

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O ostrem zapaleniu ucha średniego w przebiegu do influenzy. Podał L. Guranowski. — Przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (logopatologii). Przez D-ra Władysława Ołtuszewskiego. (Dalszy ciąg). — **Kazuistyka.** Przypadek połknięcia znacznej ilości pestek od śliwek przez sześciolatniego chłopca. — O cięciu łonowym (Symphyseotomia) jako operacji położniczej. — **Streszczenia i wyciągi.** 162. Przyczynek do rozpoznawania kolki żółciowej. 163 Przyczynek do patologii błoniastego nieżyty kiszek (Enteritis membranacea). 164. Spostrzeżenia nad niedokrwistością złośliwą. — 50-cioletni jubileusz doktoratu Virchowa, w dniu 21 października 1893 r. — O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc wrzesień r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Ogłoszenia.**

O OSTREM ZAPALENIU UCHA ŚREDNIEGO W PRZEBIEGU INFLUENZY.

Podał

L. Guranowski.

Już podczas epidemii influenzy w roku 1889 spostrzegałem powikłania narządu słuchowego w postaci ostrych zapaleń ucha średniego. Na posiedzeniu towarzystwa laryngo-otyatrycznego w styczniu 1890 r., a następnie podczas dyskusji nad influenzą w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim dnia 4 lutego 1890 r. zwróciłem na powikłania te uwagę. Zaznaczyłem wtedy, że zapalenia ucha średniego różnią się zarówno co do obrazu klinicznego, jak i co do zmian patologicznych od zwykłych ostrych zapaleń ucha średniego (*otitis media acuta genuina*). Nadmieniałem również, że postać krwotoczna (*otitis media haemorrhagica*) kilkakrotnie przezemnie była spostrzegana. Materiał mój od owego czasu znacznie się powiększył, ilość obserwowanych przypadków przewyższa cyfrę 100, która w ostatnich czasach, z powodu influenzy, panującej od pierwszych dni sierpnia w Warszawie, wzrosła do 120 przypadków. Wnioski moje, wypowiedziane w roku 1890 co do odrębności ostrego zapalenia ucha średniego przy influenzy, zostały potwierdzone przez licznych autorów, że tu wspomnę DREYFUSS'a, SCHWABACH'a, ROHRER'a, HAUG'a, LOEWENBERG'a, POLITZER'a, HABERMANN'a, GRUBER'a, TRUCKENBROD'a, JANKAU'a, MOLDENHAUER'a, JANSEN'a, GLOVER'a, CHATELIER'a, ZAUFAŁ'a, KUHN'a i innych.

W sekcji otyatrycznej na 10-tym międzynarodowym kongresie lekarskim w Berlinie, kwestya powikłań usznych w influenzy szczegółowo była dyskutowana; uznano powikłania te za odrębną i ciężką postać ostrego zapalenia ucha średniego.

Jeżeli zważywszy, że przy influenzy w przeważnej liczbie przypadków zajęta bywa sprawą chorobową jama nosogardzielowa, to nie trudno będzie zrozumieć, dla czego ucho średnie tak często podlega ostrym zapaleniom przy influenzy. Zarazki chorobotwórcze z jamy nosowej lub nosogardzielowej bardzo łatwo przedostać się mogą drogą trąbek EUSTACHIUSZA do jamy bębnekowej, a częste wycierania nosa, ruchy połykowe i t. d. znakomicie wnikanie ich do jamy bębnekowej ułatwiają. To też ostre zapalenia ucha średniego częściej spostrzegano przy nieżytowej postaci grypy. Przypadki samodziel-

nego ostrego zapalenia ucha t. j. powstałe drogą krwiobiegu (*haematogen*) należą do wyjątków; w większości przypadków mamy do czynienia z powikłaniami, występującymi w przebiegu nieżytowej postaci grypy.

Zanim przystąpię do opisu objawów, przebiegu i leczenia ostrych zapaleń ucha średniego przy grypie, chciałbym w kilku słowach wspomnieć o bakteriologicznych badaniach wysięków, otrzymanych z jamy bębnekowej, bądź za pomocą przekłucia błony bębnekowej, bądź przy samowolnem jej pęknięciu.

E. LEWY ¹⁾ na 7 przypadków (4 razy po przekłuciu i 3 razy po samowolnem pęknięciu) znalazł w 6 przypadkach diplokokii zapalenia płuc, zaś w jednym przypadku *staphylococcus pyogenes albus*. WEICHELBAUM ²⁾ w jednym przypadku otrzymał czystą hodowlę diplokoków zapalenia płuc. RIBBERT ³⁾ w 5 przypadkach znalazł *streptococcus*, który identyfikuje z kokami róży. ZAUFAL ⁴⁾ w jednym przypadku otrzymał *streptococcus pyogenes*, w drugim diplokokii zapalenia płuc. ZAUFAL sądzi, że ostre zapalenia ucha średniego, występujące podczas napadu grypy, są wywoływane przez swoisty zarazek grypy, natomiast zapalenia ucha, występujące po napadzie, mogą być wywołane przez różnorodne pasorzyty.

Odkrycie zarazka grypy przez PFEIFFER'a ⁵⁾, KITASATO ⁶⁾ i CANON'a ⁷⁾ potwierdziły w zupełności przypuszczenia ZAUFAL'a; przyjęć przeto musimy, że następne zapalenia ucha średniego zależą od zakażenia mieszanego.

Zwykle w tydzień lub w dziesięć dni po przebyciu grypy chorzy nagle dostają gwałtownego bólu w uchu. W większości przypadków zajęte bywa jedno ucho, zdarza się jednak jednoczesne zajęcie obu uszów. Bóle są dominującym objawem i nie ograniczają się do ucha, lecz rozprzestrzeniają się na okolice sąsiednie t. j. na okolicę wyrostka sutkowego, okolicę przed uchem, ku twarzy, na szczękę dolną i ku górze na całą połowę odpowiedniej strony głowy. Widziałem przypadki, w których bóle rozszerzały się na potylicę, na kark, a nawet na ramię po stronie ucha zajętego sprawą chorobową. W większości przypadków ból w okolicy jam czołowych, istniejący już w przebiegu grypy, trwał jeszcze przy zajęciu ucha. Niektórzy chorzy skarżyli się na szczególnie silne bóle ucha przy ruchach połykowych. W przypadkach tych przypuszczać należy silne zajęcie sprawą chorobową wylotów trąbek EUSTACHIUSZA. Nierzadko również widziałem bolesność szczęki górnej, zależną prawdopodobnie od wysięku w jamie HIGHMOR'a.

Bóle szczególnie silnego dosięgają natężenia pod wieczór, przez co chorzy sypiać nie mogą. Wprawdzie i przy zwykłej *otitis media acuta* istnieją bóle ucha i okolic sąsiednich, nie dosięgają jednak nigdy takiego natężenia i nie są tak długotrwałe, jak przy zapaleniu ucha średniego po grypie. Stwierdzają to obserwacje prawie wszystkich autorów, którzy w tej kwestyi głos zabierali (GRUBER, POLITZER, SCHWABACH, LUDEWIG i inni). Przy zwykłej *otitis media acuta* natężenie bólów zwiększa się stopniowo i dochodzi zwłaszcza do wysokiego stopnia w przypadkach z ropną wydzieliną i głównie w okresie

¹⁾ Berl. klin. Woch. N-r 7. 90. r.

²⁾ Wien. med. Woch. N-r 6. 90 r.

³⁾ Deut. med. Woch. 4. 15. 1890.

⁴⁾ Prag. med. Woch. N-r 9. 1890.

⁵⁾ Deut. med. Woch. 2. 1892.

⁶⁾ Ibidem.

⁷⁾ Ibidem.

poprzedzającym samowolne pęknięcie błony bębenkowej. Tu widzieliśmy gwałtowne i bezustanne bóle nawet i w takich przypadkach, w których badanie wykazywało nieznaczny wysięk surowiczy, a więc w postaci chorobowej zwykle łagodnie przebiegającej. Zwracam na ten objaw gwałtownych bólów szczególniejszą uwagę, gdyż stanowi on, zdaniem mojem, jedną z główniejszych cech charakterystycznych ostrych zapaleń ucha średniego przy influenzy. Prócz tego bóle przy zwykłych ostrych zapaleniach ucha ustają w większości przypadków z chwilą wystąpienia przedziurawienia błony i wydostania się śluzo-ropy lub ropy na zewnątrz do przewodu słuchowego przez otwór w błonie bębenkowej. Tego przy ostrym zapaleniu po influenzy nie widzimy. Tu bóle trwają w dalszym ciągu i nie zmniejszają swego natężenia, niezależnie od tego, czy otwór w błonie bębenkowej jest dostatecznie duży, czy też mały.

Wszelkie możliwe środki, zazwyczaj bóle przy zapaleniach ucha średniego kojące, w tych razach okazały się bezskutecznymi, ani bowiem pijawki, ani lód, ani ciepłe okłady, ani też środki narkotyczne nie uspokajały bólów. Jedynie za pomocą morfiny podskórnie zastrzykniętej można było bóle uśmierzyc i chorzy na kilka godzin zasypiali.

Prócz bólów, bardzo dokuczliwymi były dla chorych szумы w uszach, zazwyczaj występujące pod postacią silnego i ciągłego tętnienia, które również nie ustępowało po przedziurawieniu błony bębenkowej. Ciepłota ciała zwykle podniesiona, dochodziła niekiedy do 40°C ., niekiedy dreszcze wstrząsające. Brak łaknienia, język obłożony, zaparcie stolca. Słuch zwykle znacznie przytępiony, czasami kompletna głuchota, szczególnie wyrażnie występująca przy obustronnem zajęciu ucha. Objawy te trwały zwykle tydzień do 10 dni, zależnie od natężenia sprawy chorobowej, często jednak przedłużały się znacznie, z powodu rozszerzenia się zapalenia na wyrostek sutkowy lub też z powodu ciężkich powikłań, jak zapalenia opon mózgowych, ropni przerzutowych i t. p.

Badanie chorych na ostre zapalenie ucha średniego po influenzy da nam naturalnie inne wyniki w początkowych okresach choroby i inne w późniejszych. W przypadkach świeżych t. j. przy pierwszych objawach bólu ucha zauważyć można następujące zmiany. Wymacywanie okolicy ucha wykazuje bolesność wierzchołka wyrostka i okolicy skrawka, często obrzmienie i bolesność gruczołu przyusznego. W przewodzie słuchowym chrzęstnym zwykle żadnych zmian nie znajdujemy. Przewód słuchowy kostny obrzmiały, mocno zaczerwieniony. Wydzielina woszczku wstrzymana. Czasami widzimy w przewodzie słuchowym wylewy krwawe podskórne.

Przy badaniu wziernikiem błony bębenkowej, zmiany na niej spostrzeganne zależne są od tego, czy mamy do czynienia z ostrym zapaleniem ucha średniego z wysiękiem śluzo-ropnym lub ropnym, czy też z postacią krwotoczną (*otitis media haemorrhagica*), zwykle występującą jednocześnie z zapaleniem krwotocznym błony bębenkowej (*myringitis bullosa haemorrhagica*).

W przypadkach pierwszej kategorii błona bębenkowa przedstawia rozlaną czerwoność. Górna połowa silnie wypukłona. Kontury niewyraźne, nie widać ani krótkiego wyrostka młotka, ani też refleksu trójkąta świetlnego. Przy krwotocznym zapaleniu jamy bębenkowej i błony bębenkowej widać na również silnie zaczerwienionej błonie ciemno-niebieskie, mocno napięte pęcherzyki. Pęcherzyki te widoczne są najczęściej w tylnej połowie błony bębenkowej i są wielkości łebka od szpilki. Czasami widać jeden duży pęcherz w tylnym dolnym lub tylnym górnym odcinku. Gdziekolwiek już w pierwszym dniu cho-

roby widać pęknięte pęcherzyki lub też wylewy krwawe w warstwie skórnej błony bębenkowej. Właściwie tylko obraz błony bębenkowej przy tej ostatniej postaci i jednocześnie istniejące gwałtowne bóle nadają ostremu zapaleniu ucha średniego wybitną cechę odrębności przy influenzy. Łżejsze formy umiejscowienia sprawy chorobowej w uchu średnim, wielkich bardzo różnic w porównaniu ze zwykłym ostrem zapaleniem ucha średniego nie przedstawiają. Prócz tych dwóch postaci ostrego zapalenia widzimy jeszcze podostre zapalenie jam bębenkowych, występujące u chorych, dawniej już cierpiących na przewlekłe nieżyty ucha średniego i na przewlekłe ropne zapalenia jam bębenkowych. W przypadkach tych, po przebyciu influenzy spostrzegamy znaczniejsze przytępienie słuchu i powiększenie już istniejących przedtem szumów w nieżytych postaciach, a przy badaniu takich chorych konstatujemy zwężenie wylotów gardzielowych trąbek EUSTACHIUSZA, znaczniejsze wciągnięcie błon bębenkowych ku wewnątrz, a przy istniejących bólach przekrwienie pęczka naczyń wzdłuż rękojeści młotka. W przewlekłych ropnych zapaleniach ropienie się wzmacnia, słuch się przytępia, a czasami już zabliźnione przedziurawienia na nowo się otwierają. W przypadkach tych niema tak gwałtownych bólów, jak przy ostrych zapaleniach, i sprawa przy odpowiednim zachowaniu się chorych i leczeniu szybko przechodzi,

W dalszym przebiegu ostrych zapaleń ucha średniego przy influenzy, już na drugi dzień, częściej jednak pomiędzy 2—5 dniem od pojawienia się pierwszych bólów występuje przedziurawienie błony bębenkowej. W przypadkach z wysiękiem krwawym, z początku przez otwór w błonie wydziela się czysta krew, następnie wydzielina zamienia się na krwawo-surowiczą, śluzo-ropną lub ropną. Zdarzają się jednak przypadki, w których wydzielina odrazu jest śluzo-ropną lub ropną, i te należą do bardzo ciężkich postaci ostrego zapalenia ucha średniego przy influenzy i prowadzą do ciężkich powikłań, często zagrażających życiu chorego. Zawsze prawie w tych przypadkach komórki wzrostka sutkowego zawierają ropę, sprawa szybko rozszerza się bądź na opony mózgowie, bądź na zatoki żyłne; przypadki takie bez wczesnej operacji kończą się śmiercią.

Przedziurawienia błony bębenkowej umiejscawiają się zwykle w przednim dolnym odcinku. Umiejscowienie takie niektórzy autorzy uważają za charakterystyczne dla tego rodzaju zapaleń ucha średniego.

JANKAU (Deut. med. Woch. N. 12. 1890) nazywa przedziurawienie w przednim dolnym odcinku „prawie klasycznym“. Na pogląd taki zgodzić się nie mogę, gdyż widziałem przedziurawienia błony zarówno często w przednim jak i w tylnym dolnym odcinku. Natomiast przedziurawienia w okolicy błony SHRAPNELL'a bardzo rzadko widziałem (3 razy). EITELBERG na 100 przypadków widział przedziurawienie błony SHRAPNELL'a tylko w jednym przypadku. Samowolne pęknięcia błony bębenkowej są zazwyczaj bardzo małe, wielkości ziarenka prosa lub łebka od szpilki. Widywałem pęknięcia w kształcie szpary, bądź w przednim, bądź w tylnym dolnym odcinku błony tuż przy samym przyczepie błony do pierścienia bębenkowego (*annulus tympanicus*). Po samowolnym pęknięciu błony w otworze zauważyć można nadzwyczaj silne tętnienie t. j. poruszanie się izochronicznie z tętnem płynu.

Błona bębenkowa po wystąpieniu przedziurawienia zachowuje nadal swą wybitną czerwoność, wydzielina w przypadkach *otit. mediae haemorrh.* jest bardzo skąpa, natomiast przy śluzo-ropnej lub ropnej postaci jest odrazu bardzo obfita.

Dalszy przebieg ostrych zapaleń ucha średniego po influenzy zależy będzie od tego, czy przypadki takie będą odpowiednio leczone, czy też, jak to najczęściej się zdarza przy zapaleniach ucha średniego, pozostawione bez leczenia lub też nieodpowiednio leczone.

Jak to już wyżej zaznaczyłem, przytępienie słuchu jest bardzo znaczne. Chorzy zegarka albo wcale nie słyszą lub też bardzo słabo przy dotknięciu do muszli usznej, szeptu wcale nie słyszą, mowę zaś głośną tylko bardzo blisko przy samem uchu. Kamerton, ustawiony na linii środkowej czoła (sposób WEBER'a), chorzy słyszą po stronie chorej, przy jednostronnem zajęciu ucha. Przy obustronnych zapaleniach kamerton słyszą lepiej po stronie silniej sprawą chorobową zajętej. Sposób RINNE'go, polegający na różnicy przewodnictwa kostnego i powietrznego dźwięków kamertonu, wypada, jak zwykle przy wyłącznem zajęciu ucha średniego bez powikłań ucha wewnętrznego, ujemnie (*negativer RINNE*). W dalszym przebiegu choroby słuch bardzo powoli się poprawia, a często przy głębszych zajęciach ucha średniego, szczególnie w postaciach ropnych staje się coraz gorszym, niezależnie od zmniejszenia się ropienia i sprawy zapalnej. Występują tu zwykle następstwa, spostrzegane przy przejściu sprawy ostrej w przewlekłą.

Szumy uszne również powoli ustępują, czasami jednak stają się stałemi, pomimo względnej poprawy słuchu.

O groźnych powikłaniach w przebiegu ostrych zapaleń ucha średniego przy influenzy z początku nieliczne pojawiły się publikacye. Z czasem jednak coraz częściej przypadki takie notowano. Z pomiędzy kilkunastu przypadków ciężkich powikłań ostrych zapaleń ucha średniego po influenzy, przezemnie obserwowanych, dwa przypadki zakończyły się śmiercią, zaś w 8 przypadkach bardzo szybko proces zapalny rozszerzył się na wyrostek sutkowy (w jednym przypadku z obu stron) i konieczną była trepanacya wyrostka sutkowego.

(D. n.).

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. 43).

Spostrzeżenia częściowego bełkotania grupujemy w następujące kategorie.

a) *Sigmatismus* to jest złe wymawianie głoski *s* i od niej pochodzących, lub zastępowanie jej innym dźwiękiem — *parasigmatismus*. Tu należą następujące spostrzeżenia:

Spostrzeżenie 1. Janina K., 8 lat. Zaczęła mówić w 3 roku odrazu niewyraźnie. Obecnie mamy *sigmatismus interdentalis* i *parasigmatismus* to jest wymawianie zamiast: *sz—s*, *c—ts*, *cz—c*, *dż—dz*.

Oprócz tego pacjentka mówi nieco przez nos (*rhinolalia aperta*).

Spostrzeżenie 2. Zygmunt R., 21 lat. Bełkotał do 8 roku. Wada ta powoli się zmniejszała, tak, że obecnie pozostało tylko *parasigmatismus*, mianowicie wymawianie *tsz* zamiast *cz*.

Spostrzeżenie 3. A. S., lat 14. Mamy tu podobnie jak w pierwszym przypadku *sigmatismus* i *parasigmatismus*.

Spostrzeżenie 4. Wacław L., lat 17. *Parasigmatismus* to jest wymawianie zamiast *z—s*, *ż—z*, *cz—c*, *dż—dz*, a oprócz tego zastępowanie *f* przez *ch*.

Spostrzeżenie 5. Władysław S., lat 20. *Parasigmatismus* to jest wymawianie zamiast *sz—s*, *ż—z*.

b) *Parasigmatismus* i *rhotacismus* to jest wadliwe wymawianie głoski *r*:

Spostrzeżenie 6. Józef M., 20 lat. Do lat 4 nie chodził, słuch upośledzony. W jamie nosowej przerost muszki dolnych. Mamy tu *parasigmatismus*, mianowicie wymawianie zamiast *z—s*, *sz—s*, *ż—s*, *cz—c*, *rhotacismus* i mowę nosową (*rhinolalia aperta*).

Spostrzeżenie 7. Hieronim M., lat 8. *Parasigmatismus*, to jest wymawianie zamiast *sz—s*, *ż—z*, *cz—c*, *dż—dz*, i *rhotacismus*.

Spostrzeżenie 8. Stanisław P., lat 9, analogiczne jak poprzednie.

c) *Parasigmatismus* i *paragamacismus* to jest zastępowanie głosek *k* i *g* innymi dźwiękami.

Spostrzeżenie 9. Józef D., 10 lat. Zaczął późno mówić. Bełkotanie częściowe od małości, a mianowicie zamiast *cz—c*, *dż—dz*, *d—t*, *g—k*, oprócz tego zamiast *b—p*.

d) *Paragamacismus* i *pararhotacismus* to jest zastępowanie głoski *r* innym dźwiękiem.

Spostrzeżenie 10. Mikołaj M., 7 lat. W rodzinie 5 dzieci mówiących dobrze. Do 4 lat nie mówił. Zaczął chodzić w 2 roku. Mamy tu *paragamacismus* to jest wymawianie zamiast *g—d*, *k—t*, i *pararhotacismus* to jest wymawianie zamiast *r—l*.

e) *Paragamacismus*.

Spostrzeżenie 11. Helena K., 15 lat. W dzieciństwie źle wymawiała dużo głosek, obecnie zaś wymawia zamiast *g—d*, *k—t*.

f) *Rhotacismus*.

Spostrzeżenie 12. Kazimierz M., lat 17, przysłany przez kol. ZWEIFBAUMA. Dwaj jego młodsi bracia mają tę samą wadę.

Spostrzeżenie 13. B., lat 29. Źle wymawianie *r* od dzieciństwa.

g) *Rhotacismus* i *lambdacismus* to jest wadliwe wymawianie głoski *l* lub *ł*.

Spostrzeżenie 14. Anna K., lat 21. Od dzieciństwa ma wadliwe wymawianie głosek *r* i *ł*. Zamiast *r* mówi *y*, a zamiast *ł—eu*.

Z podanej liczby 17 leczyło się 8 osób, wszystkie z dodatnim wynikiem.

Wogóle leczenie częściowego bełkotania oparte jest na fizjologii wytwarzania się dźwięków. Przedstawia ono bardzo wdzięczne pole do leczenia, z wyjątkiem przypadków uwarunkowanych zmianami organicznymi nie dającymi się usunąć.

Mowa nosowa (*Rhinolalia*).

Właściwie winna być zaliczona do bełkotania, gdyż oprócz nosowego dźwięku, jaki bywa przy *rhinolalia clausa*, wskutek rozdziału powietrza wydychanego na dwie drogi, głoski, wymagające rozgraniczenia jamy nosogardzielowej od jamy ustnej, oprócz nosowego dźwięku tracą mniej lub więcej na swej wyrazistości. Szczególniej uwydatnia się to przy mowie nosowej, zależnej od defektów podniebienia, gdzie chorzy prawie wszystkie głoski źle wymawiają, a niektórych, jak np. wybuchowych, w zupełności nie są w stanie wytworzyć. Jak wyżej zaznaczyłem, wyodrębniliśmy mowę nosową z powodu ważności miejsca, jakie zajmuje w szeregu przyczyn mechanicznego bełkotania, jak również więcej skomplikowanej etyologii i leczenia. Szczegóły, dotyczące mowy nosowej, może znaleźć czytelnik w pracy mojej wyżej zacytowanej, tu tylko w krótkości przypominam, że dzielimy ją na *rhinolalia aperta*, gdzie brakuje rozgraniczenia jamy ustnej od jamy noso-gardzielowej, i *rhinolalia clausa* przy zatkanie jamy noso-gardzielowej i nosowej. Przyczyną pierwszej bywają głównie defekty podniebienia miękkiego i twardego, a dalej skrócenie przednio-tylnego rozmiaru podniebienia twardego (LERMOYER), porażenie podniebienia

miękkiego po przebytych dyfteryście lub wskutek złego przyzwyczajenia, powiększenia migdałów, wyrosli adenoidalnych, wogóle wszelkiego rodzaju długo trwałego zwężenia kanałów nosowych, nawet po usunięciu przyczyn je wywołujących. Przyczyną drugiej, zresztą dobrze znanej wszystkim rynologom, bywają polipy nosa, obrzmienia muszle nosowych i t. d. Z powyższego widzimy, że *rhinolalia aperta* może być funkcjonalna lub organiczna, podczas gdy *rhinolalia clausa* zawsze jest organiczna. Dla lekarza, zajmującego się zboczeniami mowy, ważne są w szczególności te przypadki mowy nosowej ostatniego rodzaju, gdzie pomimo usunięcia przeszkód na drodze chirurgicznej w jamie noso-gardzielowej lub nosowej, oddźwięk nosowy utrzymuje się, gdzie więc przyczyna zależy od mniej lub silniej wyrażonego niedowładu podniebienia miękkiego. Leczenie, jakie stosujemy w takich razach, jest zupełnie takie same, jak przy *rhinolalia aperta*, o której teraz parę słów powiedzieć zamierzamy. Z szeregu momentów, ją warunkujących, pragnęlbym zwrócić szczególną uwagę kolegów chirurgów na defekty podniebienia twardego i miękkiego. Jeszcze przed niedawnym czasem chorych tego rodzaju leczono jedynie za pomocą obturatorów, i to dopiero w ostatnich czasach doprowadzonych przez SCHILTSKE'go do możliwego użycia bez szkody dla chorego. Po wskrzeszeniu uranoplastyki i stafylorafii przez LANGENBECK'a, WOLF'a i innych i świetnych wynikach tej operacji, cierpienie to zwróciło na siebie uwagę świata lekarskiego. Gdy się jednak okazało, że sama operacja, nawet najświetniej wykonana, lub też należycie zrobiony i założony obturator nie doprowadzają do celu, a nawet stan uprzedniej mowy pogarszają, naówczas zaczął stosować GUTZMANN leczniczą gimnastykę podniebienia miękkiego i w początkach swej działalności łączył ją z operacją lub założeniem obturadora. Obturator używa się w tych razach tylko czasowo, w celu podniesienia i mechanicznego drażnienia podniebienia miękkiego, jak również zamknięcia zbyt dużego w początkach otworu między podniebieniem miękkim i tylną ścianą gardzieli, aby zmusić chorego do wypuszczenia powietrza ustami, a nie nosem. Obecnie rzecz ta jeszcze więcej się uprościła, gdyż kosztowny, a, jak mówiliśmy, tylko do pewnego czasu konieczny obturator, zastąpił GUTZMANN niezmiernie tanim ręcznym obturatorem. Dziś więc jedynie operacja łącznie z gimnastyką leczniczą podniebienia miękkiego, jak również z poprawieniem źle wymawianych dźwięków, w zupełności prowadzi do celu. Z wyników świetnych, jakie otrzymał GUTZMANN w 70 przypadkach mowy nosowej, uwarunkowanych defektami podniebienia przy zastosowaniu gimnastyki leczniczej podniebienia miękkiego i założeniu bądź samego obturadora, bądź po uprzednio wykonanej operacji, a, jak w ostatnich latach, jedynie samej operacji, wynika, że koniecznem jest, aby to straszne kalectwo zwróciło uwagę i naszych chirurgów, którzy może dla tego pomijali dotychczas to cierpienie, że bez pomocy gimnastyki leczniczej podniebienia miękkiego, jak również wyrobienia brakujących dźwięków i poprawienia źle wymawianych, sama operacja nie dawała im zachęcających wyników.

Z powodu szczupłości materiału, jakim rozporządzam, ograniczam się jak na teraz do tych kilku uwag, odkładając sobie na przyszłość w miarę zwiększającej się liczby spostrzeżeń całą tę rzecz, a w szczególności racjonalną, bo na fizyologicznych danych opartą gimnastykę podniebienia miękkiego, szczegółowo czytelnikowi przedstawić. Jak to zaznaczyłem w tablicy 1, spostrzegalem trzy przypadki mowy nosowej; jeżeli do tego dodamy dwa przypadki mowy nosowej u bełkoczących i jeden przypadek u jaskającego się (N-r 43), to

razem mieliśmy 6 przypadków. Wszystkie one należały do kategorii *rhinolalia aperta*. Cztery były uwarunkowane złem przyzwyczajeniem, a dwa defektami podniebienia. Mowę nosową wskutek złego przyzwyczajenia ilustruje następujący przypadek:

Michał W., 9 lat liczący, skierowany do mnie przez kol. HERYNGA. Obok głównej wady, t. j. mowy nosowej, mamy tu jeszcze wadliwe wymawianie głoski *r*, mianowicie zastępowanie jej przez *l* (*pararhotacismus*). *Rhinolalia* jak również *pararhotacismus* trwają od dzieciństwa. Dziecko pod względem umysłowym dobrze rozwinięte i słyszy dobrze. Jama nosogardzielowa nie wykrywa żadnej zmiany, która mogłaby nam wytłumaczyć odcień nosowy mowy. Przy fonacji podniebienie miękkie unosi się dobrze. Oprócz więc złego przyzwyczajenia nie udało się nam w tym przypadku wykryć innej przyczyny.

Od defektów podniebienia zależały dwa następujące przypadki:

Bronisława F., 15 lat licząca. W rodzinie 3 dobrze mówiących dzieci. Przy badaniu gardła znalazłem rozszczep podniebienia miękkiego, dochodzący do tylnego brzegu podniebienia twardego. Przedstawiał on formę łuku okna gotyckiego o brzegach dość cienkich i miękkich. Przy badaniu jamy noso-gardzielowej znalazłem, jak to zwykle bywa w tego rodzaju przypadkach, znaczny przerost tylnych muszlel nosowych. Odcień nosowy przy mowie mieliśmy przy wszystkich samogłoskach, szczególnie przy *i*, a także przy wszystkich spółgłoskach. Mowa przedstawiała się dość zrozumiale z tego względu, że chora wygłaszała prawie wszystkie głoski prawidłowo, z wyjątkiem *sz*, *ż* na końcu wyrazów i *cz* na początku. Leczenie w tym przypadku polegałoby na uskutecznieniu operacji, a w następstwie na gimnastyce leczniczej podniebienia miękkiego i wytworzeniu brakujących dźwięków. Zamiaru tego nie mogliśmy uskutecznić wskutek tego, że szwy po operacji rozeszły się, a na ponowne zeszytanie chora nie chciała już zdecydować się.

Zofia M., 7 lat licząca. Na skutek rozszczepu podniebienia twardego i miękkiego w listopadzie zeszłego roku była z powodzeniem zrobiona operacja przez kol. JAWDYŃSKIEGO, a pomimo to mowa nosowa i niezrozumiała aż do Stycznia 1893 r. w niczem się nie zmieniła. Chora ma przybyć na leczenie.

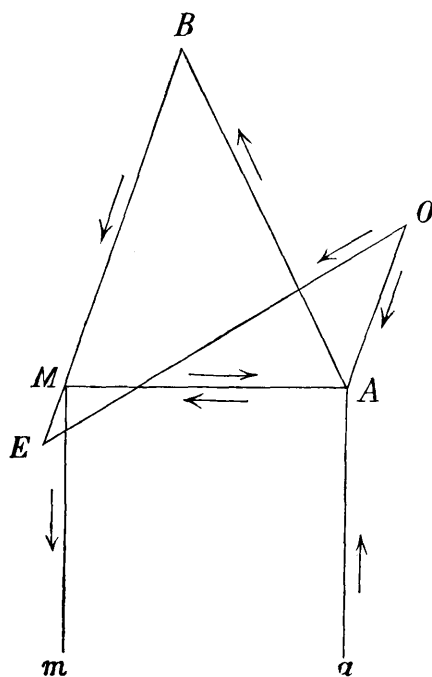
Przypadek ten stwierdza to, cośmy wyżej powiedzieli, że najdokładniej wykonana i udatna operacja bez leczniczej gimnastyki podniebienia miękkiego i wytworzenia brakujących dźwięków oraz poprawienia źle wymawianych, nie prowadzi do żadnego celu.

A f a z y e.

Przedmiot ten, rzecz można, prawie najwięcej zawikłany ze wszystkich cierpień patologii wewnętrznej, będzie tu jedynie naszkicowany elementarnie, gdyż w niedługim czasie mam zamiar poświęcić mu szczegółową pracę z uwzględnieniem wyników ostatnich badań w tej kwestyi, opartych na danych poczerpniętych z psychologii (prace FREUD'a, GOLDSCHIEDER'a, MOEL'ego i t. d.). Tymczasem zaś, aby się jako tako oryentować w tym prawdziwym labiryncie, za nic Aryadny posłużą nam prace LICHTHEIM'a, WERNICKE'go i GRASHEY'a. Poniżej podaję szemat LICHTHEIM'a, jako najprzystępniejszy, z pewnemi jednak modyfikacyami, jakie uważałem za pożyteczne w nim poczynić.

Po sławnem odkryciu BROCA w 1861 r., głoszącem, że zmiany tylnej części lewego dolnego zrazu zawoju czołowego wywołują zaburzenia w artykulacji mowy, najwięcej na tem polu położył zasług WERNICKE, dowodząc w swej pracy: „*Der aphasische Symptomencomplex*, Breslau 1879 r., że zniszczeniu pewnych części lewego zrazu skroniowego towarzyszą zmiany, polegające na tem, że dźwięki chory słyszy, ale słów nie rozumie. Owe *Klangbilder* umiejscowił WERNICKE w pierwszym górnym lewym zawoju skroniowym, a zarówno jego spostrzeżenia, jako też i innych autorów, a nawet szereg wy-

konanych sekcji hypotezę tę niebawem stwierdził. WERNICKE nazwał tego rodzaju afazję czuciową (*sensorische Aphasie*). Chorzy tacy, chociaż myślą prawidłowo, z powodu jednak utraty kontroli swoich słów, pozbawieni są możliwości komunikowania się z ludźmi. W 1877 KUSSMAUL tę formę niemoty nazwał głuchotą wyrazową (*Worttaubheit*). Do tych dwóch rodzajów afazji dodał WERNICKE jeszcze trzecią afazję przewodnictwa (*Leitungsaphasie*). Dalszy postęp stanowiło przypuszczenie LICHTHEIM'a, że oprócz istniejących ośrodków: ruchowego *M* i czuciowego *A*, znajdują się dwa nowe ośrodki, mianowicie dla rozumienia pisma *O*, odpowiadający ośrodkowi dla rozumienia mowy, i dla ruchów potrzebnych dla pisma *E*, odpowiadający ośrodkowi ruchowemu przy mowie. Podział więc LICHTHEIM'a niemoty przedstawia się w następujący sposób. Najprzód dwie duże grupy, które on nazwał *Kernaphasie*: 1) głuchota wyrazowa KUSSMAUL'a, afazja czuciowa WERNICKE'go (zajęcie ośrodka *A*) i 2) afazja (zajęcie ośrodka *M*). Dalej idzie podział każdej z tych grup na dwa poddziały, mianowicie dośrodkowa i odśrodkowa afazja przewodnictwa (*centrale und periferische Leitungsaphasie*), a więc 3) dośrodkowa i odśrodkowa czuciowa afazja przewodnictwa (zajęcie drogi *A B* i *A a*) i 4) dośrodkowa i odśrodkowa afazja przewodnictwa (zajęcie drogi *M B* i *M m*) a na koniec 5) parafazja przewodnictwa—*Insclaphasie*—*Leitungsparaphasie* (zajęcie drogi *M A*). WERNICKE w swych nowych pracach nad afazją (*Die neueren Arbeiten über Aphasie, Fortschritte der Md.* 1885. 86) dwie pierwsze grupy nazwał *cortikale sensorische Aphasie* i *cortikale motorische Aphasie*, poddziały zaś tych grup dośrodkowe i odśrodkowe: *subcortikale und transcortikale sensorische und motorische Aphasie*, a piąty rodzaj niemoty zostawił po dawnemu jako *Leitungsaphasie*. Oprócz tego podał WERNICKE swój szemat, który jako więcej zawiśnięty pomijam, i oddzielił zboczenie pisma i czytania, poświęcając mu oddzielny rozdział, jak również i szemat.



Załączona figura przedstawia nam ośrodki ideacyi *B*, pamięć obrazów słuchowych (*Wortklangbilder*) *A*, pamięć ruchów wykonywanych przy wygłaszaniu słów (*Wortbewegungsbilder*) *M*, drogę łączącą te ośrodki, a służącą do powtarzania *M A*, dwie zaś drogi łączące ośrodki *A* i *M*, z ośrodkami ideacyi *B*—*B A* i *B M*, ośrodki obrazów liter, a raczej pamięć dla liter *O*, ośrodek ruchów przy pisaniu a raczej pamięć ruchów potrzebnych do pisania *E*²⁾. Rozumiemy pismo, łącząc *O* z *A* i *B*, droga więc dla rozumienia pisma będzie

²⁾ Wernicke może i nie bez pewnej słuszności nie przyjmuje jakiegos oddzielnego ośrodka dla ruchów potrzebnych do pisania. Wedle jego zapatrywania, ostatecznie są tylko kopia obrazów wzrokowych liter i, gdy te obrazy znikają, to znika i samo pismo.

$O A B$. Głośne czytanie wymaga drogi $O A M$. Pisanie z pojęciem to jest własnowolne pismo—drogi $O A B E$. Połączenie to B z E idzie przez M . Do pisma za dyktandem konieczna jest droga $O A M$, наконец kopiowanie wymaga drogi $O E$.

Co do połączeń M , A i B , to istnieją między autorami różnice zdań, ważne dla należytego oryentowania się przy powikłaniach różnego rodzaju afazji przez aleksye i agrafie (brak rozumienia pisma i niemożność pisania). Według LICHTHEIM'a może istnieć bezpośrednie połączenie B z M (np. przy płynnej mowie), ale oprócz tego głównego prądu, idącego do M lub E , tak przy własnowolnem piśmie, jak również przy mowie, idzie jeszcze prąd uboczny od M lub E przez A do B , czego dowodem to, że gdziekolwiek będzie przerwa w trójkącie $M B A$, występuje zaraz afazja lub parafazja, agrafia lub paragrafia, aleksya lub paraleksya, gdyż uczymy się mowy i pisma przy pomocy obrazów słów. Z poglądem tym LICHTHEIM'a, w szczególności co się tyczy czytania i pisania, jak to zobaczymy niżej, nie zgadzają się zapatrywania WERNICKE'go. Według KUSSMAUL'a połączenie B z M idzie pośrednio przez A . WERNICKE znów mniema, że inerwacja pojęcia słownego idzie dwojaką drogą: przez $B M$ i jednocześnie przez $B A M$. Jeżeli ta ostatnia droga, to jest $B A$, jest w jakimkolwiek miejscu przzerwana, naówczas występuje niedostateczne unerwienie pojęcia słownego przez ośrodek A , a z tego powodu mieszanie słów w mowie (parafazja), czytaniu i piśmie (paraleksya i paragrafia). Parafazja mowy występuje także przy zajęciu A lub drogi $A M$. Co się zaś tyczy rozumienia pisma, to jest czytania i pisania przy afazjach, to różnica w zapatrywaniu na tę rzecz wymaga wyjaśnienia. WERNICKE utrzymuje mianowicie, że chociaż pamięciowe obrazy wzrokowe i ruchowe dla każdej litery są oddzielne, pojęcie jednak słowne, choćby złożone z jednej tylko litery lub sylaby, jest skojarzeniem obu. Dotyczy to zarówno czytania jak i pisania. Stosunek ten obu pamięciowych obrazów liter do pojęcia słownego został wyjaśniony przez GRASHEY'a ³⁾. Wykazał on mianowicie, że czytamy i piszemy sylabami, ponieważ w tych razach potrzebujemy dłuższego czasu do wytworzenia pojęcia słownego, aniżeli przy mowie. Jeżeli więc czytanie i pisanie odbywa się przy pomocy sylabizowania, to pojęcie słowne w swych dwu składnikach, to jest obrazów pamięciowych, ruchowych i czuciowych, jak również droga, po której odbywa się to skojarzenie, winny być nienaruszone. Gdzie choćby jednego z tych składników brakuje lub przzerwana jest wyżej wspomniana droga ich połączeń, tam nie może być ani rozumienia pisma, ani pisania, a więc aleksya i agrafia. Gdzie więc chory może głośno czytać lub prawidłowemi literami pisać, występuje jednak mieszanie liter czytanych lub pisanych, to jest paragrafia lub paraleksya (analogicznie jak w mowie parafazja), tam mamy zapewne jakąś amnestyczną afazję, albo na wyrównaniu będącą korową lub transkorową czuciową afazję, to jest na wyrównaniu będące zajęcie ośrodka A lub drogi $A B$.

Co się tyczy lokalizacyi ośrodków mowy, to, jak powiedzieliśmy, ośrodek M leży w tylnej części dolnego zawoju czołowego (dolna część *gyrus centralis anterior* odgrywa tu także pewną rolę), ośrodek A w naprzeciw leżącym zawoju skroniowym, droga $A M$ prawdopodobnie w wyspie Rejla, a drogi od M do B i od A do B , według LICHTHEIM'a, w płaszczu mózgowym, tuż przy

³⁾ Ueber Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung Archiv. für Psychiatrie. XVI.

M lub A . Powyżej nie są one już skoncentrowane, a rozchodzą się, gdyż ośrodek B nie przedstawiamy sobie jako jeden punkt, lecz całe ich szeregi. Droga od M do m to jest od lewego zawoju BROCA do rdzenia przedłużonego, wedle LICHTHEIM'a, idzie w następujący sposób. Wiadomą jest rzeczą, że impulsy ruchów dla języka, warg etc. wychodzą z obu półkul mózgowych, impulsy zaś ruchów tychże organów dla mowy — tylko z lewej półkuli. Ponieważ ani zmiany w *capsula interna* z lewej strony, ani w odnodze lewej mózgu nie powodują afazji, przypuszcza więc LICHTHEIM, że część tych włókien ruchowych krzyżuje się daleko przed *capsula interna sinistra*, a więc że część ich przechodzi także w *capsula interna dextra*. Zgodnie z tem zapatrywaniem utrzymuje on, że afazja, uwarunkowana zajęciem *capsulae internae*, występuje tylko wtedy, gdy zmiany są obustronne, ale nie będzie to naówczas afazja lecz anartria (to jest głoskowa afazja), choć, jak w tym razie, trudno dająca się odróżnić od afazji. Według LICHTHEIM'a anartrie powodują wszelkie zmiany leżące głębiej ośrodka M , gdyż droga, idąca od M do m w białej substancji tylko na bardzo krótkiej przestrzeni może powodować właściwą afazję. Z poglądem tym, zdaje mi się, zgadzają się najnowsze zapatrywania w tej kwestyi. WERNICKE innego jest mniemania. Utrzymuje on, że zupełne zniszczenie jąder ruchowych w rdzeniu przedłużonym, obok innych objawów jemu właściwych, powoduje zupełną afazję ruchową, dalej, że przy przerwach występujących powyżej rdzenia przedłużonego, aż do mostu włącznie, z powodu rozdzielonych już dróg ruchowych, idących do oddzielnych jąder w rdzeniu, występuje anartria, przy przerwach zaś powyżej mostu, to jest w odnogach mózgu, a tem więcej w *capsula interna*, jedynie afazja.

Więcej jeszcze zawikłana jest droga Aa . Dźwięki słyszą oba uszy, mówi LICHTHEIM, ale mowę rozumie tylko lewa półkula, w niej więc obydwie nerwy słuchowe muszą się kończyć i to, jak odnośne spostrzeżenia stwierdzają, powyżej lewej *capsula interna*, w białej substancji zrazu skroniowego lewego, tuż pod samą korą (przy A). To samo *mutatis mutandis* wedle jego zdania dotyczy nerwów wzrokowych, a więc ślepoty obrazów liter, powodującej przy różnego rodzaju afazjach aleksję i agrafię. Ma ona miejsce przy przerwie w złączonych już w lewej półkuli obu nerwach wzrokowych, mianowicie na drodze OA , na granicy zrazu ciemieniowego i potylicowego. W przypadkach ślepoty wyrazowej nie chodzi o zajęcie ośrodków wzrokowych, mieszczących się, jak wiadomo, w zrazach potylicowych, mianowicie w pierwszym zawoju i *cuneus*, gdyż chorzy tacy widzą i mogą kopiować.

Obecnie, jak wiadomo, przyjmujemy, że ośrodki obrazów liter mieszczą się w *gyrus angularis*, że więc zajęcie tego miejsca powoduje agrafię i aleksję. Przyległa okolica do *gyrus angularis*, to jest *gyrus occipitalis II* i *III* mieści obrazy wzrokowe wszystkich przedmiotów, a zajęcie tego miejsca powoduje tak zwaną *Seelenblindheit*. Zajęcie *gyrus occipitalis I* i *cuneus* powoduje jedynie hemianopsję.

Po tych wstępnych objaśnieniach, sądzę, łatwo będzie teraz nakreślić obrazy wyżej podanych siedmiu rodzajów afazji.

1) Niemota czuciowa korowa (*cortikale sensorische Aphasie*). Przerwa w ośrodku A . Chory nie rozumie mowy, nie może powtarzać, a własnowolna mowa parafatyczna. Chory nie rozumie pisma i nie może czytać (aleksja), nie może ani samodzielnie, ani za dyktandem pisać (agrafia), a może tylko bezmyślnie kopiować.

Według zapatrywania LICHTHEIM'a, przy tej afazji mamy nie agrafile, lecz paragrafile, to jest mieszanie liter. Zgodnie z tem, cośmy wyżej powiedzieli o konieczności kojarzenia się obu pamięciowych obrazów liter, z powodu braku jednego składnika, mianowicie *A*, chory nawet pojedynczej litery napisać nie jest w możności, mamy więc nie paragrafile, lecz agrafile. Dla tychże powodów chory nie może czytać.

2) Niemota podkorowa czuciowa (*subcortikale sensorische Aphasie*). Przerwa na drodze *A a*. Chory nie rozumie mowy, nie może powtarzać. Samodzielna mowa prawidłowa. Utrata pisania za dyktandem. Czytanie, pisanie i kopiowanie prawidłowe.

3) Niemota czuciowa transkorowa (*transcortikale sensorische Aphasie*). Przerwa na drodze *A B*. Chory nie rozumie mowy, a samodzielna mowa parafatyczna. Chory powtarza, ale bez rozumienia, może czytać, pisać za dyktandem i kopiować, ale nie rozumie tego, co czyta i pisze, a kopiuje bezmyślnie. Przy piśmie samodzielnem występuje paragrafia (to jest mieszanie właściwie napisanych liter, gdyż ośrodki *A* i *M* nie są zajęte).

4) Niemota korowa ruchowa (*cortikale motorische Aphasie*). Przerwa w *M*. Chory rozumie mowę, ale ani własnowolnie mówić, ani powtarzać nie może. Nie może czytać i pisać ani własnowolnie, ani za dyktandem (aleksya i agrafia). LICHTHEIM utrzymuje, że chory przy tej formie afazji może czytać, a więc rozumieć pismo. Zgodnie z tem, cośmy powiedzieli przy niemocie czuciowej korowej, chory nie może czytać, nie rozumie więc pisma.

5) Niemota ruchowa podkorowa (*subcortikale motorische Aphasie*). Przerwa w *M m*. Obraz ten sam, co i przy uprzedniej formie, tylko zachowane jest własnowolne pismo, pismo za dyktandem i czytanie pisma. Oprócz tego niemota ta wyróżnia się od uprzedniej tem, że chory może własnowolnie inkrwować ośrodek *A*, to jest może powiedzieć ilość sylab danego wyrazu.

6) Niemota ruchowa transkorowa (*transcortikale motorische Aphasie*). Przerwa w *M B*. Chory nie może mówić samodzielnie, ale rozumie mowę i może powtarzać, rozumie pismo, może pisać za dyktandem, kopiować, a nie może jedynie samodzielnie pisać (agrafia).

7) Niemota przewodnictwa (*Leitungsaphasie*). Przerwa w *M A*. Tu nie ma oznak ani ruchowej, ani czuciowej afazji, to jest chory rozumie mowę i może mówić własnowolnie, ale przy mowie występuje parafazyja, a oprócz tego istnieje słowna aleksya i agrafia.

Według zapatrywań LICHTHEIM'a, przy tej afazji mamy paragrafile i paraleksye, z czem, na zasadach powyżej wyluszczonych, nie możemy się zgodzić.

Jeżeli oryentowanie się w wyżej podanym, a jak w niektórych punktach dotychczasowo hypotetycznym szmacie przedstawia poważne trudności, aby zdać sobie dokładnie sprawę, z jakiego rodzaju niemotą w danym przypadku możemy mieć do czynienia, to trudności te mogą się niepomniernie zwiększyć jeszcze z tego względu, że formy niemot mogą się komplikować, a objawy jednej z nich mogą ustępować z niejednakową prędkością; tak np. wyrazowa głuchota może zniknąć bardzo prędko, podczas gdy z tegoż źródła płynąca utrata czytania i pisania może trwać dalej.

(D. c. n.).

KAZUISTYKA.

Przypadek połknięcia znacznej ilości pestek od śliwek przez sześciolatniego chłopca.

Do ambulatoryum D-ra JULIANA KRAMSZTYKA w szpitalu dla dzieci imienia Ber-sohnów i Baumanów dnia 6-tego października r. b. przyprowadzono sześciolatniego Henryka P., który przed 3 dniami połknął znaczną bardzo ilość pestek od śliwek, wyrzuconych na podwórze przez jedną z lokatorek tegoż domu, przy przyrządzaniu powideł. Nad wieczorem tegoż dnia malec zaczął się uskarżać na bóle w odbytnicy i w brzuchu. Ojciec dał mu pół łyżki oleju ryecynowego, poczem w kilku wywołanych w ten sposób wypróżnieniach wodnistych znalazł znaczną ilość pestek. Gdy jednak przy trwających wciąż silnych bólach i wydymaniu ukazywały się one w dalszym ciągu w otworze stolcowym, a nie wychodziły dobrowolnie na zewnątrz, ojciec wydobywał je palcami i wydostał tym sposobem w ciągu dwóch dni 37 sztuk. Ostre brzegi pestek tak poraniły przy tom odbytnicę, że malec nie mógł ani siedzieć, ani leżeć, ani też oddawać wypróżnień. Badanie, dokonane w ambulatoryum, wykazało owrzodzenia i nalot szary na błonie śluzowej odbytnicy z obfitą wydzieliną ropną. Wprowadzony palec wyczuwał znaczną ilość pestek zbitych w jedną masę. Badanie sprawiło chłopcu ból nieznosny, tak, że zmuszeni byliśmy przystąpić natychmiast do wyjęcia pestek pod chloroformem. Operacji tej dokonał D-r GUTWEIN,

Po zachloroformowaniu chorego i przemyciu kiszki wydobyto palcem 17 pestek, przeważnie w jedną masę zlepionych, pokrytych krwią i szarym nalotem, mocno cuchnących. Po następnom przemyciu odbytnicy kwasem karbolowym $\frac{1}{2}\%$, rozszerzono ją wziernikiem, poczem po wprowadzeniu palca aż do wzgórka kości krzyżowej nie udało się wyczuć więcej pestek. Na mocno przekrwionej błonie śluzowej odbytnicy tuż przy odbycie ujrzelśmy szereg owrzodzeń w postaci wieńca, całą błonę śluzową otaczającego, prócz tego dwa owrzodzenia większe na tylnej ścianie odbytnicy w odległości 5 ctm. ponad odbytem. Wprowadzono pasek z gazy jodoformowej i chłopiec został zabrany do domu.

Wieczorem tegoż dnia ciepłota ciała wynosiła 38,5°, tętno 120. Chory skarżył się wciąż na częste i silne bóle w odbytnicy i ciągle parcie.

Dnia 7. X. rano T. 37,5°, P. 104. Bóle w odbytnicy mniejsze, było jedno wypróżnienie wolno, przyczem wyszła jeszcze jedna pestka. Odbyt z łatwością otworzyć się daje, przyczem błona śluzowa, pokryta szarym nalotem, wypukła się. Zaleciłem lawatywy z kwasu bornego 3% i zakładanie czopków z mascią jodoformową. Dyeta ścisła. Po każdym wypróżnieniu przemycano odbytnicę i zakładano świeży czopek. Wieczorem tegoż dnia T. 37,6°, P. 104. W ciągu dnia były dwa wypróżnienia bez pestek.

Dnia 8. X. T. 37,2°, P. 96. Wypróżnienia cuchnące, częste, bez postok, owrzodzenia znacznie mniejsze, odbyt kurczy się mocno. Zaleciłem bismut i makowiec, oraz w dalszym ciągu przemycania odbytnicy i czopki z mascią jodoformową.

Dnia 10. X. Chorego przyniesiono do ambulatoryum szpitalnego. Bóle zupełnie ustały, chory może siedzieć, wypróżnienia nie tak częste, czarne. Owrzodzenia ledwie widoczne. Ostatni raz widziałem chłopca 14 b. m. Zupełnie zdrow, trudności przy wypróżnieniu żadnych nie uczuwa, owrzodzenia zabliznione.

Przytoczony przypadek zasługuje na uwagę ze względu na ilość połkniętych pestek. Ilość wydobytych palcami przez ojca w domu i przez nas w szpitalu wynosiła 54, prócz tych, które wyszły poprzednio z masami kałowymi.

Najczęściej ciała obce w przewodzie pokarmowym dzieci stanowią właśnie pestki i łupiny od owoców, przełknięte wraz ze samymi owocami, i wtedy ilość ich jest zwykle nieznaczna. Nasz chory jadł same tylko pestki i z tego powodu jedynie tak znaczną ilość był w stanie przełknąć. Ojciec dziecka utrzymuje, że drugiego dnia po olejku ryecynowym odeszło ich dobrowolnie przeszło dwadzieścia, tak, że razem około 75 pestek znajdowało się w przewodzie pokarmowym. Znane są w literaturze przypadki, w których pestki od owoców, zebrane w jednym miejscu kiszki ślopoj, rzadziej w kiszkach cienkich, wywoływały zapalenie z następczem porażeniem i zwężeniem bliznowatym, a ostro brzegi tychże powodowały przedziurawienie kiszki ze śmiertelnym zejściem (RAYSS, DEMME).

Ignacy Mucha.

O cięciu łonowem (Symphyseotomia)

jako operacyi położniczej.

(Ze zjazdu ginekologów niemieckich w Wrocławiu).

Na zjeździe niemieckiego towarzystwa ginekologicznego, odbytym w maju r. b. w Wrocławiu, toczyły się ożywione i pouczające rozprawy o cięciu łonowem (*Symphyseotomia*), z których zasadniczą treścią winniśmy zapoznać czytelników „Medycyny“ i z tego powodu, że w r. z. „Medycyna“ podała obszerną pracę kol. NEUGEBAUER'a, p. t. „Kiłka słów o wskrzeszeniu cięcia łonowego czyli symfizeotomii“ etc.

ZWEIFEL (z Lipska), jako referent tego tematu, po przedstawieniu dziejów tej operacyi i wykazaniu bezzasadności zarzutów, czynionych jej w swoim czasie przez BAUDELOQUE'a, rozbiierał szczegóły techniki operacyjnej i powikłań dotyczące, na jakie każdy do niej przystępujący musi być przygotowanym, a to na podstawie 14 pomyślnie przez siebie operowanych przypadków. Po dokonaniu cięcia łonowego Z. oczekiwał na ukończenie się porodu siłami macicy; 10 razy jednakże był zmuszony ukończyć poród kleszczami, które zakładał na główkę, w próżni miednicy się znajdującą; wskazaniami do użycia kleszczy było słabnące bicie serca płodu. Z. wprowadza palec po za spojenie łonowe i pod jego osłoną przecina chrząstkę spojenia z góry na dół; tym sposobem zabezpiecza pęcherz moczowy od skalczenia. W jednym tylko przypadku do przecięcia skostniałej chrząstki zmuszony był użyć piłki łańcuskowej. Po przecięciu chrząstki kości łonowe rozstępują się zaledwie na $\frac{1}{2}$ ctm. i dopiero po przecięciu ostatnich włókien więzadła łukowatego (*liq. arcuatum*) kości te oddalają się od siebie na szerokość palca; przy tem występuje znaczny krwotok, którego ani obklócia, ani przewiązywanie powstrzymać nie mogą, lecz jedynie tamponada pochwy przez ucisk, jaki na miejsce krwawiące wywiera. Gdy główka przejdzie przez ścieśnioną część miednicy, wtedy kości łonowe rozstępują się na 6,5 do 7 ctm. W każdym jednak tego rodzaju przypadku występował ponowny krwotok i zachodziła potrzeba ponownego tamponowania.

Po porodzie, do spojenia kości łonowych Z. w 11-tu ostatnich przypadkach użył szwu kostnego z drutu srebrnego. Wywiercenie dziur, a zwłaszcza przeprowadzenie przez nie drutu przedstawia nieraz nie mało trudności, dla usunięcia których Z. zaleca ostry koniec świderka przedziurawić wpoprzek; po prześwidrowaniu kości przewleka się drut przez koniec świderka, przy wyjmowaniu którego drut przez wywierconą dziurę zostaje przewleczony z tyłu ku przodowi. W dolny koniec rany Z. wprowadza paski gazy jodoformowej. Do opatrunku zewnętrznego, zamiast poprzednio używanych pasów miednicowych, wielce dla operowanych niedogodnych, używa Z. pasków plastru lepkiego.

Nieprzyjemne powikłanie po operacyi stanowi często występująca gorączka. Z 14 operowanych, 5 długi czas gorączkowało, 2 uległy zakażeniu *in utero*, a tylko 3 przebyły półg nieczem nie zakłócone. Nieprzyjemne powikłanie stanowi również dosyć często zdarzająca się niemożność utrzymania moczu (*incontinentia urinae*), skutkiem podrażnienia pęcherza moczowego przez druty szwów; dopóki bowiem szyto katgutem, tego powikłania nie spostrzegano.

Zasługują nadto na uwagę obrażenia części miękkich, a mianowicie sromu i pochwy.

Wreszcie Z. wypowiedział przekonanie, że gdy zdołamy zapobiedz występowaniu tak często gorączki, to będziemy mogli z całą dobrą wiarą zalecać cięcie łonowe do wykonywania w zwykłej praktyce położniczej.

LEOPOLD (z Drezna) wykonał wprawdzie dopiero 4 razy cięcie łonowe, jednakże czyni bardzo poważne zarzuty samej technice operacyjnej, a mianowicie:

Występujący po dokonaniu cięcia łonowego krwotok z opuszki jamistej łechtaczki (*bulbus cavernosus clitoridis*) jest tak gwałtowny i tak znaczny, że wielkiego wymaga wysiłku, aby go opanować. Jeżeli nadto zważymy, że tu chodzi o rozdzielony staw, który następnie starannie znowu połączyć należy; że operowana ma jeszcze do przebycia dokończenie porodu, połączonego z rozerwaniem części miękkich i krwotokiem; to już to samo wystarczy do twierdzenia, że symfizeotomia nie jest bynajmniej operacją, którąby każdy lekarz, zajmujący się praktyką położniczą, mógł wykonać.

Pozostawianie ukończenia się porodu siłom macicy, po dokonanej symfiziotomii, i wyczekiwanie na to całemi godzinami jest możebne w klinice położniczej. Tam można czuwać nad raną spojenia łonowego; lecz ażeby ją zdolno długo utrzymać wasęptyce, jest wielce nieprawdopodobnem. A cóż dopiero myśleć o tem w praktyce prywatnej, gdzie nawet zachowanie zwykłej czystości i zastosowanie jej przez czas nawet krótki do otwartej rany spojenia łonowego jest całkiem niemożebne.

Gdy nadto zwróćmy uwagę na znaczne uszkodzenia pochwy, na które w najnowszych opisach najdzielniejsi operatorowie się skarżą; to całkiem uzasadnioną jest przestroga, ażeby lekarz, zwykłą praktyką położniczą się zajmujący, nie brał się do wykonywania tej operacyi. Uszkodzenia te, zwłaszcza u pierwiastek bywają olbrzymie, i dla tego też u nich dokonywania symfiziotomii o ile możności unikać należy.

L. mówiąc o wskazaniach do tej operacyi, dochodzi do następującego twierdzenia: tylko w bardzo rzadkich i szczególnie nadających się przypadkach, w których użycie kleszczy lub obrotu płodu okaże się bezużytecznem, winniśmy się uciekać do przecięcia spojenia łonowego.

CHROBAK (z Wiednia) zupełnie podziela zdanie LEOPOLD'a. Nadto zaznacza, że niebezpieczeństwo tej operacyi polega nie na obrażeniu kości, ale części miękkich, którego uniknąć niepodobna. Obrażenia części miękkich, czyniące z przecięcia spojenia łonowego operację ciężką, i trudne ich leczenie sprawiły, że CHROBAK za żadną cenę nie dokona jej w praktyce prywatnej.

Nie mniejsze niebezpieczeństwo tej operacyi dopatruje CH. i w tem, że dotąd nie zostaje ona jeszcze pod opieką prawa, jak np. cięcie cesarskie, którego bez wyraźnego zezwolenia chorej dokonywać nie możemy.

Symfiziotomia wymaga również wielkich, jeżeli nie większych przygotowań, niż cięcie cesarskie, tak dalece, że łatwiej można wykonać w praktyce to ostatnie, niż przecięcie spojenia łonowego.

FROMMEL (z Erlangen) i FEHLING (z Bazylei) podzielają poglądy LEOPOLD'a i CHROBAK'a. FEHLING twierdzi, że symfiziotomia jedynie zamiast warunkowego cięcia cesarskiego dokonana być może to tylko wyjątkowo; w żadnym jednak razie nie u pierwiastek. Nadto sądzi, że nie krwotoki i obrażenia części miękkich stanowią główną przeszkodę do upowszechnienia się tej operacyi w praktyce prywatnej, lecz leczenie pooperacyjne, które o wiele jest trudniejsze i większej wymaga pomocy, niż sama operacya.

SCHAUTA (z Wiednia) jest zdania, że przy tak pomyślnych wynikach, jakie w ostatnich czasach daje cięcie cesarskie, w bardzo małej liczbie przypadków zachodzi potrzeba dokonania przecięcia spojenia łonowego. Gdy zupełna *asepsis* jest zapewniona, a głównie gdy rodząca nie była badana, a główka płodu stoi wysoko, tam dokonywa S. cięcia cesarskiego. Gdy zaś rodząca nie jest aseptyczna, to należy przedewszystkiem czekać, dopóki główka płodu pod wpływem bólów porodowych się nie obniży. Jeżeli to jednakże nie nastąpi, to wtedy dopiero można wykonać symfiziotomię, po której zaraz S. przystępuje do założenia kleszczy, albowiem wyczekiwanie na poród dobrowolny, po otwarciu spojenia łonowego, uważa za barbarzyństwo. Wskazanie do tej operacyi opiera on nie na długości wymiaru przodowego prostego (*conjug. vera*), lecz na właściwościach danego przypadku; w żadnym jednak razie nie przecina spojenia łonowego, gdy ten wymiar jest krótszym od 7 ctm.

We wszystkich 10 przypadkach, przez niego operowanych, używał do spojenia kości szwu z drutu srebrnego; we wszystkich wystąpił silny krwotok, który jednak ustał po zatamponowaniu i wydobyciu płodu. Drenowanie zapomocą gazy jodoformowej S. uważa za konieczne.

OLSHAUSEN (z Berlina) dotąd w 2-eh tylko przypadkach dokonał cięcia łonowego; wypowiedział jednak przekonanie, że jest to operacya nie zawsze łatwa, że nie nadaje się ona do praktyki prywatnej i że jedynie w dobrze urządzonych klinikach wykonywać ją należy; wreszcie zgadza się ze zdaniem LEOPOLD'a i CHROBAK'a, że wskazanie do niej rzadko się następuje.

KOFFER (z Wiednia), na zasadzie 10 przypadków cięcia łonowego w klinice BRAUN'a operowanych, z których 2 zakończyły się śmiercią, uważa symfiziotomię za operację niebezpieczną z powodu bliskiego sąsiedztwa z wydzieliną pochwową i oświadcza stanowczo, że przy odchodach cuchnących i gorących symfiziotomii robić nie należy.

SAENGER (z Lipska) podziela zdanie SCHAUTA'y, że cięcie łonowe wtedy winno być wykonywane, gdy cięcie cesarskie z powodu nieistnienia *asepsis* jest przeciwskazane. Lecz i wtedy należy ograniczyć to wskazanie z tego powodu, że, jak to KOFFER zaznaczył, rana po cięciu łonowym łatwo z pochwy zakażoną być może; zatem zakres wskazań do cięcia łonowego winien być bardzo ograniczony.

(*Archiv f. Gynaekologie* 44 Bd. III Hft. 1893).

J. R.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

162. GERHARDT. **Przyczynek do rozpoznawania kolki żółciowej.** Podczas napadu kolki żółciowej, zależnej od zamknięcia światła przewodu żółciowego wspólnego przez kamień, wypełniony pęcherzyk żółciowy tworzy guz, wystający po za brzeg wątroby, dający się określić już to okiem, już za pomocą palpacji lub perkusyi. Guz ten wielkości średniej gruszki znajduje się pomiędzy prawą linią parasternalną, a przednią pachową, najczęściej jednak nieco wbok od zewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego i ma ważne znaczenie rozpoznawcze.

Pamiętać jednak należy o możliwości przyjęcia za przepełniony pęcherzyk innych spraw chorobowych, jak rak wątroby, sprawa przymiotowa, bąblowiec; jak również, że u osobników głodzonych pęcherzyk żółciowy może być powiększony wskutek braku bodźców do opróżnienia zawartości jego. Z drugiej znów strony nie zawsze podczas napadu kolki żółciowej pęcherzyk tworzy guz, wskutek małej rozszerzalności ścian pęcherzyka lub niezupełnego zamknięcia światła przewodu.

Guz retencyjny tworzy się co najmniej na 2 godziny przed wystąpieniem bólów, i u osób często podlegających kolce żółciowej. Przez odpowiednie badanie można przepowiedzieć napad. Po przejściu kamienia do kiszki, guz znika odrazu, czemu niekiedy towarzyszy drobno-pęcherzykowe trzeszczenie.

W rzadkich przypadkach podczas trwania napadu w okolicy pęcherzyka występuje podmuchowy rozkurczowy szmer nacyniowy.

Po silnym i długotrwałym napadzie, za pomocą stetoskopu łatwo stwierdzić można obecność szmeru tarcia otrzewnowego w okolicy pęcherzyka. To ograniczone zapalenie otrzewnej tłumaczy nam, dla czego ból niekiedy pozostaje przez kilka dni po napadzie, zmieniając tylko swój charakter. Niekiedy zapalenie to przez przeponę przechodzi na opłucną. Częściej zaś sprowadza zapalenie kiszki ślepej, do czego jednakże muszą być już warunki usposabiające: zmiany wyrostka robaczkowego, zastój kału i t. p.

Podczas dłuższej trwającego napadu wątroba cała powiększa się znacznie, dolna granica jej opuścić się może na szerokość dwóch palców. Szybko przechodzące zapalenie wątroby z widocznym obrzmieniem tego narządu, bólami, gorączką, żółtaczką lub bez niej, zawsze budzić winno podejrzenie kamieni żółciowych.

Powiększenie i przepełnienie pęcherzyka żółciowego nastąpić może wskutek zatkania przewodu wspólnego przez glisty lub produkty zapalne, lub też ucisk przez guz trzustki. Natomiast nigdy nie występuje obrzmienie pęcherzyka przy kardyalgii lub czysto nerwowej kolce wątrobowej, którą spostrzegano nawet z towarzyszeniem żółtaczki, jako objaw władu mlecza pacierzowego, histeryi, stwardnienia wielogniskowego.

Jeżeli po wielu napadach przypuszczalnej kolki żółciowej nie znaleziono kamieni żółciowych w wypróżnieniach, nie stwierdzono szmeru tarcia w miejscu pęcherzyka żółciowego, wreszcie podczas samego napadu nie wyczuwano powiększenia pęcherzyka, z niejaką pewnością można wyłączyć kamicę żółciową i z wielkiem prawdopodobieństwem za przyczynę napadów uważać nerwową kolkę wątrobową.

(*Deut. med. Woch.* 40—1892). Wł. Zawadzki.

163. ROTHMANN. **Przyczynek do patologii błoniastego nieżytu kiszki (*Enteritis membranacea*).** Pod nazwą tą opisywano w literaturze przypadki, polegające na silnych bólach brzucha i wydalaniu mas błoniastych ze stolcami. Choroba ta najczęściej dotyka kobiet i zdaje się być następstwem przewlekłego zaparcia stolca. Błony wydzielają się wraz ze stolcami, nie pokrywając ostatnich, lecz wychodząc oddzielnie; tworzą one bądź cylindry, bądź pasma. Badanie drobnowidzowe wykazuje istotę szklistą lub prążkowaną z mniej lub więcej znaczną ilością komórek

nabłonkowych, obok tego kryształły cholestearyny i trypelfosforanów. Pod względem chemicznym błony składają się z mucyny, połączonej z jakimś ciałem białkowym. Co do istoty choroby zdania są podzielone. LEYDEN przyjmuje zapalenie krupowe, czemu przeczy NOTHNAGEL. Badania zwłok nie dostarczyły dotąd pewnych danych.

W jednym przypadku raka kości czaszkowych, spostrzeganym przez autora, znaleziono przy sekcji w kiskach co następuje: w okrężnicy poprzecznej i zstępującej błona śluzowa była nastrożona i ułożona w marszczki, pomiędzy którymi leżały białawe odlewy na wolnej powierzchni kiszki, nie zawierające wcale kału. Błony, pokrywające powierzchnię zgięcia esowatego i odbytnicy, dawały się łatwo zdejmować bez naruszenia całości kiszki.

Odpowiednie szczegółowe badania błon i kiszek wykazały: 1) że *enteritis membranacea* stanowi chorobę kiszki grubej (okrężnicy); 2) że choroba ta polega na wzmożonym wydzielaniu komórek kielichowych (*Becherzellen*), zawartych w zagłębieniach gruczołów. Wzmożone wydzielanie ich następuje zapewne skutkiem zastojów zawartości w gruczołach, uwarunkowanego zaparciem stolców; 3) obok tego istnieje lekki zapalny stan błony śluzowej kiszki; 4) wydalone błony składają się ze śluzu.

(*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 23. Z. 3 i 4). P.

164. M. PERLES. **Spostrzeżenia nad niedokrwistością złośliwą.** Opisywano już wielokrotnie rozmaite twory, spotykane we krwi chorych na niedokrwistość złośliwą. KLEBS widział „monady“, kuliste twory z wyraźnymi migawkami, FRANKEN-HAEUSER opisał postać włoskowca (*leptothrix*); podobne spostrzeżenie uczynił PETRO-NE. BERNHEIM znalazł krótkie pałeczki, HEUROT mikrokoki i t. d. Wreszcie BROWICZ spostrzegał wyraźny ruch pojkiolocytów, który uważa za ruch drobin-kowy. PERLES badał krew trzech chorych na niedokrwistość złośliwą, i rezultat tych badań był inny, niż u poprzednich badaczy. P. badając krew w wiszących kroplach, znalazł we wszystkich trzech przypadkach jednakowe zupełnie, a dotąd we krwi nie spotykane twory. Są to błonki podłużne, eliptyczne, bardzo cienkie i wąskie, gnące się, bezbarwne i mocno przełamujące światło, które zależnie od chwilowego położenia rozmaicie się przedstawiają. Stojąc na boku, przedstawiają się one jako twory prawie linijne, a przeszło 3 μ długie, mniej niż 1 μ szerokie. Rozmaitość ich wyglądu pod mikroskopem polega głównie na całkowitej lub częściowej zmianie miejsca. Szczególną skłonność mają te ciała do zginania się pod kątem, po czem następuje nieraz raptowny powrót do wydłużonego położenia. Trwanie ruchów jest niejednostajne, z przerwami, w których ciała te są w zupełnym spokoju. Wogóle jednak ruch ich jest tak szybki, że trudno pochwycić okiem ich postać. Nieraz w ciągu paru minut przechodzą one przez całe pole mikroskopowe, zanim kropla krwi skrzepnie. Po skrzepnięciu ruch jest jeszcze jakiś czas widoczny, ale bez zmiany miejsca. Nieraz, gdy ciało takie zbliża się do ciała krwi i jeszcze jest od niego o kilka μ odległe, ciało krwi usuwa się, jakby pochnięte, co dawałoby podejrzenie istnienia migawek.

Ani barwienie ani hodowla tych ciałek nie udało się. Autor uznaje ciała te za twory żyjące, najprawdopodobniej do rzędu *protozoa* należące. W przypadkach wtórnej niedokrwistości nigdy ich nie spostrzegał i dla tego uważa je za objaw charakterystyczny dla takiej niedokrwistości, jaką BIERMER nazywa „niedokrwistością złośliwą postępującą“, a EICHHORST i inni „esencyalną“.

(*Berliner klin. Wochenschr.* N-r 40. 1893),

B. R. G.

50-cioletni jubileusz doktoratu Virchowa

w dniu 21 października 1893 r.

W ubiegłym tygodniu przedowszystkiem w Niemczech, a również i po części w innych krajach, święcono 50-cioletni jubileusz doktoratu VIRCHOW'a. Z uwagi, iż przed dwoma laty, zatem tak niedawno, cały prawie świat wziął udział w uczczeniu naukowych zasług VIRCHOW'a z powodu 70-cj rocznicy jego urodzin, obecna uroczystość z natury rzeczy nie mogła przybrać takich jak poprzednia rozmiarów. Już na pierwszym jubileuszu mnóstwo uczonych wzięło sobie za zadanie przedstawienie działalności tego olbrzymia pracy na polu naukowem, a i nasza literatura posiada w tym

względnie piękne studium, skreślone kompetentnym piórem prof. E. PRZEWOSKIEGO¹⁾. To więc, co by się teraz o VIRCHOW'ie powiedzieć dało, stanowiłoby przeważnie powtórzenie tego, co już wygłoszonym zostało; a lubo ostatnio dwa lata nie przeszły jubilatowi bezczynnie, gdyż pracuje on z dawnym zapałem i wzbogaca naukę bezustannie, to jednak, to co już zrobił, stanowi taką kopalnię zasług, że zarejestrowanie prac nowych już sławy jego nie zwiększy. Byłoby atoli dowodem conajmniej indyferentyzmu względem tego wielkiego badacza, jeśli nie gorzej, gdyby kronika nie zaznaczyła na swych kartach dzisiejszego Jego jubileuszu. To też redakcja Berlińskiego klinicznego Tygodnika postąpiła w sposób godny uznania, wydając z tego powodu numer extra, nazwany: „VIRCHOW—Nummer“, a w którego napisaniu wzięły udział pierwszorzędne naukowe siły świata przyrodniczo-lekarskiego w Niemczech. Numer ten, poświęcony rozbirowi naukowej działalności VIRCHOW'a, poprzedzony jest odczwą redakcyi zatytułowaną: „Rudolf VIRCHOW, Jego działalność dla Medycyny, Higieny i Antropologii“.

Po przedmowie idzie szereg prac, które rozpoczyna RINDFLEISCH artykułem: „Patologia ogólna i anatomia patologiczna“; WALDEYER napisał studium zatytułowane: „Anatomia ogólna i opisowa, Embryologia i Zoologia“; HUEPPE: „Medycyna publiczna i Epidemiologia“; P. LANGERHANS: „Higiena praktyczna w usługach miasta Berlina“.

O zasługach VIRCHOW'a na polu Antropologii, Etnologii i dziejów pierwotnych napisali członkowie Berlińskiego Towarzystwa Antropologicznego, przytoczywszy całe setki tytułów przemówień jubilata na różnych posiedzeniach, na których zdawał on sprawę ze swych jaknajróżnorodniejszych poszukiwań. Wykaz ten poprostu zdumiewa ogromem materiału przez VIRCHOW'a opracowanego. Nareszcie, szóste studium napisane przez B. FRAENKL'a, ma za przedmiot skreślenie działalności VIRCHOW'a w różnych towarzystwach lekarskich, który swym udziałem w rzeczonych Towarzystwach nie mało się przyczynił do podniesienia ich naukowego stanowiska. Chociaż, jak już wspomnieliśmy wyżej, posiadamy cenną w naszej literaturze pracę o VIRCHOW'ie, to jednak zaleciłibyśmy jako jej uzupełnienie odczytanie N-ru 43-go a. Berl. Klin. Wchft. z r. b., gdyż historia działalności VIRCHOW'a jest poniekąd historią rozwoju nauk lekarskich, a w niemałej części i przyrodniczych, w ostatnim pół wieku.

O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc wrzesień r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 25 (m. 15, k. 10) i przybyło we wrześniu 70 (m. 30, k. 40); wypisało się 59 (m. 33, k. 26); zmarło 12 (m. 2, k. 10).

Ogólna liczba chorych była prawie taka sama, jak w zeszłym miesiącu, najliczniejszą zaś rubrykę i w tym miesiącu stanowiły w dalszym ciągu: ospa i biegunka krwawa, a następnie coraz częstsze przypadki cholery azjatyckiej.

Chorych o s p o w y c h mieliśmy 13 (m. 3, k. 10), t. j. tyle co w zeszłym miesiącu. Pochodzili oni z następujących ulic i domów: Ogrodowa 26, Wronia 15, Krzywe Koło 28 i 10, Prosta 50 i 38, Nowomiejska 18, Marszałkowska 97 i 149, Wolska 9, Wola 2 i wieś Ochota. Zmarły na ospę 2 chore, obie nieszczepione.

Drugie co do liczby chorych miejsce zajmuje jeszcze biegunka krwawa, przypadków 11 (m. 6, k. 5). Zeszła ona w tym miesiącu na drugi plan i jest prawie 3 razy mniejsza, aniżeli w zeszłym. A i te przypadki odnoszą się przeważnie do pierwszej połowy miesiąca, w drugiej bowiem były już bardzo rzadkie i znacznie lżejsze. Jeden przypadek zakończył się śmiercią.

Najwybitniejszym jednak faktem ubiegłego miesiąca jest pojawienie się kilku ognisk cholerycznych w najbliższym sąsiedztwie Warszawy, które razem z przypadkiem cholery, zawleczonym z Pułtusza, dostarczyły nam aż 9 przypadków cholery azjatyckiej. Za pierwsze co do czasu ognisko trzeba uważać wieś Wolę, następnie wieś Czyste i Ochotę. Jaką drogą powstała tu epidemia, trudno z całą dokładnością powiedzieć; według wszelkiego prawdopodobieństwa jednak, rozsądnikiem jej był chory Stanisław Żebrowski, przyjezdny z Płońska, który zatrzymawszy się przez noc u siostry swojej na Woli, zachorował na cholere i zmarł w szpitalu zapasowym w dniu 30 sierpnia (s. s.), jak to już w zeszłym sprawozdaniu swoim wspominałem. W tydzień po tym

¹⁾ Działalność naukowa Rudolfa Virchow'a i jej znaczenie dla medycyny. Odczyt kliniczny wyd. przez Gaz. Lek. N-r. 40, rok 1893-ci.

przypadku, dnia 7. IX. przybyli już z Woli: Archip Ewstratow, żebrak, lat 63, który zmarł dnia następnego i 11. IX. Konstancya Piechowska, lat 62, zmarła 16. IX. Oba te przypadki pierwotnie uważaliśmy tylko za podejrzone.

Drugim ogniskiem, nierównie złośliwszem, była wieś Czyste, skąd w ciągu kilku dni, między 22 a 27 września, z jednego tylko domu N. 53 sprowadzono do szpitala aż 5 przypadków cholery (m. 1, k. 4), z których 4 zakończyły się śmiercią. Jedną z tych chorych (Ruszkowska Emilia, lat 10) zaszła już w domu izolacyjnym, we wsi Ochocie, dokąd przeniesiona została wraz z innymi mieszkańcami oficyny domu N. 53 na Czystem. Przypadek ten zakończył się pomyślnie, ale był prawdopodobnie powodem nowego ogniska cholery we wsi Ochocie. Już bowiem 30. IX. przybyła stamtąd cała rodzina Charendow (ojciec i matka z dzieckiem). Ojca i dziecko odesłaliśmy podług przepisu obowiązującego do szpitala starozakonnych, matkę zaś jako ciężko chorą, zatrzymaliśmy w szpitalu zapasowym, który, jako zdrowa, niebawem opuści.

Prócz tych 8 przypadków, powstałych pod bokiem Warszawy, mieliśmy jeden zawleczoney. Tyczy się on chorego, Kameckiego Rocha, który przybył do szpitala dnia 27. IX. z ulicy Żąbkowskiej N. 25 i zmarł 10 października. Według opowiadania chorego, przybył on dzień przedtem z Pułtusza, dokąd wysłany został transportem. W powrotnej drodze, którą odbył pieszo, pił wodę z Narwi. Po przybyciu do Warszawy, zatrzymał się przez noc u siostry na Solcu, a nazajutrz, wypróżniwszy się kilka razy nad brzegiem Wisły wprost Maryensztatu, upadł na ulicy, skąd przewieziono go do cyrkułu a następnie do szpitala ¹⁾.

Wszyscy ci chorzy przybyli do szpitala *in statu algido*. Przebieg choroby u nich był dość gwałtowny. Objawy u wszystkich były prawie podobne. Wypróżnienia podczas pobytu w szpitalu nie zbyt obfite i częste, nie zawsze charakterystyczne, ryżowate. Względnie częstsze i obfitsze były wymioty. Zmiany pośmiertne mniej lub więcej wyraźne i identyczne. Lepkość błon surowicznych spotykano wszędzie, choć nie w jednakowym stopniu. Bakteryologiczne badanie w kilku z tych przypadków dało charakterystyczne kolonie płytkowe.

Co się tyczy innych chorób zakaźnych, to mieliśmy 6 przypadków odrzy u dorosłych (m. 4, k. 2), z przebiegiem dosyć ciężkim i z jednym nawet śmiertelnym.

Tyfus wysypkowy w dalszym ciągu nie pojawia się, a 3 przypadki, jakie zanotowaliśmy (Pawia 12, Hrubieszowska 4 i wieś Zegrze) były zupełnie nietypowe.

Tyfusu brzuszego również mieliśmy 3 przypadki (Elektoralna 10, Żelazna 45 i wieś Korolino).

Prócz tego mieliśmy po 3 przypadki róży i błonicy gardła, z których jeden śmiertelny; po 2 przypadki szkarlatyny (Franciszkańska 26, Nowolipie 80) u dorosłych, zapalenia płuc włóknikowego i gruźlicy i jeden przypadek cholery swojskiej.

J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= POPPERT w Giessen spostrzegł u 11-letniej dziewczynki niedrożność jelit, spowodowaną gruźliczem zapaleniem otrzewnej. Dokonano laparotomii i znaleziono, że wskutek licznych zlepów pętlice kiszki były tak związane ze sobą, że nie pozostawało nic innego, jak utworzyć sztuczny odbył. Gruźlicza natura cierpienia udowodniona była za pomocą szczepień. (Munch. med. Woch. 34. 93).

= LEHMANN spostrzegł w berlińskim szpitalu „am Urban“ następujący przypadek gruźlicy łożyska. U zmarłej z powodu gruźlicy prosówkowej kobiety ciężarnej znaleziono w łożysku kilka ognisk, które przy bliższem badaniu okazały się gruźliczemi i zawierającemi laseczniki gruźlicy. Zauważyć należy, że kiszki, otrzewna i macica okazały się zupełnie zdrowymi. (D. med. Woch. 9. 93.).

= M. SIMON radzi podawać podczas zapadu cholerycznego 1 do 3 kropel 1% roztworu nitrogliceryny. S. stosował ten środek podczas

cholery w Singapore w 1882 roku z dobrym wynikiem. (Lancet N. XII).

= NICHOLSON otrzymywał dobre wyniki w przypadkach glistnicy robaczkowatej (*oxyuris vermicularis*), leczonych w następujący sposób: W przeciągu tygodnia co 2-gi dzień chory dostaje santoninę, a prócz tego wprowadza mu się codziennie na noc czopek, składający się z 0,06—0,18 Extr. Quassiae i masła kakaowego, okolicę odbytu zaś smaruje się maścią z kalomelu albo azotanu rtęci. Paznogie dzieci powinny być krótko obcinane, a palce często myte naparem Quassiae, aby zapobiedz przeniesieniu pasorzytów. (Allg. med. C. Ztg. N. 20.).

= EVART, badając moczu na pepton w 21 przypadkach płonicy, przychodzi do następujących wniosków: 1) Przy łagodnie i prawidłowo przebiegającej płonicy pepton w moczu nie występuje. 2) Zjawia się on przy płonicy z powikłaniami i często je poprzedza. 3) Znaczna ilość peptonu w moczu jest niepomysłną oznaką w

¹⁾ Doszła nas w tej chwili wiadomość, iż w Mokotowie i Czerniakowie pojawiła się cholera. (P. R.).

rokowaniu, lub też dowodzi obecności groźnych powikłań. 4) Peptonurya nie ma żadnego związku z białkomoczem. 5) W przypadkach płonicy z ciężkimi powikłaniami lub też z zaburzeniami w trawieniu do peptonuryi przyłącza się indykanurya. E. wykrywał pepton w następujący sposób: do 5 cm. moczu, nie zawierającego białka, dodawał 10 kropel kwasu octowego i następującego odczynnika: Hydrarg bichlorati 1,0. Kali jodati 3,0. Aq. destill. 60,0. W obecności peptonu powstaje biały osad, nierozpuszczający się po dodaniu absolutnego wysoku. (Gaz. med. de Paris Nr. 8. 1893).

— BOAS z Berlina, badając zawartość żołądka na kwas mleczny za pomocą swej własnej metody (D. med. Woch. 1893. N. 39), przyszedł do następujących wniosków: 1) U ludzi zdrowych, normalnie po przyjęciu pokarmu mącznego, od początku do końca trawienia żołądkowego w zawartości żołądka kwasu mlecznego nie ma. 2) U chorych z atonią żołądka, chronicznym nieżytem żołądka, z bliznowatą a więc nierakowatą zwężeniem odźwiernika, kwasu mlecznego nie ma; wyjątkowo tylko można wykryć nieznaczne ślady. 3) Przy raku żołądka z małymi wyjątkami ma miejsce obfite tworzenie się kwasu mlecznego. Kilkakrotne stwierdzenie obecności tegoż, nawet bez wyczuwalnego guza, z niejaką pewnością przemawia za rakiem żołądka, jakkolwiek brak kwasu mlecznego nie wyłącza jeszcze stanowczo raka.

— Na posiedzeniu akademii lekarskiej w Paryżu LABORDE zalecił rytmiczne pociąganie języka, jako środka, przywracającego do życia ludzi, znajdujących się w stanie pozornej śmierci skutkiem rozmaitych przyczyn. Dotychczas bądź u ludzi, bądź u zwierząt, sposób ten okazał się skutecznym w następujących stanach: 1) u topielców, 2) wisielców, 3) w uduszeniu gazami, 4) w otruciu chloroformem i bromem, 5) w asfiksyi kurczowej i tężcowej, 6) u noworodków, 7) w przypadku śmierci pozornej skutkiem ucisku guza na tchawicę, 8) w drgawkach porodowych.

— W ciężkich przypadkach cukrzycy występujący znaczny upadek sił i wychudnienie zależne są od nadmiernego rozpadu białka ustrojowego. W przypadkach więc tych należy choremu podawać obfitość pokarmów takich, które mają własność oszczędzania substancji białkowych ustroju (*eiweisparende Wirkung*). Skute-

czność tłuszczów w tym kierunku dowiedziona została już dawniej i przy cukrzycy. Zbadaniem wpływu innych bezazotowych pokarmów na przemianę materii wogóle i na przebieg moczówki cukrowej w szczególności zajął się LEO (Zeitschr. f. k. Med. B. 22—3) i przyszedł do wniosku, że węglowodany w cukrzycy znakomicie wpływają na zmniejszenie rozpadu białka, skąd wyprowadza ważną wskazówkę terapeutyczną, ażeby węglowodanów nie wyłączać z pożywienia chorego w ciężkich przypadkach cukrzycy. *Wł. Z.*

— Wbrew dotychczas przyjętemu zdaniu, że w ciężkich formach cukrzycy należy chorego trzymać na dyecie ściśle mięsnej, SCHMITZ na zasadzie własnych spostrzeżeń twierdzi, że w wielu ciężkich przypadkach podawanie choremu węglowodanów zmniejsza, białkowa zaś dyeta powiększa cukromocz. Ilość wydzielanego cukru jest wprost zależna od ilości spożytego białka. Przypadki ciężkie moczówki cukrowej różnią się od lekkich tem, że mocz z nocy po większej części zawiera cukier, kiedy z dnia może go nie zawierać nawet po spożyciu węglowodanów, dalej tem, że po odjęciu węglowodanów mocz z nocy nie tylko nie zawiera mniej, lecz przeciwnie więcej cukru. Jeżeli nie dać choremu pokarmów białkowych, zawartość cukru powolnie lecz stale się zmniejsza, gdy w lekkich formach odjęcie węglowodanów taki sam skutek sprawdza. Chorzy, dotknięci ciężką formą cukrzycy, wydzielają w moczu dużo acetonu i kwasu acetooctowego, są wychudli i apatyczni. (Deut. med. Woch. 1893—27). *Wł. Z.*

— Od grudnia 1890 r. do lutego r. b. leczył KAATZER 44 chorych wstrzykiwaniami tuberkuliny. Z tej liczby zmarło 14, przeważnie bardzo ciężko chorych, których według obecnych poglądów nie należałoby wcale poddawać wstrzykiwaniom. W 14 przypadkach otrzymano trwałe wyleczenie, t. j. brak laseczników w płwocinie, konstатовany w 10 przypadkach w przeciągu 1—2 lat, w 4 w przeciągu 3—12 miesięcy. (Zeit. f. Hyg. u. Infec. XIV. 1).

— Przeciwno swędzeniu w pokrzywce i innych chorobach skórnych zaleca BOURDEAUX wcieranie następującej mieszanek: Rp. Aq. calcis. Aq. laurocer. Glycerin. pur. aa 100,0. Po wtarcu pokryć swędzące miejsce cienką warstwą waty. (D. med. Woch. 41. 93).

Odpowiedzi Redakcyi.

D-rowsi I. M. Pierwszy numer „Medycyny” jest całkowicie wyczerpany, dostarczyć go więc Szan. kol. nie możemy. Jest prawdopodobnem, że zmuszeni będziemy N-r ten powtórnie odbić, aby mieć możność sformowania kompletów, których prócz Szan. kol. inni żądają.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава 21 Октября 1893 г.

Друк К. Ковалевского. Крólewska 29