj oddział swój przekształcił RUST na rodzaj kliniki i to było przyczyną rozmaitych nieporozumień, które skłoniły go w r. 1815 do przyjęcia wezwania do Prus, gdzie został początkowo lekarzem dywizji w randze generała, w r. 1816 także i profesorem medyko-chirurgicznej akademii wojskowej, a dopiero w r. 1818 profesorem nadzwyczajnym, zaś w r. 1824 zwyczajnym uniwersytetu berlińskiego. Pozwoliłszy sobie przytoczyć te daty przez wzgląd na pewien pietyzm, jaki się należy potężnej postaci Jana Nep. RUSTA. Doszedł on w Prusiech do najwyższych szczytów jako lekarz, pedagog i urzędnik państwowy. Początkiem sławy jego było dwutomowe studium o wrzodach (Helkologie etc. etc.), wydane w dwa lata po opuszczeniu Krakowa w Wiedniu (1811), a więc niewątpliwie oparte na materiale spostrzegającym w Krakowie (1803—1809).

Ponieważ szpital z klasztoru przerobiony, szwankował ustawicznie brakiem miejsca i powietrza, przeto już od r. 1834 robiono projekty wzniesienia nowej budowli, kładziono nawet fundamenty; dla braku jednak funduszków rzeczy pozostawały *in statu quo*. W r. 1878 dopiero oddział otrzymuje osobne pomieszczenie na salę operacyjną, a w r. 1880 pomnożenie liczby łóżek z 63 na 80, i to jednak okazuje się bardzo niewystarczającym. wskutek czego następuje energiczne domaganie się o fundusze na nowy oddział chirurgiczny.

Nareszcie w r. 1890 uchwalił Sejm budowę pawilonu chirurgicznego i polecił Wydziałowi Krajowemu przeprowadzenie tej budowy za kwotę 125,000 zł. wal. austr. łącznie z urządzeniem wewnętrznym. Plany według projektu prof. OBALIŃSKIEGO opracował architekt p. Zaremba. Budowę rozpoczęto z wiosną r. 1892.

Prace naukowe w „Pamiętniku“ pomieszczone, oparte są wyłącznie na materiale oddziałowym od r. 1870 i opracowują ten materiał ze stanowiska statystyki klinicznej. Materiał to bardzo bogaty; po szczegóły odsyłamy do oryginału, tu zaś wymieniamy tylko tytuły prac:

„Choroby krtani i tchawicy“, zestawił prof. D-r P. PIENIAŻEK. „Pogląd statystyczny na nowotwory rakowe“, zestawił D-r St. BLATTEIS. „O laparotomii w niedrożności jelit wewnętrznej na podstawie 110 własnych przypadków“, podał prof. D-r A. OBALIŃSKI. „Pogląd statystyczny na przepukliny“, zestawili D-r C. PODGÓRSKI i D-r M. RUTKOWSKI. „Pogląd statystyczny na zwężenia cewki moczowej“, podał D-r S. KRZYSZTAŁOWICZ. „Przyczynki statystyczne do operacyjnego leczenia otoku piersiowego“, zebrał D-r W. JEŻ. „O złamaniach kości tułowia i kończyn pod względem sądowo-lekarskim“, podał D-r S. WACHHOLZ. „Spis prac naukowych wyszłych z oddziału“.

Na zakończenie wymieniamy kilka szczegółów z podanego w „Pamiętniku“ opisu nowego pawilonu przez bud. p. K. Zarembę. Oddział mieści się w osobnym budynku wystawionym we wschodniej części realności szpitala Ś-go Łazarza i przytyka do ulicy Kopernika, mając po przeciwległej stronie ulicy budynek kliniki chirurgicznej, ukończonej 3 lata temu. Nowy pawilon składa się z piętra, parteru i suterenu. Plan ma układ przypominający lit. II. Właściwem pomieszczeniem chorych są dwa równoległe skrzydła, z których jedno przeznaczone dla mężczyzn, drugie dla kobiet; w każdym z nich parter i piętro mieszczą po jednej sali ogólnej na 25 łóżek. W części budynku, łączącej oddziały męzki z żeńskim, znajdują się w dwóch również kondygnacjach: 2 sale operacyjne, pokój z przyrządami do sterylizacji, pomieszczenie dla sióstr miłosierdzia, gabinet prymaryusza, kancelarya oddziału, pokoje dla chorych „klasowych“, mieszkanie dla sekundaryusza i t. d.

Budynek jest zaopatrzony centralnie w wodę zimną (własny wodociąg z motorem gazowym) i ciepłą. Ogrzewanie również centralne z kaloryferu parowego o niskim ciśnieniu. Ścieki kanalizacyjne prowadzą do głównego kanału szpitalnego. Oświetlenie w części gazowe, w części zaś naftowe. Wentylacja, połączona z kaloryferem, może być wzmocniona przez turbinę, którą porusza motor gazowy. Sale operacyjne są pod każdym względem odpowiednio urządzone: zalecają je wielkie, na północ zwrócone okna, kamienna posadzka z terazzo, hydranty do zmywania posadzki i ścian; oprócz szaf ze szkła i żelaza, podstawek na miednice i żelaznej podstawy na flaszki z antyseptykami, nie zawierają one żadnego więcej umeblowania.

Sądźmy, że w sposób najodpowiedniejszy dopełnimy całości, gdy na tem miejscu przypomnimy szerszemu ogółowi kilka dat, dotyczących osoby Szanownego inicjatora nowowzniesionej instytucji.

Prof. A. OBALIŃSKI urodził się w r. 1843 w Brzeżanach, słuchał nauk lekarskich od r. 1862 w Krakowie, gdzie też uzyskał 1868 stopień doktora medycyny, a 1870 doktora chirurgii. Obowiązki asystenta kliniki chirurgicznej krakowskiej pełnił od 1867—1870. W r. 1870 został prymaryuszem oddziału, który obecnie prowadzi, w r. 1881 docentem prywatnym, zaś w r. 1883 prof. nadzwyczajnym.

Szczery zapal do naukowej pracy, wielka wytrwałość i miłość obranego przedmiotu, wreszcie obywatelskie dążenia do wytworzenia czegoś trwałego—a tem jest właśnie powołanie do życia samoistnego oddziału chirurgicznego—dały słuszny powód wszystkim kolegom, współpracownikom i słuchaczom do wyrażenia profesorowi OBALIŃSKIEMU uczuć najgłębszego uznania i wdzięczności. Tow. Lek. Krakowskie zaszczyliło Go dyplomem członka honorowego, a w ślady te wstąpiło i krakowskie ochotnicze Towarzystwo ratunkowe, do rozwoju i utworzenia którego prof. OBALIŃSKI dzielnie przyłożył rękę.

Wydział Lekarski w osobie prof. BROWICZA, a uniwersytet w osobie rektora MADEYSKIEGO wyrazili prof. OBALIŃSKIEMU gorące życzenia dalszej, tak skutecznej i płodnej w następstwa pracy, oraz podziękowanie za doprowadzenie do skutku pięknego dzieła, z którego szeroki ogół ma korzystać. Wreszcie oprócz uczty, której nastrój harmonizował z uroczystością chwili pięknym objawem uznania był adres odczytany przez prof. MARSA.

Ofiarowanie prof. OBALIŃSKIEMU portretu, wykonanego przez znakomitego artystę ku przyozdobieniu ścian nowowzniesionego pawilonu, oraz drogą składek powstałej sumy, mającej stanowić żelazny fundusz na zapomogi dla konwalescentów opuszczających oddział, dopełniło szeregu owacy.

Niech i nam będzie wolno na tem miejscu wynurzyć Wielce Szanownemu profesorowi OBALIŃSKIEMU, Współwłaścicielowi „Medycyny“ i pisma naszego od lat wielu Współpracownikowi, wyrazy najgłębszego uznania za jego zaszczytną, niezmordowaną działalność na polu nauki i dobra społecznego.

Świeć, Czcigodny przewodniku młodzieży, wzorowy profesorze i zacny kolego, jaknajdłuższe lata swoim przykładem, pracuj na pożytek ogólny w tym nowym przybytku cierpiących.

Radujemy się, że krzepki umysł Twój i krzepkie jest ciało, gdyż w nas to wlewa nadzieję, że z dniem dzisiejszym nie skończy się Twoja działalność, lecz że da Bóg, długie jeszcze lata pracować będziesz, zanim spożywać zaczniesz *panem bene merentium*. Przyjmij od całego składu naszej redakcyi oraz tych wszystkich, którzy w piśmie naszym piękne Twe prace czytali, najgorętsze życzenia, abyś na tej nowej siedzibie jaknajobfitsze ku ogólnemu pożytkowi zbierał plony.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Prof. NOTHNAGEL przypisuje głównie postęp w terapii, w ostatnich latach widzieć się dający, energicznemu stosowaniu odpowiedniej diety i szerokiemu zalecaniu dwóch najsilniejszych leczniczych działaczy t. j. powietrza i światła. Wiele dawnych leków — z wyjątkiem niektórych ustalonej wartości — zostało obecnie zaniedbanych. Natomiast szybkie postępy chemii wytwarzają niezmierną nadprodukcję nowych środków. Lekarz praktyczny, zawałony tą powodzią nowych leków, nie jest w stanie zbadać ich krytycznie; dla tego te tylko środki do ogólnego użycia powinny być za-

lecane, które przedtem zostały w klinikach i naukowo prowadzonych zakładach leczniczych wypróbowane i już pozyskały pewne stałe wskazania. Dawniej klinicyści byli jednocześnie i farmakologami. Lecz z biegiem czasu i to musiało uleść zmianie. Dziś zakres wiedzy i techniki klinicznej oraz nauk pomocniczych urosł niezmiernie. I w farmakologii nie wystarcza już, jak dawniej, znajomość roślin (Farmakognosja); przybyła tu chemia, fizjologia i farmakologia doświadczalna, tak, że i farmakologia zyskała odrębne i samodzielne stanowisko. Dla powyższych powodów, klinicysta nie jest dziś

w możności uwzględniać przy łóżku chorego pytań farmakologicznych. Ograniczyć się on musi do sformułowania wskazań leczniczych i zalecenia środków — a najwyżej do omówienia ich działania i sposobu użycia w danym przypadku. Właściwy wykład farmakologiczny musi być pozostawiony farmakologowi. Lecz potrzeb przyszłego lekarza praktycznego nie zadowolni ani teoretyczna, ani gabinetowo-doświadczalna farmakologia. Musi on się uzbroić w zasób wiedzy praktycznej, poczerpniętej przy łóżku chorego, a zatem farmakolog powinien mieć do dyspozycji — obok pracowni — i oddział szpitalny. (Therap. Blätter 1—1893). J. M.

— W ostatnich czasach pojawiło się kilka prac, zachwalających bardzo *duboisinum sulfuricum*, zwłaszcza jako środek uspokajający. ALBERTONI (Therap. Monat. N. 8. 93) zaleca go bardzo przy napadach histero-epileptycznych w postaci podskórnych wstrzykiwań w ilości $\frac{1}{3}$ — $1\frac{1}{2}$ mg. RABOW w celu uspokojenia chorych umysłowych stosował z dobrym bardzo wynikiem środek ten w kroplach w ilości $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{5}$ mg. (12—15 kropeł z 0,1% roztworu). Z czasem występowało przyzwyczajanie się do środka.

Przykrych ubocznych objawów R. nie spostrzegali. MENDEL zauważył pomyślne działanie *duboisini sulfurici* w *paralysis agitans*. Podskórne wstrzyknięcie 0,2—0,3 mg. sprowadzało po kwadransie znaczne osłabienie drżenia, tak, że chorzy czytelnie pisać mogli. Polepszenie utrzymywało się od 3—5 godzin. (Münch. Med. Woch. N. 41. 93).

— Na posiedzeniu Berl. Tow. Lek. prof. EWALD pokazywał preparat polipów żołądka, z których niektóre były wielkości kartofla. Preparat pochodził od chorej zmarłej na gruźlicę otrzewnej. Badanie zawartości żołądka, wykonane raz tylko, wykazało brak kwasu solnego przy stopniu kwaśności 4%. Polipy żołądka nie są wielką rzadkością, w tych jednak rozmiarach, co w danym przypadku, przytrafiają się niezmiernie rzadko. Występują one pojedynczo lub gromadkami, powierzchnia ich bywa gładka lub kosmkowata. W odpowiednim miejscu tkanka łączna jest silniej rozwinięta między gruczołami i rozpiera je. Błona śluzowa i podśluzowa na znacznej przestrzeni ulegają zgrubieniu. (Deut. Med. Woch. N. 40. 93).

Wiadomości bieżące.

— Proszeni jesteśmy przez Zarząd V zjazdu ruskich lekarzy pamięci PIROGOWA, aby uwiadomić kolegów, chcących się udać na tenże zjazd (mający się odbyć w Petersburgu od dnia 27 grudnia 1893 r. do 4 stycznia 1894 v. s.), iż ministerium komunikacji poczyniło dla udających się na zjazd znaczne bardzo ulgi. Ogłoszone one zostały w Zbiorze taryf dróg żelaznych ruskich N-rze 433, w dziale taryf z ulgami pod N-rem 54. Każdy chcący się na zjazd udać, powinien przedewszystkiem wnieść rs. 8 na ręce D-ra WORONICHINA (Petersburg-Kabinetnska Nr. 2 m. 20), a pokwitowanie z ich

odbioru posłuży za dowód, iż się jest rzeczywiście członkiem zjazdu. Ulga polega na tem, iż droga z powrotem jest darmo. Wreszcie po szczegóły odsyłamy do N. 38 gazety „Wracz“.

— Według informacji „Wracza“, XII zjazd lekarski wszechnarodowy ma się odbyć w Rosyi.

— British medical Journal donosi, że w Anglii utrwała się przekonanie, jakoby ospa często się tu szerzyła, dzięki importowi z Rosyi lnu. Na dowód tego przytaczają kilka miast, jak na przykład Montrose, gdzie ospę spostrzegano wyłącznie między robotnikami, którzy obrabiali len z Rosyi.

Odpowiedzi Redakcyi.

Panu Stud. Medycyny. I my ubolewamy nad tem, że wielu lekarzy polaków nie zna polskiej terminologii lekarskiej (mowa tu rozumie się o tych, którzy kończą nauki za granicą lub w uniwersytetach Państwa Ruskiego). Złe jednak bardzo łatwo usunąć się daje przez zaopatrzenie się w „Słownik terminologii lekarskiej polskiej“. Jest to zatem tylko kwestya dobrej woli. Tłomaczenie zaś każdego terminu w nawiasie na łaciński lub grecki, lubo nie należy do niemożliwości, zwiększałoby jednak olbrzymio objętość artykułów, za czem idzie i zwiększenie kosztów. Czegoś podobnego nigdzie w żadnej nie spotykamy literaturze. Czyż niemcy, francuzi, i t. d. tłumaczą każdy swój termin w nawiasie? Inna jest rzecz, gdy termin jest nowy, będący dopiero na drodze do wywalczenia sobie obywatelstwa w terminologii. Wtedy podanie nazwy w nawiasie z cudzoziemskiego języka jest niezbędnem, i tak się też rzeczywiście robi.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава 14 Октября 1893 г.

Друк K. Kowalewskiego. Królewska 29,