

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O drgawkach u dzieci pod wpływem pierwszego ząbkowania i o roli pierwszego ząbkowania w etyologii chorób wieku dziecięcego, napisał d-r Feliks Arnstein (Kutno). Kilka słów o leczeniu uporeczywych postaci tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy, podał d-r A. Winawer. (Dokończenie). — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 26 lutego r. b. — Odcinek. W sprawie ukończenia asenizacji Warszawy. (Dokończenie). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r F. Arnstein—Des convulsions pendant la dentition et de l'influence etiologique de la dentition dans les maladies des enfants. 2) D-r A. Winawer—Quelques mots sur le traitement des formes rebelles des rétroversions et réflexions de l'utérus.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r F. Arnstein — Ueber Convulsionen im Kindersalter während der Zahnung und über die Bedeutung der ersten Zahnung in der Aetiologie der Kinderkrankheiten. 2) D-r A. Winawer — Einiges über die Behandlung hartnäckiger Fälle von Retroversionen und Retroflexionen der Gebärmutter.

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

O DRGAWKACH U DZIECI POD WPLYWEM PIERWSZEGO ZĄBKOWANIA I O ROLI PIERWSZEGO ZĄBKOWANIA W ETYOLOGII CHOROÓB WIEKU DZIECIĘCEGO,

napisał **Feliks Arnstein** (Kutno).

Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w d. 26 lutego r. b.

Jeszcze w początkach wieku bieżącego przez wszystkich prawie lekarzy uznawany był wpływ pierwszego ząbkowania na powstawanie bardzo wielu chorób wieku dziecięcego. Zapalenie opon mózgowych, choroby żołądka i kiszek, nieżyty i zapalenia dróg oddechowych, wszelkiego rodzaju drgawki, tak często spotykane u dzieci cierpienia jamy ustnej i gardzielowej i wiele jeszcze cierpień odnoszono do trudności wyrzynania się zębów (*dentitio difficilis*). Z biegiem jednak czasu, w miarę coraz lepszego poznawania nieznanych dawniej momentów etyologicznych, w miarę rozwoju dyagnostyki chorób wieku dziecięcego i anatomii patologicznej, zakres cierpień, zależnych od trudnego wyrzynania się zębów, coraz się zmniejszał. Rola jednak pierwszego ząbkowania w etyologii chorób wieku dziecięcego nie została dotąd z całą ścisłością ustanowiona; między klinicystami bowiem, a szczególnie pedyatrami, do dziś dnia niema jednozgodności w poglądach. Gdy jedni, a między nimi STEINER, VOGEL, HENOCH i jego szkoła, BOHN, BAGIŃSKI, GRANCHER, MONTI i wielu jeszcze innych, z mniejszymi lub większymi ograniczeniami przyjmują pierwsze ząbkowanie jako moment etyologiczny w powstawaniu chorób wieku dziecięcego, inni, niedosyć wprawdzie liczni, a między nimi FLEISCHMANN, POLITZER, a szczególnie w ostatnich czasach KASSOWITZ z Wiednia, odmawiają sprawie pierwszego ząbkowania wszelkiego wpływu na powstawanie przypadłości chorobowych u dzieci.

Ten ostatni, w wykładzie, mianym w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskim i na zjeździe lekarzy niemieckich w Norymberdze w r. 1892, na nowo poruszył sprawę w mowie będącą, lecz nie obudził szczególnego w słuchaczach zainteresowania, jak to widać z mało ożywionej dyskusyi, i z tego powodu niewiele się przyczynił do rozjaśnienia kwestyi spornej.

Co się tyczy specjalnie drgawek u dzieci, to prócz kilku spostrzeżeń, w ostatnich czasach ogłoszonych, a stwierdzających zależność ich od trudnego wyrzynania się zębów, o czem niżej będzie mowa, i odczytów, wygłaszanych kilkakrotnie przez KASSOWITZ'a w tej sprawie, a zaprzeczających w zupełności wszelkiego udziału sprawy ząbkowania w powstawaniu drgawek u dzieci, w odnośnej literaturze lekarskiej z lat ostatnich znajdujemy bardzo skąpe wiadomości o zajmującej nas sprawie.

Z tego powodu uważać należy kwestyę roli pierwszego ząbkowania w etyologii drgawek i innych przypadłości chorobowych za zupełnie niewyjaśnioną, w wysokim stopniu sporną i z tego powodu podlegającą dyskusyi. To mnie ośmiela do wygłoszenia w tem miejscu mojego pod tym względem doświadczenia i moich osobistych zapatrywań na sprawę w mowie będącą; może w ten sposób uda mi się pobudzić do wygłoszenia przez innych, rozporządzających większym odemnie materiałem spostrzegawczym, a temsamem posiadających większe odemnie doświadczenie, swych spostrzeżeń, dotyczących wpływu pierwszego ząbkowania na stan zdrowia dzieci, i przyczynić się do posunięcia ważnej tej kwestyi o krok dalej.

Zanim jednak przejdę do rozbioru faktów, przemawiających za i przeciw wpływowi pierwszego ząbkowania na powstawanie chorób wieku dziecięcego, a szczególnie drgawek, przytoczę 2 przypadki drgawek u dzieci w okresie pierwszego ząbkowania, przezemnie w ciągu ostatnich kilku lat spostrzegane, kiedy baczniejszą zacząłem zwracać uwagę na etyologię tychże u dzieci.

Przypadek I. Do 13 miesięcznego dziecka B. wezwany byłem w dniu 20 lutego 1890 roku z przyczyny drgawek, które się w nocy kilkakrotnie powtórzyły. Z wywiadów dowiedziałem się, że dziecko, karmione piersią matki, przed trzema tygodniami zostało odstawione i od tego czasu jest karmione prawie wyłącznie mlekiem krowiem. Prócz nieznacznych zaburzeń kiszgowych (wzdęcia kiskey) w pierwszych miesiącach życia, dziecko dotąd nie chorowało. Matka, lat 24 mająca kobieta, silnie zbudowana, prócz chorób, przebytych w dzieciństwie (odra, płonica), i duru brzuszkiego przed 5 laty, zawsze była zdrowa; ojciec dziecka zdrowy, prowadzi życie prawidłowe; w rodzinie tak ze strony ojca jak i matki nie zdarzały się przypadki padaczki lub też innych chorób podobnych. Na kilka dni przed pojawieniem się drgawek, dziecko stało się niespokojne, często bez wiadomej przyczyny popłakiwało, pożywienie niechętnie przyjmowało, niespokojnie i mało sypiało.

Przy badaniu dziecka w kilka godzin po ustaniu drgawek, znalazłem stan następujący: dziecko tęgie, prawidłowo zbudowane, czaszka nie przedstawia żadnych nieprawidłowości, ciemię wielkie prawie zamknięte; dziecko ma 4 zęby przednie i 2 dolne. Dziaśła w miejscach, odpowiadających zębom trzonowym, szczególnie w szczęce górnej, zgrubiałe i umiarkowanie, acz wyraźnie zaczerwienione.

Budowa klatki piersiowej i ściany brzusznej prawidłowa.

Stan ogólny dziecka bezgorączkowy, przytomność zupełna; dziecko wygląda tylko nieco zmęczone i sennie, żrenice jednakowo rozszerzone, dobrze oddziałują na światło. W narządach klatki piersiowej nic nieprawidłowego. Brzuch lekko wzdęty, lecz miękki, niebolesny; wypróżnienia prawidłowe, oddawanie moczu prawidłowe; mocz nie zawiera białka.

Badanie zatem przedmiotowe, jakoteż szczegółowe wywiady nie dostarczyły nic takiego, czemby można było sobie objaśnić powstanie drgawek. Najbardziej skłonny byłem uważać za przyczynę ich nieznaczne zaburzenie kiszkowe, i z tego powodu zaleciłem olej rycynowy i uregulowanie dyety. Pomimo kilkakrotnych

wypróżnień, dziecko popołudniu dnia tego znowu dostało drgawek, które się uspokoiły po ławatywie z dodatkiem bromu i chloralu; noc jednak przepędziło niespokojnie i kilkakrotnie miało lekkie drgawki ogólne.

Nazajutrz rano ciepłota prawidłowa, dziecko senne, apatyczne, choć przytomne. Obrzmienie i zaczerwienienie dziąseł bardzo znaczne, ślinienie obfite. Dziecko tak kilka dni tego, jak i następnego niespokojne, podniecone, drgawek nie miało. 5-go dnia od pierwszych drgawek, wyrznęły się po 2 trzonowe zęby z każdej strony w szczęcie górnej. Od tego czasu dziecko spokojniejsze, wróciło do zupełnego zdrowia.

W 4 miesiące potem powtórnie wezwany byłem do dziecka, z przyczyny drgawek. Najszczególowsze badanie i tym razem nie wykryło nic nieprawidłowego, prócz zgrubienia i zaczerwienienia błony śluzowej dziąseł i podniebienia. Dziecko przez kilka dni było niespokojne, nie chciało przyjmować pożywienia, widocznie z przyczyny bólu, spędzało noce bezsenne, a 4-go dnia wyrznęły się 4 zęby trzonowe i po 2 kły w szczęcie dolnej, poczem, acz powoli, dziecko wróciło do zupełnego zdrowia. Obecnie dziecko ma 4 lata, jest zupełnie zdrowe. Godne jest uwagi, że dziecko to w roku zaprzeszłym, chorując na odrę, miało z początku lekkie drgawki.

Przypadek II. Do 1½-letniego dziecka wezwano mię w maju zaprzeszłego roku, z przyczyny drgawek. Dziecko to, podług opowiadania matki, jest od kilkunastu dni niespokojne, źle sypia i wieczorami jakoby gorączkuje. Kilka godzin temu dostało drgawek, które się kilkakrotnie powtórzyły; wezwany na razie felczer, postawił 2 pijawki za uszami, zrobił ławatywę, poczem dopiero drgawki ustały, dziecko jednak pozostało nieprzytomne, senne. Gdy w kilka godzin potem drgawki na nowo się powtórzyły, wezwano mnie. Przybywszy na miejsce, znalazłem dziecko w silnych drgawkach klonicznych, nieprzytomne; dla uspokojenia drgawek zaleciłem ławatywę z chlorałem, poczem w pół godziny drgawki ustały. W kilka godzin potem, badając — znalazłem dziecko źle odżywiane, szczupłe, lecz prawidłowo zbudowane; czaszka prawidłowa, ciemę wielkie, zamknięte, dziecko od 4-ch miesięcy chodzi. Tak w szczęcie górnej jak i w dolnej były wszystkie zęby przednie; w miejscach, odpowiadających zębom trzonowym, dziąsła mocno zgrubiałe, silnie zaczerwienione. Ciepłota ciała podwyższona, dosięga 38,5°, tętno przeszło 100. W żadnym z narządów wewnętrznych nic nieprawidłowego nie wykryłem; wypróżnienia opieszale, oddawanie moczu prawidłowe, mocz nie zawiera białka. Dziecko niezupełnie przytomne, często zgrzyta zębami, ucisk na brzuch wywołuje lekkie ruchy drgawkowe.

Po kalomelu i oleju rycynowym kilka wolnych wypróżnień; wieczorem stan bezgorączkowy, dziecko nieco przytomniejsze, lecz niespokojne, często wykrzykuje; w nocy kilkakrotnie powtarzające się lekkie drgawki. Nazajutrz rano ciepłota ciała prawidłowa, dziecko napół przytomne, ciągle senne; zrywa się od czasu do czasu z krzykiem, pożywienia przyjąć nie chce. Następnego dnia dziecko spokojniejsze, drgawek w ciągu nocy nie było, przytomność większa; tego dnia po południu wyrznęły się wszystkie kły i po 2 zęby trzonowe przednie z każdej strony. Odtąd stan dziecka stopniowo się poprawiał, a po 10 dniach wróciło ono do zupełnego zdrowia.

W przypadku tym drgawki mogły zależeć tylko od trudnego wyrzynania się naraz tylu zębów; czy zaś one powstały na drodze odruchowej, czy też istniało współczesne przekrwienie mózgu, co zdawały się wskazywać niektóre objawy, towarzyszące drgawkom, jest dla nas rzeczą obojętną.

W każdym razie krótkie trwanie choroby, zejście pomyślne, brak takich objawów, jak wymioty, zwolnienie tętna i t. p., nie pozwalają na przypuszczenie sprawy zapalnej w oponach mózgowych, którąśmy z początku skłonni byli przyjmować. Za zależnością zaś drgawek od trudnego wyrzynania się zębów przemawiają znalezione zmiany miejscowe błony śluzowej dziąseł, ich obrzmienie i zaczerwienienie, zwiększone wydzielanie śliny, a przede wszystkim brak wszelkich innych momentów przyczynowych i spraw chorobowych, mogących spowodować drgawki, jak: zaburzeń kiszkowych, krzywicy, zakażenia lub

cierpienia ośrodków nerwowych, niemniej i szybki powrót do zdrowia po wyrznięciu się zębów.

Drgawki u dzieci w pierwszych okresach życia zdarzają się wogóle, jak wiadomo, dosyć często. Przyczyną zjawiska tego jest wykazana przez SOLTMAN'a nadmierna pobudliwość nerwów obwodowych i łatwość, z jaką u dzieci powstają odruchy. Toteż częstym źródłem drgawek u dzieci są podrażnienia skóry, błon śluzowych, wywołujące na drodze odruchowej podrażnienie odpowiednich ośrodków nerwowych, będące ostateczną przyczyną wszelkich drgawek. Spostrzegamy też u dzieci drgawki w następstwie ciężkich urazów, dotyczących skóry, podrażnienia błony śluzowej, szczególnie dróg pokarmowych przez niestrawione pokarmy, gazy, glisty i t. p. Do tej samej też kategorii zaliczyć należy drgawki wskutek trudnego wyrzynania się zębów, wywołane na drodze odruchowej przez ucisk, podrażnienie zakończeń nerwu trójdzielnego, tak bogato rozgałęzionych w zębodołach i błonie śluzowej dziąseł. Przyjmując możliwość powstawania drgawek u dzieci na drodze odruchowej skutkiem wyrzynania się zębów, dalecy jesteśmy od uważania wszelkich drgawek u dzieci, w okresie ząbkowania się pojawiających, za zależne od tej sprawy; w pewnej jednak ilości przypadków, a do tych należą i 2 wyżej podane, brak wszelkich innych momentów przyczynowych i spraw chorobowych zmusza nas uczynić je zależnymi od trudnego wyrzynania się zębów.

W literaturze z lat ostatnich spotykamy niemało pediatrów, przyjmujących zależność drgawek u dzieci od trudnego wyrzynania się zębów. Nie mówiąc już o HENOCH'u, BAGIŃSKIM, UFFELMAN'ie i wielu innych, którzy w podręcznikach swych dowodzą, że podrażnienie błony śluzowej dziąseł przy pierwszym ząbkowaniu może na drodze odruchowej wywołać drgawki, udział trudnego wyrzynania się zębów przy powstawaniu drgawek zaznaczyli między innymi w ostatnich czasach BROTHERS ¹⁾ i CONCETTI ²⁾ którzy podają pewną ilość przypadków drgawek u dzieci, zależnych od trudnego wyrzynania się zębów. Interesujący pod tym względem przypadek, opisany jako *pseudomeningitis*, podaje CONCETTI. Dziecko 11-miesięczne, nie mające ani jednego zęba, zachorowało przy objawach następujących: gorączka, wymioty, biegunka, drgawki kloniczne i toniczne, wykrzykiwania i t. p. Dziąsła były obrzmiałe, napężone, bolesne, pokryte aftami. Stan dziecka poprawił się po głębokim nacięciu dziąseł. Przy wyrzynaniu się nowych zębów ten sam mniej więcej zbiór objawów. Dziecko ostatecznie wyzdrowiało.

I z teoretycznego punktu widzenia nie możemy zrozumieć, dlaczegoby silniejsze podrażnienie dziąseł, towarzyszące często pierwszemu ząbkowaniu, nie mogło przy sprzyjających warunkach, właściwych wiekowi dziecięcemu, sprowadzić na drodze odruchowej drgawek, skoro przyjmujemy, że podrażnienie skóry i błony śluzowej kiszek przez gazy i glisty jest w stanie je wywołać.

Inna jest kwestya częstości drgawek, zależnych od sprawy pierwszego ząbkowania. Pod tym względem z zanotowanych przez nas 82 przypadków drgawek u dzieci, spostrzeganych w ostatnich 5-u latach: 27 stanowiło wstępny objaw chorób zakaźnych (odry, płonicy, ospy, zapalenia płuc i t. p.); 12 powstało w następstwie cierpień mózgu i jego opon; 29 powstało pod wpływem zaburzeń żołądkowo-kiszkowych; 6 przez podrażnienie skóry wsku-

¹⁾ Referat w Archiv für Kinderheilkunde. Tom XIV, zeszyt 3 i 4.

²⁾ Referat w Archiv für Kinderheilkunde, 1891.

tek urazu — oparzenia; 6 przez podrażnienie dziąseł przy trudnem wyrzynaniu się zębów; w 2-ch przypadkach przyczyna została niewykryta.

W etyologii zatem drgawek trudne wyrzynanie się zębów odgrywa rolę drugorzędną. Fakt to bardzo ważny, zmuszający nas do ostrożności przy rozpoznawaniu przyczyny drgawek, gdy szczegółowe badanie i wywiady nie pozwolą wykryć żadnego momentu przyczynowego i żadnej sprawy chorobowej, wywołującej drgawki u dzieci.

O ile rzadkie są drgawki u dzieci, wprost od sprawy ząbkowania zależne, o tyle często zauważyć można u nich, podczas wyrzynania się zębów, chorobliwie wzmożoną pobudliwość narządu nerwowego ośrodkowego. Dzieci marudzą, popłakują, często bez wiadomej przyczyny krzyczą, niechętnie przyjmują pożywienie, niespokojnie śpią, ze snu często się z łękiem zrywają. Wśród takich to przypadłości u niektórych dzieci nagle powstają drgawki.

Z innych przypadłości i spraw chorobowych, w okresie pierwszego ząbkowania spostrzeganych, na bliższą uwagę zasługują cierpienia dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej. Obrzmienie dziąseł i ich przekrwienie, nieżytowe zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, podrażnienie gruczołów ślinowych i zwiększenie ich wydzieliny są tak częstem zjawiskiem w sprawie pierwszego ząbkowania, że niepodobna zaprzeczyć genetycznego związku między jednym a drugim.

I przy powstawaniu *stomatitidis aphthosae* udział pierwszego ząbkowania, również kwestyonowany przez KASSOWITZ'a, nie może być zaprzeczonym.

Już dawniej BOHN³⁾, na mocy danych klinicznych i statystycznych, zaznaczył związek tego cierpienia ze sprawą pierwszego ząbkowania. W nowszych czasach MONTI⁴⁾, w pracy, poświęconej temu cierpieniu, przytacza dane statystyczne, świadczące o roli pierwszego ząbkowania w etyologii tego cierpienia. Materiał, na jakim opiera swoje wnioski MONTI, jest dosyć pokąźny.

Na 587 przypadków tego cierpienia, spostrzeganych przez M. w ciągu 16 lat, t. j. od 1872 do 1887 roku, 10 przypada na pierwsze 6 miesięcy życia. Od 6-go miesiąca życia ilość przypadków stopniowo się zwiększa. I tak, między 1 a 2 rokiem przypada 290 przypadków, między 2 a 3 rokiem 106. Od 3-go roku życia częstość przypadków znowu stopniowo się zmniejsza tak, że wynosi między 3 a 4 rokiem 45, między 4 a 5 i 5 a 6 po 21.

Rzadkość *stomatitidis aphthosae* w pierwszych 6-u miesiącach życia, a zatem przed pierwszym ząbkowaniem, największa częstość tego cierpienia w okresie pierwszego ząbkowania, szybkie zmniejszenie się częstości po skończeniu pierwszego ząbkowania — świadczą wymownie o roli, jaką przypisać należy pierwszemu ząbkowaniu w etyologii *stomatitidis aphthosae*.

Stwierdzając fakt zależności *stomatitidis aphthosae* od sprawy pierwszego ząbkowania, musimy jednak, zgodnie z większością autorów, zaznaczyć, że sprawa ząbkowania sama może nie wystarcza do wywołania w mowie będącego cierpienia, że odgrywa ona tu rolę pośrednią, stwarza grunt, sprzyjający rozwojowi chorobotwórczego działania pasorzytów, w jamie ustnej osiadłych, a te dopiero wywołują zakażenie miejscowe na błonie śluzowej jamy ustnej, będące podstawową przyczyną tego cierpienia.

O innych cierpieniach, w narządach bardziej oddalonych, niewiele pozostaje nam do powiedzenia.

³⁾ Lehrbuch der Kinderkrankheiten Gorhardt'a.

⁴⁾ Monti. Paediatrische Arbeiten. Berlin. 1890.

Cierpienia narządów trawienia, częste u dzieci w pierwszych latach życia, jak: nieżyty żołądkowo-kiszkowe, biegunka letnia i choleryczna, muszą być uznane wskutek ścisłych badań, nad ich etiologią i patogenezą w ostatnich latach podjętych, za bardzo mało albo wcale niezależne od sprawy pierwszego ząbkowania i dlatego nie podlegają już prawie dyskusji.

Jeżeli KASSOWITZ dowodzi, że „pierwsze ząbkowanie nie spowoduje żadnych zaburzeń śmiertelnych w ustroju dziecka“, to w tym względzie jeszcze się z nim zgodzić mogę. Wynika to z rodzaju zaburzeń, jakie trudne wyrzynanie się zębów spowoduje. Nawet drgawki wskutek trudnego ząbkowania, jako powstające na drodze odruchowej, a zatem niezależnie od głębszych zmian w ośrodkach nerwowych, nigdy prawie nie grożą niebezpieczeństwem i zwykle kończą się pomyślnie. Lecz, by „podczas pierwszego ząbkowania zawsze znaleźć można zupełnie prawidłowy stan dziecka i by sprawa pierwszego ząbkowania nie spowodowała żadnych zaburzeń, ani miejscowych, ani ogólnych“, na to chyba w żaden sposób zgodzić się nie można. Przeczy temu, zdaniem mojem, nietylko rozumowanie teoretyczne, lecz i codzienne spostrzeganie kliniczne.

Zestawiając pogląd nasz na rolę pierwszego ząbkowania w etiologii chorób wieku dziecięcego, wypadnie, że:

1) ząbkowanie jest niewątpliwie aktem fizyologicznym, w pewnej ilości przypadków nie spowodującym żadnych zaburzeń w ustroju dziecka;

2) w znacznej jednak ilości przypadków objawy chorobowe, występujące podczas wyrzynania się zębów, pożytywać trzeba jako mniej lub więcej od tej sprawy zależne; w żadnym zaś razie ani teoretyczne rozumowanie, ani spostrzeganie kliniczne nie upoważnia nas do odmawiania sprawie pierwszego ząbkowania wszelkiego wpływu na powstawanie niektórych przypadłości chorobowych, jak dowodzi KASSOWITZ;

3) przypadłości chorobowe, w przyczynowym związku ze sprawą pierwszego ząbkowania będące, są dwojakiego rodzaju: miejscowe i oddalone. Do pierwszych należą cierpienia dziąseł i jamy ustnej, powstające wskutek zaburzeń w krążeniu krwi, spowodowanych uciskiem przez wyrzynające się zęby, i występujące pod postacią przekrwienia, zapalenia nieżytego, a nawet przy sprzyjających warunkach pod postacią *stomatitidis aphthosae*. Do oddalonych należą często spostrzegane u dzieci przypadłości chorobliwie wzmoczonej pobudliwości narządu nerwowego ośrodkowego, wśród których, acz nie często, mogą na drodze odruchowej powstawać drgawki;

4) cierpienia w narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej, jak: nieżyty oskrzeli, zapalenie mięszu płuc, nieżyty żołądkowo-kiszkowe, biegunki i t. p., niemniej i sprawy zapalne opon mózgowych, tak częste u dzieci w okresie pierwszego ząbkowania, nigdy prawdopodobnie nie zależą wprost od trudnego wyrzynania się zębów.

Kilka słów o leczeniu uporczywych postaci tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy,

podał d-r A. Winawer.

(Rzecz, czytana na VII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie).

(Dokończenie.—Zob. Nr. 10).

Przodowe ustalenie trzonu macicy przez skrócenie więzadeł obłych sposobem ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS'a oraz sposobami zmodyfikowanymi EDEBOHLS'a (63), CHALOT'a (64), ZEISS'a, KELLOG'a, CARPENTER'a (65), SEGOND'a, KOCHER'a i innych, stosowane nierzadko we Francyi, Anglii i Ameryce, nie zostało w Niemczech prawie wcale przyjęte (KUESTNER, SÆNGER, TISCHENDORF, WINCKEL).

Sposób ten przedstawia pewne trudności, wynikające bądź ze stosunków anatomicznych więzadeł, bądź też z techniki samego zabiegu operacyjnego [SÆNGER, SLAVJANSKI, MUNDÉ, CHAPUT (66), ŚWIĘCICKI] i nie zapewnia trwałego uleczenia, gdyż więzadło pod wpływem stałego pociągania może uleść rozciągnięciu, a wtedy nastąpi powrót cierpienia.

Cięcie brzuszne z przymocowaniem pośredniem lub bezpośredniem dna lub trzonu macicy do przodowej ściany brzucha (*ventrofixatio*, a właściwie *ventrifixatio* (LÆHLEIN), *hysteropezia*, *hysterorrhaphia abdominalis anterior*), jako sposób pierwotny bez usunięcia, lub wtórny, połączony z usunięciem narządów przydatkowych macicy, stosowany bywa w postaci różnych sposobów:

1) umocowanie jednego lub obu kikutów więzadłowych w ranie brzusznej (KÆBERLE, SIMS, OLSHAUSEN, SÆNGER);

2) przyszycie dna lub trzonu macicy do przodowej ściany brzucha [LAWSON TAIT, CZERNY (67), SCHULTZE, LEOPOLD (68), TERRIER, POZZI, OLSHAUSEN (69), FRITSCH];

3) przyszycie jednego lub obu kikutów więzadłowych do ściany brzusznej (KELLY, OLSHAUSEN, SÆNGER);

4) unieruchomienie macicy w przodowym odcinku miednicy przez wprowadzenie sączka szklanego na dwa tygodnie do jamy DOUGLAS'a [KLOTZ (70)];

5) przyszycie rogów macicy w miejscu odejścia więzadeł obłych do ściany brzusznej (SÆNGER);

6) przyszycie macicy do otrzewny pęcherza moczowego — *cystohysteropezia* (WERTH, KELLY);

7) przyszycie więzadeł jajnika do przodowej ściany brzucha (KRUG);

8) przymocowanie więzadeł szerokich do przodowej ściany macicy (KOCKS);

9) skrócenie więzadeł obłych, dokonywane po otwarciu jamy brzusznej bądź przez wycięcie, bądź przez ułożenie w fałdę, bądź też przez ułożenie w fałdę i zeszytie więzadeł, bądź też wreszcie przez przyszytie ich do przodowej ściany macicy [GILL, WYLIE (71), BOLDT, RUGGI, BODE (72), POLK (73), DUDLEY (74)];

10) skrócenie więzadeł obłych w połączeniu z przyszyciem dna macicy do ściany brzusznej [MATLAKOWSKI (75)].

Nie wdając się w krytyczną ocenę poszczególnych sposobów operowania, zwrócę tu uwagę na to, iż cięcie brzuszne w przypadkach odchylenia i odgięcia macicy, jakie dotąd wykonywano, odpowiada trzem wskazaniom: popierwsze, by zmienione chorobowo narządy przydatkowe usunąć; podrugie, by przyczepiny otrzewnowe przez oddzielenie palcami, nożem lub żegadłem (KUESTNER) zniszczyć, i po trzecie, by trzon macicy ustalić od przodu przez pośrednie lub bezpośrednie przyszycie do ściany brzusznej.

W znacznej większości przypadków, operowanych przez SÆNGER'a, OLSHAUSEN'a, LEOPOLD'a, ZWEIFEL'a, FEHLING'a, CZERNY'ego, KALTENBACH'a, SCHRAM'a, LOEHLEIN'a, PROCHOWNICK'a i innych, najważniejszym wskazaniem do cięcia brzuszego było usunięcie chorych narządów przydatkowych, a przyszycie macicy miało znaczenie wtórorzędne. Twierdzić to można tem pewniej, iż objawy, zależne od wadliwego położenia narządu, po wycięciu jajników zwykle ustępują wskutek rozwijającego się następowo zaniku macicy [VEIT, FRITSCH, JEANNEL (76), NITOT (77)].

Przyszywanie przodowe macicy przy odchyleniu i odgięciu tego narządu stanowi w większości przypadków zabieg leczniczy pewny i ostateczny, rzadko wpływa ujemnie na przebieg późniejszej ciąży i jest wolne od niebezpieczeństwa.

DELAGENIERE (78) wykazał, iż z 78 operowanych przypadków zaledwie w 8 nie otrzymano dodatnich wyników. SCHEPERS (79) podaje, iż ze 178 przypadków w 173 były wyniki pomyślne, w 4 niepomyślne, a w jednym nastąpił zgon wskutek zapalenia płuc. BAUDOUIN (80) podaje, iż z 255 operowanych przypadków w 11 był wynik niepomyślny, w 13 niezupełny, a dwie chore zmarły.

Śmiertelność zatem podług DELAGENIÈRE'a i BAUDOUIN'a wynosi 1%.

Pomimo tych tak pomyślnych wyników, sposób ten stanowi dotąd, gdy nie zachodzi wskazanie do wycięcia narządów przydatkowych, *ultimum refugium*.

Przyszycie macicy do przodowej ściany brzucha bez cięcia brzuszego: a) bezpośrednio [KELLY (81), ASSAKY (82), CANEVA, CANDELA] i b) pośrednie, po przecięciu skóry, powięzi, mięśni do otrzewny [KALTENBACH, KUESTNER, KRUG (83), CZEMPIN], nie jest wolne od niebezpieczeństwa wskutek możliwości obrażenia jelita i nie zapewnia trwałego uleczenia.

Unieruchomienie przodowe trzonu macicy przez przyszycie narządu do przodowej ściany pochwy podług sposobu SCHUECKING'a (84), pomimo dobrych wyników, jakie otrzymano, niewiele znalazło naśladowców, głównie wskutek niebezpieczeństwa, jakie wobec możliwości obrażenia pęcherza moczowego lub przewiązania moczowodu wyniknąć może (GLÆSER).

Również sposoby SCHUECKING'a zmodyfikowane, a mianowicie: sposób TOINGREN'a (85), który ma chronić od obrażenia pęcherza moczowego, oraz sposób ZWEIFEL'a (86), który przez oddzielanie pęcherza od szyi macicznej zabezpiecza od obrażenia pęcherza moczowego i jelit, nie mają zwolenników.

Ustalenie pochwowe trzonu macicy (*vaginofixatio*) sposobem FRANK'a i KLOTZ'a prawie nie było przez innych stosowane: zaś sposoby DUEHRSEN'a (87) i MACKENRODT'a (88), jak się zdaje, będą miały powodzenie. DUEHRSEN z 114 przypadków otrzymał w 102 uleczenie. MACKENRODT i WINTER, operując sposobem nieco zmienionym, podają wyniki zadawalające; zaś KNORRE (89) podaje, że z 24 przypadków, operowanych sposobem MACKENRODT'a i DUEHRSEN'a, otrzymano 15 powrotów i 9 uleceń trwałych. Z tej więc przyczyny nie okaże się zbyt użytecznym lub nieracjonalnym sposób JACOBS'a (90)

(*hystéropexie vaginale double*). JACOBS, operując od pochwy, nie tylko dąży do ustalenia przodowego trzonu macicy, lecz ustala jednocześnie szyję maciczną od tyłu sposobem SAENGER'a. W ten sposób operował JACOBS cztery przypadki z pomyślnym wynikiem.

Większa część podanych tu sposobów ma na względzie leczenie wolnego od przyczepin czyli ruchomego odgięcia i odchylenia macicy, zaś w leczeniu postaci unieruchomionych sposoby te mogą mieć znaczenie dopiero wówczas, gdy macica zostanie uruchomiona przez leczenie mechaniczne.

Leczenie bezpośrednie postaci tych na drodze chirurgicznej przeprowadzić można, bądź przystępując do skrócenia więzadeł krzyżowo-macicznych od pochwy sposobem FREUND'a, SCHULTZE'go, SAENGER'a lub STRATZ'a, gdyż po otwarciu jamy DOUGLAS'a od pochwy można błony rzekome palcami oddzielić; bądź też przez cięcie brzuszne, niezależnie od tej okoliczności, czy zamierzamy następnie ustalić szyję maciczną od tyłu, czy też trzon macicy od przodu.

Ustalenie tylne szyi macicznej, jak to wyżej wspomniano, ani przez operowanie od pochwy, ani od jamy brzusznej nie dało dobrych wyników; najpewniejszy więc sposób leczenia uporczywych postaci tyłozgięcia, - pochylenia macicy stanowi cięcie brzuszne i po usunięciu przyczepin otrzewnowych przyszycie dna macicy do przodowej ściany brzucha.

Sposób ten, jak widzimy, dotyczyć może przeważnie tych przypadków, w których ustalony jest trzon przez nitkowate lub taśmowate zrosty w jamie otrzewny miedniczej. Powstaje jednak pytanie, jak postępować wobec tych przypadków odgięcia macicy, w których narząd jest unieruchomiony wskutek przykróceń otrzewny, a także wskutek przykróceń i powrózków w tkance przymacicznej, gdy te przez leczenie mechaniczne usunąć się nie dadzą.

Przykrócenia te ustalają przeważnie szyję maciczną od przodu, a ponieważ w wielu przypadkach trzon macicy jest wolny, stanowią przeszkodę nie w odprowadzeniu, lecz w utrzymaniu narządu w położeniu prawidłowym. W przypadkach tych macica po odprowadzeniu i założeniu krążka pochwowego wkrótce przechyla się ku tyłowi. Zdawałoby się przeto, iż przyszycie dna macicy do przodowej ściany brzucha może w zupełności wystarczyć. W rzeczywistości jednak otrzymanie trwałego wyleczenia nieraz bywa bardzo trudne. Przyczynę niepowodzenia tego stanowią nieprawidłowe stosunki, zależne od ciśnienia wewnątrzbrzuszego, jakie wówczas przy *antepositio* macicy powstają. Nadto wskutek stałego pociągania narządu przez dawne, nieusunięte bliznowate przykrócenia przymaciczne, świeże zlepy, otrzymane po przyszyciu dna macicy, uleż mogą nieraz znacznemu rozciągnięciu lub zupełnemu oddzieleniu, a wówczas nastąpi odnowa cierpienia. W przypadkach tych MARTIN (91) postępuje w ten sposób, iż oddziela macicę tępo lub nożem od przyczepin otrzewnowych, następnie rozszerza gwałtownie dno miednicze i przecina podotrzewnowo więzadła przykrócone, a macicę ustala od przodu sposobem LEOPOLD'a. Dla uniknięcia nowych zlepow po oddzieleniu zrostów, smaruje MARTIN oddzielone powierzchnie, ogołocone z otrzewny, wyjałowioną oliwą. Z 26 operowanych w ten sposób przypadków w 18 otrzymano wyleczenie.

Ważne znaczenie może mieć w tych przypadkach sposób przyszywania macicy. FRITSCH sądzi, iż przyszycie macicy do brzucha 10—12 szwami według jego sposobu jest tak mocne, iż nawet zrosty w jamie DOUGLAS'a, jakie pozostawiono, gdyż nie dały się podczas operacji palcami oddzielić, rozcią-

gnęły się powoli po przyszcyciu macicy. Być może, iż takie przyszcycie będzie mogło zrównoważyć pociąganie bliznowatych przykróceń przymaciczych.

Z tego krótkiego omówienia wynika, iż w niektórych przypadkach nawet i cięcie brzuszne nie może zapewnić uleczenia trwałego.

Cóż w takim razie pozostaje?

Sądzić należy, iż te ciężkie objawy, jakie towarzyszą nieraz przypadkom tyłozgięcia macicy, zmusić nas mogą do wykonania trzebienia czyli wycięcia jajników zdrowych w celu wywołania zaniku macicy, lub też do całkowitego wycięcia narządu, jak to się często praktykuje, głównie we Francyi, przy przewlekłym zapaleniu macicy i narządów przydatkowych, sposobem PÉAN-SEGOND'a.

Trzebienie i wycięcie całkowite macicy mogą być wskazane, gdy sprawa płodności w rachubę nie wchodzi, np. u panien w podeszłym wieku lub też u niewiast od dłuższego czasu nieplodnych.

FRITSCH sądzi, iż w przypadkach tego rodzaju trzebienie jest więcej wskazane u kobiet młodych, gdy przy odgięciu macicy występują takie objawy, jak bardzo bolesne miesiączkowanie lub obfite krwawienie miesiączkowe; całkowite zaś wycięcie wykonać należy wówczas, gdy się zastaje takie powikłania, jak przewlekłe zapalenie macicy lub zapalenie okołomaciczne, które się jednocześnie doszczętnie usunie.

Wycięcie macicy jest tem więcej wskazane, iż przy dodatnich warunkach techniki operacyjnej daje rokowanie lepsze, niż trzebienie.

Postępowanie takie, wobec bezsilności innych sposobów leczenia bądź zachowawczego, bądź też chirurgicznego, może być w zasadzie, jako *ultimum refugium*, zupełnie usprawiedliwione.

L I T E R A T U R A.

- 1) SCHULTZE. Samml. klin. Vortraege v. Volkmann. N. F. N. 24. 2) SCHULTZE. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XIV. 1. str. 23. 3) THURE BRANDT. Beh. d. weib. Geschlechtskrankheiten. Berlin. 1891. 4) GOTTSCHALK. Centr. f. Gyn. 1889. N. 3. 5) SKUTSCH. Verh. d. dritten Kongr. d. deutsch. Ges. f. Gyn. in Freiburg. Centr. f. Gyn. 1889. N. 32. 6) FRITSCH. Bericht über die gynacc. Operationen d. Jahrg. 1891. 1892. str. 168. 7) ZEISS. Centr. f. Gyn. 1888. N. 50. 8) SCHWARTZ. Ber. ueb. d. zweiten Kongr. d. deutsch. Ges. f. Gyn. in Halle. Centr. f. Gyn. 1888. N. 24. 9) GILL WYLIE. Am. journ. of obst. 1889. May. 10) KLOTZ. Berl. klin. Woch. 1884. N. 4. 11) KUESTNER. Samml. klin. Vortr. v. Volkmann. N. F. 9. 12) KUMPF. Ber. ueb. d. Verh. d. vierten Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. zu Bonn. Centr. f. Gyn. 1891. N. 25. 13) FRITSCH. Handb. d. Frauenkr. v. Billroth u. Luecke. Stuttgart. 1885. Bd. I. Lagev. d. Gebärm. str. 760. 14) SAENGER. Ueber Pessarien. Leipzig. 1890. 15) SCHAUTA. Prager med. Woch. 1888. N. 28, 29. 16) SMITH A. J. Lancet. 1889, Nov. 8. 17) BOLDT. Am. journ. of Obst. 1890. N. 6. 18) SAENGER. Centr. f. Gyn. 1890. N. 19. 19) PROCHOWNICK. Centr. f. Gyn. 1884. N. 42. 20) BANDL. Handb. d. Frauenkr. v. Billroth u. Luecke. Stuttgart. 1886. Bd. II. Die Krankh. d. Tuben, d. Ligamente etc. str. 942. 21) KUESTNER. Centr. f. Gyn. 1882. N. 27. 22) SIMS MARION. Klinik d. Gebärmutterchirurgie. Erlangen. 1870. str. 270. 23) MILLER A. Am. journ. of Obst. 1887. Feb. 24) WINAWER. Gaz. Lek. 1891. N. 24. 25) SCHROEDER. Wykład chorób kob. Przekład polski St. Kondratowicza. Warszawa. 1876. str. 158. 26) BYLICKI. Nauka o chorobach kobiecych. Kraków. 1894. str. 259. 27) SCHULTZE. Die Pathologie u. Therapie d. Lage v. d. Gebärmutter. Berlin. 1881. str. 152. 28) MARTIN. Handh. d. Frauenkr. Wien. u. Leipzig. 1887. str. 357. 29) BORYSSOWICZ. Kron. lek. 1891. N. 11 i Archiv f. Gyn. Bd. 44, II, 332. 30) SKUTSCH. Centr. f. Gyn. 1888. N. 24. 31) ŚWIĘCICKI. Muenchen. med. Woch. 1890. N. 1. 32) FRITSCH. Centr. f. Gyn. 1888. N. 24. 33) OLSHAUSEN. Klin. Beitrage z. Gyn. u. Geb. Stuttgart. 1884. str. 8. 34) RHEINSTAEDTER. Prakt.

Grundzuege d. Gynaecol. Berlin. 1886, str. 134. 35) POZZI. *Traité de Gynaec.* Paris. 1892, str. 479. 36) FRITSCH. *Die Krank. d. Frauen.* Braunschweig. 1886, str. 263. 37) LOEHLEIN. *Gyn. Tagesfragen.* Wiesbaden. 1893, H. 3, str. 209. 38) VEIT. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* XX, 1, str. 61. 39) FRAENKEL. *Centr. f. Gyn.* 1886, str. 633. 40) SIELSKI. *Przegląd Lek.* 1889, N. 5, i *Centr. f. Gyn.* 1889, N. 4. 41) PAWLIK. *Centr. f. Gyn.* N. 13. 42) HILDEBRANDT. *Samml. klin. Vortraege v. Volkmann.* N. 5. 43) TRIPIER. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes.* Paris. 1883, str. 105. 44) ENGELMANN G. *Centr. f. Gyn.* 1888, N. 24. 45) BIGELOW HORATIO. *Elektrotherapie bei Frauenkrankh.* Deutsche Ausgabe v. R. Asch, Breslau. 1890, str. 211. 46) BETTOW MASSEY. *Electricity in the diseases of women.* Philadelphia and London. 1890, str. 199. 47) GOELET. *Am. journ. of Obst.* 1891, Fevr. 48) RAYNIER. *Gaz. de gynaecol.* 1893, 15 Nov. 49) BOSSI. *Nouvelles Archives d'Obst. et de Gyn.* 1890, N. 9. 50) DOLÉRIS. *Gaz. des hôp.* 1888, N. 3. 51) BYFORD. *The practice of med. and surg. etc.* Philadelphia. 1888, str. 527. 52) PÉAN. *Bull. méd.* 1889, Fevr. 27. 53) RICHELLOT. *Union med.* 1889, Dec. 17. 54) LOEWENTHAL. *Lagev. d. Uterus.* Heidelberg. 1872. 55) FREUND. *Monatschr. f. Geb.* Bd. 32 str. 442. 56) STRATZ. *Centr. f. Gyn.* 1890, N. 14 i *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* XXI, 2, 337. 57) FREUND. *Centr. f. Gyn.* 1889, N. 30. 58) SAENGER. *Centr. f. Gyn.* 1888, N. 2, 3 i 1891, N. 44. 59) HERRICK. *Am. journ. of obst.* 1891, March. 60) ŚWIĘCICKI. *Kronika Lek.* 1891, N. 9. 61) KELLY. *Am. journ. of. méd. Sciences.* 1888, N. 5. 62) FROMMEL. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* XXVII, 2, 297. 63) EDEBOHLS. *Centr. f. Gyn.* 1891, N. 26. 64) CHALOT. *Nouvelles Archives d'Obst. et de Gyn.* 1892, N. 10. 65) CARPENTER. *Am. journ. of Obst.* 1889, July. 66) CHAPUT. *Nouvelles Archives d'Obst. et de Gyn.* 1892, Nr. 4. 67) CZERNY. *Beitr. z. klin. Chirurgie.* 1888, IV, str. 164. 68) LEOPOLD. *Centr. f. Gyn.* 1888, N. 11 i *Samml. klin. Votr. v. Volkmann.* N. 333. 69) OLSHAUSEN. *Centr. f. Gyn.* 1886, N. 43. 70) KLOTZ. *Centr. f. Gyn.* 1888, N. 5. 71) GILL WYLIE. *Am. journ. of Obst.* 1889, May. 72) BODE. *Centr. f. Gyn.* 1888, N. 48. 73) POLK. *Am. journ. of Obst.* 1889, Oct. 74) DUDLEY PALMER. *Am. journ. of Obst.* 1890, Dec. 75) MATLAKOWSKI. *Przegląd lek.* 1889, N. 46. 76) JEANNEL. *Nouv. Archives d'Obst. et de Gyn.* 1891, N. 5. 77) NITOT. *Nouv. Archives d'Obst. et de Gyn.* 1892, N. 8. 78) DELAGENIÈRE. *Ann. de Gyn. et d'Obst.* 1890, Dec. 79) SCHEPERS. *Die operative Behandl. d. Retroflexio ut.* Diss. inaug. Greifswald. 1890. 80) BAUDOUIN. *Hystéropexie abdom. ant.* Paris. 1890. 81) KELLY. *Am. journ. of Obst.* 1887, Oct. 82) ASSAKY. *Verh. d. X. intern. Kongr. Berlin.* 1891, Bd. III, str. 161. 83) KRUG. *New York. med. Journ. Ref. Jahresb. Frommel's.* Bd. V, str. 659. 84) SCHUECKING. *Centr. f. Gyn.* 1888, N. 12. 85) TOINGREN. *Arch. de Tocologie.* 1891, Jan. 86) ZWEIFEL. *Centr. f. Gyn.* 1890, N. 39 i *Votr. über klin. Gynaecologie.* Berlin. 1892, str. 222. 87) DUEHRSEN. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* XXV, 2, 368. 88) MACKENRODT. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* XXIV, 2, 315. 89) KNORRE. *Centr. f. Gyn.* 1893, N. 51. 90) JACOBS. *Congr. franc. de chirur. VII, ref. Jahresber. Frommel's.* Bd. VII, str. 75. 91) MARTIN. *Nowiny Lek.* 1894, N. 6, referat H. Świącickiego.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 26 lutego r. b.

TREŚĆ: 1) SOLMAN—przedstawienie chorej po doszczętnej operacji przepukliny pachwinowej. 2) WIZEL—przedstawienie: a) chorego ze stwardnieniem mózgu-rdzeniowem rozsianem; b) chorej z mimowolnem moczeniem nocnem, leczonej zapomocą hypnozy. 3) JASIŃSKI—przedstawienie dziecka z *lymphangioma cavernosum*. 4) KORAL—przedstawienie dziecka z mięsakiem powierzchownych warstw brzucha. 5) RYCHLIŃSKI—przedstawienie mózgu zmarłego z *paranoia katatonica*. 6) ARNSTEIN (z Krtua)—odezyt: O drgawkach wskutek ząbkowania i o roli ząbkowania w etyologii chorób wieku dziecięcego. 7) REJCHMAN—odezyt: Przypadek klonicznych skurczów przepony bez czkawki.

1) Kol. SOLMAN przedstawił 17-letnią dziewczynę, u której wykonał doszczętną operację przepukliny pachwinowej sposobem KOCHER'a z pomyślnym wynikiem. Chora chodzi i biega bez paska, nie skarży się na żadne dolegliwości. Czy wynik dobry będzie długotrwały—czas pokaże. S. zaznacza, że sposób KOCHER'a jest łatwy do wykonania i najzupełniej wystarczający w celu doszczętnego leczenia przepuklin. Jedyłą ujemną stroną—łatwe zjawienie się zgorzeli worka, wszystkiego po nad powięzią; lepiej zatem będzie odcinać worek ponad miejscem wszycia go do nowego otworu w powięzi. Obszerniejszą pracę, tyjącą się omawianej sprawy, kol. SOLMAN drukować będzie niebawem w „Medycynie“.

2) Kol. WIZEL przedstawił: a) chorego z kliniki chorób nerwowych, u którego istnieją dwa samodzielne pod względem klinicznym zbiory objawów: jeden (syndrom MILLARD-GUBLER'a) odpowiada cierpieniu mostu WAROL'a, drugi — stwardnieniu mózgodzeniowemu rozsianemu. W. jest zdania, że w przypadku tym istnieje jedynie stwardnienie rozsiane, syndrom zaś MILLARD-GUBLER'a tłumaczy sobie umiejscowieniem jednego z licznych ognisk stwardnienia w dolnej części mostu WAROL'a i zalicza przypadek ten do jednej z trzech, opisanych przez CHARCOT'a, kategorii postaci nietypowych stwardnienia mózgodzeniowego rozsianego, która pochodzenie swe zawdzięcza obecności pewnych niezwykle objawów, zależnych od pewnego niezwykle umiejscowienia ognisk stwardnienia. Przy przeważnym umiejscowieniu się ognisk w tylnych pęczkach—występują dodatkowo objawy tabetyczne, przy umiejscowieniu się licznych ognisk w rogach przednich—objawy amyotroficzne i t. p. W danym przypadku jedno z ognisk umiejscowiło się w moście WAROL'a i to w tej części, w której znajdują się włókna nerwów twarzowego i odwodzącego, przebiegające w bliskim sąsiedztwie z włóknami pęczka piramidalnego; tym sposobem powstał dodatkowo syndrom MILLARD-GUBLER'a. Bezwład połowiczny, jako objaw dodatkowy przy *sclerosis disseminata* był kilkakrotnie spostrzegany, o bezwładzie zaś skrzyżowanym W. nie znalazł żadnej wzmianki w dostępnej mu literaturze, dotyczącej postaci nietypowych stwardnienia rozsianego, tak, iż przypadek jego wydaje mu się być wyjątkowym.

b) Następnie kol. WIZEL przedstawił 17-letnią dziewczynę, od dzieciństwa cierpiącą na uporczywe moczenie nocne, nieustępujące pomimo stosowania przeróżnych zabiegów leczniczych i u której W. zastosował z pomyślnym skutkiem hypnozę. Wynik po pierwszych kilku posiedzeniach nie był bardzo zachęcający. Dopiero, gdy W., dowiedziawszy się od matki, że dziewczyna sypia w nocy snem nadzwyczaj twardym, postanowił drogą sugestyi zmienić sen twardy na lekki, przypuszczając, iż twardość snu jest poniekąd przyczyną mimowolnego moczenia się, nowe sugestjonowanie wywarło skutek doskonały. Chora nie tylko, że przespała noc spokojnie, ale nadto spała o wiele lepiej, niż dawniej. Od 6 do 26 b. m. t. j. przez przeciąg trzech tygodni nie było ani razu wypadku moczenia mimowolnego. Dodać należy, że niejednokrotnie chora sama się budzi, ażeby mocz oddać. W początku W. stosował hypnozę codziennie lub co dwa dni, obecnie stosuje ją tylko co cztery dni. Hypnoza występuje u chorej w postaci prawie zupełnego somnambulizmu z zupełną amnezją pohypnotyczną.

3) Kol. JASIŃSKI przedstawił 2-letnie dziecko, chore, według słów matki, prawie od urodzenia. Z początku pokazały się na dolnej wardze i w pobliżu jej małe pęcherzyki przezroczyste, które z czasem stawały się czerwone, zlewały się z sobą i obejmowały coraz to nowe okolice. Takie same pęcherzyki pokazały się około ucha prawego. W miejscach tych obecnie widać nowotwór płaski, grzybowaty, czerwony, z pasmami białawej tkanki. Kol. J. rozpoznaje *lymphangioma cavernosum* i zamierza, ze względu na wielkość guza i wiek dziecka, leczyć najpierw kauteryzacją i dopiero, kiedy wytworzą się duże blizny, przystąpi do operacji plastycznej.

4) Kol. KORAL przedstawił 6-tygodniowe dziecko, u którego zaraz po urodzeniu rodzice zauważyli powyżej grzebienia biodrowego guz, pokryty skórą sinawą, przeświecającą, wielkości małej pomarańczy. Po kilku dniach skóra pękła i ukazał się nowotwór grzybowaty, miękki, mocno krwawiący, który stopniowo podlega rozpadowi i cuchnie. Stan taki trwa do chwili obecnej. K. rozpoznaje — mięsaka powierzchownych warstw brzucha.

5) Kol. RYCHLIŃSKI przedstawił mózg, pochodzący od 32-letniego mężczyzny, u którego R. za życia rozpoznawał *paranoia katatonica* lub według nomenklatury KAHLBAUM'a *vesania katatonica*. Podawszy historię choroby, R. zaznacza, że KAHLBAUM na zasadzie 7 przypadków sekcyjnych wyprowadził wnioski, że cierpienie to warunkowane jest zmianami organicznymi w mózgu, ściśle określonymi. Zmiany te według K. polegają na zgrubieniu i zmętnieniu opony pajęczkiej, zwłaszcza na podstawie mózgu, między mostem i skrzyżowaniem się nerwów wzrokowych, na istnieniu przesieku i zorganizowanego wysięku, powodujących zanik istoty mózgowej. Oprócz tego K. kładzie nacisk na zgrubienie i zmętnienie opony pajęczkiej w okolicy 2 i 3-go zawoju czołowego, dzięki czemu występuje u chorych tej kategorii uporczywe, długotrwałe milczenie (*mutismus*) i werbigeracja (powtarzanie częste jednych i tych samych wyrazów lub zdań). Rozwój ziarnistości PACHION'a jest bardzo nieznaczny lub wcale go niema. Co się tyczy zmian drobnowidzowych, to są one nieokreślone, w każdym razie rozszerzenie przestrzeni międzykomórkowych zawsze według K. spostrzegać się daje. W przypadku, spostrzeganym przez R., zmiany były wręcz przeciwnie. Zmiany

w oponach były wyłącznie na półkulach, a zupełnie ich nie było na podstawie, ziarniny PACHION'a rozwinięte znacznie. Drobnowidzowe zmiany takie nie odpowiadają tym, które spostrzegał KAHLBAUM. Zdaniem R., mózg, przedstawiony przez niego, z anatomicopatologicznego punktu widzenia przeczy przewodniej myśli KAHLBAUM'a, że jego *vesania katatonica* jest cierpieniem organicznem o ściśle określonych zmianach, i przemawia za tymi poglądami, które uważają, że katatoniczne objawy z punktu widzenia klinicznego trafiają się przy różnych cierpieniach umysłowych.

6) Kol. ARNSTEIN wypowiedział odczyt pod tytułem: „O drgawkach u dzieci pod wpływem pierwszego ząbkowania i o roli pierwszego ząbkowania w etyologii chorób wieku dziecięcego“. Praca ta umieszczona jest w całości w dzisiejszym numerze „Medycyny“.

W dyskusyi kol. J. KRAMSZTYK zaznaczył, że sprawa, poruszona przez mówcę, jest nader interesująca i dotychczas nierozstrzygnięta. Posiadając bardzo liczne ambulatorium pedyatryczne, K. zwracał szczególniejszą uwagę na podniesione przez kol. A. pytanie i wyznać musi, że nigdy nie spostrzegł, aby drgawki zależały od ząbkowania. Częściej względnie spostrzegać możemy drgawki w cierpieniach gorączkowych, lecz w tych razach K. prędzej przypuszcza wpływ samozatrucia. Dzieci krzywicowe ząbkują później i drgawki u nich zależeć mogą zarówno od cierpienia podstawowego, jak i od trudnego i nieprawidłowego ząbkowania. Przypadki, przytoczone przez kol. A., nie przemawiają zdaniem K. tak bardzo za związkiem genetycznym drgawek z ząbkowaniem; szczególnież rzec to można o przypadku 2-im, chociaż i co do 1-ego zauważyć należy, że rozpoznanie w takich razach jest bardzo trudne, na dowód czego K. przytacza przykłady z własnej praktyki: świeżo widział dziecko, u którego bezwątpienia miał do czynienia z influenżą, w przebiegu której dziecko zaczęło ząbkować i dostało drgawek; czy ząbkowanie, czy też choroba gorączkowa była powodem drgawek? W drugim przypadku kol. KRAMSZTYK drgawki, przypisywane ząbkowaniu, po zbadaniu szczegółowem okazały się zależnemi od zimnicy, a badanie krwi i skuteczność stosowanej chininy rozpoznanie to potwierdziły. W końcu kol. K. zaznacza, że przypisywanie różnych objawów ząbkowaniu pociąga za sobą bardzo złe skutki, gdyż publiczność, przypisując ząbkowaniu różne objawy chorobowe, zaniedbuje swe dzieci, wskutek czego śmiertelność między dziećmi jest tak znaczna.

Kol. BĄCZKIEWICZ zaznacza, że dzięki dokładniejszemu poznaniu etyologii chorób, wiele z nich wykreślono z rubryki cierpień ząbkowych, i że los podobny czeka i resztę chorób, przypisywanych ząbkom. Na zasadzie 213 własnych spostrzeżeń, dotyczących sprawy ząbkowania, B. wypowiada zdanie, że zęby, jak każda tkanka w ustroju, i ząbkowanie, jak każda jego czynność, ulegać mogą zboczeniom patologicznym; dlatego też istnieją tu zboczenia co do ilości, jakości, postaci zębów, szybkości i kierunku wzrostu; zboczenia te jednak zawsze B. spostrzegał u dzieci na tle zaburzeń ustrojowych, a objawy, przypisywane wyrzynaniem zębów, odnosi on do zaburzeń w ogólnym stanie dzieci. Spotykał też B. przy ząbkowaniu zmiany ze strony dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej, lecz nigdy nie mógł wiązać ich z ząbkowaniem i znajdował właściwą przyczynę. Przytoczona przez kol. A. statystyka MONTE'go, dotycząca tak zwanych *aphthae* i wykazująca, że ilość tego rodzaju cierpień wzrasta się u dzieci od 6-go miesiąca życia, wobec nowych badań bakteriologicznych nie zdaje się, zdaniem B., przemawiać za związkiem tego cierpienia z ząbkowaniem. Dzieci półroczne są częściej podkarmiane mlekiem krowim, które jest roznosicielem zarazka, wywołującego *aphthae*. Ogólne zaczerwienienie dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej jest zazwyczaj przejawem zapalenia zwykłego, a nie ząbkowania. Szybsze nieraz i w większej ilości wyrzynanie się zębów podczas chorób gorączkowych jest skutkiem, a nie przyczyną choroby. Dalej kol. B. zaznacza, że najtrudniej jest określić udział ząbków w powstawaniu chorób nerwowych, względnie drgawek; te ostatnie pod względem etyologicznym czekają jeszcze na wyjaśnienie i dlatego może chętniej i łatwiej łączyć je ze sprawą ząbkowania. Przypadek pierwszy, podany przez kol. ARNSTEINA, według B. nasuwa pewne wątpliwości, gdyż dziecko, o którym wzmiankuje mówca, odstawione od piersi na 2 czy też 3 tygodnie przedtem, dostało drgawek, które po podaniu środka czyszczącego ustąpiły; może się więc rodzić podejrzenie, czy nie było zaburzeń w trawieniu i czy drgawki nie powstały wskutek samozatrucia wytworami nieprawidłowego trawienia. W przebiegu chorób układu nerwowego istnieją nieraz objawy, które ludzko przemawiają za udziałem ząbkowania, choć w rzeczywistości tak nie jest, na co B. przytacza spostrzeżenia z praktyki własnej. Na zakończenie kol. B. dodaje, że ząbkowanie zaczyna się już w życiu płodowem i u ssawca trwa bezustannie; ząbki same mogą ulegać

zmianom chorobowym, nieprawdopodobne jednak jest, ażeby wzrost zębów mógł wywoływać stany 'chorobowe innych narządów, i dlatego z całą usilnością winniśmy zwalczać, jak słusznie już zauważył kol. K., przekonanie publiczności o ścisłym związku drgawek i innych cierpień z ząbkowaniem.

Kol. JASIŃSKI wypowiada zdanie, że ząbkowanie, jako pewien okres prawidłowego rozwoju dziecka, nie może wywoływać nieprawidłowych, chorobowych objawów i że nieprawidłowe ząbkowanie trafia się najczęściej u dzieci krzywicowych. Zwraca jednak uwagę, że u dzieci z wyraźnymi objawami krzywicy, spostrzegać można bardzo trudno ząbkowanie bez drgawek i bez miejscowych cierpień jamy ustnej.

Kol. WOLBERG zgadza się ze zdaniem, wypowiedzianem przez mówcę, i przyznaje, że w pewnej liczbie przypadków niewątpliwie ząbkowanie jest przyczyną zjawiających się u dziecka drgawek. Dzieci ząbkujące zawsze grymaszą mniej lub więcej, stopień zaś podrażnienia zależy od siły, z jaką się wyrzynają ząbki.

Kol. RYCHLIŃSKI, zastrzegając z góry swoją niekompetencję w sprawach chorób wieku dziecięcego, zaznacza, że z jego punktu zapatrywania, widzi w rozpatrywaniu danej kwestyi zupełne pominięcie sprawy usposobienia dziedzicznego, które, zdaje mu się, posiada w poruszonem pytaniu bardzo wielkie znaczenie. Kol. R. zwraca uwagę, że zbierając wywiady od chorych nerwowych, a szczególnie od padaczkowych (*epilepsia genuina*), prawie zawsze słyszy, że taki osobnik w dzieciństwie miał drgawki, które jednak przez długi nieraz okres czasu nie powtarzały się. Jeżeli przeto w dzieciństwie moglibyśmy upatrywać związek między ząbkowaniem i drgawkami, to czem objaśnić sobie zjawienie się drgawek w późniejszym wieku? Praktyka wskazuje nam, że zwyrodnienie psychiczne całych rodzin bardzo często w pierwszym pokoleniu zaczyna się od drgawek, które znów poprzedza w znacznej większości nadużycie alkoholu. Czy nie możnaby było przeto, zaznacza w końcu R., przypuścić, że zjawiające się w czasie ząbkowania drgawki są tylko pierwszym zwiastunem przyszłego cierpienia nerwowego u osobnika, który przyszedł na świat z pewnem dziedzicznym usposobieniem do cierpień nerwowych?

Kol. ARNSTEIN odpowiada, że, co się tyczy wpływu samozatrucia na powstawanie drgawek u dzieci, to przyznaje go, lecz nie w takim stopniu i rozmiarze, jak chcą kol. KRAMSZTYK i BĄCZKIEWICZ, gdyż samozatrucia u dzieci zdarzają się często, drgawki zaś względnie rzadko. Nie zgadza się kol. A. ze zdaniem, by przez wzgląd na mylne tłumaczenie sobie przez publiczność wpływu ząbkowania na zjawianie się różnych dolegliwości u dzieci, pytanie to nie mogło być poruszone wśród lekarzy. Co się tyczy uwagi kol. R., to A. przyznaje, że jest ona słuszną, gdyż rzeczywiście dziedziczność bezwątpienia ma na zjawienie się drgawek u dzieci wpływ znaczny.

W końcu prof. BARANOWSKI zaznacza, że, nie mówiąc o toksycznym pochodzeniu drgawek u dzieci, związek, jaki zachodzi między ząbkowaniem i drgawkami powinniśmy badać z dwóch stron: 1) z punktu mechanicznego podrażnienia układu nerwowego przez wyrzynające się zęby i 2) z punktu usposobienia dziedzicznego, o którym wspomniął kol. R. Ujawnienie i dowiedzenie drugiego wpływu ma znaczenie nie tylko dla lekarza, lecz i dla wychowawcy.

7) Kol. REJCHMAN w odczycio swym zaznacza, że skurcze przepony bez udziału innych mięśni, jak np. skurcze kloniczne przepony bez czkawki, spostrzegane są bardzo, a nawet wyjątkowo rzadko, gdyż R. udało się tylko w dziele DUCHENNE de BOULOGNE'a znaleźć wzmiankę o podobnem cierpieniu. R. przytacza następnie historję choroby 37-letniego mężczyzny, który od 7-iu miesięcy cierpi na szczególnie napady, nadzwyczaj go męczące i odbierające mu sen i łaknienie. Badanie narządów wewnętrznych, jak również i układu nerwowego, nic godnego uwagi nie dostarczyło; chory rozpacza z powodu ciężkiego stanu, nie sypia i traci łaknienie, skoro zaczynają się napady skurczów przepony. W czasie napadu (a bywa ich czasem kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt dziennie) spostrzegać można gwałtowne wstrząśnienia trzew brzusznych, tak, jak to widzimy przy dużych tętniakach aorty brzusznej. Takich wstrząśnień bywa 150 — 180 na minutę. Przy bardzo silnych wstrząśnieniach brzucha uderzenia udzielają się całemu tułowi, a nawet kończynom, i wtedy cały chory się trzęsie. Kol. R. spostrzegał u chorego napady, trwające tylko od kilku do kilkunastu minut, a chory opowiada, że napady trwają czasem po kilka, kilkanaście, a nawet do 30 godzin, co go pozbawia snu, łaknienia, a zajęcie się jakąkolwiek fizyczną lub umysłową pracą staje się dlań niemożliwem. R. stosował środki przeciwnerwowe i galwanizację i spostrzegał poprawę na czas 5-u dni; później jednak, jak o tem doniósł koledze R. d-r G. z Zamo-

ścia, skurczo powróciły, zaczęły się one jednak w mięśniach szyi, następnego dnia zjawily się parestezye w lewej połowie klatki piersiowej i lewej kończynie górnej, w której następnie wystąpiły mimowolne ruchy wywrotne. Zjawiska te, w postaci napadów, powtarzały się przez kilka dni, poczem zjawil się ból głowy i taki sam napad klonicznych skurczów przepony, który trwał przez godzin 11. Jak się obecnie chory miewa, R. nie wie. W końcu R. nadmienia, iż spostrzegane u chorego napady skurczów przepony nie miały nie wspólnego, ani też nie były nawet podobne do tych świadomych, lub nawet nawpółświadomych podnoszeń przepony, powodujących wciąganie przedniej ściany jamy brzusznej i chlupanie płynu w żołądku i kiszkiach, jakie tak często u osób nerwowych spostrzegać się dają.

W dyskusyi prof. BARANOWSKI zaznaczył, że, według jego zdania, dany przypadek podciągnąć można tylko pod histeryę, wiadomo nam bowiem, że przy braku jakichkolwiek danych przedmiotowych, u niektórych osób występują niechybnie histeryczno objawy, jakoto czkawka, bezgłos i t. p.

ODCINEK.

W sprawie ukończenia asenizacyi Warszawy.

IV.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 10).

Co do 3 i 4-go. Niezawodnie na największe baczenie zasługują zdania przeciwników kanalizacyi Powiśla, podane wyżej pod 3 i 4.

Roboty kanalizacyjno na Powiślu, gdyby nawet wykonane zostały według lindleyowskiego pełnego planu V seryi, mają jakoby nie przynieść korzyści zdrowotnych, z jednej strony, z przyczyny miejscowych stosunków ekonomicznych, z drugiej strony, wskutek lokalnych warunków hydrograficznych.

Co się tyczy pierwszej z obaw tu wyrażonych, to była już o nich mowa wyżej (II), ale tam rozważaliśmy ją ze stanowiska wymagań finansowych. Tam już staraliśmy się wykazać, że obawa niełączenia się terytoryów zamieszkałych z siecią kanałów ulicznych jest po części nieuzasadniona, że jest finansowo nie groźna i że nie wymaga zaniechania kanalizacyi, a raczej wymaga obmyślenia odpowiednich środków pomocniczych dla miejscowych właścicieli domów. Przymus zresztą opłacania podatku kanalizacyjnego przez wszystkich właścicieli domów — choćby nie połączonych — na ulicach skanalizowanych, rozstrzyga faktycznie finansową stronę tej, pozornie tylko groźnej ewentualności.

Strona z dro w o tna tej sprawy przedstawia się jednak odmiennie, a zdaniem naszych oponentów daleko poważniej ma przemawiać przeciwko kanalizacyi Powiśla, aniżeli obawa finansowego kłopotu dla kasy miejskiej. Pesymiści mniemają, że nawet mimo poboru opłaty kanalizacyjnej, a temsamem usunięcia owego kłopotu finansowego, właściciele domów na Powiślu, po części z powodu ciemnoty, po części z powodu braku gotówki, terytoryów swych kanalizować i łączyć z siecią uliczną nie będą, wskutek czego miliony, wydatkowane na kanalizację Powiśla, będą „wyrzucone w błoto“ (opinia lekarzy), nie przyniosły najmniejszego pożytku asenizacyjnego dla tej dzielnicy i dla miasta w ogólności.

Z tego wszystkiego, cośmy powiedzieli poprzednio, zastanawiając się nad techniczną stroną kwestyi (III), okazuje się, jak gruba przesada tkwi w tak wyrażonem zdaniu naszych przeciwników. Kanalizacja uliczna Powiśla, a nawet już zbudowanie samych kanałów głównych D i D₁, umożliwi przecież przechwycenie zawartości wszystkich starych podziemnych kloak, przerzynających grunt Powiśla, zakażających grunt ten, powietrzo gruntowe i wodę gruntową stale, w całej dzielnicy miasta, narażających kilka razy do roku, wskutek zastoju wstępnego posoki, z góry ku Powiślu spływającej, na zakażenie ostre nie tylko gruntu, ale nawet piwnic tamże; pozwoli na zamknięcie siedmiu ujść, któremi wylewa się dzisiaj zawartość owych kloak u brzegu Wisły, nie pozwoli na tak groźne obecnie zanieczyszczanie wody w lasze wiślanej. Wszystkie te, chyba poważne pod względem zdrowotnym następstwa kanalizacyi Powiśla, w rozmiarze planu W. Lindloya uskutecznią się najzupełniej, niezależnie od łączenia się terytoryów domowych z kanałami ulicznymi.

Nie myślimy twierdzić, jakoby obojętnem dla stosunków zdrowotnych danej dzielnicy miało być upowszechnianie się w niej w szerszej lub szcuplejszej mierze kanalizacji domowej. Ale tak dobrze z historii kanalizacji Warszawy, jak i z historii kanalizacji innych miast, a szczególnie Gdańska, Hamburga i Monachium, wiemy, że już samo skanalizowanie ulic, niezależnie od kanalizacji domowych, wywiera wczesnie potężną zmianę w stosunkach fizycznych gruntu, powietrza gruntowego i wody gruntowej, zmianę daleko sięgającą po za linie sieci kanalizacyjnej, zmianę wyrażającą się w oczyszczeniu gruntu, w pewnem ustaleniu poziomu wód gruntowych, a tem samem głęboko modyfikującą i sprawy chemiczne i sprawy biologiczne, w gruncie nurtujące i dla zdrowia danej ludności niezawodnie ważne.

I bez połączenia systematycznego terytoryów domowych z kanałami ulicznymi, niemala ilość ścieków płynnych z tych terytoryów, dziś do rynsztoków ulicznych spływająca, dostanie się do sieci kanalizacyjnej, nie zanieczyściwszy gruntu miejscowego. Oponentom naszym chodzi jednak zapewne, a niesłusznie, przedewszystkiem o fekalia. Zapominają oni, że w całej masie wody kanałowej i tego, co się przy pomocy wody kanałami spławia, fekalia stanowią bardzo małą część, część niezawodnie najwstrętniejszą i najkłopotliwszą, ale prawdopodobnie nie najszkodliwszą i nie najkonieczniej wymagającą kanalizacji spławnej.

Kto w kanalizacji widzi jedynie środek korzystny usuwania fekalii, środek finansowo i sanitarnie dobrze zastępujący wywózkę, a zapomina o jej znaczeniu odwadniającem (Entwässerung), kto zapomina o tem, że już dziś w Warszawie na dobę kanałami odpływa, *respectively* odpływać powinno, przeszło pół miliona stóp sześciennych wody brudnej, najgroźniejszej sanitarnie, ten nie rozumie znaczenia higienicznego kanalizacji i z historią pojęć w tej sprawie nie jest dostatecznie obznajmiony ²⁾.

Dla wyjaśnienia sobie i czytelnikom naszym kwestyi, wiążących się ściśle ze zdaniem opozycji, podanemi pod 3 i 4, uważaliśmy znowu za konieczne zwrócić się do biegłych, którym postawiliśmy dwa następujące równoległe pytania:

1) Jakie są stosunki hydrograficzne Powiśla w chwili obecnej i 2) jakimi będą stosunki te, po zaprowadzeniu kanalizacji ulicznej tamże: a) odnośnie do wód meteorycznych, b) odnośnie do posoki na miejscu produkowanej, c) odnośnie do posoki z górnej części miasta na Powiśle spływającej, tak po powierzchni, jak i podziemnie, d) odnośnie do poziomu wód gruntowych, e) odnośnie do zalewów powodziowych.

Oto, jak brzmi odpowiedź na szereg powyższych pytań:

Odnośnie do ilości i natężenia opadów, Powiśle nie różni się od pasa górnego miasta. Odpływ tylko wód, na powierzchnię spadłych, dużo pozostawia do życzenia, albowiem spadki (pochyłości) najczęściej są małoznaczne, a skutkiem tego rynsztoki przepełnione, ulice zalane i woń niemożliwa do zniesienia, z powodu gnicia części organicznych.

Wspomnąć w tem miejscu wypada, że na najruchliwszej, części Powiśla (nie mówiąc już o innych), a mianowicie przy przejściu z Solca, przez Ludną — Zakłady gazowe, — w tyłach fabryki chem. Kijewskiego — ku Szarej i Czerniakowskiej, — jest duży pas niezabrukowany, wieczne błoto, po deszczach niemożliwe do przebycia. Niktby nie uwierzył, że to, co piszemy, dzieje się w roku 1894, w epoce, gdy nietylko inteligencja, ale cała ludność z zajęciom śledzi i czynny przyjmuje udział w pracach asenizacji miasta.

Kto jest przyczyną nieporządków wspomnianych, dochodzić w tem miejscu nie będziemy.

Z górnej części Warszawy, o ile nowa sieć kanałów nie przerwała odpływu ścieków, przedostaje się jednak do tej pory znaczna ilość wody brudnej.

Zacznijmy od ścieków najbardziej dla nas groźnych, a spływających z domów, ulic, fabryk, położonych w okolicy Alei Belwederskiej, i sączących się bądź powierzchnie, bądź w gruncie, a dostających się grawitacyjnie do łachy wiślanej, powyżej zabudowań nowej stacyi pomp rzecznych przy ul. Czerniakowskiej. Do tej samej łachy, z natury rzeczy przechodzą ścieki z koszar huzarskich i ułańskich i uryna tysięcy koni wojskowych, zanieczyszczając wodę wiślaną, z której, bądź co bądź, przy każdym zamuleniu smoka głównego, pije półmilionowa ludność Warszawy.

Ta jedna okoliczność byłaby w innych miastach motywem dostatecznym i miarodajnym do pobudowania kolektora D i przerwania raz na zawsze zanieczyszczenia wody służącej do picia.

Idąc dalej z biegiem rzeki, spostrzegamy olbrzymi szpital Ujazdowski, coprawda skanalizowany od frontu ku Wiejskiej; tyły wszakże, położone na skarpie, woda grun-

towa i staw u podnóża prowadzą wodę nieczystą, z której latem korzystają do prania bielizny, zimową porą wyrabują lód.

Z ulicy Książęcej, zapomocą drewnianego kanału, prowadzone są ścieki z publicznych kąpiel (dom Hirszowskiego), ze szpitala Ś-go Łazarza, z fabryk Lilpop i Rau i z zakładów gazowych. Woń, tu wydobywająca się, szczególnie letnią porą, jest odurzająca; ściany drewnianego kanału nie tylko że są przesiąknięte posoką najwstrętniejszą, lecz ze szczelin grubo ciosanych bali przeciska się płyn do gruntu, zanieczyszczając wodę i powietrze w sposób niemożliwy.

Na przestrzeni pomiędzy alejami Jerozolimskimi i Karową, szereg cuchnących odpływów z domów, położonych na skarpie, przerywa Powiśle, zabagniając jego podglebie w sposób przerażający.

Karowa posiada stary, wałący się kanał, przemiany od czasu do czasu wodą deszczową z górnej części miasta, jednakże całość wymaga rekonstrukcyi i uszczelnienia ścian.

Stary kanał na Bednarskiej, ścieki z Królewskiego Zamku, dotąd tylko w mniejszej części skanalizowanego, wałące się kanały po ulicy Mostowej i Bolesć, i dalej ku stokom cytadeli, rozliczne rowy i kanały — wszystko to razem przyczynia się do pogorszenia stosunków zdrowotnych na Powiślu.

Odnosnie do poziomu wód gruntowych, materyały, dotąd nagromadzone, zawdzięczamy wyłącznie budowie wodociągów; przekopy dla rur (na ośm stóp) wykazały już obfitość dopływów.

Przy pogłębieniu wykopów dla kanalizacji, co najmniej 2 razy tak głębokich, jak przy wodociągach, dopływ wód zaskórnych okaże się bardzo poważny, gdyż od powierzchni ulic licząc, natrafiamy na wodę zaskórną już po 6 stopach, — a mianowicie na ulicach: Rybaki, na Sowiej, na Solcu, Ludnej, Czerniakowskiej i Huzarskiej.

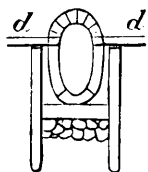
Obniżenie tych wód zaskórnych i określenie dla nich jednego stałego poziomu jest jednym z najdonioślejszych dezyderatów higienicznych; a że cel ten zapomocą дренаżu będzie osiągnięty, dowodzą roboty, w górnej części miasta wykonane.

Może nas w tym właśnie punkcie spotkać zarzut, uprzedzić go należy, wskazując, że o nim pamiętano; mianowicie: skoro drenaż będzie założony, to tą drogą woda z rzeki z wszelką łatwością przeniknie do kanału i zapełni go do wierzchu sklepienia. Jakież będzie wtedy działanie kanałów, napełnionych całkowicie wodą rzeczną?

Objaśnijmy rzecz przy pomocy rysunku.

Powierzchnia ulicy Czerniakowskiej wynosi 25' nad zero Wisły; kanał będzie zanurzony na 15' pod powierzchnię ulicy, a zatem dno jego jest powyżej zera wyniesione na 10'.

Czerniakowska + 25' nad 0 Wisły.



dno kanału + 10\' stóp wyżej 0

Drenaż zaś, w pachach kanału d, d ,
mieścić się będzie jeszcze 2 stopy wyżej czyli na + 12'.

0 Wisły.

Poziom Wisły w czasach normalnych nie sięga 6 stóp wyżej zera; takich dni mamy w roku 300; podniesienie się poziomu do 8' nad zero zajmuje już 335 dni; do 10 stóp 350 dni — to znaczy, że w ciągu 350 dni poziom wód rzecznych nie zrówna się z wysokością naszych drenów. Może zatem w ciągu 365 dni zdarzyć się 5 do 10 razy, że kanały miejskie, w dzielnicy najniższej położonej, otrzymają wodę rzeczna, jak to zresztą i teraz ma miejsce z kolektorem Bielańskim. I ten jest w czasie wysokiego poziomu w rzece zatopiony, i gdyby opozycja o tom się dowiedziała, przypomniaby sobie, że i tam należałoby ochronić się od wylewów Wisły!

A czy przynosi sam fakt szkodę jaką kanalizacji miejskiej, czy odpływ ścieków bywa z tego powodu wstrzymany? Bynajmniej; wszystko idzie prawidłowo, taksamo, jak to nastąpi po zbudowaniu kanalizacji Powiśla.

Odnosnie do zalewów powodziowych, znajdujemy w Pamiętniku fizyograficznym bogaty i cenny materiał, który przy opracowaniu planu szczegółowego Powiśla odda niewątpliwie ważną usługę. W danej chwili posiadamy wał ziemny, z koroną wyniesioną 21 stóp nad zero t. j. powyżej poziomu najwyższych wód wiślanych, chroniący Powiśle w sposób pierwotny od zatopienia ulic nisko położonych.

Zalewy zdarzają się względnie niezbyt często, a z powodu regulacyjnych robót, prowadzonych przez Zarząd komunikacji lądowych i wodnych, i wskutek ścieśnienia profilu rzeki, nastąpić musi pogłębienie samego dna, przez co i poziom wysokich wód stopniowo obniżyć się powinien.

Jeżeli w myśli przeprowadzimy linię, przecinającą Powiśle, począwszy od Łazienek, a skończywszy przy cytadeli,

Łazienki.

Cytadela.



to przekonamy się, że tylko nieznaczna część podlegałaby zalewowi, gdyby wału ochronnego nie było. Ta część kanału na Powiślu, w czasie wysokich wód, powiedzmy w ciągu jednego lub 2 dni w roku, byłaby nieczynną i zapomocą stawideł lub szluz odciętą od reszty kanałów, leżących powyżej i działających tak samo, jak kolektor bielański, w czasie wylewu Wisły, t. j. pod ciśnieniem, lecz zupełnie prawidłowo.

Po zaprowadzeniu kanalizacji ulicznej Powiśla, przedewszystkiem ustanie zabagnienie gruntu posoką, przybywającą z góry, jakoteż wytworzoną w nizinach, a pochodzącą nie tylko z mieszkani klasy biedniejszej, lecz z fabryk, zakładów przemysłowych, jak np. gazowni, wytwarzającej masę wód ściekowych dla zdrowia bardzo szkodliwych; to samo powiedzieć można o fabryce przetworów chemicznych Kijewski & Szolce, Wernera, ludzi zamożnych, którzy bezzwłocznie skorzystają z kanałów miejskich i połączą swoje posesye dla prawidłowego odpływu wytworzonych ścieków.

Byłoby to na Powiślu będzie można skanalizować i uporządkować.

Wody deszczowe, które dotąd po większej części wsiąkały w grunt, odpłyną szybko, wilgoć w domach, w zamieszkałych suteronach i piwnicach, stopniowo zniknie. Poziom wód gruntowych, natrafiany dotąd na 6 stopach pod powierzchnią ulic, obniży się stosownie do poziomu drenażu, który będzie z nowym kanałem (lub z siecią kanałów) na Powiślu ściśle połączony. Drenaż, o którym mowa, nie dopuści falowania wód gruntowych, dopuszczając wzniesienie tylko do jednego, ściśle okrośić się dającego poziomu; cały słup ziemi po nad drenażem będzie w ciągu roku suchy, a gdy nawet przy wozbraniu Wisły poziom tych wód w ciągu doby podniesie się, to przy opadaniu i działaniu drenażu szybko bardzo osuszać się będzie. Niepodobna przypuścić, ażeby ilość i natężenie opadów zmieniło się po skanalizowaniu Powiśla, taksamo, jak trudne jest przypuszczenie, ażeby zalewy stały się w przyszłości rzadszymi i mniej poważnymi. Nie. Lecz to jest faktem, że odpływ wszelakich wód i sprawa osuszania dzielnicy po zalewie nastąpi szybciej. Przykład z górnego miasta: ul. Królewska była zalowana dawniej po deszczach w ciągu 48 godzin; dziś, po nawałnicy, woda znika w ciągu pół godziny lub godziny.

Te same spostrzeżenia powtórzą się na Powiślu.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== GRATIA i LIÉNAUX wszczepiali psom kawałki raków lub sok z tych nowotworów; materiały pochodził od człowieka i siedmiu psów; wszczepiano raki psom już dotkniętym rakami. We wszystkich przypadkach wyniki były ujemne. Na tej zasadzie twierdzą autorowie, że: 1) charakter pasorzytniczy raka nie jest dowiedziony dostatecznie, 2) zakaźność pośrednia lub bezpośrednia nie jest dowiedziona; co najwyżej możnaby przyjąć możność transplantacji i to u osobników ze szczególnem usposobieniem do raka, np. u cierpiących na niego. (Centr. f. Chir. 1895, № 1).

== BECHTEREW przy padaczkę poleca następującą mieszaninę, która w wielu razach dała bardzo zachęcające wyniki: Rp.: Inf. hbae adonis vernalis 2,0 — 4,0:180,0, kalii bromati 7,5—12,0, codeini 0,12—0,18, 4 łyżki dziennie w wodzie ocukrzanej lub mleku.

== ROQUE i DEVIC na zjeździe w Lyonie w roku zeszłym zakomunikowali o przypadku żółtaczki z bardzo ciężkim przebiegiem i zejściem śmiertelnym podczas wystąpienia wtórnego objawu przymiotu. Badanie zwłok wykazało *hepatitis gummosa*.

== TEISSIER na tymże zjeździe mówił o białkomoczu poprzedzającym gruźlicę płuc. Białkomocz zazwyczaj bywa otypie przepuszczającym, nieprawidłowym. Jeżeli zaś białkomocz występuje stale, to w pewnych okresach dnia jest silniejszy. Najwięcej białka bywa w moczu rano. Mocz bywa bledszy, niż zazwyczaj, cokolwiek mętny i zawiera dużo fosforanów. Wąleczków nerkowych zazwyczaj nie bywa; kwaśność moczu bywa zwiększona. Autor przypuszcza, że objawy ze strony nerek są pochodzenia toksycznego, jako następstwo zatrucia ustroju wytworami laseczników KOCH'a. (Deut. med. Zeit. 9. 1895). M. S.

== Przypadek kryptoftalmu opisał OTTO. U noworodka płci męskiej kości głowy były prawidłowe; oczy, wyczuwalne przez powieki, cokolwiek powiększone, zwłaszcza lewe, gałek jednak nie było widać, ponieważ skóra pokrywała je całkowicie. Z prawej strony widać było ślad szpary powiekowej w postaci delikatnej, powierzchownej fałdy. Chrząstek powiekowych nie było. Na lewej powłoce skórnej wyrastały rzęsy kępkami, na prawej były ich zaledwie ślady. Gałki oczne poruszały się we wszystkich kierunkach; mięsień *orbicularis* także był rozwinięty, tak, że dziecko mogło dość silnie zwiierać powiekę. Uczucie światła istniało. Probowano z prawej strony otworzyć sztucznie szparę, gdy jednak ostrożnie, warstwami rozdzielono powłokę, natrafiono na jamę, która niewątpliwie stanowiła zanikły worek łącznicowy. Resztki

łącznicy nieregularnie były pozrastane z delikatną błoną, stanowiącą rogówkę, tak, że można było uwolnić nieznaczne jedynie jej kawałki. Nie mogło być zatem mowy o utworzeniu używalnego narządu i dlatego brzegi rany napowróć zeszyto. (Wien. kl. Woch. 1893. № 49).

== BECK leczył guzy hemoroidalne zastrzykowaniami nasyczonego roztworu jodoformu w eterze. Po należytem opróżnieniu kiszek prostą wprowadza się na pół godziny przed operacją *suppositorium* z morfiny z kokainą, a jeśli nie nastąpi zupełne znieczulenie, zastrzykuje się jeszcze roztwór kokainy, za guzy wstawia się tampon i wreszcie zastrzykuje się w rozmaitych miejscach roztwór jodoformowy do tkanki łącznej otaczającej guzy i to tylko po kilka kropel. Wskutek tego następuje kurczenie się tkanki łącznej, co wywołuje zanik guzów. Powtórzenia wymaga leczenie tylko wielkich guzów. Leczenie następce polega na podawaniu makuwca przez trzy dni; później podaje się olej rycynowy i oliwę *in anum*. Leżenie w łóżku nie jest potrzebne. (Wien. med. Presse. 1895. № 3).

== Według BLANC'a *Amylvalerianat* można otrzymać *extempore*, działając kwasem walerjanowym na alkohol amyłowy. Jest to płyn bezbarwny, który w małych dawkach ma bardzo przyjemny smak. Fizyologiczne działanie tego środka podobne jest do działania eteru, oprócz tego działa uspokajająco przy kolce wątrobowej. Przerywa napady szybki i zapobiega nawrotom. Zalecać można po 2 — 3 kapsułek, zawierających po 0,15, co ½ godziny, dopóki napad kolki nie ustanie. Przy kolce nerkowej środek ten działa również uspokajająco, ale nie rozpuszcza kamieni. Widziano również dobry skutek po stosowaniu tego środka w gościec mięśniowym, w bolesnych miesiączkach, jak również w napadach histerycznych. (Die Therapie der Gegenwart. 2. 1895).

== MACKENZIE zaleca przeciw bólom głowy, lecz nie przeciw migrenom, *cannabis indica* w dawce 0,015 — 0,03 rano i wieczorem w pigułkach. Zaleca on ten środek również przy nerwobólach, bólach przy *tuberculosis*, przy bólach w żołądku i kiszki rozmaitego pochodzenia. Oprócz tego, zachwala go bardzo przy starczym swędzeniu skóry (*pruritus senilis*). W tych razach radzi podawać pod postacią nalewki, 5 — 10 kropel na cukier kilka razy dziennie. (Die Th. der Geg. 2. 1895). S. M.

== MIRCOLI otrzymał z królików surowiec przeciw gronkowcom ropotwórczym. Surowica posiadała własności lecznicze i zapobiegawcze. Doświadczenia robiono tylko na zwierzętach. Wogóle trudno jest uodpornić króliki z powodu nader częstych powikłań śmiertelnych, których

jednak po wielu próbach udało się w części uniknąć. (Gaz. d. ośped 1894. № 20).

— CÉRENVILLE zastrzykuje do jamy opłucnej wyjałowioną oliwę w ilości 1—3 ctm. szśc., gdy po zapaleniu pozostaje tarcie i ból. Oliwa rozchodzi się szybko po obu powierzchniach i miarkuje wskutek tego objawy powyższe. Na 10 przypadków tylko w dwóch nie było poprawy, w dwóch tarcie ustąpiło zupełnie, w 6-u zaś nastąpiła znaczna poprawa. (Deut. Med. Zeit. 1894. № 10).

— LYDSTON radzi leczyć *pannus* papajoty-ną z kwasem bornym w postaci proszku. Wi-dział on bardzo często znaczną poprawę. Stoso-

wanie pepsyny nie przynosiło prawie żadnego pożytku. L. przypuszcza, że pankreatyna również nadawałaby się do leczenia. (Deut. Med. Zeit. 1895. № 10).

— PURTSCHER opisał jedyny chyba przy-padek torbieli surowiczej wrodzonej powieki górnej prawej; była ona wielkości śliwki i spo-wodowała zanik prawej gałki ocznej. Torbiele dolnej powieki są znane. (Int. kl. Rund. 1894. № 43).

— EWING przekonał się, że jad grzechotni-ka niszczy prawie zupełnie bakteryobójczą własność krwi względem rozmaitych drobno-ustrojów. (Med. Rec. 1894. 26. V.).

Wiadomości bieżące.

— Od Komisji przemysłowo-lekarskiej Tow. Lek. Krakowskiego otrzymujemy następującą odezwę, z prośbą o jej umieszczenie: Z inicja-tywy podpisanego Przewodniczącego zajął się w r. 1886 ówczesny docent hydroterapii, ś. p. d-r St. SMOLEŃSKI zestawieniem literatury balneologicznej polskiej i postępów, jakie w o-statnich 5-u latach poczyniły polskie Zdrojo-wiska i Uzdrowiska. Pracę swą oparł ś. p. doc. d-r SMOLEŃSKI w przeważnej części na materyale literackim i statystycznym, dostarczo-nym mu przez Zarządy zdrojowe i ogłosił ją w „Rocznikach lekarskich” SCHMIDT’a w r. 1887 w tomie 214, p. t. „Bericht ueber die Fort-schritte der Balneologie in den polnischen Laen-dern mit besonderer Berücksichtigung des Cur-wesens in Galicien waehrend der letzten 5 Jah-re“. Głównym celem tej pracy było zapoznanie lekarzy niemieckich ze zdrojowskimi krajowe-mi i wykazanie, że nasze Uzdrowiska i Zdrojo-wiska mają warunki rozwoju, że kroczą według możliwości na drodze postępu i że nasi lekarze zdrojowi sprawozdaniami i pracami naukowemi starają się dorównać swoim kolegom zagra-nicznym. Cel ten został osiągnięty, gdyż odtąd spotkać się można w podręcznikach i monogra-fiach balneologicznych ze wzmiankami o now-szym stanie naszych zdrojowisk częściej, niż dawniej, a nierzadko autorowie powołują się wprost na sprawozdanie doc. d-ra SMOLEŃ-SKIEGO. Toteż Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, mając sobie przez Tow. Lek. Krak., po rozwiązaniu Komisji balneologicznej, w dniu 20 maja 1890 r., poruczoną opiekę nad zdrojowskimi krajo-wemi, na posiedzeniu swem w dniu 23 grudnia 1894 r. uchwaliła zająć się między innymi także rozszerzeniem wiadomości o krajowych Zdrojo-wiskach i Uzdrowiskach w czasopismach le-

karskich zagranicznych. Uznano przedewszyst-kiem, jako rzecz ważną i pożyteczną, ażeby rozpoczętą przez d-ra SMOLEŃSKIEGO w r. 1886 pracę zbiorową uzupełnić dalszem zesta-wieniem postępu i literatury zdrojowisk krajo-wych, począwszy od r. 1887 do końca r. 1894, i sprawozdanie to pomieścić znów w „Rocznik-ach lekarskich” SCHMIDT’a, zapewniając so-bie dostateczną ilość odbitek. Do podjęcia tej pracy upoważniony został W. Pan 'd-r Ludo-mił KORCZYŃSKI, pierwszy asystent kliniki le-karskiej Uniw. Jagiel., będący zarazem sekre-tarzem balneologicznym Komisji przemysłowo-lekarskiej. Pragnąc, ażeby zestawienie dalsze-go rozwoju Zdrojowisk i Uzdrowisk krajowych było jaknajdokładniejsze i aby literatura bal-neologiczna z ostatnich lat 8-iu była szczegóło-wo uwzględniona, Komisya przemysłowo - le-karska Tow. Lek. Krak. uprasza, ażeby Sza-nowne Zarządy w swym własnym interesie na-desłały najdalej do końca marca r. b. A) wszystkie sprawozdania zdrojowe, w osta-tnich 8-iu latach drukiem ogłoszone; B) pra-ce lekarzy zdrojowych, danego Zdrojowiska lub Uzdrowiska dotyczące, a w ostatnich 8-iu latach ogłoszone; C) dokładną statystykę z ostatnich lat 8-iu tak co do frekwencji osób, jakoteż ilości wydanych kąpiei, rozsyłki wód i prze-tworów zdrojowych, ilości domów i mieszkań zdrojowych i prywatnych i t. p.; D) dokładny spis tych ulepszeń, jakie dokonane zostały w ciągu ostatnich lat 8-iu. Przesyłkę należy adresować na ręce d-ra Ludomiła KORCZYŃ-SKIEGO, Kraków, ulica Mikołajska L. 28. — Kraków, dnia 24 lutego, 1895 r. Prze-wodniczący Kom. przem.-lek.: prof. d-r Edward KORCZYŃSKI; Sekretarz pierwszy Komisji prze-mysł.-lek.: d-r Michał ŚLIWIŃSKI.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Марта 1895 г.

Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.