

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O gastrostomii sposobem Witzel'a, podał Hipolit Oderfeld. (Dokończenie). Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach mowy, przez D-ra Władysława Ołtuszewskiego. (Ciąg dalszy) — Streszczenia i wyciągi. 136. Uwagi i spostrzeżenia nad chorobą Bright'a bez białkomoczu. 137. Badanie moczu u rakowatych. 138. Próby leczenia nowotworów złośliwych toksynami róży. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 1 października r. b. — **Z V-go zjazdu niemieckiego towarzystwa dermatologicznego,** podał A. Kozerski. (Ciąg dalszy). — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc wrzesień r. b. — W sprawie nadsyłania przeczytanych pism codziennych, tygodniowych i t. d., do użytku chorych szpitalnych. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r H. Oderfeld — Sur la gastrostomie d'après Witzel. 2) D-r W. Ołtuszewski — Troisième mémoire sur les altérations du langage.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r H. Oderfeld — Ueber Gastrostomie nach der Witzel'schen Methode. 2) D-r W. Ołtuszewski — Dritter Beitrag zur Lehre von den Störungen der Sprache.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obozna str. 5.

Z III ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

O gastrostomii sposobem Witzel'a,

podał Hipolit Oderfeld ordynator oddziału.

(Dokończenie — Zob. N. 42).

Przypadek II. Szmul P. lat 55, malarz pokojowy, przybył do mnie z oddziału kol. FREIDENSONA dnia 24. X. 94. Do świąt Wielkanocnych był zupełnie zdrów. Pewnego dnia po zjedzeniu macy świątecznej uczuł silny ból w dołku i od tego czasu stale w tem miejscu czuje ból, ile razy pokarmy tędy przechodzą. W tym czasie chory zapisał się do oddziału kol. FREIDENSONA, który stwierdził zupełną drożność przełyku. To samo i ja stwierdzić mogłem, zaproszony przez kol. F. do zbadań chorego. Ponieważ ból wzmiankowany występował wyraźniej po użyciu pokarmów stałych, więc chory odżywiał się przeważnie płynami. Stan ogólny w tym czasie był dość zadawalający. Po kilku tygodniach systematycznego leczenia w oddziale kol. FREIDENSONA (zgłębnikami TROUSSEAU), chory na własne żądanie wypisał się. Po dwóch tygodniach chory zauważył nowy objaw, mianowicie, że pokarm zatrzymuje się zupełnie w okolicy bolącego miejsca i że po paru minutach następują wymioty, które mu ulgę sprawiają. Wobec tego zdecydował się na operację i zapisał się w październiku do szpitala. Stan ogólny znacznie się przez ten czas pogorszył: chory schudł, osłabł, cera nabrała barwy ziemistej. Badanie zgłębnikami TROUSSEAU wykazuje, że gałka zatrzymuje się na wysokości 27 ctm. od siekaczy; pomimo kilkakrotnych prób ani razu przez miejsce zwężone nie udało mi się zgłębnika przeprowadzić.

Rozpoznaliśmy zwężenie rakowe przełyku i wobec tego dnia 26. X. 94. przy pomocy kol. WEISBLATA i GOTARDA wykonałem gastrostomię sposobem WITZEL'a. Dla krótkości nie podaję szczegółów samej operacji: wykonałem ją w typowy, podany przez WITZEL'a sposób, utworzywszy tym razem z mięśni brzucha rodzaj zwieracza. Ułożywszy chorego po operacji w łóżku, miałem zamiar opuścić szpital, gdy mnie wezwano z oznajmieniem, że chory wyrwał sobie wystający z opatrunku sącdek. Wobec tego wypadku przeniosłem chorego na stół operacyjny i usiłowałem napowrót wprowadzić sącdek przez skórny otwór: przetoki, lecz to mi się nie

udało. Nie pozostawało mi nic innego, jak rozpruć częściowo ranę skórną; wtedy dopiero zdołałem znaleźć górny otwór kanału i wprowadzić weń nie sączek, lecz cewnik NÉLATON'a (N. 18). Dla pewności, by chory powtórnie nie wyrwał sączka, przyszyłem go do rany skórnej, ostrożność, której zaniechanie zarówno choremu jak i mnie dało się we znaki. Rany skórnej powtórnie zeszyć już się nie zdecydowałem, lecz wytamponowałem ją gazą jodoformową. Nazajutrz znalazłem chorego w stanie zupełnie zadawalającym. Karmi on się 3 razy dziennie przez cewnik. Dnia 2. XI. zaczął pić ustami nieco mleka i wina i ku wielkiemu memu zadowoleniu zauważył, że płyny te swobodnie do żołądka przechodzą. Od tego czasu karmi się chory obiema drogami. Przez przetokę nic się nie wydziela. Rana słabo jednak ziarninuje. Dnia 3. XI. nastąpiły bez widocznej przyczyny przez usta wymioty, zawierające nieco zwarzonego mleka, zmieszanego z płynem ropiastym. Wymioty powtarzają się prawie codziennie, ogólny stan pogarsza się, chory stracił na wadze od 13. XI. 5½ funta. Stan taki trwa z mniejszą lub większą poprawą chwilową przez 4-ry tydzień, chory coraz bardziej traci siły i w początku grudnia na własne żądanie wypisuje się ze szpitala. Zmarł w kilka dni potem.

Przetoka żołądkowa przez ten czas obgoiła się prawie zupełnie, sprawność jej była mniej zadawalająca, niż w przypadku poprzednim, przyczem można było stwierdzić, że płynna zawartość żołądka dochodziła do samej skóry, a niekiedy wylewała się nazewnątrz, szczególnie podczas kaszlu. Wypadek z sączkiem należy do najprzykrzejszych powikłań przy tego rodzaju operacjach, gdzie obecność sączka stanowi *conditio sine qua non* udania się całego zabiegu. Jeśli narazie udało się nam bezzwłocznie wprowadzić cewnik, to uchroniliśmy się od przykrych bardzo następstw; jednak nie pozostało to bez ujemnego wpływu: zmuszeni byliśmy zadowolnić się zagojeniem rany *per secundam*, co do pewnego stopnia zmienia właściwości przetoki WITZEL'a, gdyż przybrała ona bardziej cechy zwykłej przetoki HACKER'a, z tą tylko różnicą, że pozostał typowy kanał WITZEL'a i temu tylko zawdzięczać należy jej względnie zadawalającą sprawność. W każdym razie nauczyliśmy się jednej rzeczy: że przy operacji WITZEL'a, tę ewentualność należy zawsze mieć na względzie i w ten lub inny sposób zabezpieczyć się od niej, najlepiej, zdaje się, zapomocą przyszycia sączka do rany skórnej. W ten sposób postępuje i MIKULICZ. Że chory po pewnym czasie mógł przyjmować pokarmy przez usta, to objawu tego, na który już i inni zwrócili uwagę²⁾, oczywiście samej operacji przypisać nie można. Mojem zdaniem, objaw ten możnaby sobie wyjaśnić w ten sposób, że istniejące obrzmienie błony śluzowej przełyku powyżej zwężenia, nie drażnione zalegającymi pokarmami, zmniejsza się, i tym sposobem powraca częściowa drożność, o ile sam stopień zwężenia na to pozwala. To samo widzimy przy niektórych chorobach krtani, gdzie po wykonaniu tracheotomii, dającej krtani spokój, zmniejsza się istniejący obrzęk. Niestety, objawu tego jednak za pomyślny uważać nie należy, gdyż świadczy on o jednoczesnym, postępującym, przez ciągłe drażnienie przechodzącymi pokarmami podtrzymywanym rozpadzie guza, co z drugiej strony na żołądek i na stan ogólny dodatnio wpłynąć nie może.

Przypadek III. Lewek S. lat 50, krawiec, przybył po pomoc aż z Kaukazu. Cierpienie tego biedaka rozpoczęło się przed 6 miesiącami, jak to zwykle bywa, od trudności w przechodzeniu pokarmów stałych przez przełyk. Płyny przechodziły swobodnie. Stopniowo i te ostatnie zaczęły się zatrzymywać; po każdej prawie próbie jedzenia lub picia następowały wymioty. Chory zapisał się do oddziału naczelnego lekarza d-ra KINDERFREUNDA, który był łaskaw zaprosić mnie do zbadania stanu miejscowego w przełyku. Przy badaniu stwierdzić mogłem, że najcieńsze numery zgłębników RICHER'a nie przechodzą do żołądka, zatrzymując się na

²⁾ NOORDEN l. c.

wysokości 25 ctm. od zębów siecznych. Stan ogólny chorego dość jeszcze dobry, pomimo, że od kilku miesięcy żywi się prawie wyłącznie mlekiem i herbatą, o ile te ostatnie przez przelyk przechodzą. Udaje mu się to najczęściej z gorącą herbatą. W ostatnich kilku dniach absolutnie nic do żołądka nie przechodziło. Rozpoznaliśmy zwężenie rakowe przelyku. Chory chętnie zgodził się na zaproponowaną operację, będąc objaśnionym co do rodzaju i natury samej operacji, którą też wykonałem 16 maja r. b. przy pomocy kol. SAWICKIEGO i WEISBLATA w typowy sposób, przeprowadzając i w tym przypadku, jak w poprzednim, obwodowy koniec sączka przez rozszczepione włókna mięśni brzucha. Ścianę sączka przyszyłem do rany skórnej. Rana zagoiła się doraźnie i 22. V. usunąłem wszystkie szwy skórne. Przetoka działa zupełnie dobrze, chory z zadowoleniem odżywia się sam przez przetokę, czując, jak w pierwszym przypadku, smak przyjmowanych pokarmów. Dnia 26. V., a zatem na dziesiąty dzień po operacji, sączek się nieco obłuźnił, wskutek czego zamieniłem go na inny. Niestety, i w tym przypadku ów „sączek” narobił nam wiele kłopotu. Nazajutrz chciałem zamienić sączek na nowy, twardszy, którego poprzedniego dnia pod ręką nie miałem; wyjąłem więc założony, lecz nowego żadną miarą, ku wielkiemu swemu ubolewaniu, nie mogłem wprowadzić. Nie udało mi się to i z cewnikiem NELATON’a. Widocznie włókna mięśniowe skurczyły się nad zewnętrznym otworem przetoki żołądkowej tak, iż otworu tego nie mogłem odszukać. Szukanie końcem cewnika lub zgłębnika wydało mi się zbyt ryzykownem, mogłem bowiem wejść przez szczelinę jakąś do jamy otrzewnowej. Na razie zaniechałem wszelkich rękoczynów, lecz nazajutrz powtórnie usiłowałem dostać się do kanału; w tym celu rozszerzyłem ranę, lecz otworu, prowadzącego do żołądka, pomimo to nie znalazłem. Wobec tego nie pozostawało nic innego, jak pozostawić całą przetokę swemu losowi, a spróbować dostać się do żołądka przez przelyk, co mi się, ku wielkiemu zdziwieniu i zadowoleniu, z łatwością zapomocą zgłębników RICHER’a udało. Odtąd sondowałem chorego codziennie, poczem chory mógł pić dość obficie mleko i wino. Tymczasem w ciągu kilku dni przetoka zarosła całkowicie. W połowie czerwca zauważyliśmy rozwijający się guz w lewej okolicy nadobojczykowej, guz twardy, nieruchomy i dość bolesny; mieliśmy widocznie przed sobą guz przerzutowy natury złośliwej. Chory—człowiek inteligentny, rozumiał swoje położenie bez wyjścia i niczego więcej nie pragnął, jak dostać się do domu, by wśród rodziny zakończyć swój, litości budzący, żywot. Wyjechał też w końcu czerwca.

I w danym przypadku usunięcie przedwczesne sączka gumowego, pomimo, że raz udało nam się z łatwością go napowrót wprowadzić, miało poważne następstwa, bo pozbawiło odrazu chorego dobrodziejstw całego zabiegu. Stąd nowa nauka, że nie należy śpieszyć się ze zmianą sączka, dopóki nowy kanał dostatecznie nie zrośnie się z tkankami otaczającymi i dopóki jego zewnętrznego otworu nie będziemy mieli stale przed oczyma. Sądzę, że potrzeba na to kilku tygodni czasu. Przetoka sama w tym przypadku przez krótki czas swego istnienia, jak widzieliśmy, działała wybornie; szkoda tylko, że tak krótko! Na szczęście, zarosnięcie przetoki nie przyniosło choremu dotkliwej szkody, gdyż, jak widzieliśmy, drożność przelyku po pewnym czasie wróciła, z czego chory w najszerszym zakresie korzystał.

Jeżeli zastanowimy się teraz nad zaletami przetoki WITZEL’a, to, ogólnie biorąc, musimy jej przyznać wielkie zalety oraz stanowczą wyższość nad innymi, dotychczas znanymi, nie mówiąc o metodzie FRANK’a-KOCHER’a, jeszcze niedostatecznie wypróbowanej. Wielką zaletę omawianej metody stanowi jej skośny i długi kanał z samej ściany żołądka, co znacznie utrudnia wydostawianie się pokarmów nazewnątrz. Drugą jej nieocenioną zaletę stanowi ta okoliczność, że raz utworzona przetoka pozostaje nawet po najdłuższym czasie stałą. Każdemu, kto kiedykolwiek widział dawniejsze przetoki żołądkowe, wiadomo, jak często otwór w żołądku z czasem się powiększa. Dzieje się to prawdopodobnie wskutek żrącego wpływu soku żołądkowego. Sam pamiętam jeden taki przypadek, w którym otwór dosięgnął z czasem wielkości

mniej więcej dwóch groszy. Rozumie się, że o sprawności takiego otworu mowy być nie może, nawet przy pomocy najbardziej złożonych obturatorów, od których przetoka WITZEL'a od początku jest wolną, co stanowi niemałą wagi zaletę. Pomimo to, nie mogę zgodzić się z NOORDEN'em, że metoda ta nie pozostawia prawie nic do życzenia. Twierdzenie jego, jakoby następowało tu samoistne zamykanie się kanału na wzór moczowodów, t. j. t. zw. „*ventilartiger Selbstverschluss*“, nie potwierdziło się w naszych przypadkach, i wątpię, czy kiedykolwiek się zdarza. We wszystkich 3 przypadkach zawartość płynna po wyjęciu sączka dochodziła do poziomu skóry. Objaśniam to w ten sposób, że z czasem utworzony kanał, wskutek zrostu z otaczającymi go tkankami i wytworzenia się tkanki łącznej, staje się twardym i niepodatnym, przyjmując cechy twardej rurki.

A teraz słów parę o samej technice operacji. Cięcie brzuszne radzi WITZEL prowadzić skośne, na jeden lub dwa palce poniżej lewego łuku żebrowego w ten sposób, żeby przez środek cięcia przechodziła przedłużona linia przyrostkowa. MIKULICZ robi cięcie nieco łukowate; nie widzę jednak powodów do odstępiania od przepisów twórcy metody; cięcie jego zupełnie odpowiada swemu celowi.

Następuje teraz rozszczepienie, równoległe do swych włókien, mięśni prostego i poprzecznego brzucha i rozcięcie otrzewnej.

W pierwszym moim przypadku rozciąłem wprost mięśnie i ta przetoka, nawiasem mówiąc, najlepiej działała. Przez rozszczepienie mięśni otrzymujemy wąską szczelinę, przez którą mamy wydobyć i utrzymać podczas operacji nazewnątrż żołądek, co przedstawia niedogodności techniczne. Jeszcze bardziej stanowi to przeszkodę przy późniejszej akcji operacji obszywania przetoki z obu stron otrzewną. Są to jednak trudności, które przy dobrej pomocy przewyciężyć się dają. Wydobycie żołądka nazewnątrż bywa nieraz dość kłopotliwe z powodu małych rozmiarów żołądka (skurczenie się jego ścian), jako następstwo długotrwałej czczości. U dorosłych udaje się zazwyczaj natyle żołądek wydobyć, żeby operację wykonać; ale u dzieci stanowi to poważną trudność, tak, iż wypada nieraz, jak w przypadku MIKULICZA, zrezygnować z metody WITZEL'a, a zadowolnić się zwykłą przetoką SEDILLOT'a. Jeszcze bardziej stosuje się to do ułożenia dwóch fałd ze ściany, co przy małym żołądku niekiedy wykonać się nie daje. Wytworzenie samego kanału odbywa się w dwojaki sposób: albo *a*) z obu stron ułożonego na żołądku sączka podnosimy fałdę ze ściany żołądka i zeszywamy ją kilku szwami LEMBERT'a; przy dolnym końcu kanału robimy otwór w żołądku i wprowadzamy weń dolny koniec sączka; cały otwór wraz z sączkiem obszywamy również szwem LEMBERT'a,—tak postępuje MIKULICZ; albo *b*) zaczynamy od przedziurawienia żołądka i wprowadzenia sączka i, poczynając od dołu, obszywamy sączek, idąc ku górze. We wszystkich moich przypadkach w ten sposób postąpiłem i sądzę, że ten sposób jest łatwiejszy i mniej kłopotliwy. Jak przy jednym, tak i przy drugim sposobie należy dodatkowo dla większej pewności nałożyć i drugie piętro szwów LEMBERT'a.

Następuje obszycie kanału z obu stron otrzewną, przeprowadzenie górnego końca sączka przez rozszczepione włókna mięsne i szew ściany brzusznej. Całą operację należy wykonać zewnątrz otrzewnej, dla łatwo zrozumiałych względów: przystępujemy do operacji na żołądku, którego nie byliśmy w stanie przed operacją opróżnić i odkazić; zdarzyć się więc może, że po utworzeniu go, zawartość jego wylać się może nazewnątrż, jak to w jednym

przypadku MIKULICZOWI się przytrafiło. W takich razach nie należy zeszywać całkowicie rany i postąpić podług powszechnie przyjętych zasad chirurgii brzusznej.

Metoda WITZEL'a, jak łatwo domysleć się można, wskazana jest tylko w tych przypadkach, w których przetoka służyć ma wyłącznie do karmienia chorego; nie nadaje się wcale w celach sondowania przełyku od strony wpustu. W tym celu posilkować się musimy metodą SEDILLOT'a. Jedną jeszcze zaletę omawianej metody podnieść muszę. W przypadkach bliznowatego zwężenia przełyku, gdzie przez długi czas zmuszeni jesteśmy systematycznie zgłębnikami rozszerzać zwężenie, możemy czasowo użyć metody WITZEL'a; po otrzymaniu zupełnej drożności przełyku i rozpoczęciu odżywiania drogą naturalną, chory nie potrzebuje powtórnej operacji, przetoka bowiem WITZEL'a w krótkim czasie po całkowitem usunięciu sączka zarasta. Przykład tego mieliśmy w trzecim naszym przypadku.

Z ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY.

Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach mowy, przez D-ra Władysława Ołtuszewskiego.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 42).

Bełkotanie, jak powiedzieliśmy wyżej, należy do dysfatycznych lub dysartrycznych zboczeń mowy. Dzielimy je na organiczne, zależne od zmian w tkankach mózgowych poniżej kory, i czynnościowe, szczegółowo uwzględnione powyżej. Od bełkotania należałoby wyróżniać wymawianie wadliwe, gdzie mowa jest jedynie zanieczyszczona z powodu nieprawidłowego wytwarzania tego lub owego dźwięku, zresztą zupełnie zrozumiała. Stosownie do przyczyn wywołujących, dzielimy również wymawianie wadliwe na czynnościowe, zależne od niedbalstwa ze strony otoczenia lub złego wzoru mowy w czasie jej rozwoju, albo od słuchu przytępionego, i organiczne—najczęściej wskutek zmian w narządzie artykulacji,

Jak to powyżej zaznaczono, spostrzegałem 38 przypadków bełkotania i wymawiania wadliwego (17 k., 21 m.). Jeżeli do tego dodamy 4 przypadki, które wklęły jękanie (№ 26, № 48, № 72, № 76), to razem mieliśmy 42 przypadki (24 m., 18 k.). Z pomiędzy tych 42 przypadków 13 należało do bełkotania, z których 12 było pochodzenia czynnościowego, a 1 organicznego (*paralysis bulbaris*), 29 zaś przypadło na wymawianie wadliwe, z których 28 było pochodzenia czynnościowego, a 1 organicznego (łuka między zębami, N. 9). Z 13 przypadków bełkotania czynnościowego odnotowałem jako przyczynę: osłabienie władz umysłowych i przebyte cierpienie mózgowie w 4 przypadkach, osłabienie pamięci słownej pod postacią ustępującej niemoty wrodzonej i opóźnionego bełkotania fizyologicznego w 3, reszta zaś była pochodzenia niewiadomego (najczęściej podawano w tych razach za przyczynę upadnięcie na głowę). Poniżej przytaczam przypadek bełkotania czynnościowego, w którym miałem sposobność przeprowadzić leczenie systematyczne. Dotyczy on Marcina B., 9 lat liczącego, którego skierował do mnie kol. ZIELIŃSKI.

Pochodzi z rodziny, złożonej z 7-ga dzieci, prawidłowo mówiących. Zaczął chodzić mając 2 lata. Mowa rozpoczęła się w 4-ym roku od kilku słów, niezrozumiale wymawianych. Dopiero od $\frac{1}{2}$ roku zaczął mówić, ale również niezrozumiale. Na czasce chłopca, dobrze odżywionego i prawidłowo zbudowanego, znajdujemy ślady przebytej krzywicy; jama nosowo-gardzielowa nie przedstawia żadnych zmian. Rozumienie mowy zupełne; powtarzanie, jak również mowa samodzielna zupełnie niezrozumiale. Badanie inteligencji nie wykazało żadnych zboczeń wybitnych oprócz osłabienia pamięci słownej. Belkotanie w przypadku tym polegało: 1) na braku wielu dźwięków, jak: *sz, ż, c, cz, dz, dż*, oraz następujących zamianach: *a* na *ie*, *b* na $\begin{Bmatrix} w \\ p \end{Bmatrix}$, *p* na *f*, *l* na *r*, *ł* na $\begin{Bmatrix} l \\ r \end{Bmatrix}$, *sz* na *ś*, *z* lub *ż* na $\begin{Bmatrix} ś \\ c \end{Bmatrix}$, *c* na *t*, *cz* na *t*, *dz* na *t*, np. zamiast *mróz*—*mróc*, *poniedziałek*—*fonietalek*, *już*—*juc*, *co*—*to*, *lalka*—*larka*, *chleb*—*chlew*, *czerwony*—*terwony* i t. d.; 2) na przestawianiu (albo=ablo), opuszczaniu (jest=jet, stół=tól, wiem=iem), oraz zupełnem zniepodabnianiu wyrazów, np. *guzik*=*kustik*, *w ogrodzie*=*uklotie*, *ciotka*=*toska*, *sufit*=*jufic* i t. d. Po paru tygodniach chłopczyk nauczył się prawidłowo wymawiać wszystkie dźwięki z wyjątkiem *ł*, a mimo to mowa samodzielna pozostawała prawie również niezrozumiała, jak dotychczas. Dopiero po czteromiesięcznym leczeniu został doprowadzony do tego stopnia, że zamiany niektórych dźwięków przytrafiały się niezmiennie rzadko, a mowa stała się zupełnie zrozumiała. Opuścił zakład w stanie dostatecznie przygotowanym do rozpoczęcia systematycznego kształcenia przedszkolnego. Przedstawiłem go w Towarzystwie Lek. 3. IV. 95 r. Nawiasowo muszę dodać, że łącznie z belkotaniem słownem mieliśmy też wadę przy czytaniu i pisaniu, co w miarę poprawy mowy również ustąpiło.

W spostrzeżeniu tem przekonałem się, że język belkotliwy chłopca nie był zawsze jednym i tym samym, lecz podlegał zmianom. Przy wyrabianiu dźwięków, zanim się one zbliżyły do prawidłowych, zauważyłem takie same zamiany (jak między innymi *z* na *j*, np. zamiast *zupa*—*jupa*, lub odwrotnie *j* na *z*, np. zamiast *Jan*—*zan*, *s* na *c*, np. zamiast *Jezus*—*Jezuc*), oraz stopnie analogiczne kształcenia języka (skłonność do mówienia oddzielnymi wyrazami bez fleksyi, silnie wyrażona niegramatyczność i t. d.), jakie pod nazwą belkotania fizjologicznego szczegółowo opisałem w wyżej przytoczonej pracy: *O rozwoju mowy u dziecka* i t. d. Spostrzeżenie to wykazało także, że pamięć ruchowa dla oddzielnych dźwięków daleko łatwiej wraca, aniżeli powtarzanie i mowa samodzielna, a to zgodnie z wyżej podanymi zasadami rozwoju mowy. Przypadek ten, zarówno jak i inne, opisane w poprzednich pracach, dowodzi, że wada ta, ważna w swych następstwach, gdyż pozbawiająca dzieci możliwości kształcenia umysłowego, należy w zupełności do uleczalnych.

Belkotanie organiczne dotyczyło Gołdy W., 56 lat liczącej. Opowiada ona, że, poprzednio będąc zdrową, w początkach 95 roku po przeziębieniu się zaczęła doznawać powolnego utrudnienia mowy; po 8 miesiącach przyłączyło się do tego utrudnienie połykania, a mowa stawała się coraz mniej zrozumiałą. Obecnie znaleziono zanik i drżenie języka, w mniejszym stopniu warg, oraz parę podniebienia miękiego. W krtani oprócz nieżyty żadnych zmian nie dało się wykryć. Ruchy języka utrudnione, co szczególnie uwydatnia się przy wymawianiu językopodniebiennych przednich; w daleko mniejszym stopniu

dotyczy to warg. Mowa jednostajna, z odcieniem nieco nosowym, prawie zupełnie niezrozumiała. Rozpoznano *paralysis bulbaris*.

Z 28 przypadków wadliwego wymawiania pochodzenia czynnościowego, 23 przypisać należy niedbalstwu ze strony otoczenia przy rozwoju mowy, 2 zależały od złego wzoru mowy, wreszcie 3 od przytępionego słuchu. Dotyczyło ono najwięcej głoski *s* i od niej pochodnych, *r*, mniej już *l*, oraz *g* i *k*. Na wzmiankę zasługują 2 przypadki *sigmatismus lambdoides* (N. 14 i 25), oraz następujący przypadek, dotyczący braku głosek *k* i *g* (*gamacismus*). Artur H., 15 lat liczący, jednak. Do dwu lat mówił dobrze; mając 1½ roku, upadł i od tego czasu brak mu jedynie głosek *k* i *g*, które w mowie opuszcza.

Na wymawianie wadliwe leczyło się 11 osób — wszystkie z wynikiem dobrym.

Mowę nosową, właściwe należącą do bełkotania lub wymawiania wadliwego, zarówno jak to ostatnie zaliczamy do zboczeń dysfarycznych lub dysartrycznych. Oddzielamy ją jedynie ze względów praktycznych. Zboczenie to rozdzielamy na tak zwaną mowę nosową zamkniętą (*rhinolalia clausa*) i otwartą (*rhinolalia aperta*). Pierwsza bywa zawsze organiczna, a jako zależna od zwężeń jamy nosowo-gardzielowej, dobrze jest znana wszystkim kolegom, zajmującym się cierpieniami tej jamy. Druga, najważniejsza dla lekarzy, interesujących się zboczeniami mowy, może być organiczna, najczęściej z powodu braków podniebienia twardego i miękiego, lub czynnościowa, wskutek złego wzoru mowy, parezy podniebienia miękiego, trwającej nieraz po usunięciu przyczyny, ją warunkującej, wreszcie po ustępującej niemocie wrodzonej. Zboczenie, zaliczone do ostatniej kategorii, uważam za słuszne nazwać mową nosową wrodzoną pochodzenia czynnościowego. Rozpoczyna się ona od wczesnego dzieciństwa i pozostaje w związku z niemotą ustępującą, która zazwyczaj przechodzi w tych razach w bełkotanie. Współistnienie dwu tych zboczeń nasuwa przypuszczenie wzajemnego między nimi stosunku przyczynowego, polegającego, jak miemam, na zależności obu wad od pewnego upośledzenia czynności ośrodków ruchowych, łączącego się nieraz z osłabieniem władz umysłowych. Mowa nosowa wrodzona łączy się nie mniej często z jękaniem, którego siedlisko upatrujemy także w okolicy psychomotornej kory, jak również z porażeniami mózgowymi, przypominającymi nieraz tak zwaną chorobę LITTLE'a. Tu między innemi zaliczamy spostrzeżenie następujące: Anastazyja B., 20 lat licząca, pochodzi z rodziny, w której ojciec umarł na cierpienie umysłowe. Urodziła się bardzo mała; w krótkim czasie zjawily się mimowolne ruchy w twarzy i kończynach. Zaczęła chodzić bardzo późno, gdyż dopiero w 5-ym roku i to jedynie przy pomocy otoczenia. W tymże czasie rozpoczęła się mowa odrazu nosowa, bełkotliwa i połączona z wydławianiem głosu (jękanie pod postacią afonii spastycznej). Bełkotanie to bardzo powoli zaczęło ustępować, ograniczając się obecnie na wadliwym wymawianiu głosek *r* i *l*, mowa nosowa jednak i wydławianie pozostały w stopniu jednakowym dotychczas. Prawidłowej budowy i dobrego odżywiania, słabo rozwinięta pod względem umysłowym. Na pierwszy rzut oka, oprócz silnie wyrażonej mowy nosowej i wydławiania głosu, uderza częste otwarcie ust oraz ruchy mimowolne w mięśniach twarzy i kręcenie głową, mające miejsce często niezależnie od mowy. Ruchy kończyn górnych jakoteż chód ataktyczne. Odruchy ścięgniste wzmożone. Osłabienie prawej połowy ciała, jak również upośledzenie ruchów języka naprawo. W jamie noso-gardzielowej

lekki przerost muszel dolnych. Podniebienie miękie podnosi się do góry przy fonacji w sposób prawidłowy. Lusterko krtaniowe wykrywa przy wydawaniu głosu lekkie zaciskanie się strun głosowych. Głos chorej przedstawia wysoki stopień wydławiania, szczególnie przy wszelkiego rodzaju wzruszeniach, co łącznie z mową nosową czyni mowę trudno zrozumiałą. Chora ta w kilka miesięcy zupełnie się wyleczyła.

We wszystkich przypadkach mowy nosowej wrodzonej, jak wogóle przy mowie nosowej pochodzenia czynnościowego, pomimo to, że podniebienie miękie unosi się dostatecznie do góry przy wydobywaniu głosów, nie zamyka jednak szczelnie jamy nosowo-gardzielowej, lecz pozostawia mniej lub więcej znaczny odstęp między tylną powierzchnią podniebienia miękiego, a tylną ścianą gardzieli, łatwy do skontrolowania przy pomocy narzędzia GUTZMANN'a, które pozwala dokładnie go wymierzyć¹¹⁾). Przyjmując pod uwagę, że wada ta, należąca do kategorii *rhinolalia aperta*, oprócz oddźwięku nosowego, uniemożliwia wytwarzanie bardzo wielu dźwięków, łatwo zrozumiemy, że czyni mowę prawie niezrozumiałą dla otoczenia, a pozbawiając dzieci możliwości rozpoczęcia nauk, przyczynia się do ich upośledzenia umysłowego.

Leczenie mowy nosowej wrodzonej, jak wogóle leczenie *rhinolaliae aperta*, pochodzenia czynnościowego, polega na zastosowaniu gimnastyki ortofonicznej podniebienia miękiego, łącznie z użyciem obturatora ręcznego. Odgrywa on tu bardzo ważną rolę, gdyż naprzód drażni mechanicznie podniebienie miękie, a prócz tego przy wydawaniu dźwięków przyzwyczajają chorego do wypuszczania powietrza nie nosem, lecz ustami. Obturator można jednocześnie stosować z prądem faradycznym. Na zasadzie kilku przypadków uprzednio opisanych, jak również poniżej załączonego, mniemam, że mowa nosowa wrodzona, jak w ogóle zboczenia, należące do kategorii *rhinolalia aperta*, jest uleczalna. Pozwoliłem sobie nieco szczegółowiej zatrzymać się nad tą postacią z tego względu, że zboczenie to, tak pod względem patogenety, jakoteż i rozpoznawania, nietylko u nas, lecz i zagranicą w zupełności było pomijane.

Spostrzegałem 5 przypadków mowy nosowej; jeżeli do tego dodamy 3 przypadki łącznie z jękiem (N. 10, 69, 79) i 3 przy bełkotaniu (N. 6, 8, 30), to razem mieliśmy 11 przypadków (5 m, 6 k). Z powyższej liczby 4 należały do kategorii *rhinolalia clausa*, a 7 do *rhinolalia aperta*. Z 4 przypadków mowy nosowej kategorii pierwszej w jednym, wikłającym jękanie, po usunięciu wyrosła mowa nosowa w zupełności znikła. Z 7 przypadków mowy nosowej otwartej, 6 należało do czynnościowej i towarzyszyło w większości przypadków niemocie ustępującej, a 1 pochodzenia organicznego zależał od wrodzonego braku podniebienia twardego i miękiego.

Z 6 przypadków, należących do mowy nosowej pochodzenia czynnościowego, miałem sposobność przeprowadzić leczenie tylko w jednym. Dotyczył on Jadwigi O., 16 lat liczącej, a pochodzącej z rodziny zdrowej, złożonej z 7 prawidłowo mówiących dzieci. Dziewczynka zaczęła mówić późno, mianowicie w 4-ym roku, bardzo niewyraźnie i odrazu z oddźwiękiem nosowym. Inteligencja jej już w najmłodszym wieku była upośledzona, co i dotychczas łatwo zauważyć się dawało. Obecnie oprócz silnie wyrażonego oddźwięku nosowego mamy bardzo niewyraźne wymawianie wielu głosek, co razem czyni mowę trudno zrozumiałą. W 3 miesiące chora w zupełności się wyleczyła,

¹¹⁾ Pomieniony przyrząd może także służyć do kontrolowania wyników leczniczych podczas trwania leczenia.

a obecnie umożliwione rozpoczęcie kształcenia umysłowego zapowiada jak najlepsze wyniki. Przedstawiłem ją w Towarzystwie Lekarskiem 30. IV. r. b.

Przypadek organicznego pochodzenia mowy nosowej, uwarunkowany brakiem podniebienia twardego i miękiego, dotyczył Heleny B., 6 lat liczącej. Dziewczynka zaczęła mówić niezrozumiale w 3-im roku. Obecnie mowa mocno nosowa i trudno zrozumiała z powodu braku wybuchowych *p, t, d, k, g*, oraz zamiany *s* i od niej pochodnych przez *ch*. Oprócz samogłosek, następujące spółgłoski miały silnie wyrażony oddźwięk nosowy: *f, w, m, n, r, l, j*. Chora podda się leczeniu.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

136. MARION. Uwagi i spostrzeżenia nad chorobą Bright'a bez białkomoczem. Białkomocz jest objawem niepewnym i niestałym w chorobie BRIGHT'a—wypowiedział DIEULAFOY (1886); w zamian za to posiadamy cały szereg drobnych objawów, które po większej części są lekceważone, a które jednakże pozwalają rozpoznać chorobę BRIGHT'a w samym początku i bez białkomoczu i nie czekać, dopóki nie zjawia się objawy mocznicy. Drobne objawy te DIEULAFOY zebrał w jedną grupę t. z. *les petits signes de brightisme*. Autor, uczeń DIEULAFOY, podaje cztery przypadki choroby BRIGHT'a bez białkomoczu, rozpoznanej w samym początku cierpienia.

I. Chory 58-letni skarżył się na duszność, obrzęk powiek i nóg, bóle głowy; znaleziono prawie wszystkie objawy DIEULAFOY: kurcze w łydkach, swędzenie, częste oddawanie moczu, krwawienie z nosa zrana, muszki przed oczami, szum w uszach, oprócz tego przerost serca. Moczu 700 grm. bez białka i walczków. Rozpoznano chorobę BRIGHT'a. Dyeta mleczna usunęła wszystkie dolegliwości chorego.

II. Służąca 19-letnia, z silnie wyrażonymi objawami bladaczki. Badanie wykryło cały szereg objawów DIEULAFOY (szum w uszach, wzdryganie się w chwili zasypiania, kurcze w łydkach, mrowienie w palcach, zaburzenia wzrokowe) i na tej zasadzie rozpoznano chorobę BRIGHT'a, pomimo stałego braku białka w moczu. Pod wpływem leczenia mlecznego stan chorej znakomicie się poprawił. We dwa lata później chora zgłosiła się do szpitala z objawami poprzednimi i białkomoczem bardzo wyraźnym.

III. Robotnica 59-letnia. Przed pół rokiem bóle głowy, obrzęki kończyn dolnych i powiek, napady duszności, wszystkie objawy DIEULAFOY i białkomocz. Dyeta mleczna szybko poprawiła stan chorej, jakkolwiek białkomocz pozostał. Przed dwoma tygodniami chora przeszła grypę z dość znaczną gorączką, po której białkomocz znikł zupełnie, jakkolwiek objawy DIEULAFOY pozostały.

Wreszcie podaje autor spostrzeżenie, z którego widać, że ilość wydzielanego białka w moczu nie jest ściśle związana z ogólnym stanem chorego.

Wogóle przychodzi autor do wniosku, że białkomocz jest objawem podrzędnym: wiadomo, że białko znajduje się w moczu ludzi zupełnie zdrowych; dalej znajdować się ono może w wielkiej ilości w moczu chorych na zapalenie nerek, jakkolwiek chorzy ci względnie mają się bardzo dobrze; wreszcie białkomocz może nie być nawet wobec objawów mocznicowych. Pod względem rozpoznawczym daleko większe znaczenie mają małe, a zwłaszcza wielkie objawy ogólne choroby BRIGHT'a, aniżeli białkomocz, i należy powtórzyć z profesorem DIEULAFOY, że w chorobach nerek przedewszystkiem winno nas zajmować nie to, co przechodzi do moczu, ale to, co pozostaje w ustroju.

(*Archives générales de médecine*. 1895. 257).

Wł. Zawadzki.

137. DUPLAY, CAZIN i SAVOIRE. Badanie moczu u rakowatych. Twierdzenie ROMMELAERE'a i innych autorów, jakoby mocz rakowatych zawierał znacznie mniej mocznika i fosforanów, względnie do moczu ludzi zdrowych, i to niezależnie

od ilości i jakości przyjmowanych pokarmów, wielokrotnie poddawane było wątpliwości.

W pracowni kliniki chirurgicznej w l'Hôtel-Dieu prof. DUPLAY'a, przedsięwzięto cały szereg ścisłych badań, które, zdaje się, stanowczo rozwiązują sprawę, tak ważną pod względem rozpoznawczym. W pracy, która jest wynikiem owych badań, przedewszystkiem autorowie starają się określić przeciętną ilość dobową mocznika, fosforanów i chlorków u ludzi zdrowych. Cyfry, podane w tym kierunku przez ROMMELAERE'a i THIRIAR'a, a mianowicie dla mocznika 32—33 grm., dla fosforanów 2,50 grm., należy uważać za zbyt wysokie; natomiast przyjmując należy dla mocznika 15—20 grm., dla fosforanów 1,50—2 grm. Ilość chlorków jest bardzo zmienną i zależy przedewszystkiem od ilości spożytej soli kuchennej. Do badań posłużyło 15 chorych z nowotworami złośliwymi, a mianowicie: 2 przypadki raka języka, 1 warg, 1 przelyku, 1 odbytnicy, 2 piersi, 2 macicy, 2 oka, 1 jądra, 1 skóry, oraz 2 przypadki mięsaków — w rozmaitych okresach rozwoju guza i charłactwa ogólnego. W badaniach tych ilość dobową mocznika wahała się pomiędzy 11, 47 i 29 i ściśle zależna była od ilości i jakości przyjmowanego przez chorych pożywienia. Toż samo spostrzegano i odnośnie fosforanów i chlorku (fosforanów 1,50—25,0; chlorków 8,26—21,7).

Nawet w przypadkach bardzo rozwiniętego nowotworu i znacznego charłactwa, ilość dobową mocznika można było doprowadzić do stanu prawidłowego lub wyżej przez wzmoczone odżywianie chorego np. mlekiem; gdy tymczasem przy nieznacznym nowotworach i względnie dobrym ogólnym stanie chorego, mocznika było mało, jeżeli chory z jakiegobądź powodu nie odżywił się należycie.

Hypoazoturya więc nie jest objawem stałym u rakowatych i występuje tylko wtedy, gdy chorzy odżywiać się już nie mogą. W znacznej większości (13) ciężkich przypadków, badanych przez autorów, ilość dobową mocznika utrzymywała się nawet nieco wyżej stanu prawidłowego, wskazanego przez badaczy francuskich. Hypoazoturya może być uważana tylko jako objaw niedostatecznego odżywiania się chorych, bez względu na przyczynę. Toż samo należy powiedzieć o ilości fosforanów i chlorków. Ilościowy więc rozbiór moczu chorych z nowotworami złośliwymi nie ma żadnego znaczenia rozpoznawczego.

(Arch. gén. de méd. 1895. VII).

Wł. Zawadzki.

138. CZERNY. **Próby leczenia nowotworów złośliwych toksynami róży.** Leczenie nowotworów zapomocą wstrzykiwań śródmiąższowych pierwszy dokonał THIERSCH. Od tej pory próbowano najrozmaitszych substancji (*arg. nitricum*, *zincum chlorat.*, sole rtęci, *alkalia*, *ac. acet.*, papayotyne, pyoktaninę i t. d.), z których jedynie *T-ra Fowleri* zyskała, zdaje się, pewne znaczenie przy guzach złośliwych. Co się zaś tyczy róży, to jakkolwiek dobroczynny wpływ jej na niektóre nowotwory spostrzegano tu i owdzie od dość dawna, jednakże pomimo wykrycia jej zarazka, niebezpieczeństwo szczepienia tej choroby i niepewność skutku wstrzymywały lekarzy od leczniczych prób w tym kierunku.

Dopiero od lat 4-ch zaczęto robić doświadczenia z samemi toksynami róży, mianowicie LASSAR, SPRONCK, REPIN, COLEY i inni. Ten ostatni czynił najliczniejsze doświadczenia (Cancer-Hospital w New-Yorku) i najdokładniej podał swój sposób postępowania, przyczem na 38 mięsaków otrzymał 9 wyzdrowień. WERNER pod kierunkiem autora prowadzi od czerwca r. b. doświadczenia ściśle podług metody COLEY'a, która polega na podskórnym wstrzykiwaniu toksyny, przedstawiającej wyjałowioną (wskutek wielokrotnego ogrzewania do 58° C.) mieszaninę trzytygodniowej hodowli róży w bulionie z *bac. prodigiosus*. Sądząc z dotychczasowych wyników i zarazem opierając się na doświadczeniach COLEY'a, lecz nie przesadzając, co będzie w przyszłości, autor mniema, że jest uprawniony do następujących wniosków: 1) Wyjałowione, lecz nie przesączone hodowle mieszane z *bacillus prodigiosus* powodują przy wstrzykiwaniach małych ilości szybkie podnoszenie się ciepłoty, często połączone z dreszczami, objawy ze strony żołądka, majaczenia, czasem wyprysk na wargach, prawie zawsze bez miejscowych objawów zapalnych. Natężenie zaś tych objawów zależy: a) od ilości wstrzykniętej toksyny; b) od wrażliwości osobnika; c) od tego, czy toksyna wstrzyknięta została wprost do guza, czy dalej od niego, czy też wprost do naczynia. 2) Powyższe zjawiska ustępują jednak po kilku godzinach. Przy dłuższem stosowaniu wstrzykiwań występuje brak łaknienia, niedokrwistość i apatya. 3) Wstrzykiwania działać mogą

swoisto, względnie leczyć nowotwory (mięsaki), powodując ich wysysanie się, albo też rozmiękczenie, zgorzel i (częściowe) odpadanie. 4) Ponieważ skutki są dotąd jeszcze bardzo niepewne, metoda ta zatem nie może bynajmniej zastąpić operacji lub uczynić jej zbyteczną. Tymczasem zaś może ona znaleźć zastosowanie przy guzach, nie podległych operacji lub szybko powracających po ich usunięciu, wreszcie po operacji dla zapobieżenia nawrotom. 5) Przy leczeniu raków metoda ta dała wyniki ujemne.

(*Munch. med. Woch.* 1895. N. 36.).

Józef Piotrowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 1 października r. b.

TREŚĆ. 1) BRODOWSKI — przedstawienie okazu tłuszczaka rozlanego dłoni. 2) SOBIERAŃSKI z Marburga — odczyt: „Przyczynę do nauki o czynności nerek.“ 3) JANOWSKI — odczyt: „Wyniki leczenia błonicy zapomocą surowicy krwi“.

1) Prof. BRODOWSKI okazał operowaną przez prof. KOŚCIŃSKIEGO rękę z nowotworem rozlanym i zaznacza, że nowotwór ten, jak zresztą już na zesłem posiedzeniu orzekł, jest tłuszczakiem wrodzonym rozlanym. Miękość tkanki nowotworowej, która mogła naprowadzić na myśl, że mamy do czynienia z *lymphangioma*, zależała od własności tłuszczu nowotworu. Tłuszcz w ogóle składają się z oleiny, palmetyny i stearyny, konsystencya ich zależy od ciepłoty. Palmetyna staje się płynną przy 42—44°, stearyna przy 54°, oleina zaś jest płynna przy cieplocie zwykłej i nowotwory, składające się przeważnie z tego tłuszczu, będą miękie. Miękość może również zależeć i od ilości i jakości tkanki łącznej, która obok tkanki tłuszczowej jest częścią składową tłuszczaków.

2) Prof. SOBIERAŃSKI w odczycie swym p. t. „Przyczynę do nauki o czynności nerek“, zamierzając mówić o zmianach, zachodzących w nabłonkach kanalików krętych podczas czynności nerek, dla jaśniejszego przedstawienia swych poszukiwań poprzedził wykład swój krótkim streszczeniem teorii czynności nerek BOWMAN-HEIDENHAIN'a i LUDWIG'a. Wiadomo, że obie te teorie przypisują ważną rolę nabłonkom kanalików krętych. Punktem zaś spornym jest to, czy czynność owego na błonka jest wydzielniczą (BOWMAN-HEIDENHAIN), czy też chłoniczą (LUDWIG). S. zaznacza, że w ostatnich czasach teoria BOWMAN'a dzięki HEIDENHAIN'owi została nieomal powszechnie przyjęta; jednakowoż S. na zasadzie badań swych oświadczył się za teorią LUDWIG'a. Szczególniej przeciwko twierdzeniom BOWMAN-HEIDENHAIN'a przemawiały doświadczenia z kofeiną, która zdaniem S. poraża owe własności chłonicze kanalików krętych. Fakt ten obok całego szeregu innych, dokładnie opisanych w pracy mówcy, umieszczonych w Pamiętniku Tow. Lek. z roku 1895 w zeszytach 3-im i w Arch. für exper. Pathol. und Pharmacolog., zmusiły S. do uznania obecnie panującej teorii za błędną. Następnie S. przedstawił poglądy dotychczasowe na budowę kanalików krętych i wygląd tychże podczas czynności nerek. S. zaczął swój zarys historyczny od HENLE'go, który pierwszy zauważył różnicę w budowie rozmaitych kanalików moczowych, przeszedł do opisanja badań LUDWIG'a i ZAWARYKIN'a, następnie streścił spostrzeżenia SCHWEIGGER - SEIDEL'a, HEIDENHAIN'a i KRUSE'go, potem zatrzymał się dłużej nad odkryciem obwódki szczoteczkiowej, leżącej u światła nabłonka pałeczkiowatego kanalików krętych. Odkrycie to uskutecznione zostało przez CORNIL'a; wprawdzie na kilka miesięcy przedtem NUSSBAUM podał w odnośniku luźną notatkę kilkunastu wierszową, że u niektórych ryb i amfibiów na nabłonku kanalików krętych znajduje się „*ein breiter Besatz kurzer Wimpern*“, lecz ta nieścisła notatka nie powinna mu dać zdaniem S. prawa pierwszeństwa, o które walczył. Opis obwódki szczoteczkiowej w nerce człowieka, podany przez CORNIL'a, długo był nieznan, przeto odkrycie to najmylniej przypisywano później TORNIER'owi, a także niektórym patologom, którzy mieli sposobność spostrzegania obwódki owej w nerkach patologicznych. Występowanie sporadyczne tej obwódki szczególnie w nerkach, chorobami zmienionych, dało pobop do rozmaitego tłumaczenia jej znaczenia; niektórzy więc twierdzili, że jest ona tworem czysto patologicznym; dopiero WALTHER KRUSE wypo-

wiała zdanie, oparte na poszukiwaniu 150 nerek ludzkich, i dowodzi, że powierzchnia nabłonka kanalików krętych może się zmieniać na obwódkę szczoteczkową, a więc podług KRUSE'go jest ona objawem fizyologicznym, który niewiadomo, w jakich warunkach powstaje. Później LORENZ i DISSE ogłosili swe prace, przyczyniające się mało do rozjaśnienia zagadkowej roli obwódki szczoteczkowej.

Po wstępie tym mówca przystąpił do opisu doświadczeń swych i zaznacza, że do rozwiązania sprawy czynności nabłonka kanalików krętych wciągnął przedewszystkiem właściwe środki moczopędne, gdyż to mu najwięcej obiecywały. Rzeczywiście, już w badaniach poprzednich S. zauważył, że pod wpływem owych środków moczopędnych zarówno wygląd nabłonka, jak i światło kanalików krętych ulegały zmianie. Najpierw S. przedstawił trudności w utrwaleniu owych delikatnych tworów i zaznaczył, że wyniki najlepsze dawał płyn, składający się z równych części 2% roztworu kwasu osmowego i nasyconego roztworu sublimatu z dodatkiem kilku kropel kwasu octowego lodowatego (15—20 kropel na 100 cm. mieszaniny). W płynie tym utrwalona nerka dawała bardzo wyraźny rysunek nabłonka, względnie obwódki. Inne roztwory, naprzykład sublimatu, polecane przez LORENZ'a, wydały mniej dodatnie wyniki; względnie dobrym okazał się sublimat z dodatkiem kwasu octowego. Doświadczenia swe przeprowadził S. na królikach, gdyż zwierzęta te oddziałują na kofeinę w sposób podobny, jak człowiek, tymczasem pies zachowuje się pod tym względem odmiennie. Wiadomo, że rozmaite środki moczopędne w sposób odmienny działają na nerki. Jedne, np. kofeina, jak przypuszczał SCHROEDER, pobudzają do żywszej produkcji nabłonki kanalików krętych (a więc autor dał objaśnienie w myśl HEIDENHAIN'a); inne zaś, np. sól kuchenna, działają moczopędnie, wskutek odciągania wody z ustroju. Gdyby więc twierdzenie SCHROEDER'a było prawdziwem, to przy kofeinie wystąpićby powinny pod drobnowidzem ślady owego wzmożonego wydzielania. Z tych to względów S. badał działanie kofeiny i rozmaitych soli. Różnice w wyglądzie kanalików krętych, zauważone przytem, były tak znaczne, że już z pierwszego rzutu oka można było powiedzieć, czy dana nerka pochodzi od zwierzęcia, które otrzymało kofeinę, czy też sole.

S. opisuje działanie moczopędne soli i przedstawia przebieg takiego doświadczenia. Królikowi wprowadzono do żyły szyjowej lub nożnej 25—50 ctm. szc. 5% roztworu *natri nitrici* lub soli kuchennej w przeciągu 10 minut, a gdy po kilku minutach wydzielanie moczu znacznie się wzmogło, zwierzę zabijano, nerkę zaś natychmiast rozkrawano nożem na małe kawałki, z których jedną część wrzucano do wyżej opisanej mieszaniny, a drugą do płynu ALTMANN'a. Obrazy drobnowidzowe były następujące: światło kanalików krętych było duże, okrągłe i komórki nabłonkowe posiadały nadzwyczaj wyraźną obwódkę szczoteczkową. To ukazywanie się obwódki szczoteczkowej na t.zw. nabłonku pałeczkowatym było tak stałe i charakterystyczne, iż objaw ten przypisać należy wpływowi soli. Zmiana ta nabłonka spowodowana została przez stężony mocz, który odcigał wodę od komórek i nie dozwalał im pęcznieć; a wskutek tego ukazywała się obwódka. Dla uzupełnienia rozdziału o dyurezie solnej, S. dodaje, że często spotykał w świetle kanalików krętych siateczkę, składającą się z ciał białkowych. Siateczka ta, którą można by wziąć za rodzaj wydzieliny, ukazywała się tylko wtedy, gdy ilość większą (50 ctm. szc. 5% roztworu) soli wstrzyknięto i gdy w moczu ukazywało się białko lub nukleo-albumina. Znaczenie i pochodzenie tej siateczki jest dotychczas dla mówcy ciemne, lecz prawdopodobnie jest ona powodowana przez wytwory białkowe, które przedostały się przez kłębek; być może jednak, że także w części są wytworami kanalików krętych. Jednakowoż występowanie tych siateczkowatych tworów białkowych nie zmusza nas do przyjęcia twierdzeń BOWMAN-HEIDENHAIN'a, iż czynność kanalików krętych jest wydzielniczą, tembardziej, że tutaj chodzi o mocznik i kwas moczowy. Następnie mówca opisuje wydzielanie moczu przy kofeinie i zaznacza, że przy środku tym mowy być nie może o działaniu podobnem do soli, t. j. o odciąganiu wody. Dokładniejszy rozbiór działania kofeiny podał S. w uprzednio wspomnianej pracy, tutaj zaś przedstawia tylko obrazy drobnowidzowe nabłonka, powstałe pod wpływem owego środka moczopędnego. S. zaznaczył, że tylko rzadko znajdował obwódkę szczoteczkową, przytem światło kanalików krętych było małe i nie okrągłe (wszystkie te zjawiska w przeciwstawieniu do spotykanych w dyurezie solnej), podobne do przecięcia kiszki stwardniałej np. w alkoholu. Nerka kofeinowa w porównaniu z prawidłową, ma tylko układ kanalików krętych więcej prawidłowy, więcej sztywny. W świetle niektórych kanalików krętych występowały twory kuliste, zawierające ALTMANN'owskie *granulae*.

Twory te można było przyjąć za wydzielinę uorganizowaną, lecz przy badaniu dokładniejszym na skrawkach seryjnych okazały się one integralną częścią komórki. Wreszcie mówca opisuje wpływ mocznika, który zajmuje miejsce pośrednie pomiędzy kofeiną i solami. Obrazy, otrzymywane tutaj, zależno są od wstrzykniętych ilości mocznika. W dalszym ciągu S. opisuje zachowanie się ALTMANN'owskich kuleczek, które było następujące: w dyurezie solnej kuleczki ułożone były w rzędy, odpowiadające pałeczkom HEIDENHAIN'a, przy kofeinie zaś kuleczki były więcej rozproszone i tylko w niektórych kanalikach można było spostrzedz owe szoregi. Mocznik i tu dawał obrazy pośrednio, chociaż zawsze więcej przeważało prawidłowe ułożenie tych kuleczek. Zbliżając się ku końcowi, mówca zaznacza, że w pracy swojej przeważnie zwracał uwagę na kanalik kręte, gdyż one były powodem sporu i są powszechnie uważane za narządy, grając rolę główną w czynności nerek. Dalej S. podnosi, że w ciągu wykładu swego parę razy porównywał kanalik moczowy z kiszka. Do porównania tego upoważniło S. podobieństwo, wyrażone w nabłonku, a poczęści i w muskulaturze. Nabłonek taki jest rodzajem naczyń włosowatych, które ułatwiają wchłanianie płynów, przeto urządzenie podobne znajdujemy w narządach, których głównem zadaniem jest wchłanianie. Muskulatura zaś, odkryta przez KOSTIURIN'a, jest podobnie ułożona, jak w kiszce; przeto moglibyśmy nawet przypuścić, że kanalik moczowy mogą podobne ruchy skutecznie, jak kiszki. Wszystkie obecnie przytoczone, jak i wiele innych faktów, zmuszają zdaniem S. do przyjęcia, że czynność kanalików krętych jest głównie chłonna. Obok tych własności chłonniczych, kanalik moczowy mogą posiadać, podobnie jak kiszki, jeszcze i własności wydzielnicze, lecz o tych ostatnich dotychczas prawie nie wiemy; pewnem jest tylko, że w pewnych sprawach zapalnych wytwarzają one białko. Jako dowody przedstawił mówca okazy drobnowidzowe i obok tego objaśniał wykład rysunkami szematycznymi.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI prostuje mniemanie mówcy, że anatomo-patologowie mają częściej sposobność spostrzegania obwódki szczoteczkiowatej, gdyż badają oni w 24 godzin po śmierci, to jest nerki zmienione, na których obwódki tej nie widać. B. obwódkę ową widział raz na okazach prof. PRZEWOSKIEGO. W błonie można czasem spostrzegać obwódkę szczoteczkiowatą, ale i tu zmetnienie nie pozwala widzieć obrazu dokładnego. Co się tyczy przypuszczenia S. o istnieniu w kanalikach ruchów robaczkowych, to zdaniem prof. B. mówić o tem należy nadzwyczaj oględnie, gdyż warunki budowy tych kanalików są inne.

Prof. HOYER zaznaczył, że doświadczenia i wnioski mówcy są ciekawe, wymagają jednak dalszych prac w tym kierunku. H. zapytuje, czy S. dokonywał doświadczeń z wstrzykiwaniami wody czystej i czy się przekonał, że nie występują przytem te zmiany, które spostrzegał po wprowadzeniu innych środków. Co się tyczy zdania S., że kanalik kręto nie spełniający czynności wydzielniczej, to H. zaznacza, że jak i sama budowa pętlicy HENLE'go, tak i dane doświadczenia przemawiają za tą czynnością. Zdaniem H. kanalik, dzięki budowie swej, podobne są do ślinianki, która spełnia czynność wydzielniczą. Dalej prof. H. zaznacza, że sam przekonał się, iż w naczyniach krwionośnych przesłanie następuje tylko w naczyniach włosowatych, gdyż przy wstrzykiwaniu mas iniekcyjnych z alkoholu i żywicy, mas tych nie widać tylko tam, gdzie niema połączeń między tętnicą i żyłą. W końcu H. zwraca uwagę mówcy, że w pracy swojej nie uwzględnił wpływu nerwów naczynioruchowych, o czym zapominać nie można.

Prof. SOBIERAŃSKI odpowiada prof. BRODOWSKIEMU, że sam nerek patologicznie zmienionych nie badał, opierał się zaś głównie na twierdzeniu MARCHAND'a i LORENZ'a. Co się tyczy kwestyonowanego istnienia włókien mięsnych w ścianach kanalików, to wspominał o istnieniu ich na zasadzie badań KOSTIURIN'a, sam zaś badań w tym kierunku nie podejmował. Co się tyczy ruchliwości kanalików moczowych, to te, będąc połączone luźną tkanką łączną, mają dużo stosunkowo swobody, o czem się przekonać można, robiąc wstrzykiwania przez moczowód; widzimy wówczas, że kanalik znacznie się wyprostowuje. W odpowiedzi prof. H., S. zaznacza, że doświadczeń z wstrzykiwaniem wody czystej nie robił; skutecznił to pod jego kierunkiem doktorant i przy dużych ilościach wprowadzonej wody występowało obfite wydzielanie moczu bez ukazania się jednak obwódki. Na pętlice HENLE'go S. stosunkowo mało zwracał uwagi, zresztą dotychczas narządom tym nikt nie przypisywał własności wydzielniczych. W odczycie swym S. nie chciał ostatecznie rozstrzygnąć kwestyi czynności nerek, chodziło mu zaś tylko o wyświetlenie pytania, czy teoria BOWMAN-HEIDENHAIN'a wytrzy-

muje krytykę naukową; S. czuje się zadowolonym, że udało mu się chociaż w głównych zarysach sprostować niektóre poglądy, wynikające z tej nauki.

Kol. KYSIŃSKI, zaznaczając, że z doświadczeń mówcy rzeczywiście wynika, że kanaliki spełniają przedjętą czynność chłonniczą, aniżeli wydzielniczą, uważa przypuszczenie S. o istnieniu ruchów robaczkowych w kanalikach za zbyt śmiałe.

Prof. HOYER zauważył, że chyba pochwętkę kanalików można uważać za mięśnie. Rozstrzygnięcie pytania o istnieniu ruchów robaczkowych w kanalikach trzeba zostawić przyszłości, gdyż kwestya, czy mogą się kurczyć podobne z budowy do kanalików naczyń włosowatych, stanowi dzisiaj pytanie otwarte.

3) Kol. JANOWSKI w odczycie swym p. t. „Wyniki leczenia błonicy zapomocą surowicy krwi“, zaznażył, że oddział dla chorych na błonicę prowadził przez 5 miesięcy. W ciągu tego czasu miał chorych 46; z liczby tej tylko w 32 przypadkach miał do czynienia z błonicą prawdziwą, stwierdzoną zawsze badaniami bakteriologicznymi na płytkach. Z ogólnej summy 32 chorych na błonicę, zmarło 3, z których dwaj w ciągu pierwszej doby po zaszczepieniu surowicy. We wszystkich trzech śmiertelnie zakończonych przypadkach J. miał do czynienia z dławcem. Ogółem na 32 przypadki w 14 krtan zajęta była sprawa błonicy. Stan ogólny chorych poprawiał się w różnym czasie, ale przeciętnie przed końcem drugiej doby po zaszczepieniu surowicy. Poprawa występowała niezmiernie wybitnie i raz się zaczawszy, posuwała się naprzód szybko. Ciężota spadała krytycznie 9 razy, litycznie 2 razy, wahała się nieprawidłowo w 7-iu przypadkach, wcale się po nad normę nie podnosiła w 9-ci. Wogóle spadek ciepłoty następował najczęściej (17 razy na 20 przypadków) w ciągu 48 godzin. Wahanie tętna były bardzo znaczne, i ono jednak po dwóch dobach prawie zawsze zupełnie się poprawiało. Obrzmienie miejscowe i zaczerwienienie błony śluzowej naokoło nętów zniknęło też przeważnie w ciągu 48 godzin (24 razy na 30 przypadków). Fakt ten świadczy, że w czasie tym ustaje wchłanianie się toksyn z miejsca chorego. Naloty również najczęściej zniknęły w tym okresie czasu, jednak czas zupełnego ich oddzielenia się ma zdaniem J. znaczenie drugorzędne, skoro tylko stan ogólny chorego poprawił się. To też J. niezem oddzielania się nętów przyspieszać nie radzi. Gruczoły były obrzmiałe w 23 przypadkach. Z nich w 16 przestały zupełnie być wyczuwalne już w dwie doby po zaszczepieniu surowicy. Białkomocz J. spostrzegał 7 razy, pięć razy chorzy przybyli już z nim do oddziału. Ustępował on w ciągu 1½ do 5½ doby, pomimo, iż był bardzo znaczny. W 2 przypadkach bardzo ciężkich białkomocz wystąpił dopiero w dwie doby po zaszczepieniu surowicy. Zdaniem J. nie przemawia za tem, że powstanie w przypadkach tych białkomoczu zależało od surowicy; ta ostatnia nie zapobiegła tylko wystąpieniu jego w tych dwóch i skądinąd ciężkich przypadkach. Porażenia pobloniczne J. widział dwa razy i sądzi, że teraz będzie je można spostrzegać częściej, niż dawniej, z powodu, że wiele ciężkich przypadków, dawniej śmiertelnie się kończących, obecnie tych porażen „się doczeka“. Co do powikłań, zależnych od surowicy, to J. widział 5 razy odczyn miejscowy dokoła miejsca szczepienia. Odczyn ten zniknął w 1½ doby. Nadto widział 3 razy wysypkę ogólną, w postaci rumienia i pokrzywki (u jednego chorego obie razem). Wysypki te wystąpiły około 10-go dnia po zastrzyknięciu i ustąpiły bez żadnego leczenia. J. zaznacza, że wysypki po surowicy częściej widywał poza szpitalem, niż w szpitalu. Każdy przypadek błonicy, z wyjątkiem wikłającej płonicy i przyrannnej, zdaniem J. powinien być leczony od pierwszej chwili surowicą. Jaką się stosuje surowicę, jest to obojętne, gdyż wszystkie fabryki sprzedają tylko flakoniki, zawierające 1000 jednostki, a więc flakonik każdej surowicy ma jedną i tę samą wartość. Co do dawek, to J. stosuje w każdym przypadku błonicy najmniej 1000 jednostki, w ciężkich postaciach 1500—2000, w wyjątkowo ciężkich i zadawnionych (5—6 dni) jeszcze więcej nawet. Takich ilości surowicy J. zupełnie się nie obawia, gdyż nigdy nie widział złych od tego następstw. Tylko u dzieci 3—7 miesięcznych J. stosuje ½—⅔ powyżej podanych ilości. Przeciwnie, w przypadkach dławca stosuje zawsze najmniej 2000 jednostki, dawkę tę w razie potrzeby i do 5000 podnosząc. Szczepienie surowicy radzi wykonywać odrazu, nie rozkładając go na kilka dni. Działanie jest wówczas najszybsze, a choremu i otoczeniu jego oszczędza się w ten sposób powtórnych przykrości. Prócz szczepienia surowicy, J. stosuje tylko płukania wodą lub 2% kwasem bornym w przypadkach błonicy gardła i wyłącznie inhalacje z wody czystej w przypadkach dławca. Z tracheotomią radzi zwlekać jak najdłużej. Co do natury bakteriologicznej leczonych przez się przypad-

ków, to J. tylko w 7 otrzymał w hodowlach z błonek same prawie laseczniki LOEFFIER'a, w innych znajdował domieszkę znaczną paciorkowców ropotwórczych albo i gronkowców ropotwórczych. Przyjaski bakteriologicznie czyste poprawiały się jakby prędeji.

Z V-go zjazdu niemieckiego towarzystwa dermatologicznego.

podał A. Kozerski.

(Ciąg dalszy. —Zob. Nr. 42).

Dzień 24. IX. był głównie poświęcony syfilidologii. Rozpoczął go prof. CASPARY z Królowca odczytem, w którym docieczy do wniosków następujących. Statystyka nie dowiodła tego, ażeby metoda leczenia, zalecana przez FOURNIER'a, pewnie chroniła chorych od t. z. objawów trzeciorzędnych. A że stosowanie rtęci nie w małych dawkach przez czas dłuższy sprowadzić może szkody nieobliczalne. dlatego C. leczy przypadki przymiotu wczesnego o objawach lekkich tylko symptomatycznie, t. j. stosuje rtęć wtedy tylko, kiedy są objawy. Natomiast w ciężkich przypadkach *syphilis secundariae* lub *tertiariae*, jeżeli niema przeciwwskazań, stosuje przez szereg miesięcy leczenie FOURNIER'a. Robi także wyjątek od zasady dla prostytutek i dla ludzi, mających zamiar wstąpić w związki małżeńskie, niejako dla przygłuszenia zarazka.

NEISSER pyta, na jakiej zasadzie CASPARY uważa za szkodliwe dowieżenie ustrojowi rtęci przez czas dłuższy, jak wymaga metoda FOURNIER'a? Czy CASPARY widział kiedy opłakane tego skutki? Przytaczają w tych razach często jako odpowiedź przykład robotników w kopalniach rtęci, u których przymiot ma przebieg mniej pomyślny. Lecz to nie jest dowodem. Takiego przemerkuryalizowania, jakiemu ulegają wspomniani robotnicy, nie dopuści żaden zwolennik FOURNIER'owskiej metody. A jeżeli przebieg przymiotu w danych przypadkach jest cięższy, to nie rtęć, znajdująca się w ustroju, sprzyja rozwojowi zarazka, tylko charłactwo toruje mu drogę. Zupelnie co innego, jeżeli się rtęć stosuje choć często i długo, lecz ogólnie.

Mówca po wieloletniem stosowaniu metody tej w szpitalu i praktyce prywatnej nie widział ani razu stąd płynącej szkody. Widział złe skutki — nieodpowiedniego stosowania rtęci. Za takie uważa, pomijając zwykle przeciwwskazania: a) dowieżenie rtęci ustrojowi drogą przewodu pokarmowego, jak to radzi FOURNIER. NEISSER posiłkuje się tym sposobem tylko w razach wyjątkowych, zwykle zaś stosuje rtęć w formie wstrzykiwań lub wcierań, uważając je za równe co do skuteczności. Tylko peryodyczne powtarzanie to słabszego, to mocniejszego leczenia przez cztery lata od zarażenia—przyjmuje z metody FOURNIER'a. b) Za szkodliwe uważa także stosowanie rtęci ponad miarę i stąd płynące szkody uznaje najzupełniej. Dlatego też, jeżeli uważa, że ustrój ma dosyć rtęci, choć np. gruczoły jeszcze są obrzękłe, przestaje ją stosować. (Wogóle podług stanu gruczołów limfatycznych nie stawia wniosków co do przymiotu). Dla tej samej przyczyny nie stosuje rtęci podczas każdego powrotu, jeżeli te powroty powtarzają się bardzo często. Podług statystyki nie możemy bezwzględnie sądzić o danej metodzie. Nasze statystyki zawierają dane właściwie tylko o *lues tertiaria*, bo ci chorzy, u których po wczesnych objawach nie nastąpiły późne, nie przychodzą do lekarza i nie są wliczani do statystyki. Pomimo tego dadzą się wyciągnąć niektóre wnioski. Mianowicie rażąca jest liczebna przewaga tych przypadków przymiotu późnego, w których rozpoznanie albo wcale swoistego leczenia nie wykazuje, albo też wykazuje tylko bardzo niedostateczne. Całe wsie rosyjskie lub bośniackie, zarażone przymiotem, nigdy nie leczonym, wykazują między mieszkańcami swymi 80—90% późnych objawów.

NEISSER nie pojmuje racji CASPARY'ego. Dlaczego ten ostatni robi wyjątek dla ludzi, mających wstąpić w związki małżeńskie? Z pewnością dlatego, że przypuszcza wpływ rtęci na odziedziczenie przymiotu. Dlaczego w takim razie innym chorym odmawiać mamy tego dobroczynnego wpływu? Powiadają także, że metoda FOURNIER'a deprymuje chorych, wyradza syfilidofobię, bo ustawiczne leczenie przez cztery lata musi wpłynąć przygnębiająco na usposobienie chorego. Zdaniem mówcy na syfilidofobów niepodobna się oglądać. Więcej mamy do czynienia z ludźmi, którzy się leczą za mało, aniżeli z takimi, którzyby radzi ciągle się leczyć. Z własnego doświadczenia NEISSER przyszedł do wprost przeciwnych wniosków. Uważa, że chory, który i tak wie, że nosi w sobie zarazek, musi właśnie czuć się spokojniejszym, jeżeli widzi, że się ciągle i stale podtrzymuje jego zdrowie, aniżeli kiedy, nie uznając go za wyleczonego, czeka się z założeniami rękami na powroty.

Ze wszystkich wyżej wyliczonych powodów NEISSER postępuje w sposób następujący: z chwilą, kiedy można napewno rozpoznać przymiot, zaczyna systematyczne leczenie rtęcią. Tylko rtęć uważa za środek, wpływający na sam zarazek przymiotu. Jod i jego przetwory we wczesnych objawach albo wcale wpływu nie mają, lub bardzo wątpliwy. Kąpiele, łaźnie i t. d. mogą mieć tylko rolę pomocniczą. Leczenie surowicą nie dostarczyło jeszcze zachęcających wyników. Pierwsze leczenie powinno być możliwie najenergiczniejsze, w postaci wcierań lub wstrzykiwań. Należy także nie zaniedbywać leczenia miejscowego. W miejscu bowiem wykwitu lub w obrzękłych gruczołach chłonnych mogą pozostać zarazki, które z biegiem czasu wywołać mogą objawy późniejsze. Temu przypisuje NEISSER często spostrzegany fakt, że późne objawy często osiedlają się na tych samych miejscach, na których były spostrzegane wczesne. Leczenie takie powtarza systematycznie przez cztery lata, przeplatając je mniejszymi lub większymi przerwami, indywidualizując w każdym przypadku. Jodu używa w późniejszych postaciach jednocześnie z rtęcią, gdyż przyznać musi, że zdarzają się przypadki, odporne względem rtęci, a dające się wyleczyć rtęcią i jodem; prawdopodobnie jod wpływa tu nie na zarazek, lecz na jego skutki.

Na zakończenie stawia NEISSER hipotezę następującą: i wczesne i trzeciorzędne objawy przymiotu wywołują nieznane nam bakterie. Tylko że w okresie trzeciorzędnym odczyn ustroju jest o tyle zmieniony, prawdopodobnie przez toksyny bakterii, że przejawia się w postaci nowotworzenia się tkanki i zmian wstecznych. Bakterie takie ulegają zmianie z biegiem czasu i tracą własność przenoszenia się na inne ustroje. Takie bakterie, pozostałe w ustroju, czy to wskutek niedostatecznego lub zbyt późnego leczenia rtęcią, czy też dlatego, że alkoholizm, zimnica lub jakie inne przyczyny, sprowadzające wyniszczenie, osłabiły ustrój w walce z zarazkiem przymiotu; takie bakterie, poruszone przez uraz lub jaką inną przyczynę, wywołują objawy t. zw. trzeciorzędne. Czy jednak wczesne występowanie objawów późnych świadczy o wczesnym ustąpieniu zaraźliwości, mówcy nie jest wiadomem.

W ożywionej dyskusji brali udział następujący mówcy:

Prof. PICK z Pragi oświadcza się stanowczo przeciw zasadom metody FOURNIER'a. Jej zwolennicy opierają się na teoretycznej hipotezie o zarazku przymiotu. Mówią: przyczyną przymiotu jest niezawodnie jakiś rodzaj bakterii; rtęć na zarazek ten działa skutecznie; w żadnej chorobie zakaźnej nie czekamy, aż się choroba rozwinie. A więc należy odrazu i długo leczyć rtęcią, czy są objawy czy ich nie ma. Lecz my tego zarazka jeszcze nie znamy, ani jego biologii. Rozstrzygającym więc w tej kwestii musi być doświadczenie, a to ostatnie wcale nie przemawia za metodą FOURNIER'a. Mając przed sobą świeżo zarażonego przymiotem, nigdy nie możemy wiedzieć naprzód, jaki przebieg będzie miał u niego przymiot. W większej części przypadków przymiot ma przebieg przepuszczający, t. j. co kilka miesięcy występują nawroty, ażeby po jednym lub kilku latach na zawsze ustąpić. W tych przypadkach zwolennicy obu przeciwnych metod będą leczyć podobnie, bo i ci, co zastosują rtęć tylko wobec widocznych objawów, także będą przeplatać tygodnie leczenia rtęcią tygodniami przerwy. Nie o tę więc większość przypadków spór się toczy. Chodzi głównie o tych chorych, którzy po jednej różyczce przez całe życie nie mają innych objawów. Tych szkoła FOURNIER'a niepotrzebnie łąduje rtęcią, która bądź co bądź jest trucizną, i ci to chorzy, leczeni metodą FOURNIER'a, nie wiedzą, czy są zdrowi, dlatego, że ciągle stosowana rtęć nie daje objawom wystąpić, czy też, że już w nich nie ma czynników chorobotwórczych. Pierwszą zasadą medycyny musi zawsze pozostać *non nocere*, a szkodzić ci, co niepotrzebnie wprowadzają do ustroju truciznę. Tu tkwi rdzeń kwestii. Wreszcie sam FOURNIER widocznie nie najlepsze ma wyniki, skoro pierwsiastkowy termin czteroletni leczenia przedłuża obecnie coraz więcej, aż do 6-tu lat.

JADASSOHN z Wrocławia w sprawie t. zw. *lues tertiaria* wyraża zdanie, że prawdopodobniejszą wydaje mu się hipoteza, wypowiedziana przez NEISSER'a, aniżeli teoria FINGER'a. FINGER, jak wiadomo, przypuszcza, że przyczyną objawów wczesnych przymiotu są bakterie przymiotowe, gdy objawy późne wywołwane są przez pozostałe po bakterjach toksyny. NEISSER zaś i w „trzeciorzędnych“ objawach widzi dowody istnienia bakterii. Za ostatniem tem przypuszczeniem przemawia nierzadko spostrzegane, jednoczesne występowanie objawów wczesnych i późnych. Do tych ostatnich nie zalicza wykwitów *syphilis malignae*. Także przypadki, w których zarażający cierpi na objawy przymiotu późnego, u zarażonego zaś osobnika występuje wysypka guziczkowa, nietylko podają w wątpliwość zasadę o niezaraźliwości objawów trzeciorzędnych, lecz każą jednocześnie przypuszczać, że w wykwitach trzeciorzędnych przynajmniej „bývają“ bakterie.

Co do stosunku, jaki istnieje między leczeniem objawów wczesnych, a pojawianiem się objawów trzeciorzędnych, JADASSOHN podziela zdanie NEISSER'a. Na podstawie 850 przypadków przy-

miotu, spostrzeganych w jego oddziale, starał się wypracować statystykę, o ile możności uwzględniając wszelkie w tym kierunku wymagania wiedzy. Szczegółowe tablice ukazały się w sprawozdaniu ze zjazdu. Tymczasem podaje do wiadomości, że po potrąceniu tych przypadków, których ścisła krytyka nie pozwala zużytkować do statystyki, 14,3% chorych z objawami późnymi wykazywało brak leczenia lub niedostateczne leczenie w okresach wczesnych, gdy tylko 4,6% chorych z przymiotem trzeciorzędnym przechodziło leczenie racjonalne.

PROF. JARISCH wstrzymuje się od uwag krytycznych nad statystyką JADASSOHN'a. Ażebym coś o niej powiedzieć, trzeba mieć tablicę przed oczami. Z krytyką więc jego wniosków musimy się wstrzymać do czasu ukazania się urzędowego sprawozdania ze zjazdu. Co zaś do metody leczenia przymiotu, JARISCH oświadcza się stanowczo przeciw metodzie FOURNIER'a, a to z powodów następujących: 1) rtęć, zastosowana w okresie, kiedy niema objawów, nie chroni od ich ukazania się; po najenergiczniejszym bowiem leczeniu ukazują się objawy, czasem nawet po niem bezpośrednio; 2) metoda ta prowadzi do nagromadzenia zapasów rtęci w ustroju, które najniebezpieczniej mogą wywołać zatrucie; 3) szczególnie niebezpieczeństwo to nabiera znaczenia, jeżeli metoda FOURNIER'a będzie stosowana przez niespecjalistów. Najlepiej trzymać się zasady: stosować rtęć tylko wtedy, kiedy są objawy; powtarzać leczenie rzadko, ale energicznie. Znaczną odsetkę późnych objawów u wieśniaków rosyjskich tłumaczy JARISCH opłakanymi warunkami zdrowotnymi, jakie w wioskach tych panują.

GLÜCK z Serajewa jest zdania, że co do Bośni i Hercegowiny, tak znaczną odsetkę późnych postaci przymiotu niezupełnie słusznie NEISSER stawia w zależności od niedostatecznej merkuryalizacji podczas objawów wczesnych. Mówca miał sposobność niejednokrotnie spostrzegać zblizka endemie przymiotu. Włościanom tamtejszym najmniej można zarzucić oszczędność w używaniu rtęci. Zwykłym środkiem, używanym przez nich przeciwko przymiotowi, naturalnie bez lekarza, są fumigacje z cynobru, któremi szafują za łada okazyją. Pomimo tego ilość późnych objawów bywa przerażająco wielką. Szczególniej pewne wioski, a nawet pewne domy jakby były uprzywilejowane w tym kierunku. Daje się jednak zauważyć, że w miarę, jak niektóre wioski stosują się do rad lekarzy, ilość objawów późnych znacznie się zmniejsza. Naprowadza to mówcę na myśl, że nie brak leczenia, lecz bezładne leczenie jest prawdopodobnie przyczyną częstego pojawiania się *tertiariae*. Jako *curiosum* cytuje GLÜCK, że pomimo bardzo wielu przezeń spostrzeganych chorych, przymiotem zarażonych w późnym okresie choroby, ani razu nie zdarzyło mu się widzieć objawów t. zw. parasyfilitycznych. Przypuszcza stąd, że prawdopodobnie nie stoją one w żadnym związku z przymiotem. W leczeniu trzyma się zasady: przy lekkich objawach leczenie łagodne, przy ciężkich energiczne.

BARLOW z Monachium zapytuje NEISSER'a, co rozumieć pod pierwszym „energicznym“ leczeniem? W myśl jego zasad przy pierwszym leczeniu stosował zwykle 30 wcierań lub 8 wstrzykiwań tymolanu rtęci. Ze skutków nie był zadowolony, powroty następowały bardzo szybko. Stosuje więc teraz w tych razach 50 wcierań lub 12 wstrzykiwań salicylanu rtęci, co bądźco-bądź stanowi dosyć silną dawkę. Pomimo to jednak nietylko nie widział żadnych złych następstw swego postępowania, lecz owszem, często spostrzega powiększenie się wagi u chorych, jakkolwiek postępuje podług zasad NEISSER'a.

FINGER prostuje wygłoszone zdanie co do jego hipotezy. I on przyjmuje oprócz toksyn i bakterie, jako przyczyny bezpośrednie objawów późnych. W leczeniu jest zwolennikiem metody FOURNIER'a. Obawy przed zatruciem rtęcią uważa za przesadzone. Ustrój ludzki znosi bardzo dużo rtęci, że przypomni tu doświadczenie HEDRA'y, podjęte na 5 chorych na *prurigo*. Każdy z nich wtarł po 500,0 gramów szaruchy, po 5,0 dziennie, bez najmniejszych objawów zatrucia. A zresztą rzeczą lekarza jest indywidualizować, a nie leczyć podług szablonu. Jednak leczyć trzeba, pomimo, że niema objawów. Mówca zna kilku chorych, u których AUSPITZ dokonał wycięcia wrzodu pierwotnego z powodzeniem, objawów wtórnych bowiem wcale nie było. Za to FINGER miał sposobność po latach spostrzegać u tych samych chorych objawy późne. Z tych też względów uważa wycinanie wrzodów pierwotnych za złą przysługę, wyrządzaną choremu, bo w braku objawów chory taki uważa się za zdrowego i nie poddaje się leczeniu wtedy, kiedy mu się ono należy.

PETERSEN i PETRINI są za posługiwaniem się obiema metodami.

(D. n.).

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. wrzesień r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 51 (m. 26, k. 25); przybyło we wrześniu 127 (m. 64, k. 63); wypisało się 104 (m. 56, k. 48); zmarło 12 (m. 3, k. 9); pozostało na miesiąc następny chorych 62 (m. 31, k. 31).

Ogólna ilość chorych była znacznie mniejsza, niż w miesiącu poprzednim, ale bezporównania większa, niż w odpowiednim czasie roku zeszłego. Wzrastająca od kilku miesięcy liczba chorych zniwolniła szpital do powiększenia liczby łóżek z 50 do 70. Zwiększenie się liczby chorych z jednej strony przypisać należy panującej jeszcze wciąż biegunce krwawej i licznie bardzo występującej róży; z drugiej zaś—większemu napływowi chorych, z powodu zaprowadzonego podatku szpitalnego i zmniejszenia kosztów kuracyjnych.

Najlichnieszą rubrykę w miesiącu ubiegłym zajmują chorzy na różę, której mieliśmy niebawem dotychczas liczbę przypadków, mianowicie 46 (m. 21, k. 25). Wszystkie zakończyły się pomyślnie, chociaż przebieg w wielu razach był dość ciężki. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Browarna 17, Nowolipie 36, Ogrodowa 50 i 11, Marszałkowska 97 i 91, Żelazna 23 i 28, Wronia 30 i 36, Solna 15, Ś-to Krzyska 31 i 39, Przyrynek 15, Leszno 27 i 47, Pańska 11, Wolska 24, Piwna 47, Kiółewska 35, Pańska 4, Nowy Świat 24, Solec 4, Chłodna 32, Włodzimierska 1, Gęsta 6, Krakowskie Przedmieście 54 i 4, Czerniakowska 5, Krochmalna 43.

Drugą rubrykę co do liczby chorych zajmuje biegunka krwawa, której mieliśmy znacznie mniej, niż w sierpniu—przypadków 36 (m. 18, k. 18). Przebieg choroby był w dalszym ciągu dość ciężki, a śmiertelność większa, niż w miesiącu ubiegłym, gdyż śmiercią zakończyło się 8 przypadków (m. 2, k. 6). Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Chłodna 8 i 3, Nowolipie 45, Krzywe Koło 6 (2 przypadki), Złota 46, Krochmalna 45 i 44, Zakroczyńska 1, Nowy Świat 6, Kacza 21, Aleksandrya 20, Nowolipki 65, Ogrodowa 45, Plac Warecki 3, Nowogrodzka 20, Grzybowska 77, Smocza 17, Żytnia 12, Dobra 57, Grochowska 24, Chmielna 23, Targowa 32, Wspólna 47, Twarda 52, Wronia, 32, Wilcza 32, Wielka 39, Żórawia 31.

Zaznaczyć należy występowanie w dalszym ciągu tyfusu brzuszego, którego zanotowaliśmy przypadków 7 (m. 3, k. 4). Jest to liczba względnie znaczna. Przebieg choroby u wszystkich chorych był pomyślny. Chorzy przybyli z ulic: Erywańska 2, Obozowa 6, Śliska 10, Plac Św. Aleksandra (Instytut głuchoniemych—chora świeżo przybyła z prowincyi), Krakowskie Przedmieście 1, Brzeska 5 i wieś Jawczyce.

Dość często występowała błonica gardła, której przez czas dłuższy nie widywaliśmy. Mieliśmy jej przypadków 5 (m. 2, k. 3) u dorosłych z przebiegiem pomyślnym. Chorzy pochodzili z ulic: Leszno 26, Przejazd 13, Krakowskie Przedmieście 13, Szp. Dz. Jezus i wieś Ochota.

Rzadko w dalszym ciągu pokazuje się tyfus wysypkowy i oспа. Pierwszego mieliśmy 2 przypadki (Podwał 20, Częstochowa), pomyślnie zakończone; drugiej zaś również dwa, ale śmiertelne, u chorych nieszczepionych (Nowo-Senatorska 9, Żelazna 78).

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: po 3 przypadki odrzy, zapalenia płuc włóknikowego i zapalenia migdałków, oraz po jednym: płonicy i zimnicy.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 5 przypadków ostrego nieżytu żołądka i kiszek; po jednym zapalenia kiszczy ślepej, przymiotu, neurastenii i *phlegmone colli*, oraz 3 uwięźdu starczego.

Biletów odmownych chorym wydano 21 (m. 9, k. 12), z których 3 dla braku miejsca, 18 zaś jako nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego.

J. Sz waj cer.

W sprawie nadsyłania przeczytanych pism codziennych, tygodniowych i t. d., do użytku chorych szpitalnych.

W sprawie powyższej otrzymaliśmy obszerną korespondencję. Dla braku miejsca podajemy ją w streszczeniu. Korespondent, zaznaczywszy, iż sprawa ta w kilku naszych pismach codziennych i tygodniowych sympatycznie znalazła przyjęcie, lecz przebrzmiała bez następstw, kreśli smutną dolę chorych szpitalnych, którzy, jako konwalescenci po ciężkich chorobach i operacjach, pędzą nieraz tygodnie lub miesiące całe, wśród nużącej jednostajności, ujemnie na ich stan oddziałującej. Dla tych, którzy mają rodzinę lub licznych znajomych, szary żywot szpitalny mniej nieznośnym się staje; ale dla obcych, niemających nikogo z blizkich, prócz myśli o swej chorobie, dłuższy pobyt w szpitalu jest nad wyraz ciężkim. Godziny stają się dla nich tygo-

dniami, tygodnie latami. Dla takich jedynym środkiem zaradczym są: odpowiednie książki, a jeszcze lepszym — pisma codzienne, tygodniki i t. d. Dzienniki, zawierające treść bardzo różnorodną, będącą odbiciem ruchu współczesnego, stanowią jakby łącznik pomiędzy wyczerpanym przez nudy chorym, a światem zewnętrznym, i z tego powodu są one dla chorych pożądaną nawet, niż książki, których na nieszczęście szpitale nasze nie posiadają za dużo.

W dalszym ciągu omawia korespondent projekt (wprawdzie nie nowy, lecz jedyny i łatwo wykonalny), aby osoby, którym sprawa ta na sercu leży, zechciały systematycznie ofiarowywać już przeczytane dzienniki na rzecz chorych szpitalnych.

Nie ulega wątpliwości, iż chętnych ofiarodawców znajdzie się niemało, boć **przeczytany** dziennik traci na interesie, nie tracąc go jednak dla chorego, pozbawionego całkiem tego rodzaju rozrywki umysłowej. Chodzi tylko o to, aby ułatwić ogółowi spełnienie tej czynności. W tym celu byłoby pożądanem: 1) aby nazewnątrż każdego szpitala w miejscu widocznym znajdowała się skrzynka odpowiedniej wielkości z napisem: Skrzynka do wrzucania przeczytanych gazet i pism peryodycznych, ofiarowanych do użytku chorych szpitala N. N.; 2) aby resursy tutejsze, wielką ilość pism prenumerujące, zechciały również choć część odczytanych już gazet ofiarowywać na cel powyższy; 3) aby zarządy dróg żelaznych wydały polecenie umieszczenia w każdym pociągu skrzynki z odpowiednim napisem (jak to już ma miejsce na niektórych drogach żelaznych krajowych i zagranicznych) do składania przeczytanych gazet; wreszcie 4) liczyć też można na pomoc ze strony naszych redakcyi i wydawców, którzy zapewne nie odmówią nadsyłania po egzemplarzu swych wydawnictw peryodycznych do szpitali na cel powyższy.

Mamy głębokie przekonanie, iż przy poparciu prasy naszej, pożyteczny ten projekt, niejednokrotnie a bezskutecznie poruszany, tym razem z pożytkiem dla biednych chorych urzeczywistniony zostanie. W tym celu wraz z korespondentem naszym upraszamy Szanownych Panów Redaktorów pism peryodycznych, aby sprawę omawianą w organach swych poruszyć i poprzeć zechcieli.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Al. STRASSER radzi zwrócić większą uwagę na wodolecznictwo w cierpieniach żołądka. O wartości metody tej najlepiej mówi doświadczenie zakładów wodoleczniczych. Z 1,424 chorych na żołądek i kiszkę (11,7% wszystkich chorych wogóle), leczonych w ciągu 25 lat w zakładzie WINTERNITZ'a w Kaltenleutgeben, nie wyleczono 4%, zupełnie uleczonych było 56%. Wprawdzie wiele z tych cierpień powstało na tle nerwowem, należy jednak uwzględnić, że chorzy na nerwowe cierpienia żołądka udają się do zakładów wodoleczniczych nie w pierwszych okresach choroby, lecz wówczas, kiedy cierpienie nerwowe wywołało już zmiany anatomiczne. Co do wyboru metody, to wszystko jedno, jaką będziemy stosowali, wszelkie bowiem zabiegi mają jeden skutek: pod wpływem podrażnienia skóry podnieca się pobudliwość układu nerwowego, żywia się krążenie krwi, oddychanie i t. p. Ciepłota wody, sposób i czas jej stosowania zależy od uznania, a także od tego, jak choroby oddziaływa na zabiegi lecznicze. Możemy więc stosować zależnie od warunków: wycierania, obwijania w prześcieradła, natryski, chłodne wanny krótkotrwałe; dalej, ze sposobów miejscowego leczenia: okład rozgrzewający, kąpiel nasiadową i szczególnie zalecany przez STRASSER'a okład WINTERNITZ'a z rurką, po któ-

rej płynie woda gorąca (40° C.). Zalecać dla każdej postaci chorobowej pewien sposób leczenia niepodobna: jedna i ta sama choroba u różnych osób, zależnie od warunków osobistych, wymagać może różnego leczenia. (Blätter für klin. Hydrother. Maj).

W. M.

— CASSAËT leczy moczoówkę cukrową drożdżami. Chorzy przyjmują 50 grm. drożdży w ciągu doby. Przez pierwszych dni kilka występuje odbijanie gazami oraz częste i cuchnące wypróżnienia. Wprędce jednakże chorzy przyzwyczajają się, objawy zaburzeń żołądkowo-kiszkowych znikają, stan ogólny znacznie się poprawia. U jednego z chorych ilość cukru w moczu w ciągu 15 dni zmniejszyła się do $\frac{1}{4}$, u drugiego do $\frac{1}{3}$ początkowej ilości. Pragnienie powoli zmniejszało się, również jak i ilość moczu. Waga ciała podnosiła się dość szybko. Przypadki, leczone w ten sposób, należały do bardzo ciężkich. (La semaine médicale 21 sierp. 1895).

L. K.

— EICHENGRÜN zaleca pod mianem jodoforminy proszek, zawierający 75% jodoformu, pozbawiony zupełnie zapachu. Posiadając wszystkie własności jodoformu, proszek ten ma jeszcze oprócz tego, również jak i dermatol, silne działanie wysuszające. (Pharmaceutische Zeitung № 60. 1894).

L. K.

Wiadomości bieżące.

7

— Zgodnie z zapadłą w roku zeszłym na zjeździe w Boulogne uchwałą, przyjęto na porządek dzienny podczas 2-go zjazdu w Ostendzie, poświęconego lecznictwu morskemu (*thalassotherapie*), głównie dwie sprawy: 1) leczenie suchot płucnych na wybrzeżu morskiem i 2) technikę lecznictwa morskigo. Pierwszy temat opracował z wielkim talentem i głęboką wiedzą d-r CASSE, naczelný lekarz przytułku, przeważnie gruźliczego, w Middelkerce pod Ostendą. Na zasadzie własnego długoletniego doświadczenia i zbiorowych poszukiwań lekarzy nadmorskich, twierdzi autor, że gruźlica nader rzadko zdarza się na wybrzeżu morskiem. Nadzwyczajne wyniki leczenia zołż u dzieci też przemawiają za leczeniem gruźlicy nad morzem. Nadzwyczajna czystość powietrza morskigo, z którą klimat górski mierzyć się nie może, zbawienny wpływ jego na krwiobieg, przemianę materii i odżywianie—oto główne czynniki tej metody. Najważniejszym jednak dowodem skuteczności są dodatnie wyniki, jakimi zarówno autor, jak i inni lekarze poszczycić się mogą. Nie dla wszystkich jednak chorych gruźliczych brzeg morza jest odpowiedni. Przeciwwskazany jest on przy gorączce, gruźlicy jelit, znacznych sprawach rozpadowych i suchotach galopujących (*phthisis florida*). Krwioplucie natomiast dobrze się nadaje do leczenia, jak również i przewlekłe postacie cierpienia.—Z innych odczytów wymienić należy: Leczenie ozeny (*rhinite sèche*)—d-r GORIS; leczenie gruźlicy stawów—d-r CALOT; leczenie zołż i krzywicy—d-r CASSE, MAX i t. d. FÉLIX, BARELLA-MONS, GÉRARD, CAPTELAINE i inni poświęcili prace swe fizyologicznemu działaniu klimatu, kąpieli morskigo oraz technice lecznictwa. Wszyscy zgodnie podnosili potężny wpływ morza na uzdrowienie wątłych dzieci i niedorostków. Tegoroczny zjazd był liczebnie bogaty. Przyszłoroczny zjazd odbędzie się w ARCAÇON.

— W Petersburgu powstało Towarzystwo, mające na celu zaopatrywanie chorych i biednych w pisma i książki do czytania. Już podobno dawniej myśłano o założeniu podobnego Towarzystwa, ale myśl ta poszła w odwłokę i dopiero w r. b. została zatwierdzona ustawa Towarzystwa o szerokim programie. Prezesem Towarzystwa jest prof.

LESCHAFT, znany anatom i gorliwy krzewiciel gimnastyki wśród uczącej się młodzieży.

— W. E. JENKS ofiarował Filadelfijskiemu College of Physicians sumę w celu utworzenia nagrody w ilości 500 dolarów za najlepszą pracę na temat: Infant Mortality during Labor and its prevention.

— Według prof. pani Francis WHITE w Stanach Zjednoczonych jest już przeszło 500 kobiet-lekarezy; kobiety są przyjmowane do 35—40 szkół lekarskich, z których niektóre są wyłącznie przeznaczone dla kobiet.

— Zmarli. W Warszawie w dniu 15 b. m. znany i ceniony w szerokich kołach naszego miasta d-r Leon KONITZ w 73 roku życia. Zmarły urodził się w Warszawie, medycyny słuchał w Berlinie, następnie w Wiedniu, Getyndzei Paryżu. Przechodził rozprawę doktorską *De trachomate* w r. 1843, ogłosił drukiem 55 prac wyłącznie prawie z dziedziny akuszerii i ginekologii: w „Tygodniku Lekarskim“, „Klinice“ i „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego“. Przed 2 laty, po 50-letniej chlubnej praktyce lekarskiej, wybrany członkiem honorowym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, wycofał się z praktyki. D-r KONITZ należał do najdzielniejszych naszych akuszerów, a umiejętnością, taktem, prawem postępowaniem i nieskazitelnym życiem zjednał sobie zasłużony szacunek i uznanie kolegów i szerokiej publiczności.

— W dniu 17 b. m. w majątku swoim Uholcu, w powiecie Pińskim, ś. p. d-r Ignacy SZWERYN, w 56 roku życia. Zmarły, wychowaniec Uniwersytetu Moskiewskiego, przez lat kilkanaście pracował jako lekarz w jednym z Ziemstw w Rosyi. Po odbyciu studyów osiadł jako specjalista chorób ocznych z początku na południu Rosyi, a przed laty 8-iu w Pińsku, gdzie dał się poznać jako wytrawny i dzielny operator-okulista, sumienny lekarz i prawy człowiek. Cześć jego pamięci!

— W dniu 19 b. m. d-r Walery GROCHOWSKI, lekarz miasta Kałuszyna, w 51 roku życia.