

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka uwag i spostrzeżeń dotyczących cholery w Królestwie Polskiem i w Warszawie w r. 1892—93, podał O. Bujwid. Drugi przyczynek do nauki o zbroczeniach mowy, przez d-ra Władysława Oltuszewskiego. (Dalszy ciąg).—**Kazuistyka.** Przyczynek do kazuistyki późnego przymiotu, podał d-r C. Wroczyński. — Sprawozdanie z prac sekcji chorób skórnych i przymiotowych na VII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, podał D-r Uhma. (Dokończenie). — **Straszczenia i Wyciągi.** 117. Przyczyny i zapobieganie błonicy. 118. Leczenie chirurgiczne opadnięcia pochwy i macicy. 119. Wyjaławianie mleka wobec chorób przewodu pokarmowego u ssawców.— **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 25 września i 2 października r. b — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r O. Bujwid — Quelques rémarques et observations sur le cholera dans le Royaume de Pologne et à Varsovie (18:2—3). 2) D-r W. Oltuszewski — Contributions à la pathologie du langage. 3) D-r C. Wroczyński — Deux cas de la syphilis tardive.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Dr O. Bujwid — Bemerkungen über die Choleraepidemie im Königreich Polen und in Warschau in den Jahren 1892—93. 2) D-r W. Oltuszewski — Zweiter Beitrag zur Pathologie der Sprache. 3) D-r G. Wroczyński — Ein Beitrag zur Casuistik der Lues tarda.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str., 5.

KILKA UWAG I SPOSTRZEŻEŃ DOTYCZĄCYCH CHOLERY

w Królestwie Polskiem i w Warszawie w r. 1892/3.

Podał **O. Bujwid** profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Odczyt miany na Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie.

O ile przed wybuchem epidemii z r. 1892 literatura nasza zaroila się różnemi wydawnictwami większemi i mniejszemi, o tyle następnie zbyt mało spostrzeżeń stało się dobytkiem naszej wiedzy. Spostrzeżenia, dokonane nad cholera przez badaczy zagranicznych, obejmują obecnie znaczną ilość spostrzeżeń, z których niejedno wyjaśnia naturę choroby, gdy tymczasem my stoimy zupełnie na uboczu, tak, jakby sprawa wcale nas nie obchodziła, lub jakgdyby epidemii u nas nie było. Bardzo ważną przysługę w tym względzie mogliby oddać koledzy lekarze z prowincyi, wykazujący sposób przedstawiania się i szerzenia epidemii. Koledzy, po miastach pracujący, mogliby znów postarać się o wykazanie związku pomiędzy objawami klinicznymi, a ilością i jakością znajdujących bakteryi, ich jadowitości i t. p. Cholera w Królestwie Polskiem szerzyła się w różnych miastach i miasteczkach, jak to widzimy w znacznej części z dat urzędowych. Nie będę dotykał statystycznej strony tej kwestyi i postaram się na dziś o wypowiedzenie tych tylko uwag, jakie dotyczą spostrzeżeń osobiście dokonanych, przedewszystkiem badań bakteriologicznych.

Wiadomo już z moich poprzednich komunikatów, w jaki sposób cholera dostała się do Królestwa. Z chorem dzieckiem przybyła ona z Rostowa do Biskupic w Lubelskiem. Etap ten trzydniowy wystarczył do przeniesienia cholery z tak znacznej odległości; a jak widać przytem, żadne ostrożności z przyjętych powszechnie na kolejach co do ustrzeżenia się od przedostania się epidemii, nie byłyby tutaj wcale pomogły. Dziecko miało nieznaczną biegunkę i nic więcej -- zresztą wszystkie osoby, przybyłe wówczas z Rostowa (matka i dwoje dzieci), były i pozostały zdrowe. Już z tego jednego przypadku widać, jakie właściwie zarządzenia byłyby potrzebne zamiast tak trudnej i kosztownej dezynfekcyi na stacyach, która do niczego doprowadzić nie mogła.

Następne szerzenie się epidemii przekonało nas najdowodniej o przenoszeniu się choroby od osób chorych i z miejscowości, gdzie uprzednio była cholera. W większości przypadków łatwo było wykazać ten związek dopiero po dokładnem wybadaniu otoczenia chorych; w innych razach sposób ten do niczego nie doprowadził z powodu utajenia pierwszych przypadków przez ludność.

W niektórych razach można było przypuszczać szerzenie się epidemii przez pośrednictwo wody z rzek i strumieni, — są to wszakże przypadki, w znacznej mniejszości występujące. Zakażeń masowych za pośrednictwem wody, takich, jakie były w Hamburgu — u nas nie było; w Warszawie, nawet na przedmieściu Pradze, gdzie wodociąg czerpie z Wisły wodę niefiltrowaną, zakażenia nie zostawały w związku z używaniem tej wody. Nie wiem, jak teraz stoi ta kwestya; jak słyhać, na Pradze cholera szerzy się dosyć silnie¹⁾. W Warszawie samej cholera się nie rozszerzała i nie rozszerza się ograniczając się na przedmieściach; niemałą przeszkodę szerzeniu się niewątpliwie stawia tutaj woda dobrze filtrowana za pośrednictwem filtrów miejskich.

Wypowiedziałem w tej chwili uwagi ogólne. W szczególności postaram się rozpatrzyć te tylko strony kwestyi, których dotykałem osobiście.

W pierwszym rzędzie zaznaczyć muszę, że podczas całej epidemii można było wyraźny stwierdzić związek pomiędzy zachorowaniem epidemicznem, a obecnością bakteryi, przez Koch'a odkrytych. Odkryłem je w pierwszych preparatach, z Rostowa przywiezionych, znalazłem i w następnych prawie bez wyjątku.

Ze zbadanych 26 wypróżnień z Biskupic, Lublina, Białej, Siedlec, Piotrkowa, Międzyrzecza, Sosnowic, Hrubieszowa, Żelechowa, Węgrowa, Ostrowa, Wyszogrodu, Mławy, Przasnysza, Garwolina i Brześcia, w 28 przypadkach znalazłem bakterye cholery, w 4-ch ich nie było. Z tych w 3-ch były przypadki z podejrzanymi objawami. Dwa dotyczyły żołnierzy, u których sekcyja po śmierci nie wykazała cholery, w jednym u robotnika sekcyja również nie wykazała zmian, dla cholery charakterystycznych, w jednym zaś (Łódź) objawy podejrzone zakończyły się wyzdrowieniem i przypadek sam ani przedtem, ani potem nie zostawał w żadnym związku z epidemią.

Z 20 przypadków, badanych wspólnie z kol. ZIELIŃSKIM w szpitalu na Pradze, nie znaleziono bakteryi cholery w 4-ch przypadkach. Jeden z nich, szkoda, że tylko raz badany po śmierci, miał wszystkie cechy cholery. Drugi wykazał w kale ogromną ilość paciorkowców i zakończył się wyzdrowieniem.

¹⁾ Istotnie natężenie cholery na Pradze było największe; wodociąg na czas epidemii zamknięto. *Red.*

Trzeci i czwarty przypadek dotyczył osób z biegunką, u których nie można było wykazać żadnego związku z epidemicznymi zachorowaniami.

Z tych więc 46 obserwacji można wyprowadzić wniosek, że bakterie cholery są stałym towarzyszem choroby, gdyż nieznanie, mianowicie przy jednorazowym badaniu, może być przypisane błędowi, samej metodzie badania właściwym.

Co do zewnętrznego wyglądu wypróżnień, to te, rzecz można, nie dają żadnych cech pewnych. Przy cholery mieć możemy wszystkie rodzaje wypróżnień, od typowo bezbarwnych w postaci owsianki lub rzadkiej grochówki, do zupełnie normalnie zabarwionych i tylko gęstością się różniących. Wypróżnienia lekko żółtawe, mętne, zdarzają się częściej, niż zupełnie bezbarwne. Niekiedy bywają one krwawo zabarwione. Oddziaływanie wypróżnień stale alkaliczne. Zwrócę uwagę na pewną szczególną właściwość w zachowaniu się ilości chlorków: oto ilość chlorków w typowych wypróżnieniach zwykle wynosi 0,6 – 0,7% czyli przedstawia roztwór fizyologiczny i bliska jest ilościowo 0,1% normalnego mianowanego roztworu, niekiedy z zupełną ścisłością temuż normalnemu roztworowi odpowiada. Nie wiem, czy ta cecha była przez kogobądź zauważona; w literaturze tego nie znalazłem.

Co do jakości bakterii, znajdujących w wypróżnieniach, jeżeli badamy świeże typowe wypróżnienia, to mamy do czynienia z przeważającą znacznie ilością bakterii typowych. *Bacillus coli* istnieje jako domieszka — rzadko spotykamy inne bakterie. Ażeby jednak otrzymać taki wynik, należy badać kał, wydalany do zupełnie czystego, wyjałowionego naczynia. W zwykły sposób zbierany kał zawiera różne obce bakterie, często nawet bakterie wodne, rozrzedzające, które mocno utrudniają badania. W celu przesyłki kału do badania, konieczne należy go zbierać przez oddawanie do płytkiego słoja, wymytego uprzednio i wysuszonego, — zlewać zaś do słoika, uprzednio wymytego kolejno kwasem solnym, wodą przegotowaną i następnie alkoholem. Inaczej badanie jest nieraz w niezwykle sposób utrudnione.

Poszukiwania bakterii w wodzie do picia, tak licznie wykonywane za granicą, u nas niewielu znalazły naśladowców. Z naszej literatury wiemy, iż BERNACKI wykrył w wodzie bakterie cholery — krótką wzmiankę o tem spotykamy w *Gazecie Lekarskiej*. Krótszą jeszcze notatkę spotykamy w *Przegl. Lekarskim* co do znalezienia bakterii cholery w wodzie Wisły. Ani tu jednak, ani tam nie mamy pewności, że były to bakterie cholery, gdyż wobec mianowicie pracy DUNBAR'a wiemy, jak trudno niekiedy oznaczyć granice pomiędzy bakteriami cholery, a innymi wibryonami, znajduwanymi w wodzie.

Ja i ORŁOWSKI znaleźliśmy bakterie, które pomimo podobieństwa cech zewnętrznych, w dalszej obserwacji łatwo od bakterii cholery odróżnione być mogą. W poszukiwaniach dalszych, robionych wielokrotnie w wodach naszych, nie znajdowałem nigdy bakterii choćby tak podobnych, jak *vibrio Berlinensis* albo *Danubicus*. To też z jednej strony możemy najpierw potwierdzić, że znalezienie bakterii cholery w wodzie nie jest łatwe, z drugiej, że po za ustrojem ludzkim wogóle nie spostrzegamy bakterii, podobnych do bakterii cholery, z wyjątkiem *vibrio Metschnikovii*. Te dane upoważniają nas do uważania bakterii, znajdujących w przypadkach klinicznej cholery, za istotnie właściwe bakterie.

Pierwotna niezgodność cech bakterii, znalezionych w epidemii bieżącej, z cechami bakterii, hodowanych w pracowniach, znalazła wyjaśnienie w tej okoliczności, że bakterie cholery pod wpływem hodowania na ośrodkach, przez nas używanych, zmieniają sposób wyrastania i postać zewnętrzną.

Wogóle spostrzegamy kilka typów, a mianowicie:

- 1) Bakterye zgięte, krótkie, grube (hodowla bulionowa w 37°).
- 2) Bakterye zgięte, długie, grube (wypróżnienia świeże).
- 3) Bakterye zgięte, długie, cienkie (hodowla w bulionie i żelatynie po dwóch dniach, hodowla na bieliźnie).
- 4) Bakterye mało zgięte, długie (hodowle na żelatynie przy niskiej ciepłocie).
- 5) Bakterye bardzo długie, nitkowate (hodowle żelatynowe i bulionowe po tygodniu i więcej).
- 6) Bakterye kuliste — są to formy zwyrodniałe przy hodowaniu po miesiącu i więcej, najczęściej na agarze).
- 6) Bakterye w postaci krętych prątków (hodowla bulionowa przy 37° po 2—3 dniach).

Te odmiany spotykamy w zwykłych warunkach. Możliwe są i inne; np. trzymając zawartość kiszki przez 3 dni w ciepłocie 16° C., otrzymałem długie, grube spiryle.

Zaznaczyć należy, że bardzo cienkie, słabo barwiące się spiryle, spotykane niekiedy wspólnie z bakteriami cholery, nie mają z nimi nic wspólnego i znajdowane były przezemnie przy zwykłej bieguncie.

Jakkolwiek te typy tak napozór różnią się od pierwowzoru, to jednak, przyjmując jednostajność czasu i warunków, zawsze mamy formy tak podobne, że je bez trudności od innych bakterii odróżnić możemy.

Badanie zatem cholery, jak dotąd, opierać się musi na znajdowaniu właściwych, przez Koch'a znajdowanych bakterii. Znalezienie lub nieznanie przy obecnym stanie naszych wiadomości stanowić musi o nieistnieniu lub istnieniu cholery w danym przypadku. W razie nieznanie bakterii cholery nie mamy jednak zupełnej pewności, że w danym razie nie z cholera mamy do czynienia, i badanie należy powtórzyć.

Z ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY.

DRUGI PRZYZYNEK DO NAUKI O ZBOCZENIACH MOWY,

przez d-ra Władysława Ołtuszewskiego.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 40).

Przechodzę obecnie do zdania sprawy z materiału, jakim w bieżącym roku rozporządzałem. Wogóle spostrzegałem 26 przypadków afazji, z których 23 u dzieci, a 3 u dorosłych (N-r 2, N-r 6, N-r 16). Z 23-ch przypadków u dzieci, 11 należało do afazji czynnościowej, 6 do mowy opóźnionej, w 5-u dała się wykazać mniej więcej organiczna przyczyna, wreszcie jeden u idioty. Jeden przypadek z mową opóźnioną był operowany z powodu wyrosła adenoidalnych, wynik jednak zabiegu tego dotychczas niewiadomy. W etyologii afazji czynnościowej można było wykazać przyczynę w 8-iu przypadkach, mianowicie: lenistwo do mowy w czterech (N-r 1, N-r 12, N-r 20, N-r 22), osłabienie pamięci w jednym (N-r 23), wyrosłe adenoidalne w trzech (N-r 3,

N-r 13, N-r 24). Jeden z ostatnich przypadków był operowany, wynik jednak leczniczy dotychczasowo niewiadomy. Co do afazji organicznej, to ponieważ dzieci najczęściej przyprowadzane były nie przez rodziców, dokładne więc wywiady były prawie niemożliwe (odnotowano w trzech przypadkach niemotę po upadnięciu, a w dwóch gorączkę tyfusową i szkarlatynę).

Poniżej podaję wszystkie trzy przypadki niemoty u dorosłych.

Spostrzeżenie I S. A. 80 lat liczący. Chorego tego widziałem pierwszy raz 25. IV. 1894 r., a spostrzeżenie to zawdzięczam uprzejmości kol. DUNINA, od którego dowiedziałem się, co następuje: Chory poprzednio cierpiał na niedomogę serca z obrzękami. Stan jego poprawił się. Przed trzema tygodniami nagle obudził się prawie zupełnie nieprzytomny i mówiący bez żadnego związku. Nieprzytomność ta trwała podobno przez cały tydzień. Stan obecny znalazłem następujący: Chory dobrego wzrostu i budowy, przytomność umysłu zachowana. Mowy prawie że nierozumie, jak również pisma, z wyjątkiem cyfr. Samodzielna mowa parafatyczna, zaledwie parę wyrazów używa samodzielnie we właściwy sposób, np. mleko. Poprzednio podobno mówił dosyć dużo, obecnie niezmiernie mało. Jeśli mu zacząć pacierz, modlitwę Pańską, lub dnie tygodnia, to mówi zupełnie płynnie. Powtarzanie słów prawidłowe. Czyta względnie dobrze, jedynie przekręca tylko niektóre głoski (głoskowa paraleksja). Liczby czyta dobrze. Pismo samodzielne bez związku i sensu (paragrafia) z wyjątkiem nazwiska, które chory podpisuje dobrze. Za dyktandem pisze nieźle, przekręca jednak litery (głoskowa paragrafia). Kopiowanie prawidłowe. Chory ten zmarł w maju 1894 r.

Niemota ta, wywołana zapewne zakrzepem, przedstawia klasyczny obraz tego, co WERNICKE opisał pod nazwą transkortykalnej czuciowej afazji, co FREUD odnosi do klasy słowno-asymbolicznej afazji, a co wreszcie GOLDSCHIEDER umieścił pod rubryką przerw dróg asocjacyjnych od ośrodka słuchowego we wszystkich kierunkach z wyjątkiem do ośrodka ruchowego i wzrokowego, to jest do zakłóceń pomiędzy słowem, a pojęciem, z wyjątkiem tych tylko pojęć, których komponenty są optyczne.

Kwalifikując omówiony przypadek do zajęcia ośrodka słuchowego, winniśmy jeszcze wyjaśnić: 1) dlaczego chory rozumiał cyfry; 2) dlaczego pacierz mówił dobrze; 3) z jakiego powodu nazwisko swoje podpisał prawidłowo; wreszcie 4) jak objaśnić głoskową paraleksję i paragrafię? Cyfry chory rozumiał z tego powodu, że, jak już o tem wiemy, zachowują się one jak przedmioty, które chory rozpoznawał. Odmawianie pacierza z zachowaniem związku prawidłowego słów oraz podpisywanie swego nazwiska wyjaśniamy sobie w ten sposób, że słowa, wymawiane zazwyczaj w związku lub też często powtarzane, ewentualnie pisane, daleko trudniej ulegają dysocjacji. Wreszcie głoskowa paraleksja i paragrafia zależała od zaburzeń pamięci, polegającej na zakłóceniu asocjacji pomiędzy sferą optyczną i akustyczną.

Spostrzeżenie II. Tomka P., 20 lat licząca. W 15-ym roku przebywała gorączkę tyfusową, trwającą pół roku, poczem straciła mowę samodzielną oraz rozumienie jej. Kolega GURANOWSKI znalazł u niej *otitis media chronica* obok zachowanego słuchu na dźwięki. Przypadek ten, zdaje się, zaliczywszy można do czuciowej afazji, jest jednak nie bardzo ścisły z powodu tego, że chora nie umiała ani pisać, ani czytać, a widziałem ją tylko przez bardzo krótki czas.

Spostrzeżenie III. Edward B., 28 lat liczący, syn włościanina. Mając rok, spadł ze schodów i uderzył się w okolicę ucha prawego, przyczem

podobno za prawem uchem zrobił się wrzód. Od tego czasu samodzielnie nie mógł mówić, a dopiero od 10-u lat mówi z trudnością rozumie. *Otitis media chronica*. Słuch zachowany. Czytać ani pisać nie umie; kopiuje dobrze. Chory bardzo mało rozwinięty pod względem umysłowym. Przypadek ten, który zaliczam do afazy ruchowej, jest jedyny w bieżącym roku, gdzie miałem sposobność zastosować zabiegi lecznicze. Przez miesiąc czasu chory nauczył się wymawiania wszystkich głosek oraz łatwiejszych wyrazów; z powodu jednak śmierci ojca przerwał leczenie i wyjechał z Warszawy.

Bełkotanie, jak wiadomo, dzielimy na ośrodkowe i obwodowe. Ponieważ nie spotykaliśmy się z przypadkami bełkotania ośrodkowego, organicznego pochodzenia, uwzględnimy więc tylko czynnościowe. Polega ono na tem, że dźwięki prawidłowe lub zmienione dziecko układa w zupełnie niezrozumiałe wyrazy. Obwodowe bełkotanie dzieli się także na organiczne, zależne od grubych zmian w narządzie artykulacji (nieprawidłowa budowa szczęk, braki podniebienia twardego i miękkiego i t. d.), i czynnościowe, uwarunkowane brakiem wprawy narządów artykulacyjnych do przyjmowania właściwego im położenia dla wytwarzania dźwięków. Przypadki mechanicznego bełkotania, o ile one nie zależą od braków podniebienia twardego, zazwyczaj łączymy z bełkotaniem czynnościowym obwodowym, zależne zaś od tych wad zamieszczamy pod rubryką mowy nosowej. Zarówno bełkotanie obwodowe, jeżeli dotyczy wielu dźwięków, jak i ośrodkowe, mogą uczynić mowę zupełnie niezrozumiałą. Podział bełkotania na ośrodkowe i obwodowe, jaknajślusniejszy w zasadzie, rzadko spotykamy w praktyce, gdzie zwykle jedna sprawa łączy się z drugą. Z tego też względu można jeszcze podzielić bełkotanie na ogólne, jeżeli mowa staje się zupełnie niezrozumiała dla otoczenia, i częściowe, jeżeli dotyczy jednego lub kilku dźwięków, a więc mowa jedynie tylko zanieczyszczona, zresztą zupełnie zrozumiała.

Najważniejszym momentem etyologicznym ośrodkowego czynnościowego bełkotania jest, jak już o tem mówiliśmy, osłabienie pamięci i uwagi. Wspominaliśmy również, jaką rolę przy tej wadzie odgrywają wyrośnięte adenoidalne.

Bełkotanie obwodowe czynnościowe bierze swój początek już w warunkach fizjologicznych, to jest przy formowaniu się mowy, gdzie dzieci zamieniają trudniejsze dźwięki na łatwiejsze, opuszczają, przestawiają je i t. d. Najważniejszym momentem etyologicznym tej wady jest zły wzór mowy, niezwracanie uwagi na złą mowę dzieci, przytępienie słuchu, wreszcie ustępująca afaza czynnościowa (opóźnione bełkotanie fizjologiczne).

Jak to powyżej zaznaczono, spostrzegłem 24 przypadki bełkotania. Jeżeli do tego dodamy 7 przypadków, które wykładały jękanie (N-r 15, N-r 17, N-r 49, N-r 62, N-r 74, N-r 82, N-r 88), to razem mieliśmy 31 przypadków. Bełkotanie to łączyło się z mową nosową w czterech przypadkach (N-r 3, N-r 6, N-r 22, N-r 88). Z pomiędzy tych 31 przypadków było: 17 mężczyzn, 14 kobiet. Na ośrodkowe bełkotanie przypadało 3, reszta, to jest 28, na obwodowe. Pomiędzy przyczynami, od których zależne było bełkotanie obwodowe, największą rubrykę, gdyż aż 17, stanowiły przypadki niewiedomego pochodzenia; 6 po ustępującej afazji; 3 wskutek organicznych przyczyn (nieprawidłowe luki między zębami); nareszcie dwa z powodu złego słuchu.

Ośrodkowe czynnościowe bełkotanie dotyczyło następujących trzech spostrzeżeń.

Józef Ł., 11 lat liczący, pochodzi z rodziny, składającej się z czworga dzieci, prawidłowo mówiących. W dzieciństwie przebywał angielską chorobę, czego ślady na kośćcu, w szczególności na głowie, pozostały dotychczasowo. Zaczął mówić w 4-ym roku, a chodzić dopiero w 7-ym. Mowa od samego początku była niezrozumiała. Od lat 7-ich ma wyciek ropny z obu uszów (*otitis chronica*), słyszy jednak stosunkowo dosyć dobrze. Przed dwoma laty i przed rokiem miał kilkakrotne drgawki. Błady, źle odżywiony. Na pierwszy rzut oka uderza głowa nieforemna, dużych rozmiarów. Przy zamknięciu ust widać dużą lukę pomiędzy nieschodzącymi się ku przodowi szczękami, co zależy od mocno wysuniętej szczęki dolnej ku przodowi. W jamie ustnej brak obustronny zębów bocznych. W jamie nosogardzielowej nie znalazłem wyrostki. Mowa samodzielna dziecka zupełnie niezrozumiała. W przypadku tym bełkotanie obwodowe polegało na braku głosek *f*, *w* i zamianie głosek *s* i od niej pochodnych przez *t*, oraz opuszczaniu wielu dźwięków; bełkotanie zaś ośrodkowe zależało od niewłaściwego układania pozostałych głosek, oddzielnie wymawianych prawidłowo, w najdziwniejsze wyrazy. Niewłaściwe układanie sylab w wyrazy miało już miejsce przy powtarzaniu wyrazów i zdań, najwyższego jednak stopnia osiągało przy samodzielnej mowie, gdzie wyrazy zostawały najzupełniej niepodobnione. Tak np. *pta* miało oznaczać barszcz, *alita* — kalendarz, *au* — kupił i t. d. Malec ten leczył się miesiąc, przez ten czas nauczył się prawidłowego wymawiania wszystkich dźwięków i zaczął układać je w wyrazy. Pomyślnie zapowiadający się przebieg leczenia samowolnie przerwał. W parę miesięcy miałem sposobność widzieć go i rozmawiać z nim. Na pytania odpowiadał prawie zupełnie zrozumiałą mową, że chodzi do szkoły. Małego pacjenta przedstawiłem w Tow. Lek. 7. II. 94 r.

Jarosław B., 6 lat. W rodzinie troje dzieci prawidłowo mówiących. Zaczął chodzić przed drugim rokiem, mówić w 3-im r., od razu niewyraźnie. Głowa nieforemna. Pomimo to, że dziecko powtarza głoski prawidłowo, samodzielna mowa jego jest niezrozumiała. W mniejszym stopniu dotyczy to powtarzania wyrazów i zdań. W przypadku tym obok ośrodkowego mieliśmy i obwodowe bełkotanie, polegające na opuszczaniu głosek, np. zamiast puls — *pul*, klucz — *kucz*, i zamianie głosek, np. zamiast gałgan — *dałdan*, lub *gałdan*, flaga — *jlada*.

S., lat 21. W rodzinie troje dzieci zdrowych. Matka, będąc w ciąży, przebywała jakąś gorączkową chorobę. Urodził się wątły, z głową nieforemną i zwężoną w poprzecznym wymiarze. Zaczął chodzić, mając 1 1/2 roku, a mówić po roku, ale niezrozumiale. Od 7-go roku mówi więcej, ale również mało zrozumiale. Inteligencja upośledzona, znaczna niechęć do mowy. Mowa samodzielna niezrozumiała, oddzielne wyrazy i zdania powtarza stosunkowo lepiej. Mieliśmy tu również obok ośrodkowego bełkotania i obwodowe, dotyczące zamieniania dźwięków etc. oraz złego wymawiania głosek *r* (zamiast *r*—*l*) i głosek pochodnych od *s* (zamiast *cz*—*c*, zamiast *dz*—*dź*, zamiast *ż*—*z*).

Spostrzeżenia bełkotania obwodowego grupujemy w następujące kategorie:

a) *Sigmatismus* (nieprawidłowe wymawiane głoski *s* i od niej pochodnych) dwa przypadki.

b) *Sigmatismus lambdoides*, *rhotacismus* (wadliwe wymawianie głosek *r*) i *lambdacismus* (niewyraźne wymawianie *l*) jeden przypadek.

c) *Parasigmatismus* (zastępowanie *s* lub od niej pochodnych innym dźwiękiem) dwa przypadki. W jednym z nich było oprócz tego czasami zastępowanie głosek *w* przez *b* i głosek *z* przez *j* lub *d*.

- d) *Sigmatismus* i *parasigmatismus* 11 przypadków.
- e) *Parasigmatismus* i *rhotacismus*, *parasigmatismus*, *rhotacismus* i *gamacismus* (zastępowanie głosek *g* i *k* przez *ch*), *parasigmatismus* i *paragamacismus* (zamiast *k* — *t*, zamiast *g* — *d*) dwa przypadki, *parasigmatismus* i *rhotacismus*, *parasigmatismus* i *lambdacismus* razem 6 przypadków.
- f) *Rhotacismus* dwa przypadki.
- g) *Lambdacismus* jeden przypadek.
- h) *Lambdacismus* i *rhotacismus* jeden przypadek.
- i) *Lambdacismus* i *pararhotacismus* (zamiast *r* — *l*)
- k) *Paralambdacismus* (zamiast *l* — *n*), *rhotacismus* i *paragamacismus* jeden przypadek.

Na szczególną uwagę zasługuje dość rzadko występujące *sigmatismus lambdoides*, polegające na tem, że przy wymawianiu głoski *s* język układa się tak, jak dla wytwarzania głoski *l*. Wadę tę spostrzegaliśmy w dwóch przypadkach.

Belkotanie w piśmie spostrzegaliśmy w 3-ch przypadkach, a mianowicie: przy obwodowym belkotaniu (zamiast papuga — *pabuga*, zamiast Tadeuszek — *Kateuszek*, zamiast gagatek — *kagadek*), przy ogólnem belkotaniu i przy mowie nosowej łącznie z belkotaniem przy czytaniu.

Z podanej wyżej liczby 31 przypadków leczyło się 8 osób (z tych siedm wskutek belkotania obwodowego) — wszyscy z wynikiem dodatnim.

Mowę nosową, jak wiadomo, rozdzielamy na *rhinolalia aperta*, gdzie brakuje rozgraniczenia jamy ustnej od jamy nosogardzielowej, i *rhinolalia clausa* przy zatkanie jamy nosogardzielowej lub nosowej. Pierwsza, jak już o tem wspominaliśmy, powinna być zaliczona do belkotania, gdyż oprócz nosowego dźwięku, wskutek rozdziału powietrza wydychanego na dwie drogi, głoski, wymagające rozgraniczenia jamy nosogardzielowej od jamy ustnej, tracą mniej więcej na swej wyrazistości, a nawet, jak przy defektach, niektóre z nich nie mogą być prawidłowo wytworzone. Pomieściliśmy ją pod rubryką mowy nosowej z powodu więcej skomplikowanej etyologii i leczenia. Do przyczyn *rhinolaliae apertae* zaliczamy: defekty podniebienia twardego, porażenie podniebienia miękkiego po przebytej błonicy, wskutek powiększenia migdałków, wyrosli adenoidalnych, jak również wszelkiego rodzaju długotrwałego zwężenia przewodów nosowych, nawet po usunięciu przyczyny ją wywołującej, na koniec ustępującą afazję czynnościową, co kilka razy w bieżącym roku miałem sposobność spostrzegać. Przyczyną *rhinolaliae clausae* bywają: polipy nosa, obrzmienia muszle nosowych i t. d. Z powyższego widzimy, że *rhinolalia aperta* może być czynnościowa lub organiczna, gdy *rhinolalia clausa* zawsze jest organiczna. Dla lekarza, zajmującego się zboczeniami mowy, ważne są w szczególności przypadki, należące do pierwszej kategorii; do drugiej zaś o tyle, o ile, pomimo usunięcia przeszkód na drodze chirurgicznej w jamie ustnej, nosogardzielowej lub nosowej, oddźwięk nosowy utrzymuje się, gdzie więc przyczyna zależy od mniej lub więcej niedokładnego zamknięcia podniebienia miękkiego. Celem właśnie naszych zabiegów leczniczych w tych ostatnich razach jest przywrócić dokładne rozgraniczenie obu jam. Do tego celu służy nam odpowiednia gimnastyka podniebienia miękkiego, polegająca na ćwiczeniach głosowych oraz użyciu ręcznego obturatora. Ostatni stosujemy w celu podniesienia i mechanicznego drażnienia podniebienia miękkiego, jak również przyzwyczajenia chorego do wypuszczania powietrza nie nosem, lecz ustami.

W sprawozdaniu zeszłorocznem zwracałem uwagę na świetne wyniki, jakie otrzymują w Niemczech przy leczeniu defektów podniebienia twardego i miękkiego przy pomocy operacji i odpowiedniej gimnastyki podniebienia miękkiego łącznie z wyrobieniem brakujących dźwięków, oraz na potrzebę, aby to straszne kalectwo zwróciło na siebie uwagę i naszych chirurgów. Obecnie pragnę zaakcentować przypadki mowy nosowej czynnościowej, bardzo często przytrafiającej się, gdzie pomimo kilkoletniego trwania wady, jedynie przy pomocy gimnastyki podniebienia miękkiego otrzymałem bardzo dobre wyniki.

Jak zaznaczyłem na początku niniejszej pracy, spostrzegalem 7 przypadków mowy nosowej; jeżeli do tego dodamy 3 przypadki przy bełkotaniu, dwa przy jakanii i jeden przy niemocie, to razem mieliśmy 13 przypadków, a mianowicie: 7 mężczyzn i 6 kobiet. Z powyższej liczby 12 należało do *rhinolalia aperta*, z których 11 było czynnościowych, a jeden organiczny, trzynasty zaś należał do *rhinolalia clausa* i odnotowałem go jedynie między innymi jako ciekawszy. Polegał on mianowicie na polipie śluzowym, wypełniającym jamę nosogardzielową u młodej 18-letniej panny, po usunięciu którego mowa nosowa ustąpiła.

Jako moment etyologiczny w 12-tu przypadkach, należących do *rhinolalia aperta*, zanotowałem 7 po ustępującej afazji, przyczyny niewiadomej 4, przypadek zaś organicznego pochodzenia zależny był od defektu wrodzonego podniebienia twardego i miękkiego. Poniżej podaję dwa przypadki wyleczonej mowy nosowej czynnościowej.

Anastazyja B., lat 21 licząca. Zaczęła mówić bełkotliwie i z odcieniem nosowym w 5-tym roku. Bełkotanie to powoli zmniejszało się, mowa jednak nosowa w bardzo wysokim stopniu pozostała dotychczas. Występuje ona szczególnie przy samogłoskach i spółgłoskach syczących. W jamie nosogardzielowej oprócz nieznacznego przerostu muszki dolnych, nic godnego uwagi nie znalazłem. Po dwumiesięcznem leczeniu nosowy oddźwięk znikł w zupełności. Chorą tę spostrzegali wspólnie ze mną koledzy GAJKIEWICZ i JASIŃSKI, którzy ją do mnie skierowali.

Drugi przypadek dotyczył panny Heleny O., 20 lat liczącej, skierowanej do mnie przez kolegów HERYNGA i HEINRICHA. W rodzinie czworo dzieci dobrze mówiących. Podobno wskutek jakiejś traumy nie mówiła do 3-ich lat. Matka w bardzo racjonalny sposób sama uczyła dziecko mówić i powoli w 6-tym roku zaczęło ono bełkotać. Bełkotanie to powoli zmniejszało się, wystąpiła jednak mniej więcej od 11-go roku mowa nosowa silnie wyrażona. W bieżącym roku kolega HERYNG usunął w bardzo niewielkiej ilości istniejące wyroście adenoidalne, wynik jednak tego zabiegu był ujemny. Obecnie jama nosogardzielowa nie przedstawia żadnych zmian, a podniebienie miękkie unosi się do góry dostatecznie. Mowa nosowa dotyczy w szczególności samogłosek i następujących spółgłosek: *ch*, *s*, *sz*, *cz*, *l*, *t*. Po dwumiesięcznem leczeniu nosowy oddźwięk znikł w zupełności. Z mową nosową u chorej tej łączyło się bełkotanie pisma i przy czytaniu, które również ustąpiły.

(D. n.).

KAZUISTYKA.

Przyczynek do kazuistyki późnego przymiotu.

Podał D-r Czesław Wroczyński. (Biała).

Rozpoznanie późnego przymiotu częstokroć jest bardzo trudne. Szczególniej trudne jest wtedy, gdy występuje pod postacią przewlekłego zapalenia pewnego oddzielnego narządu, a ogólnych zmian, właściwych przymiotowi, w całym ustroju nie znajdujemy. Wtedy nawet bardzo wytrawni klinicyści popełniać mogą błędy w rozpoznawaniu. Czasami zmuszeni jesteśmy uciec się do leczenia swoistego i dopiero *ex juvantibus remediis* wnioskować o istocie cierpienia. Pożyteczne więc jest podawanie do wiadomości ogółu lekarzy wszystkich niezwykłych przypadków przymiotu; w ten bowiem sposób można zebrać cały obraz przejawów tej tak powszechnej, a do dziś dnia nieznanej pod względem swej istoty choroby; w ten sposób uchronimy sobie od błędów w rozpoznaniu, a cierpiących od niebezpieczeństwa prowadzenia niewłaściwego leczenia. Jako ilustrację powyższego, przytaczam opis dwóch bardzo ciekawych, a niezmiernie trudnych do rozpoznania przypadków późnego przymiotu.

Przypadek pierwszy. W roku 1890 zgłosił się do mnie pan S., skarżąc się na jakąś przeszkodę w kiszce prostej przy oddawaniu stolca. Przy badaniu znalazłem u niego w kiszce prostej ponad zwieraczem wewnętrznym guz, który w kształcie obrączki zwęzał światło kiszki. Guz był twardy, niebolesny, łączył się bezpośrednio z gruczołem krokowym i wywierał ucisk na cewkę, wskutek czego pęcherz opróżniał się z trudnością. W narządach wewnętrznych zmian nie było żadnych. Pan S. był dobrze zbudowany, miał lat 32, przed 14 laty przechodził przymiot. Po dwukrotnie przeprowadzonej kuracji nawrotów nie było; ożenił się i miał 3 zdrowych dzieci. Sądząc, że mam do czynienia z nawrotem przymiotu, przepisałem choremu jodek potasu. Podczas przyjmowania jodu stan chorego ciągle się pogarszał. Guz się zwiększył i zamknął światło kiszki zupełnie. Chory wychudł, stracił na wadze 18 funtów; wystąpiły objawy neurastenii. Wtedy przyjąwszy, że w danym przypadku podejrzewać należy sprawę nowotworową, a wobec szybkiego chudnięcia prawdopodobnie złośliwą (rakowatą), poleciłem choremu udać się do Warszawy na operację. Z Warszawy chory wrócił z rozpoznaniem—*neoplasma recti malignum, inoperabile*. Wobec stanu bez wyjścia, dla uspokojenia chorego, namówiłem go do przeprowadzenia leczenia rtęcią, które ku wielkiemu memu zdziwieniu wydało bardzo pomyślny wynik, gdyż guz szybko zaczął się zmniejszać, w końcu zginął po 6 tygodniach i pan S. dziś jest zupełnie zdrow. A mogliśmy dokonać niepotrzebnej operacji.

Z tego wynika, że jodek potasu jest środkiem przeciwprzymiotowym niezawsze pownym, i w przypadkach ciężkich a niebezpiecznych lepiej od razu uciec się do wciekań szaruchy.

Jeszcze ciekawszy jest drugi przypadek. W roku 1892 wezwany byłem do pani Ł., która mi oznajmiła, że od 4-ch miesięcy zaczęła uczuwać tępy ból w prawem podżebrzu, a od dwóch miesięcy brzuch jej znacznie się zwiększył, i że lekarze, do których się udawała, skonstatowali u niej puchlinę brzucha. Przy badaniu znalazłem, co następuje: Pani Ł. lat 25, silnej budowy, od 3-ch lat zameężna, raz rodziła przed 2-a laty. W narządach wewnętrznych zmian widocznych żadnych. Brzuch ogromny, około 130 ctm. w obwodzie. Na całej przestrzeni brzucha odgłos opukowy tępy; wyraźne chelbotanie. Mieliśmy więc *ascites*. Skutkiem czego? Gruźlicze zapalenie otrzewnej

trzeba było wykluczyć, wobec braku danych dziedzicznych, braku zmian w narządach oddechowych i znakomitego wyglądu i odżywiania chorej. W narządach rodnych ani guzów, ani zmian zapalnych (które mogą powodować *ascites*) nie było żadnych. Trzeba było podejrzewać cierpienie wątroby. Młody wiek chorej, brak momentów przyczynowych wykluczał zapalenie śródmiąższowe wątroby (*hepatitis interstitialis*). Guza wątroby nie można było wyznaczyć. Dopiero sprawa się wyjaśniła, gdy u dziecka pani Ł. znalazłem objawy dziedzicznego przymiotu (blizny na goleniach, powiększenie gruczołów chłonnych i t. d.). Mąż jej przechodził przymiot przed samem ożenieniem się. Pani Ł. przepisałem kurację merkuryalną, która szybko usunęła przesiek z jamy otrzewnowej (*ascites*), i dziś niema śladu przebytej choroby. Przyczyną więc przesieku były prawdopodobnie gummaty, które uciskały rozgałęzienia żyły wrotnej i powodowały *ascites*.

Sprawozdanie z prac sekeyi chorób skórnych i przymiotowych na VII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Podał D-r Uhma.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 40).

Posiedzenie 25. VII. 94.

K. SZADEK. Wyniki leczenia przymiotu głębokimi wstrzykiwaniami salicylanu i tymolactanu rtęci. Prelegent, stosując głębokie wstrzykiwania śródmięśniowe nierozpuszczalnych związków rtęci, w przeciągu lat 10 wypróbował działanie kalomelu, żółtego tlenku rtęci, karbolanu, będzwinianu, salicylanu i tymolactanu rtęci. Dwa ostatnie najbardziej mu się nadawały. Stosował je według przepisu: Rp. *Hydrarg. salicylici v. thymoloacetici* 1.50. *Mucilaginis gum. arab.* 0.50. *Aqu. destill.* 20.00 po jednej strzykawce gramowej, w odstępach co 3—4 dni, głęboko w mięśnie pośladków — 1516 razy u 168 osobników (159 mężczyzn, 9 kobiet). Po wstrzyknięciu mięsień zlokka okolicę zastrzyknięcia, co miało ułatwiać wchłonięcie i zapobiegać wytwarzaniu się nacieków. Najlepsze wyniki miał w przypadkach świeżego wtórzanego przymiotu, ale i w niektórych przypadkach późnego przymiotu, poprzednio bezskutecznie szaruchą leczonych, dobre otrzymał wyniki. Nacieki rzadko się zdarzały, ropnia nie widział, zajęcia rtęciowo jamy ust były lekkie. W dwu przypadkach uważał po zastrzyknięciu 0.075 salicylanu rtęci wysypkę rumieniową z lekką gorączką. W jednym przypadku spostrzegł w kilka godzin po wstrzyknięciu napad duszności i suchego kaszlu, a badanie wykazało nacioczenie w płucu lewym pod łopatką. Na dalszy przebieg kuracji wpływu to nie wywarło. U dwu ciężarnych stosował to wstrzykiwanie bez szkody dla matek i dzieci. Przypadki śmiertelnego zatrucia przy zastosowaniu głębokich wstrzykiwań nierozpuszczalnych przetworów rtęci odnosi mówca do nadmiernej dawki lub obecności w ważnych narządach ustroju poważnego zwyrodnienia. Zapatrywania swe tak streścił:

Wymieniona metoda leczenia przymiotu przewyższa pod każdym względem sposób leczenia wstrzykiwaniami rozpuszczalnych związków rtęci, albowiem, stosując nierozpuszczalne związki rtęciowe, wprowadza się każdorazowo do ustroju większą dawkę leku, przez co wstrzykiwania rzadziej się powtarzają ku wygodzie tak lekarza, jak i chorego. Rtęć, oswoadzająca się powoli z nierozpuszczalnych związków, pozostaje dłużej w ustroju i większy skutek leczniczy na przymiot wywiera.

Dyskusya była bardzo ożywiona:

ŚWIĄTKIEWICZ używa salicylanu rtęci w zawiesinie z *Paraffinum liquidum* 10%. Stosował ten środek w 80 przypadkach szpitalnych (nie licząc praktyki prywatnej) z dobrym skutkiem; przecięciowa ilość użytych wstrzykiwań 5.5, przecięciowy czas leczenia 39 dni. W 18 przypadkach widział *gingivitis*, 2 razy *ulcerosam*. Z leczonych — 4 były w stanie ciąży; szkodliwego wpływu na ciążę wstrzykiwania nie wywierały. Ból bywał dość znaczny w miejscu wstrzyknięcia, nacieki częste i trwały długo. Ropienia nie widział. Od niedawna robi doświadczenia z wstrzykiwaniem sublimatu spo-

sobem ŁUKASIEWICZA, z tą różnicą, że używa 10% roztworu, a wstrzykuje na raz pół strzykawki. Leczył tak dotąd 29 przypadków—143 wstrzyknięciami. Średnia ilość wstrzykiwań 5. Średni czas leczenia 31 dni.

DEMBIŃSKI godzi się z zapatrywaniem SZADKA. Ze względów ubocznych przekłada głębokie wstrzykiwania nierozpuszczalnych przetworów rtęci nawet nad wcierania, choć wcierania, dobrze robione, poczytuje zawsze za najpewniejszy środek. Jedną tylko bolesność przemawia przeciw wstrzykiwaniom; niekiedy zmusza ona do ich zaniechania. Wstrzykiwania 5 i 10% roztworu sublimatu uważa za niebezpieczne.

PODLEWSKI staje w obronie potępionego przez poprzednich mówców wstrzykiwania 1% roztworu sublimatu podskórnio. Za jego zaletę uważa szybko wydzielanie się rtęci z ustroju, bo wada, w jego rozumieniu rzeczy, jest to, co jako korzyść podnosi poprzedni mówcy, t. j., że po wstrzykiwaniach środków nierozpuszczalnych, rtęć, powoli wchłaniana, dłużej pozostaje w ustroju. Wstrzykiwania sposobem ŁUKASIEWICZA 5% lub, jak chce ŚWIĄTKIEWICZ, 10% roztworu sublimatu, uważa za równoznaczne z wstrzykiwaniami przetworów nierozpuszczalnych, a bolesność przy nich musi być według jego zdania wielka.

UHMA przyznaje, że wstrzykiwania silnych roztworów sublimatu, wywołujące natychmiastowe krzepnięcie białka, są równoznaczne z wstrzykiwaniami przetworów nierozpuszczalnych, i dlatego też obaw kol. DEMBIŃSKIEGO nie podziela. Co do bolesności, to obserwując wspólnie z kol. ŚWIĄTKIEWICZEM, zauważył, że chore, u których sublimat stosowano, mniej się skarżyły na ból i ogólnie lepiej się miały, niż te, u których podawano salicylan rtęci. Z zapatrywaniem kol. PODLEWSKIEGO, jakoby szybko wydzielenie rtęci z ustroju było korzystne, nie zgadza się. To może być uzasadnione w tych tylko przypadkach, gdzie sprawa komplikuje się charłactwem, lecz i tu nie zawsze.

SZADEK za najlepszą zawiesinę uważa wodę z gumą, bo tłuszcze mogą wywołać embolię. Wstrzykiwania stężonych roztworów sublimatu obawiałby się. Szybkiego wydzielania rtęci z ustroju nie uważa za korzystne; powołuje się na lekarzy angielskich, którzy po przeprowadzeniu kuracji podają jeszcze przez długi czas małe dawki rtęci, by ją jak najdłużej w ustroju zatrzymać.

C. UHMA. O wstrzykiwaniu sublimatu sposobem BACCELLI'ego¹⁾. Na podstawie przeprowadzonych doświadczeń na królikach, na sobie i na chorych szpitalnych, stwierdza prelegent, że rzeczywiście można bez szkody dla ustroju stosować polecane przez BACCELLI'ego wstrzykiwania 0.2% roztworu sublimatu wprost do żyły. O działaniu leczniczym tych wstrzykiwań wyraża się mówca, z powodu, że mało ma doświadczeń, ogólnie. W każdym razie wyniki zachęcają do dalszych prób.

WATRASZEWSKI. O stosowaniu mydła kalomelowego przy leczeniu przymiotu²⁾. Autor, przekonawszy się, że nie tylko szarucha, ale i inne nierozpuszczalne związki rtęci, naskórnio użyte, działają sposobem swoistym i, mając na uwadze próby QUINQUAUD'a z nalepianiem plastra kalomelowego w celu leczenia przymiotu, przedsięwziął doświadczenia z wcieraniem kalomelu w zawiesinie mydła. Na jedno wcieranie używał 4—5,00 mydła kalomelowego, które z wodą spienione w przeciągu 15 minut wcierano. Wyniki miał dobre i wyprowadza następujące wnioski:

Mydło kalomelowe daje nam możność przeprowadzenia kuracji w cięższych przypadkach przymiotu w sposób skuteczny, a dla chorych wielce wygodny, pozwalając im zachować w tajemnicy zarówno chorobę jak i leczenie jej. W przypadkach, przedstawiających pewną uporczywość w ustępowaniu objawów, należy wzmacniać działanie swoiste przez równoczesne wprowadzanie rtęci do ustroju inną drogą, a mianowicie: pięć do dziesięciu wstrzykiwań sublimatowych po 0.015—0.020, dokonywanych w kilkudniowych odstępach, łącznie z 25—30 wcieraniami mydła kalomelowego, wystarcza w przybliżeniu do osiągnięcia potrzebnego skutku. W ciężkich przypadkach przymiotu, zwłaszcza przy zajęciu ośrodków nerwowych, jednym słowem tam, gdzie chodzi o szybkie i energiczne działanie rtęci, mydło kalomelowe nie nadaje się do użycia.

DEMBIŃSKI, jako prezes ostatniego posiedzenia, zaznaczył w przemówieniu końcowem liczny stosunkowo współudział kolegów w pracach sekcji, a żegnając kolegów lwowskich, dziękował im za serdeczne przyjęcie.

¹⁾ Drukowane w „Medycynie“ N. 35.

²⁾ WATRASZEWSKI, nie mogąc osobiście stawić się na zjeździe, przesłał swą pracę na ręce UHMY, a sekcja do wiadomości ją przyjęła.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

117. Przyczyny i zapobieganie błonicy. (Z kongresu w Peszcie). LOEFFLER (przewodniczący komisji niemieckiej) wypowiedział twierdzenia następujące: 1) Przyczyną błonicy jest lasecznik błonicowy; obecnie niema już wątpliwości co do jego znaczenia i dlatego nazwą błonicy należy określać li tylko choroby, wywołane przez tego pasorzyta. 2) Zdarzają się choroby górnych części dróg oddechowych, mające przebieg lekki lub ciężki, podobny do przebiegu błonicy, lecz są one wywołane przez gronkowce, paciorkowce, pneumokoki i t. p. Rozstrzyga tu badanie bakteryologiczne, a statystyka epidemii błonicy będzie miała wtedy jedynie znaczenie, gdy dzięki badaniu bakteryologicznemu zostaną wyłączone przypadki błonicy nieprawdziwej. 3) Jak i inne epidemie, tak i epidemie błonicy mają charakter zmienny co do natężenia, śmiertelności i powikłań. 4) Przyczyną różnoistości przebiegu epidemii jest: a) ilość i jadowitość laseczników, b) towarzyszenie innych bakterii (chorobotwórczych lub nie), wpływających na powiększenie jadowitości laseczników błonicy, lub na zmniejszenie odporności ustroju wskutek wessania przezeń wytworów gnilnych, c) nieznanie dokładnie usposobienie osobnicze. 5) Lasecznik błonicy może przebywać w gardzieli lub nosie osób zdrowych, nie wywołując choroby; powstaje ona wtedy, gdy lasecznik się przyjmie, do czego usposabiają ranki, nadżarcia, nieżyty; dlatego pewne warunki meteorologiczne, a zwłaszcza pogoda wilgotna i zimna, sprzyjają rozwojowi choroby. Warunki te należy zbadać dokładniej. 6) Błonica przenosi się najczęściej przez proste zetknięcie z chorym, przy pluciu, kaszlu, kichaniu, całowaniu, również przez zetknięcie z przedmiotami zawałanymi przez chorego, jak napoje, pokarmy, naczynia, zabawki i to nawet po upływie dłuższego czasu po ich zakażeniu. 7) Chory może dotąd zakażać, dopóki ma laseczki na błonie śluzowej; ostatnie znikają zwykle wraz z objawami miejscowymi, mogą jednak przebywać całe tygodnie, a nawet miesiące, nie tracąc nic na jadowitości. 8) Zawarte w materii organicznej i zdala od światła, utrzymują się laseczki miesiące całe, a więc brudne, ciemne i wilgotne mieszkania sprzyjają przechowywaniu się laseczników i rozszerzaniu choroby. 9) Jako szczególnie ważną okoliczność przy rozszerzaniu choroby należy uważać nagromadzenie osobników wrażliwych, a przedewszystkiem dzieci (szkoły, przytulki i t. p.). 10) Nie dowiedziono dotąd, aby lasecznik błonicowy wywoływał samodzielnie lub towarzyszył jakiej chorobie u zwierząt; należy zatem wyłączyć możliwość przenoszenia błonicy z chorych zwierząt na ludzi. 11) Jako środki zapobiegawcze należy zalecić: a) utrzymywanie mieszkań w czystości i suchości; dostateczne przewietrzanie i oświetlenie; b) jaknajdokładniejsze oczyszczanie jamy ustnej i nosowej, płukania słabymi roztworami soli i sody, czyszczenie zębów, usunięcie zębów zepsutych, usunięcie przerosłych migdałów; c) zimne wycierania szyi podczas epidemii. 12) Wszelki przypadek podejrzaný należy badać bakteryologicznie. Aby lekarze mogli robić hodowle, należy starać się o udostępnienie pożywek, np. apteki winny być w nie zawsze zaopatrzone; dokładne zbadanie należy powierzać specjalistom. 13) O każdym przypadku błonicy lub przypadku podejrzanym, lecz nie zbadanym, należy zawiadamiać policję. 14) Chorych należy odosabniać albo w jednym pokoju, albo w zakładach (szpitalach) izolacyjnych; aby ograniczyć rozsiewanie zarazy przez chorego, pożyteczne jest leczenie przeciwnie miejscowe. 15) Jako jeden z najdzielniejszych środków przeciw rozszerzaniu się zarazy należy uważać szczepienie ochronne otaczających, zwłaszcza dzieci. Wobec nieszkodliwości surowicy BEHRING'a pożądané jest zbadanie ochronnych jej własności w jaknajszerszym zakresie. 16) W każdym przypadku błonicy należy obowiązkowo dokonać dezynfekcji chorego, mieszkania i wszystkich otaczających go przedmiotów. 17) Rekonwalescentów można dopuścić do obcowania wtedy, gdy badanie bakteryologiczne wykaże nieobecność laseczników, i po dokładnym wymyciu ich mydłem i zaopatrzeniu w świeżą bieliznę i odzież. 18) Podczas wybuchu epidemii błonicy należy ogłaszać w gazetach instrukcję dla publiczności.

BILLINGS (przew. komisji amerykańskiej) wykazał, że śmiertelność w miastach amerykańskich jest większa, niż w angielskich i niemieckich. W ciągu roku w 58,5% przypadków podejrzaných wykazano błonicę, a 80% przypadków dławka

jest również pochodzenia błonicowego. Badanie bakteryologiczne wykazuje, że istnieją nietypowe postacie błonicy, nawet bez błon, mające najczęściej charakter anginy nieżytowej, lub zapalenia migdałków torebkowatego. Umieszczenie sprawy bywa również nietypowe, jakoto: w uchu średnim, ranach, wrzodach, łącznicy, płucach i zastawkach serca. Najczęściej towarzyszą lasecznikowi: gronkowiec złocisty, paciorkowiec ropotwórczy i diplokok FRAENKEL'a.

SEATON (przew. komisji angielskiej) wykazał, że gdy w ostatnim dziesiętku lat w Anglii zmniejszała się śmiertelność wskutek chorób zakaźnych w miarę rozwoju kanalizacji, śmiertelność wskutek błonicy zwiększyła się. Należy również zauważyć, że gdy dawniej błonica była chorobą panującą po wsiach, teraz przenosi się ona do miast, a szkoła jest jednym z najważniejszych czynników w jej rozpowszechnianiu. S. jest zwolennikiem obowiązkowego zawiadamiania władzy o każdym przypadku i sądzi, że środki zapobiegawcze wtedy jedynie wydadzą owoce, gdy zarówno rządy, jak publiczność pojmą konieczność współdziałania usiłowaniami lekarskim.

FILATOW (przew. komisji rosyjskiej) zauważył, że chociaż błonica niewątpliwie jest zakaźna, to jednak istnieje dużo zjawisk epidemiologicznych, których nie można objaśnić przy pomocy jedynie tego charakteru choroby. Pospolite są przypadki jeszcze na długo przed wybuchem epidemii. W niektórych okolicach zauważono epidemie błonicy po pojawieniu się śmiertelnych chorób gardła u świń i innych zwierząt. Pory roku i warunki miejscowe mają wpływ na epidemie błonicy: choroba powiększa się jesienią, a zmniejsza latem.

Roux (przew. komisji francuskiej) oświadczył, co następuje: 1) Błonica jest chorobą zakaźną; zawiadamianie o niej winno być obowiązkowe. 2) Chorzy winni być odosobnieni. 3) Służba sanitarna winna odkażać mieszkania, gdzie przebywali chorzy na błonicę, a szczególnie bieliznę, ubranie, pościel, zabawki i wszystkie przedmioty, które służyły do użytku chorych. Podczas choroby należy przed praniem odkażać bieliznę. 4) Wozy, użyte do przewożenia chorych, należy odkażać po każdym użyciu. 5) Po przebyciu błonicy dzieci dotąd nie powinny być dopuszczane do szkoły, dopóki lekarz im na to nie pozwoli. 6) Gdy w szkole zdarzy się przypadek błonicy, wszystkie dzieci z tej szkoły winny być przez pewien czas pod nadzorem lekarza; te, u których wykazano by anginę, należy ze szkoły usunąć. Zastrzeżenie to należy stosować szczególnie do rodzeństwa dziecka chorego.

Oprócz tych środków, które mogłyby być przedmiotem rozporządzeń administracyjnych, byłoby do życzenia, aby podano do ogólnej wiadomości: 1) Aby błonicę można było wyleczyć skutecznie, należy ją rozpoznać od samego początku. Początek ten jest niewyraźny, ale rzadziejby go przeoczano, gdyby systematycznie badano gardziel u dzieci. Rzeczą jest matek oglądać dzieci codziennie i przyzwyczajać doń dzieci jaknajwcześniej. Takie wiadomości higieniczne należy rozpowszechniać zapomocą gazet, a także przy współdziałaniu nauczycieli i nauczycielek. 2) Rozpoznanie błonicy pewne i w czasie właściwym można dokonać jedynie przy pomocy badania bakteryologicznego; należy wymagać od lekarzy, aby zawsze uciekali się do tego sposobu. 3) Ponieważ działanie surowicy przeciwbłonicowej jest pomyślne, należy ją zalecić jako środek zapobiegawczy dla dzieci, jeśli w rodzinie zdarzy się przypadek błonicy.

Komisje: austriacka, bawarska, duńska, węgierska, szwedzka i szwajcarska, ograniczyły się do zaznaczenia potrzeby poszukiwań i badań zbiorowych nad błonicą i zaleciły wysłanie kwestyionariuszów do lekarzy szpitalnych.

(*La Sem. méd.* 1894. N. 51).

A. Żurkowski

118. Paul SEGOND. **Leczenie chirurgiczne opadnięcia pochwy i macicy.** Przedstawiając chorą z opadnięciem pochwy i macicy (*prolapsus vaginae et uteri*), u której zamierzał wykonać wycięcie macicy przez pochwę, S. kreśli szemat operacyjnego postępowania przy tego rodzaju cierpieniach, rzuca przytem pobieżnie kilka uwag o środkach pomocniczych, zastrzegając się, że ma na celu jedynie leczenie przypadków, wymagających użycia noża, i umotywowanie wskazania do wycięcia macicy u swojej chorej.

Zmiany anatomo-patologiczne narządu rodnegu przy opadnięciu macicy i pochwy są zwykle złożone i odnoszą się do rozmaitych części składowych tego narządu. Dokładne określenie tych zmian w danej chwili jest podstawą leczenia operacyjnego. Autor zmiany te dzieli na 3 grupy: 1) Wadliwości dna miednicy;

tu należą: rozerwanie lub zwiotczenie krocza i sromu, wypuklina pęcherza (*cystocele*) i odbytnicy (*rectocele*). 2) Zmiany samej macicy, jako to: tak często spotykane wydłużenie szyi macicznej (*elongatio colli* HUGUIER'a) z jej przerostem, nowotwory rakowate i mięśniaki. 3) Niedostateczne umocowanie macicy w miednicy, wskutek zwiotczenia podtrzymujących ją więzadeł. Nasza działalność operacyjna ma na celu usunąć te zmiany anatomo-patologiczne przy opadnięciu, które znajdziemy w każdym poszczególnym przypadku, t. j. stosując za każdym razem odpowiednio do zmian znalezionych i odpowiednie operacje.

Trzymając się więc tego podziału na 3 grupy, stosuje SEGOND w pierwszej grupie *colpoperineorrhaphiam*, *colporrhaphiam anteriorem et posteriorem*. Przy zmianach drugiej grupy: wyłyeczczowanie macicy, operacje na części pochwowej, wysokie odjęcie szyi (*excisio colli supravaginalis*) przy jej wydłużeniu przerostowym, i na koniec przy szczególnych wskazaniach autor stosuje wycięcie macicy przez pochwę. Wskazania do tego ostatniego są następujące: a) nowotwory macicy; b) stan chorobowy przydatków obustronnych; c) nowotwory okołomacicne, jeżeli chora nie jest kobietą młodą, lub dany przypadek nie nadaje się do cięcia brzuszego (*coeliotomia*); d) jeżeli opadnięcie jest nieodprowadzalne; e) jeżeli mamy wydłużenie szyi z przerostem, zwiotczenie przyządu macicę podtrzymującego, wymagające przyszczenia macicy do ścian brzusznych (*hysteropexia*) i jeżeli kobieta znajduje się w okresie przekwitnienia.

Przy zmianach, odnoszących się do trzeciej grupy, S. dla ich usunięcia przedstawia dwie operacje: ALQIE-ALEXANDER'a i *hysteropexiam*. Pierwsza polega na skróceniu więzadeł obłych, druga na wysokim przyszczeniu dna macicy do ściany brzusznej (*ventrofixatio*); SEGOND więcej przechyla się ku drugiej operacji¹⁾. Następnie autor, podzieliwszy również, według zmian znalezionych, opadnięcie macicy i pochwy na 3 grupy, podaje wskazówki, jakich należy się trzymać w każdym poszczególnym przypadku, zwracając uwagę na to, że jakość i ilość zmian anatomo-patologicznych przy opadnięciu wymaga często nie jednej, lecz kilku operacji i że wynik pomyślny zależy od odpowiedniego ich skombinowania. Jako przykład: opadnięcie prawie zupełne pochwy i macicy, rozerwanie krocza, wypuklina pęcherza i odbytnicy (*rectocele et cystocele*) i wydłużenie szyi przerostowe; należy więc wykonać: *excisionem colli supravaginalem*, *colporrhaphiam anteriorem et posteriorem*, *perineorrhaphiam*.

Wreszcie autor przechodzi do chorej, którą na początku swej lekcji przedstawił, i stosuje do niej powyżej wypowiedziane poglądy: Chora lat 50, wieloródka, dobrze zbudowana, od lat 3 miesiączkuje co 2—3 miesiące, cierpi od lat dwóch na opadnięcie macicy i pochwy. Krocze całe, lekki stopień wypuklenia pęcherza, nieżyt macicy, wydłużenie szyi wysokie z przerostem, więzadło, podtrzymujące macicę, zupełnie rozluźnione. Należałoby więc wykonać 4 operacje: wyłyeczczowanie, operację HUGUIER'a, *colporrhaphiam anteriorem et hysteropexiam*. Ze względu na wiek chorej (50 lat), na jej skończoną działalność płciową, SEGOND przystąpił do całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, uważając tę operację za odpowiedniejszą i mniej uciążliwą, aniżeli połączenie czterech powyżej wymienionych²⁾.

(*La Semaine médicale, Novembre, 1893*).

Feliks Ficki.

119. FLUEGGE. Wyjaławianie mleka wobec chorób przewodu pokarmowego u ssawców. Bakterie chorobotwórcze, znajdujące się niekiedy w mleku, bardzo łatwo zniszczyć ogrzewaniem; najwytrwalsze z nich—gruźlicze—giną po półgodzinem trzymaniu mleka przy 70°. Ważniejszą, niż natrafianie na te bakterie, jest własność mleka wywoływania u ssawców chorób przewodu pokarmowego. Choroby te nie stanowią jakiegś jednostki ani pod względem klinicznym, ani anatomo-

¹⁾ SEGOND nie wspomina o operacji FREUND'a, polegającej na skróceniu tylnych więzadeł macicznych. Operacja dokonywa się przez utworzenie zatoki DOUGLAS'a od pochwy i przyszczenie tylnej ściany części nadpochwowej szyi macicznej wysoko do otrzewnej poniżej wzgórka kości krzyżowej.

²⁾ Trzeba zwrócić uwagę, że opadnięcie pochwy może trwać pomimo zupełnego wyjęcia macicy (POZZI), a nawet przy równoczesnym wycięciu znacznego odcinka pochwy razem z macicą (FRITSCH, MUELLER). W takim razie konieczna jest następcza *colpoperineorrhaphia*. Przepuklinę pochwową spostrzegł raz jeden po tej operacji BAUMGARTEN.

patologicznym, ale statystyka wykazuje, że mleko jest z pewnością ich przyczyną najglówniejszą, prawdopodobnie skutek rozwoju w niem niektórych bakterii, chociaż niewiadomo jeszcze z pewnością, czy są to jakieś bakterie swoiste, czy też przyczyną złego są wytwory toksyczne saprofitów. Jeśli jednak zwrócić uwagę na zależność chorób omawianych od ciepła i przeważnego karmienia ssawców wtedy mlekiem krowiem, to staje się wielce prawdopodobnem przypuszczenie, że winą chorób kanału pokarmowego są przeważnie saprofity, wydzielające toksyny, a rozwijające się w mleku ze szczególną łatwością przy podwyższonej temperaturze. Pomimo rozpowszechnienia metody SOXILET'a wyjaławiania mleka i pomimo używania kupnego mleka wyjałowionego, częstość zachorowań nie zmniejszyła się. Coprawda, zwyczaj wyjaławiania mleka nie przeniknął jeszcze do uboższych warstw ludności, gdzie właśnie choroby te najczęściej się spotykają.

Przy ocenie wartości różnych sposobów wyjaławiania mleka napotyamy na niezwalczone trudności. F. postawił sobie dwa zadania: 1) ocenę bakterii, w mleku krowiem znajdujących się, a raczej zbadanie, które gatunki lub grupy budzą podejrzenie przez wytwarzanie toksyn, że mogą być przyczyną chorób u ssawców, i 2) ocenę wartości dotychczasowych metod wyjaławiania mleka w stosunku do tych właśnie bakterii, a zarazem zbadanie, w jaki sposób należy zmienić owe metody, aby uchronić dzieci od niebezpieczeństwa.

Przy badaniu bakterii ograniczył się F. do tych, które utrzymują się w mleku pomimo krótkiego gotowania i rozwijają się w niem zwłaszcza w wyższej temperaturze, przy 25°—30° i łatwiej, niż przy 18°—20°; miał on to na uwadze, że i w biedniejszych warstwach podaje się dzieciom mleko gotowane, a jednak chorują one właśnie podczas gorąca. Po ogrzaniu mleka do 90°—95°, jak to ma miejsce przy krótkiem gotowaniu, giną wszystkie gatunki laseczników kwasu mlecznego, *proteus'y*, większość odmian *bacterii coli* i t. p., zatem na nie wszystkie można uwagi nie zwracać. Pozostają dwie grupy bakterii: 1) bezwarunkowe beztlenowce z dość trwałymi zarodnikami, zwykle silnie rozkładające mleko; 2) względne beztlenowce z grupy laseczników siana i kartofli, które najdogodniej jest określić jako peptonizujące mleko; posiadają one zarodniki nadzwyczaj wytrwałe.

Najczęstszy z pierwszej grupy jest *b. butyricus*; znajduje się on prawie wszędzie i prawie w każdym mleku. Zarodniki jego giną dopiero po 1½ godzinem gotowaniu; hodowle jego nie wywierają na zwierzęta działania szkodliwego. Oprócz niego opisał F. jeszcze trzy beztlenowce; zarodniki ich są jeszcze trwalsze, a z nich dwa gatunki są chorobotwórcze dla zwierząt. F. wszakże nie przypuszcza, aby one właśnie wywoływały u dzieci biegunki. Wszystkie one giną po dwugodzinnem gotowaniu.

Co do bakterii drugiej grupy, to pierwszy LOEFFLER wspomina o częstem ich napotykanii; HUEPPE połączył wiele gatunków w grupę „bakterii gorzkiego mleka“, DUCLAUX zbażał je dokładniej i wykazał wysoką wytrzymałość ich zarodników. Spotyka się je nadzwyczaj często i wykazał je w mleku łatwo; należy je gotować dwie godziny i postawić przy 35°, a po kilku dniach już występuje peptonizacja. W mleku kupnem wystarczają nawet niewielkie próbki. Ponieważ kał krwi obfituje w te bakterie, zwłaszcza w okresie paszy zielonej, więc niewielką ilość ich można znaleźć jedynie w mleku dojonem czysto i ochranianem od kału i kurzu z paszy. F. opisał dwanaście gatunków; peptonizują one kazeinę szybko przy 35° i powodują gorzki, gryzący smak mleka. Należy zwrócić uwagę na to, że mleko, zawierające nawet bardzo dużo tych bakterii, wydaje się normalnem dla oka niewprawnego; zarodniki znoszą dwugodzinne gotowanie, a jeden gatunek nie bywa zabity nawet po sześciogodzinnem gotowaniu. Przy 22° zaledwie się one rozwijają. Dziewięć tych gatunków nie wydziela żadnych toksyn, czyste hodowle trzech innych wywoływały objawy zatrucia u rozmaitych zwierząt, a u młodych psów, karmionych hodowlami, występowała biegunka niekiedy śmiertelna. Jeśli pominąć nawet fakt wydzielania jadu, to jednak zważywszy, że w miarę rozwoju bakterie te pomnażają w mleku ilość peptonów, należy je uważać za szkodliwe, bo peptony wywołują przy dłuższem podawaniu objawy podrażnienia przewodu pokarmowego.

Aby usunąć bakterie szkodliwe z mleka, są dwie drogi: 1) albo zupełnie wyjałowić mleko, do czego potrzeba bardzo wysokiej temperatury lub złożonych warunków; 2) albo usunąć z mleka, zapomocą krótkiego gotowania, bakterie łatwo ginące i przechowywać je poniżej 20° C., aby szkodliwe zarodniki nie rozwijały się.

Do dokładnego wyjałowienia mleka za jednym razem trzeba je gotować przy 100° od 6—7 godzin, lub 3½—4 godzin przy 102°—103°. Mleko jednak nabiera wtedy barwy ciemnobrunatnej i smaku nieprzyjemnego. Aby to nie nastąpiło, potrzeba mleko zagotować 5—6 razy z przerwami od 12—24 godzin, w których mleko ma stać w miejscu o umiarkowanej temperaturze, lub zagotować je pod ciśnieniem przy 120°C., jak to zalecił HUEPPE.

Tak zwane „mleko sterylizowane“, znajdujące się w handlu, jest preparatem niepewnym, a nawet szkodliwym. Jest to, rozumie się, tylko częściowo wyjałowione mleko, psujące się nader łatwo podczas upałów letnich. Wtedy jedynie byłoby ono dobre, gdyby od chwili przygotowania do chwili sprzedaży było przechowywane w temperaturze niższej 18°C., lub zużyte w ciągu dwunastu godzin.

Mleko częściowo wyjałowione, posiadające te same własności, co mleko powyższe, bardzo łatwo przegotować w domu. Należy je gotować 10 minut (nawet 45 minutowe gotowanie mleka nie zmienia jego zewnętrznych własności), jaknaj-szybciej ostudzić i przechowywać poniżej 18°. Gdy to ostatnie jest niemożliwe, należy mleko niezaużyte w ciągu 12 godzin zagotować powtórnie i znów ostudzić. Gotować można mleko na wodnej kąpieli albo też należy je gotować w takich naczyniach, któreby utrudniały wybieganie mleka. F. zaleca w tym celu garnek z pokrywą przedziurawioną w kilku miejscach; w środku pokrywy wstawiona jest rurka długości około 2 ctm., otwory zaś na obwodzie pokrywy oddalone są od siebie mniej więcej o 1 ctm. Przy gotowaniu mleko wybiega przez rurkę, a spływa napowrót przez otwory na obwodzie pokrywy.

(*Zeit. f. Hyg.* 1894. T. 17).

A. Ż.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 25 Września r. b.

TREŚĆ: 1) STANKIEWICZ—przedstawienie przypadku szczytkowego rozwoju prącia. 2) KRYSIŃSKI i Zyg. KRAMSZTYK — życiorys HELMHOLTZ'a.

1) Kol. STANKIEWICZ przedstawił dziecko z brakiem prącia i *hypospadiasis*. S. uważał w danym przypadku operację plastyczną za bezcelową.

2) Kol. KRYSIŃSKI, wyliczając praco HELMHOLTZ'a jako matematyka i fizyka, dłużej się zatrzymał i w sposób zajmujący przedstawił doniosłość prawa, wypowiedzianego przez HELMHOLTZ'a, o zachowaniu energii. Po ukończeniu przemówienia przez kol. KRYSIŃSKIEGO, zabrał głos kol. Zyg. KRAMSZTYK, przedstawivszy zasługi HELMHOLTZ'a dla fizjologii i okulistyki.

Posiedzenie z dnia 2 października r. b.

TREŚĆ: 1) KIJEWSKI — a) przedstawienie chorej po operacji wycięcia raka w górnej części zgięcia esowatego; b) chłopca po operacji cięcia nadłonowego. 2) KOSIŃSKI— przedstawienie okazu kiszki grzliczo zwyrodnionej. 3) BORSUK— przedstawienie chorej z *lordosis „spastica“*. 4) BORYSSOWICZ— przedstawienie dwóch okazów mięśniaków mięsowych, wyluszczonej z macicy. 5) NEUGERBAUER — przedstawienie okazu macicy zmarłej chorej ze zwężeniem pochwy. 6) OŁRUSZEWSKI — odczyt: Drugi przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.

1) Kol. KIJEWSKI przedstawił chorą, która przybyła do kliniki prof. KOSIŃSKIEGO z objawami niedrożności po 12 dniach od początku choroby. Przeszkodę stanowił guz, umiejscowiony w górnej części okrężnicy esowatej, zwężający światło kiszki. K. wykonał laparotomię, usunął guz wraz z kawałkiem kiszki po nad przoszkodą i zoczył dwa końce kiszki. Następnie kol. KIJEWSKI przedstawił 11-letniego chłopca, u którego dokonał cięcia nadłonowego w celu wydobywania kamienia. Kamień ten z powodu swej wielkości (6½ ctm. średnicy, 100 grm. wagi) przy wydobywaniu uległ częściowemu skruszeniu.

2) Prof. KOSIŃSKI przedstawił guz grzliczy, umiejscowiony przy przejściu od kiszki cienkiej do ślepej i wydobyty przy laparotomii. Chora, u której dokonano tej operacji, jest zamężna, ma lat 36, rodziła 4 razy. Od lat 9 skłonna była do rozwoleń i miała 2 ataki ostrego zamknięcia kiszek z wzdęciem brzucha i wymiotami kałowymi. Przed 4 miesiącami urodziła bliźnięta i od tego czasu zaczęła się skarżyć na

ból w boku prawym. Od 4 tygodni stwierdzono obecność guza w okolicy kątniczej, który można było wziąć za raka lub za sprawę gruźliczą; za tom ostatniom przypuszczeniom przemawiało: zgęszczenie szczytów płuc, obecność laseczników gruźliczych w płwocinie obok kaszlu i krwioplucia. Laparotomia (*enterotomia et enterorrhaphia*) dokonana została przed tygodniem. Stan chorej bozgorączkowy, zupełnie pomysłny.

3) Kol. BORSUK przedstawił chorą z bardzo wielką lordozą. Chora lat 36 zawsze dotąd zdrowa, przed 6 miesiącami odbyła ciężki poród, po którym pozostała przetoka pęcherzowo-pochwowa. Chora po porodzie leżała 5 tygodni, poczem wstała i powróciła do zwykłych swoich zajęć. Trwało to 4 tygodnie. Naraz po silnem zmęczeniu poczuła mocny ból w krzyżu i dolnych kończynach, co zmusiło chorą do pozostawania w łóżku i zapisania się do kliniki chirurgicznej. Tutaj B. znalazł u chorej przetokę pochwowo-pęcherzową olbrzymich rozmiarów, a przytom znacznie wygięcie kręgosłupa ku przodowi w części lędźwiowej. Chora stać nie może z powodu tego wygięcia, lecz pada wtył. Silna bolesność przy dotyku skóry lub ucisku na mięśnie pośladków i kończyn dolnych, przyczem mięśnie wyprostno tulowia naprężają się i chora, jeżeli stoi, pada wtył; w położeniu zaś leżącym wygięcie kręgosłupa zwiększa się. Po zachloroformowaniu chorej wygięcie zmniejsza się, lecz nie ustępuje w zupełności. Czućcie skórno dolnych kończyn zwiększone, również jak i odruchy. Badanie kręgosłupa i wymiary antropometryczne tegoż nie wykazały żadnych zmian w kręgach. Po zastosowaniu bromu w dużych dawkach, przypalania kręgosłupa i kąpielii ciepłych wygięcie kręgosłupa zmniejszyło się, bóle ustąpiły i chora stoi i chodzi dobrze. B., nazywając cierpienie swojej chorej *lordosis spastica*, przytoczył kilka przypuszczeń, objaśniających pochodzenie i istotę tej choroby, jednak zaznaczył, że te przypuszczenia w zupełności nie są wystarczające.

4) Kol. BORYSSOWICZ przedstawił dwa okazy mięśniaków mięszsowych, wyluszczonech z macicy. Obie operacye odbyły się w zakładzie ginekologicznym.

a) Pierwszy mięśniak (12 ctm. długi, 7 ctm. szeroki i 5 ctm. gruby) został wyluszczony z mięszu przedniej wargi i przedniej ściany macicy, u kobiety 32-letniej, która po raz drugi rodziła przed 4-a laty. Do chorej B. został wezwany z powodu obfitego krwotoku macicznego, po dwukrotnem zatrzymaniu się miesiączki. Ujście zewnętrzne macicy B. zaledwo mógł namacać końcem wskaziciela z powodu nieczmiernie rozrosłej wargi przedniej macicy, wypełniającej pochwę. Ujście to w kształcie długiej, wąskiej szpary znajdowało się wysoko na tylnej powierzchni wargi przedniej, na której rozciągnięta była zcieńczona warga tylna. Guz zajmował nie tylko wargę przednią, lecz przechodził na przednią ścianę szyi i trzonu macicy.

Po rozpoznaniu poronienia w 2-im miesiącu ciąży, B. usunął blony jaja płodowe go zapomocą łyżeczki, poczem krwotok ustał. Gdy po 2-eh tygodniach chora nieco się wzmocniła i odchody ustały, B. przystąpił do wyluszczenia mięśniaka, czego dokonał po przecięciu poprzecznem wargi przedniej na jej przedniej powierzchni. Pozostała jamę w mięszu wargi i przedniej ściany macicznej B. zaszył zapomocą dwupiętrowego szwu z katgutem, brzegi rany w wardze zaszył również katgutem. Zrost doraźny. Obecnie, po upływie 2 miesięcy od operacyi, część pochwowa przedstawia się jako zupełnie prawidłowa, o owalnem ujściu zewnętrznem macicy, warga tylna z błoniastej stała się grubsza, przednia zaś o tyle zmniejszyła się, że tylko nieco jest dłuższa od tylnej.

b) Drugi mięśniak wielkości główki noworodka B. wyluszczył z mięszu dna i tylnej ściany macicy 19-letniej dziewczicy przed 4 dniami. Guz zauważono po raz pierwszy w lipcu r. b., gdy chora zapadła na szkarlatynę. Chora od 14 roku życia prawidłowo miesiączkowała, tylko w ostatnich kilku miesiącach pokazywały się plamy różowe w odstępach międzymiesiączkowych. Żadnych bólów nie doznawała, lecz obwód brzucha w ostatnim czasie znacznie się zwiększył. Guz, zajmujący dolną część brzucha, przedstawiał kształt i wielkość jakoby macicy w 6-tym miesiącu ciąży, górna część guza sięgała na 2 palce poprzeczne ponad pępek. Przy badaniu przez kışkę stolcową (otwór w błonie dziewiczej nie przepuszczał palca) znajdowano na dolnej powierzchni guza szyję maciczną, której górny koniec splaszczał się i zlewał z guzem. Guz ten był więc właściwie nieczmiernie powiększonym trzonem macicy. Brak ruchów i bicia serca płodu, twarda konsystencya guza, oraz brak objawów ze strony sufek i smugi białej wykluczał ciążę. Prawidłowe miesiączkowanie służy za wskazówkę, że mięśniak rozwinął się w mięszu macicy lub bliżej błony surowiczej, nie zaś służowej. Po przecięciu powłok brzusznych w smudze białej i wydobyciu guza, a właściwie

trzonu macicy z rany, okazało się, że guz głównie się rozwinął w miększu tylnej powierzchni i dna macicy. Konsystencja guza, która była twarda podczas badania chorej przed operacją, po wydobyciu guza z rany wydała się być miękką, przypominającą wraz z zabarwieniem i ukrwieniem ciężarną macicę. Tylko przydatki maciczne, które u ciężarnej macicy zawsze się przyczepiają do rogów macicy, tu znajdowały się pod guzem. Po założeniu na dolną część guza ponad przydatkami elastycznej przewiązki, B. poprowadził cięcie po tylnej i górnej powierzchni macicy; a gdy otoczka guza w głębokości $\frac{1}{2}$ —1 ctm. została przecięta, guz z łatwością dał się wyłuszczyć bez uszkodzenia błony śluzowej macicy, której jama znajdowała się na przedniej powierzchni guza. Jamę B. zaszył 3-piętrowym szwem z katgut, brzegi rany połączył szwem jedwabnym węzłkowym, a że po zdjęciu elastycznej przewiązki pojawiło się krwawienie z miejsc ukłucia igłą, obszył ranę macicy otrzewną ścienną i ranę brzuszną zaszył. Stan chorej dotąd jest zadawalniający.

5) Kol. NEUGEBAUER przedstawił okaz macicy, wydobytej przy sekcji chorej, przedstawionej na posiedzeniu Towarzystwa w d. 18 września r. b. (patrz № 40 „Medycyny“) z powodu zwężenia pochwy, powstałego w cholerze. Chora ta zmarła przy objawach zapalenia otrzewnej.

6) Kol. OŁTUSZEWSKI miał odczyt p. t. Drugi przyczynek do nauki o zбочe- niach mowy (Rzecz ta drukuje się obecnie w „Medycynie“).

W dyskusyi brali udział prof. BRODOWSKI i kol. CIĄGLIŃSKI.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== MARCUSE, wycinając trzustkę u żab, wywoływał u nich cukrzycę; gdy jednak oprócz trzustki wycinał i wątrobę, cukrzyca nie pojawiła się ani razu. Zgadza się to z okolicznością, że u zwierząt, pozbawionych wątroby, ukłucie CLAUDE-BERNARD'a nie wywołuje cukrzycy. Nie zgadza się natomiast z faktem, że u zwierząt (ptaków), wątroby pozbawionych, florydżyna wywołuje cukrzycę, florydżyna bowiem działa silnie na nerki i wtórnym jedynie sposobem wywołuje zaburzenia w wymianie cukru. Wycięcie wątroby hamuje wystąpienie cukrzycy albo dla tego, że wątroba wydziela jakieś ciało, które nie będąc cukrem, jest potrzebne do wywołania cukrzycy, albo też dlatego, że wątroba pochłania jakiś związek, istniejący we krwi, a hamujący wystąpienie cukrzycy po wycięciu trzustki. Rozstrzygnąć tej kwestyi jak na teraz nie można. (Münch. med. Woch. 1894. № 28).

== O związku pomiędzy gruźlicą człowieka, a mlekiem i mięsem bydła rogatego wyraża się „Semaine médicale“ w następujący sposób: powszechnie przypuszczają, jakoby mleko było jedną z najgłówniejszych przyczyn gruźlicy ludzkiej. Tymczasem ostatnia statystyka urzędowa departamentu Sekwany wykazała, że w liczbie 20000 krów tylko 68 czyli 3,40/00 okazały się gruźliczemi. Trudno wobec tego pogodzić się z poglądem, że spożywanie mleka i mięsa bydła rogatego stanowi ważny czynnik w szerzeniu się gruźlicy.

== WOLFF spostrzegł przypadek t. zw. *sclerosis lateralis amyotrophicae*. Obraz kliniczny odpowiadał nazwie, przy badaniu jednak histologicznem rdzenia znaleziono wybroczyny krwawe we wszystkich jego częściach, zanik rogów przednich, rozmiękczenia w części szyjowej i jamy w części lędźwiowej; nie było natomiast żadnych szczególnych zmian w pęczkach bocznych. Należy więc ten przypadek do często spotykanych, gdzie oczekiwane zmiany anatomiczne wcale nie zgadzają się z istniejącymi. (Zeit. f. klin. Med. 1894. T. 25).

== Przeciw poceniu nóg zaleca LEGOUX smarować rano według Rp: Liq. ferri sesquichl. 30,0 Glycerini 10,0 Ol. Bergamot. 20,0 MDS. Zewnętrznie.

== SAVOR przychodzi do wniosku, że przyczyną zapalenia miedniczek nerkowych ostrego, przylączającego się do zapalenia pęcherza, bywa prawie zawsze *b. coli commune*, znacznie rzadziej *proteus Hauseri* i wreszcie inne pasorzyty. (Wien. med. Woch. 1894 № 4 i 5).

== SCHLESINGER spostrzegł młodzieńca z wrodzonym brakiem prawego mięśnia piersiowego wielkiego; pomimo tego braku ruchy kończyną były wykonywane ze znaczną siłą i jedynie ruchy ksozne były upośledzone. Poza tem można było w tym przypadku przekonać się dokładnie o funkcyi mięśni międzyżebrowych. Wbrew zdaniu ZIEMSEN'a nie przyjmują one żadnego udziału przy wdechu. (Intern. klin. Rund. 1894 № 27).

Wiadomości bieżące.

— W ubiegłą sobotę, t. j. dnia 6-go b. m. w Resursie Kupieckiej odbyła się uroczystość uczczenia półwiekowych zasług prof. JURKIEWICZA, który rozpoczynając swoją działalność w r. 1844 jako nauczyciel gimnazjum realnego, był następnie kierownikiem własnego pensjonatu, profesorem uniwersytetu, dziekanem wydziału przyrodniczego, a obecnie jest prezesem tutejszego towarzystwa ogrodniczego, przewodniczącym w wydziale komitetu plantacji miejskich, członkiem Rady warszawskiej dobroczynności publicznej, jednym z najczynniejszych opiekunów sierot w tutejszem towarzystwie dobroczynności i wreszcie jednym z najpracowitszych krzewicieli wiedzy przyrodniczej u nas. Prof. JURKIEWICZ całym szeregiem wybornych przekładów najcenniejszych dzieł z zakresu przyrodoznictwa niemałe położył zasługi, nie mówiąc już o licznych specjalnych pracach Jubilata z zakresu geologii i mineralogii, które mu utorowały drogę do zajęcia najwyższych w hierarchii nauczycielskiej godności. Wobec tak wielostronnych zasług jubilata, nie dziwnego, iż w gronie biesiadników, którzy się wieczorem w liczbie przeszło dwustu stawili do apelu, widzieliśmy przedstawicieli wszystkich warstw naszego społeczeństwa jako uczniów, kolegów i wielbicieli Jubilata. Właściwa uroczystość rozpoczęła się w ściślejszem koleku tegoż dnia o godzinie 12-ej w południe w tutejszem Tow. Ogrodniczym, które zgromadziło swemu prezesowi pełne uznania przyjęcie. Zawieszono portret Jubilata w Towarzystwie i powitano go odpowiednimi przemówieniami. Na wieczornem zebraniu mowę powitalną wygłosił d-r WSZEBOR, potem przemawiali pp: T. PROCKI, który wręczył Jubilatowi adres, przez wszystkich zebranych podpisany, dalej pp: Józef KACZYŃSKI, ZNATOWICZ, JANKOWSKI, KONOPCZYŃSKI, A. PIETKIEWICZ, prof. BARANOWSKI, d-r TRZCIŃSKI, pp: NALEPIŃSKI, SKRZYPIŃSKI, CHMIEŁOWSKI, hr. WALEWSKI, KUŚMIERSKI, ŁUSZCZEWSKI, RYCERSKI i jeszcze wielu innych. Nadesłano również wielką liczbę telegramów z różnych okolic kraju i z zagranicy.

— Ze względu na ważność i nagłość sprawy leczenia błonicy zapomocą surowicy krwi zwierząt uodpornionych (BEHRING i ROUX), redakcja „Medycyny“ wysłała kol. ŻURAKOWSKIEGO Aleksandra za granicę celem zbadania sposobu otrzymywania surowicy leczniczej, zastosowania jej i wyników leczenia.

— W ciągu ubiegłego tygodnia od 1 b. m. do 7 włącznie, do szpitala na Pradze przybyło

2-ch chorych na cholera azyatycką (Przemysłowa 31 i Saską Kępa), z dawniejszych zaś wypisano 5, pozostał tylko jeden chory. Do szpitala zaś żydowskiego przybyło 3-ch chorych ze wsi Szczęśliwice, którzy po dwudniowym pobycie zmarli. Obecnie więc w Warszawie znajduje się jeden tylko chory choleryczny w szpitalu praskim. Szpital zapasowy w tych dniach nanowo zaczyna przyjmować chorych zakaźnych ostrych.

J. Sz.

— W Radzie miejskiej dobroczynności publicznej odbywają się posiedzenia komisji, obradującej nad stopniowem wprowadzeniem nowej ustawy szpitalnej do tutejszych szpitali już od początku roku przyszłego. Ustawa będzie przedewszystkiem zastosowana do niektórych szpitali.

— Wdowa po lekarzu, p. A. Mizerska, zawiadamia nas, iż w willi swej „Podlasie“ w Zakopanem urządziła ze wszelkimi wygodami na czas zimowy pensjonat, obejmujący dwa naście pokoi. Całodzienne utrzymanie od osoby, począwszy od 3½ guldenów.

— Pierwszy francuski kongres medycyny wewnętrznej odbędzie się w Lyonie. Kongres trwać będzie od 25 — 29 października pod prezydencją prof. POTAIN'a. Na porządku dziennym postawiono następujące kwestye: 1) etyologia i patogenesa cukrzycy — referenci: d-r LANCEREAUX z Paryża i prof. LÉPINE z Lyonu; 2) o klinicznej wartości chemii trawienia — referenci: prof. HAYEM z Paryża i d-r BOURGET z Lozanny i 3) afazya — referenci: prof. BERNHEIM z Nancy i d-r PITRES z Bordeaux. Zapisy z odczytami należy przysyłać do sekretarza głównego d-ra BARD'a Rue de la République 30, przed 10 października. Opłata za uczestnictwo wynosi 20 franków, które wnosić należy pod adresem d-ra LANNOIS Rue S-t Dominique 14.

— Następny zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników ma się odbyć w Lubecie w r. 1895. Wyznaczono jednocześnie miejscowości, w których mają się odbywać następujące zjazdy, a mianowicie: w 1896 w Darmstadtzie, w 1897 w Brunświku, w 1898 w Wyrzburgu i w 1899 w Lipsku.

— Na ostatniem posiedzeniu międzynarodowego kongresu higieny i demografii w Budapeszcie postanowiono, iż następny zjazd odbędzie się w 1897 r. w Madrycie.

— Następny międzynarodowy zjazd ginekologów i akuszerów odbędzie się we wrześniu 1896 r. w Genewie.