

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Opis ważniejszych przypadków operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonných w Warszawie w 1896—1897 r. oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału. Podał D-r Jakób Rosenthal. (Ciąg dalszy). — Szósty przyczynek do nauki o zбочeniacz mowy, przez d-ra Władysława Ołtuszewskiego. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** Dieulafoy. Ropienie wątroby wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego. — **Streszczenia i wyciągi.** 191. Przyczyny odporności sztucznej i leczenie chorób zakaźnych. 192. Stosunek stanu limfatycznego (status lymphaticus) do błonicy. 193. Ciepłota w kiszce stolcowej u dzieci. 194. Stanowisko otyłości, dny i cukromoczu w układzie neurologicznym. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 8 listopada r. b. — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

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

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Rosenthal — Compte rendu des opérations pratiquées dans le service gynécologique de l'hôpital juif à Varsovie pendant 1896—1897. Aperçu général des travaux du service. 2) D-r Wł. Ołtuszewski — Nouvelle contribution à l'étude des anomalies de la parole.

Redaction: Dr M. Sadowski, Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Rosenthal — Beschreibung der wichtigeren in der gynäkologischen Abtheilung des jüdischen Krankenhauses zu Warschau in den Jahren 1896—1897 operirten Fälle. Allgemeines über die Thätigkeit dieser Abtheilung. 2) D-r Wł. Ołtuszewski — Der sechste Beitrag zur Lehre über Sprachanomalien.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Opis ważniejszych przypadków

operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonných w Warszawie w 1896—1897 r.

oraz

ogólny zarys działalności tegoż oddziału.

Podał

D-r JAKÓB ROSENTHAL

Ordynator oddziału.

(Ciąg dalszy —Zob. Nr. 49).

b) Wycięcie macicy nadpochwowe przez cięcie brzuszne (Coeliohysterektomia s. Amputatio uteri supravaginalis).

1) Hermelin Frejda (N. K. G. 5460) z Warszawy, lat 37 licząca, zamężna, miesiączkowała od 15 roku życia co 4 tygodnie przez 5—6 dni; rodziła raz jeden przed 9-iu laty. Zachorowała przed dwoma tygodniami: bóle w brzuchu i krzyżu i krwawienie, które od 4 dni przeszło w silny krwotok. Zapisala się do oddziału dnia 5. XII. 96 r. Przy badaniu w uspieniu chloroformowem, znaleziono macicę w tyłozgięciu; przy przejściu szyi w ciało macicy

wyczuwa się guz wielkości główki noworodka, twardy, wychodzący z lewej i tylnej ściany macicy i stanowiący z tą ostatnią jedną całość; guz ten wraz z macicą przeprowadzić można z tyłozgięcia w przodopochylenie; długość jamy macicy wynosi 7 ctm. Rozpoznanie: *Fibromyoma interstitiale uteri*. Dnia 9. XII. 96 *Coeliohysterectomia methodo ZWEIFEL'i*. Okres zdrowienia z powodu ropienia w szwach brzusznych przedłużył się, tak że chora dopiero w dniu 26. I. 97, r. t. j. w 7-ym tygodniu po operacji zdrowa z oddziału wypisana została.

2) Surażska Sura (N. K. G. 761) z Jasienowka, gub. Grodzieńskiej, lat 24 licząca, zamężna od dwóch lat, przed czterema miesiącami poroniła w 6 miesiącu ciąży; podczas całego trwania ciąży bezustanne krwawienie, przy poronieniu silny krwotok, a od poronienia dalej wciąż krwawi. Objętość brzucha po poronieniu nie zmniejszyła się. Wstąpiła do oddziału dnia 29. I. 97 r. Badanie wykazało: w brzuchu powiększonym, równomiernie wypukłym wyczuwa się guz wielkości głowy dorosłego człowieka, okrągły, twardy, bardzo ruchomy, umieszczony w miednicy wielkiej. Część pochwowa bardzo mała, stoi wysoko i przechodzi bezpośrednio w guz, ruchy którego udzielają się części pochwowej. W obu sklepieniach przy nacisku guza ku dołowi wyczuwa się znaczne odcinki jego. Zgłębnik maciczny przenika do jamy macicy na długość 10 ctm., więcej na lewo i ku przodowi. Rozpoznanie: *Fibromyoma interstitiale in pariete posteriore uteri*. Dnia 2. II. 97. r. *Coeliohysterectomia methodo CHROBAK'i*. Wycięty preparat ważył 7 funt. z których, wyluszczonej z tylnej ściętej ściany macicy włóknik ważył $5\frac{1}{4}$ funt., macica zaś $1\frac{3}{4}$ funt.; grubość ściany przedniej tej ostatniej wynosiła 5 ctm. Okres zdrowienia miał przebieg zupełnie gładki, i chora w 4 tygodnie, t. j. dnia 2. III. 97. zdrowa wypisała się z oddziału.

3) Goldszmidt Dyna (N. K. G. 939) z Kowla, gub. Wołyńskiej, lat 26 licząca, od 6 lat zamężna, nie rodziła. Przed 3 laty zapisała się do oddziału w kwitującym stanie zdrowia z powodu od roku trwającego krwawienia; rozpoznano wtedy włóknik macicy, lecz chora, nie zgodziwszy się na proponowaną operację, zakład opuściła. Wstąpiła do oddziału w dniu 10. II. 97 r. w stanie rozpaczliwym: wygląd kobiety 50-letniej, a nie 26-letniej, cera blado-żółta, anemia w najwyższym stopniu, obrzęk nóg krzyża i brzucha. Ciągłe krwawienie, krew ma wygląd różowo zabarwionej wody. Wada serca: tępość jego powiększona, szmer systoliczny u wierzchołka i perikardytyczne tarcie. W brzuchu wypukłym wyczuwa się guz wielkości macicy w 5 miesiącu ciąży, twardy, ruchomy na boki. Część pochwowa mała przechodzi bezpośrednio w guz, jama macicy wynosi 11 ctm. Mocz białka nie zawiera. Rozpoznanie: *Fibromyoma interstitiale uteri*. Jakkolwiek stan chorej był rozpaczliwy, to jednakże jedynym wskazaniem, wskazaniem prawdziwie życiowym było usunięcie guza, jako źródła krwawienia, które stan ten wywołało, i dla tego w dniu 12. II. 97. dokonałem *Coeliohysterectomiam methodo CHROBAK'i*. Zaraz po operacji zastrzyknąłem podskórnie chorej 1000 ctm. sz. płynu fizyologicznego. Wycięty guz ważył $9\frac{3}{4}$ funt.; włóknik, tłuszczowo zwyrodniony, miał siedlisko w bocznych i tylnej ścianie macicy. Okres zdrowienia skomplikowany był wystąpieniem silnego zapalenia osierdza (*pericarditis*), przyczem miało miejsce zaostrzenie sprawy we wsierdziu (*endocarditis*). W końcu chora, jakkolwiek z wadą serca, wypisała się w stanie ogólnym znacznie poprawionym w dniu 8. IV. 97. z oddziału.

4) Ronzel Golda (N. K. G. 937) z Warszawy, lat 43, zamężna, rodziła dwa razy, ostatnio przed 15 laty. Miesiączkowała zawsze prawidłowo, co 4 tygodnie, przez 5—6 dni; od roku miesiączki niema, a przed pół rokiem zauważyła guz w brzuchu, który sprawiał jej takie bóle, iż nie była w możności chodzić i oddawać się zwykłym swym zajęciom. Zapisła się do oddziału dnia 10. II. 97 r. Przy badaniu znajdujemy w prawej połowie brzucha guz, sięgający do pępka, konsystencji twardo-elastycznej, składający się z trzech odcinków: na prawo okrągłego większego, a obok niego dwóch mniejszych. Z lewej strony tego zwoju guzów wyczuwa się oddzielnie guz twardy, owalny. Przy badaniu dwuręcznem przez pochwę znajdujemy macicę powiększoną, stanowiącą z wyżej opisanymi guzami, osadzonemi na dnie i bokach jej, jeden zleپ. Oprócz tego można wymacać na ciele macicy różne zgrubienia rozmaitej wielkości. Rozpoznanie: *Fibromyomata multiplicia uteri subserosa*. D. 15. II. 97. *Coeliohysterectomy methodo* CHROBAK'i. Z początku operacyi miałem zamiar dokonać myomotomi (*enucleatio*) z pozostawieniem macicy; lecz po wyłuszczeniu trzech włókniaków, przekonaawszy się, iż coraz nowe rozmaitej wielkości napotykam, a także śródmięszowe, tak iż po wyłuszczeniu wszystkich macica stanowiłaby rodzaj worka błoniastego pozszywanego, dokonałem wycięcia macicy nadpochwowego. W wyciętym preparacie znalazłem 12 włókniaków w części podsurowicznych, a w części śródmięszowych, od wielkości orzecha tureckiego do wielkości średniego jabłka. Przebieg pooperacyjny gładki, jakkolwiek przeciągnął się z powodu ropienia w ranie brzusznej, którą powtórnie zeszyłem. Chora zdrowa wypisała się z oddziału w dniu 27. IV. 97 r.

5) Wiśniewska Weronika (N. K. G. 3355) z Warszawy, lat 40, służąca, niezamężna, miesiączkuje od 16 roku życia co 4 tygodnie po 6 dni. Przed 6 laty zauważyła pojawianie się bólów w pierwszych dwóch dniach miesiączki, a w ostatnich tygodniach ma ciągle bóle w brzuchu, niedozwalające jej oddawać się zwykłym swym zajęciom, przyczem dopiero spostrzegła wypuklenie i stwardnienie w dole brzucha. Zapisła się do oddziału dnia 23. VII. 97. Przy badaniu znajdujemy w brzuchu guz twardy, gruszkowaty, sięgający na dwa palce pod pępek, odpowiadający wielkością macicy w 5 miesiącu ciąży, więcej zwrócony na prawo, ruchomy. Część pochwowa, dziewicza, przechodzi w guz, ruchy którego jej się udzielają. Rozpoznanie: *Fibromyoma interstitiale uteri* d. 30. VII. 97. *Coeliohysterectomy methodo* CHROBAK'i. Okres zdrowienia zupełnie gładki. Wypisała się z oddziału zdrową w dniu 27. VIII. 97.

6) Miodownik Chaja Golda (N. K. G. 4894 z r. 1896). Przypadek ten opisany był szczegółowo w „Gazecie Lekarskiej“ Nr. 14, w Centralbl. f. Gynäk. Nr. 17 i w Żurnal dla akuszerstwa i żeńskich boleznę, zeszyt majowy w 1897 roku.

7) Kornblum Bluma (N. K. G. 4252), z Warszawy, lat 50 licząca, po raz drugi zamężna, od 18 roku życia miesiączkuje co 4 tygodnie, po 6—7 dni; rodziła raz jeden przed 11 laty. Przed dwoma laty miała kilkakrotnie krwotoki maciczne, i wtedy dokonano wyłyżeczkowania macicy, lecz bezskutecznie, gdyż krwotoki w dalszym ciągu mają miejsce. Uskarża się na bóle w dolnej części brzucha, na bóle przy oddawaniu moczu i zatwardzenie stolca. Wstąpiła do oddziału dnia 22. IX. 97. Osobnik silnie wyniszczony, małokrwesty; ciepłota zrana 35,5°—36,4° C., wieczorem 35,5°—36,6° C. Przy obmacywaniu brzucha znajdujemy w dolnej jego części po linii środkowej guz twardy, mało ruchomy, sięgający na 4 palce nad spojenie łonowe. Przy badaniu

przez pochwę znajdujemy część pochwową macicy bardzo obniżoną, usta maciczne zamknięte; macica powiększona, twarda, w przodopochyleniu. W sklepieniu przedniem guz rozdzielony na dwie części, ściśle złączony z macicą. Na lewo od macicy wyczuwa się guz, odchodzący z dołu ku górze, owalny, nieco sprężysty, więcej ruchomy, aniżeli sama macica, która jest ruchoma wraz z guzami. Rozpoznanie: *Fibromyomata multiplicita uteri*. Dnia 25. IX 97. *Coelelhysterectomy methodo CHROBAK'Ń*. Po przecięciu ścian brzusznych okazało się, że macica, z kiszkaŃ, głównie z *flexura sigmoidea*, mocno jest zrośnięta. Otrzewna, przechodząca z lewego brzegu macicy z otrzewną *flexurae sigmoideae*, mięsakowato zwyrodnioną, stanowią jeden zlepi. Po ostrożnem wyswobodzeniu macicy ze zrostów i podwiązaniu obustronnem więzów szerokich, co dokonane było z wielkim trudem, odciąłem macicę zasianą włókniakami bardzo nisko, nad samą szyją. W kiszce (*flexura sigmoidea*) okazało się przedziurawienie, powstałe przy oddzielaniu zrostów, na które nałożyłem kilka szwów. Z powodu mięsaczowego krwawienia z pojedynczych zrostów, pomimo podwiązania ich, i celem umożliwienia odpływu spodziewanemu ropieniu z mięsakowato zwyrodnionej otrzewny, założono worek MIKULICZ'a. Ranę brzusznią dla prędkości zamknęto szwem jednopiętrowym, zajmując także otrzewną. Stan chorej, u której tętno było bardzo słabe, tak się pogorszy. podczas operacyi, iż trzeba ją było dokończyć bez uspienia; tętno znikło! Jeszcze na stole operacyjnem zastrzyknięto podskóŃnie 1000 ctm. sz. roztworu fizyologicznego, a oprócz tego dokonano kilkakrotnych zastrzyknięć eteru z kamforą. Wycięty preparat przedstawiał macicę znacznie powiększoną, usianą włókniakami śródmięsaczowemi od wielkości grochu do wielkości orzecha włoskiego; jeden z nich był podsurowiczny. Badanie drobnowidzowe wyciętej otrzewny wykazało zwyrodnienie mięsaczowe (*sarcoma flexurae sigmoideae*). Stan chorej po operacyi nie poprawił się: tętno nie wróciło pomimo uskutecznionego jeszcze raz wieczorem wlewania podskóŃnego 1500 ctm. sz. roztworu fizyologicznego i zastrzyknięć eteru z kamforą co pół godziny uskutecznianych; śmierć nastąpiła w 18 godzin po operacyi dnia 26. IX. 97.

8) Berholc Rysia (N. K. G. 4525) z m. Tymkowicze, gub. Mińskiej, lat 26, zamężna od lat 5, nie rodziła. Miesiączka co 4 tygodnie przez 5—6 dni, od 14 roku życia, obfita z bólami w 1 i 2 dniu. Po zamążpójściu miesiączki dostawała co 5 tygodni; raz tylko miesiączka zatrzymała się przez 3 tygodnie przed 3 miesiącami. Zachorowała przed 6 miesiącami: straciła łaknienie, wypróżnienia stały się nieregularnemi, i doznawała bólów w dolnej części brzucha po stronie lewej, przyczem spostrzegła stopniowe powiększanie się brzucha. Wstąpiła do oddziału dnia 6. X. 96. Chora średniego wzrostu, wychudła w ostatnich czasach, umiarkowanie odżywiana. Przy obmacywaniu brzucha znajdujemy guz okrągły, wielkości głowy noworodka, znajdujący się w wielkiej miednicy, zajmujący lewą dolną część brzucha i przechodzący nieco za linię białą na prawo, sięgający na 4 palce poniżej pępka. Guz ten jest ruchomy w górę i nieco na boki, sprężysty, lecz chelbotania nie można w nim wyczuć. Przy badaniu dwuręcznem przez pochwę, znajdujemy tę ostatnią rozdzieloną przez pionową przegrodę mięsistą na dwie połowy, połowa prawa przedstawia worek ślepo zakończony; w stropie połowy lewej znajdujemy małą część pochwową, stożkowatą, zwróconą ujściem ku tyłowi. Ujście zewnętrzne nie przepuszcza zgłębnika. Przegroda pochwy kończy się na 1½ ctm. nad wejściem do pochwy. Pochwa lewa jest szersza, niż prawa, mniej rozwinięta. W przedniem sklepieniu wyczuwa się znaczny odcinek guza, jakby

weń wklonowany. Cewnik wnika do pęcherza skośnie ku stronie prawej. Obok guza na prawo i nieco ku tyłowi wyczuwa się ciało owalne, mające postać nierozwiniętej macicy, które zupełnie nie daje się od guza oddzielić. Przy badaniu przez kışkę stolcową, wyczuwa się ciało macicy w linii środkowej, rozdzielające się ku górze na dwie połowy: jedna idzie na prawo i w górę obok guza (ciało owalne powyżej wzmiankowane), druga zaś idzie w poprzek guza i z tyłu, silnie z nim spojona; wierzchołka tej połowy nie udaje się wyśledzić, gdyż gubi się w guzie. W sklepieniu prawem wyczuwa się jajnik. Na zasadzie powyższych danych, otrzymanych z badania, zrobiono rozpoznanie: *Cystis ovarii sinistri, uterus bicornis et vagina duplex*. Badanie dokonane było w uśpieniu chloroformowem. Inne narządy nie przedstawiały żadnych nieprawidłowości. D. 11. X. 96. *Coeliotomia*. Po otworzeniu jamy otrzewny znajdujemy guz wielkości główki dziecka, chęlboczący, trudno dający się wyswobodzić z powodu zrostów z cienkimi kışkami od tyłu i na lewo, z przodu zaś z pęcherzem moczowym, głównie w lewej jego połowie (cewnik wnikał do pęcherza skośnie i na prawo); przy oddzielaniu zrostów z kışkami ściana guza pękła, wskutek czego wylało się zeń około pół litra płynu ropiastego, silnie cuchnącego. Zrost guza z lewym rogiem macicy jest tak silny, iż niepodobna go oddzielić, i dla tego po podwiązaniu sposobem Ott'a uskutecz-niono odcięcie (*amputatio*) lewego rogu macicy i w ten sposób guz wraz z rogiem macicy wydalone na zewnątrz. Przy dalszem rozpatrzeniu znajdujemy szyję macicy, od której odchodzi prawy róg Jajnik prawy torbielowato zwyrodniony, został wycięty. Oba kikuty zostały przypalone termokauterem PACQUELIN'a. Oczyszczenie jamy brzusznej za pomocą suchych sterilizowanych tamponów. Szew trzypiętrowy na ścianę brzuszną. Wycięty preparat składał się z lewego rogu macicy, z dna którego wychodzi jajowód, gubiący się w jajniku; tylna ściana tego ostatniego twarda, jakby włókniakowato zwyrodniona, w przeciwnej zaś znajduje się torbiel wielokomorowa wypełniona serowatemi masami (*Cystis dermoidalis*) W ten sposób wykonaliśmy: *Hysterectomiam partialem et ovariotomiam bilateralem*. Przez pierwsze 6 dni po operacji chora czuła się dobrze przy ciepłocie ciała $36,8^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$ C. tętnie 76--90 uderzeń na minutę. Dopiero dnia 17 X. ciepłota ciała podniosła się do $39,3^{\circ}$ C., a tętno dosięgło 114 uderzeń. Ponieważ za naciskiem na ranę brzuszną pokazała się ropa, przeto szwy usunięto i otworzono ranę na całej przestrzeni, przyczem okazało się, że otrzewna i powięź poprzeczna były zrosnięte, a ropienie miało miejsce w powierzchownych warstwach rany. W dalszym ciągu miały miejsce dreszcze. Na 9 dzień zjawila się wysypka na całym ciele w postaci pokrzywki, która następnego dnia znikła, a 12 dnia wystąpiło zapalenie gruczołu przyusznego prawego. Jakkolwiek ciepłota ciała nie była wysoka (38° — $38,4^{\circ}$), to jednakże szybkie do 130 uderzeń na minutę dochodzące tętno wskazywało dalej rozwijające się zakażenie posocznice (*septicaemia*), któremu chora w dniu 24. X 96., trzynastego dnia po operacji uległa. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono: ciecz posokowatą w dole DOUGLAS'a; jelita zlepione z sobą, pokryte ropiastym nalotem; wycięto macicę z pochwą: kikut po lewym rogu pokryty ropnowłóknikowym nalotem, a macica okazała się nie dwurożną a podwójną (*didelphys*) z dwiema częściami pochwowemi i dwiema pochwami. Macica prawa dziewicza — niezupełnie rozwinięta.

e) Wyłuszczenie włókniaków z macicy przez cięcie brzuszne. (*Coeliomyotomia s. Eucleatio fibromyomatidis per coeliotomiam*).

1) Domb Bajla (N. K. G. 3036) z gm. Częstkowo, gub. Warszawskiej, lat 28, miesiączkowała zawsze prawidłowo co 4 tygodnie, lecz obficie. Zameężna od lat 10, nigdy w ciąży nie była. Spółkowanie było zawsze bolesne. Skarży się na bóle w brzuchu i krzyżu, które od pół roku stały się ciągłymi z lewej strony brzucha. Od 4 tygodni zauważyła powiększanie się brzucha. Wstąpiła do oddziału dnia 21. VI. 96. W brzuchu okrągłym, znacznie powiększonym, wyczuwa się guz, zajmujący całą jamę brzuszną i sięgający do wyrostka mieczykowatego. Guz jest sprężysty, jakkolwiek nierównomiernie, gdyż po obu bokach wyczuwa się twardym; ruchomy jest on na boki, a ruchy z dołu ku górze i przeciwne są nader ograniczone. Przy dwuręcznym badaniu znajdujemy część pochwową przyciśniętą do spojenia łonowego; ciało macicy prawidłowej wielkości wyczuwa się przez przednie sklepienie na prawo wzdłuż podłużnej części łonowej, dokąd jest odsunięte przez guz, odcinek którego wyczuwa się w przednim i lewym sklepieniu. Rozpoznanie: *Fibromyoma subserosum uteri*. W dniu 29. VI. 96. wykonałem *Coeliomyotomiam* sposobem MARTIN'a. Po otwarciu jamy otrzewny znaleziono włókniako-mięśniak podotrzewnowy (*fibromyoma subserosum*), wielkości macicy brziennej w 7 miesiącu, wychodzący z przedniej ściany macicy. Przecięto otrzewną stanowiącą powłokę na guzie i wyłuszczone go na tępo w całości. Łożysko po guzie w ścianie macicy zaszyto kilkoma jedwabnymi szwami, na wierzchu nałożono szew na brzegi otrzewny. Lewy jajowód grubości palca i w części swej ampularnej rozszerzony workowato wycięto, jak również prawy jajnik, wielkości dużego orzecha włoskiego, torbielowato zwyrodniony. Wyłuszczony włókniak wielkości dużego arbuza ważył 7 funt.; badanie lewego wyciętego jajowodu wykazało *pyosalpinx*. Ranę brzuszną zaszyto szwem Kehrerowskim. Przebieg pooperacyjny z p. czątku był zadawalający: ciepłota ciała wahała się między 37,1° a 38° C. przy tętnie 96—100. Dopiero w 5 dobie tętno podniosło się do 112—150 uderzeń, przy ciepłocie ciała 37,6° C., która wieczorem podniosła się do 38,8° C., pomimo obfitych wypróżnień od dwóch dni trwających. Tegoż dnia stwierdziłem przy badaniu przez pochwę niewielki wysięk w lewym przymaciczu. Wysięk ten powiększał się i stał się płynnym, skutkiem czego wypuściłem go cięciem, zrobionem nad pachwiną lewą; płyn wypuszczony był posokowaty. Pomimo tego ciepłota ciała nie obniżyła się, tętno trzymało się na wysokości 120—130 uderzeń, i chora zmarła przy objawach zakażenia posoczniczego (*septicaemia*) w dniu 14. VII. 96 r. t. j. w 16 dni po operacji. Badania pośmiertnego, z przyczyn od nas niezależnych, dokonać nie mogliśmy.

2) Chaneles Chaja (N. K. G. 4104) z m. Lubczy, gub. Grodzieńskiej, lat 53 licząca, zameężna, urodziła 9 dzieci, ostatni raz przed 10 laty. Od dwóch lat *climacterium*. Od 8 miesięcy czuje się chorą, skarży się na ból przy oddawaniu moczu i bóle w dole brzucha, niedozwalające jej oddawać się zwykłym zajęciom. Mocz mętny. Wstąpiła do oddziału dnia 10. IX. 97. Brzuch niepowiększony, ściany brzucha wiotkie, i przez nie wyczuwa się w dolnej części brzucha, na cztery palce poniżej pępka, guz okrągły, sprężysty, wielkości główki dziecka, wychodzący z jamy małej miednicy. Guz ten ruchomy we wszystkich kierunkach zajmuje lewą i środkową część dolnej jamy brzusznej i przechodzi nieco na prawo za smugę białą. Przy badaniu dwuręcznym znaj-

dujemy macicę w tyłozgięciu, odsuniętą przez guz na prawo, który wypełnia dół przedni, t. j. maciczno-pęcherzowy. Zdaje się, jakoby guz nie miał związku z macicą, a wychodził z lewego sklepienia, w którym wyczuć można dość długą szypułę. Jajnik prawy powiększony i opuszczony. Rozpoznania pewnego nie zrobiliśmy i skłonni byliśmy uważać guz ten za torbiel jajnika lewego, chociaż, jakkolwiek guz był sprężysty, brak chęłbotania w nim, przy bardzo wiotkich ścianach brzusznych łatwego do stwierdzenia, robił domniemanie to bardzo problematycznym. W dniu 13. IX. 97. r. przystąpiliśmy do koeliotomii, która wykazała że podejrzenie nasze było słuszne. Po otwarciu bowiem ścian brzucha znaleźliśmy *fibromyomą uteri subserosum*, wychodzący z przedniej ściany szyi macicy, ciało której odsunięte było przez guz ku tyłowi i na prawo. Ruchomość zaś niezwykła guza pochodziła z tego powodu, iż guz nadzwyczaj małym odcinkiem wychodził z mięszu szyi, a otrzewna, na nim rozciągnięta przy podstawie, przy poruszaniu guzem jeszcze więcej się rozciągała, wytwarzając rodzaj szypuły. Wyprowadziwszy macicę wraz z guzem na zewnątrz, u lewego brzegu jej, nieco powyżej miejsca wyjścia guza, zrobiono nacięcie koliste i guz z powłoki otrzewnowej i z szyi macicy na tępo wyłuszczone. Na łożysko guza nałożono kilka szwów i pokryto je szwem otrzewnowym. Guz w dolnej swej części przyrośnięty był do pęcherza moczowego. Jajniki prawidłowe. Ściany brzuszne zaszyto szwem Kehrerowskim. Uskuteczniłem więc *Coeliomyomotomiam* sposobem MARTIN'a. Przez pierwsze trzynaście dni stan pooperacyjny był wysmienity: ciepłota ciała między $36,6^{\circ}$ a $37,5^{\circ}$ C., tętno 80—92, wypróżnienia codziennie od 3 dnia, łaknienie dobre, żadnych bólów lub dolegliwości w brzuchu, 7 dnia po zdjęciu szwów brzusznych na całej przestrzeni rany rychłozrost. Dopiero 13 dnia tętno podniosło się do 120 uderzeń, a ciepłota ciała do $38,2^{\circ}$ C. i wystąpiły objawy zapalenia w dolnym tylnym płacie płuca lewego; zapalenie to przeszło następnie na płuco prawe, a na 4 dni przed śmiercią, która nastąpiła dnia 1. X. 97 r., wystąpiło zapalenie prawego gruczołu przyusznego (*parotitis dextra*). Przypadek ten śmierci w 3 tygodnie po operacyi, przy objawach zakażenia posoczniczego (*septicaemiae*) w ostatnim tygodniu, a doskonałym stanie chorej w pierwszych dwóch tygodniach po operacyi, był dla nas najzupełniej niejasny i dopiero badanie pośmiertne nam go wytłomaczyło. Po otwarciu bowiem jamy brzusznej, znaleźliśmy ją wypełnioną znaczną ilością płynu ropiasto-posokowatego; szew otrzewnowy i łożyskowy na szyi macicy rozpruty i pokryty masą posokowatą. Przypadek ten jest nader pouczający z tego względu, iż wskazuje, że pomimo dobrego samopoczucia operowanej, braku objawów zakażenia przez czas dłuższy, ostatnie jednak istniało i przebiegało zupełnie skrycie. Rozumie się, że wobec podobnego skrytego przebiegu zapalenia, jesteśmy najzupełniej bezsilni.

d) **Wycięcie jajowodu przez cięcie brzuszne (Coeliosalpingotomia).**

Operacyi tej dokonałem w 11 przypadkach; a mianowicie: raz u młodej dziewczyny (N. K. G. 3234 z r. 1897) skutecznem obustronne wycięcie jajowodów z powodu *pyosalpinx bilateralis*, w 10 zaś przypadkach z powodu ciąży zewnątrzmacicznej jajowodowej, które to przypadki asystent oddziału, kol. B. FINKELKRAUT, opisał szczegółowo w „Gazecie Lekarskiej“ Nr. 22 i 24, 1898 r. p. t. „Przyczynek do kazuistyki ciąży zewnątrzmacicznej i t. d.“.

(D. n.).

Szósty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.

Przez

Dra WŁADYSŁAWA OŁTUSZEWSKIEGO.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 48).

Przechodzę obecnie do zdania sprawy z materiału klinicznego za rok ostatni.

Od lipca 1897 do lipca 1898 spostrzegałem w zakładzie łącznie z polikliniką 171 przypadków zboczeń mowy. Liczba ta rozdzieliła się w sposób następujący:

Niemoty	44, m.	28, k.	16
Bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem	46, „	33, „	13
Mowy nosowej	4, „	2, „	2
Jąkania	77, „	57, „	20

Razem 171, m. 120, k. 51

Ponieważ jąkanie wikało się wadliwym wymawianiem w 6 przypadkach a mowa nosowa bełkotaniem w jednym, przeto mieliśmy 178 przypadków zboczeń mowy, a mianowicie: niemoty 44, bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem 52, mowy nosowej 5, jąkania 77.

Niemota. Spostrzegałem 44 przypadki niemoty, z tych 8 u dorosłych a 36 u dzieci. W etiologii niemoty u dzieci odnotowałem mowę opóźnioną w 5 przypadkach, niedorozwój psychiczny w 3, porażenia mózgowe wieku dziecięcego w 5, niemotę pozakorową w 4 i głuchoniemotę w 19.

W roku bieżącym ukończyła leczenie M. K. 14 lat licząca (idytyzm, brak rozumienia mowy, niemota ruchową), opisana szczegółowo w przyczynku zeszłorocznym. Osiągnąłem tu wynik bardzo dodatni, a mianowicie znaczne podniesienie sfery umysłowej, oraz możność wyrażania poznań i pojęć zupełnie poprawną mową. Dodatni wynik leczenia stwierdził kolega ROSKOWSKI, który chorą spostrzegał wspólnie ze mną od samego początku, oraz kol. GAJKIEWICZ i KORNIŁOWICZ.

Z 8 przypadków niemoty u dorosłych 2 (Nr. 12 i 13) dotyczyły niemoty ruchowej zmysłowej czynnościowej (tak zwanej uprzednio niemoty ruchowej transkorowej), 1 dysfazyi ruchowej (Nr. 16), 4 niemoty pozakorowej (Nr. 10, 18, 32, 42) i 1 niemoty symulacyjnej.

Następujące dwa przypadki zaliczamy do kategorii niemoty ruchowej zmysłowej czynnościowej.

Helena S. lat 77. W zeszłym roku w lipcu przebywała napad apoplektyczny z utratą przytomności, po którym wystąpiło porażenie prawostronne, utrata mowy samodzielnej, oraz możność jej rozumienia; po tygodniu rozumienie mowy z wolna zaczęło wracać. Stan obecny następujący: miażdżycza tętnic, prawostronny niedowład, rozumienie mowy zachowane, utrata mowy samodzielnej obok możności powtarzania głosek i łatwiejszych wyrazów. Pisać chora nie umie.

Leiba E. lat 57. Przed rokiem przebywała napad apoplektyczny z utratą przytomności, mowy samodzielnej oraz prawostronnem porażeniem. Po miesiącu porażenie zaczęło znikać, a rozumienie mowy zwolna powracać. Stan obecny następujący. W narządach wewnętrznych żadnych zmian wybitnych nie daje się zauważyć, niedowład prawostronny, język zbacza na prawo. Rozumienie mowy zachowane; samodzielnie nic mówić nie może, ale wyrazy powtarza. Pismo rozumie, ale nie jest w możności głośno czytać; samodzielnie może pisać jedynie głoski, ale dobrze przepisuje.

Brak samodzielnego pisma, oraz niemożność głośnego czytania przyjmuję w tym przypadku za objawy czynnościowe.

Przypadki niemoty pozakorowej zasługują na zaznaczenie z tego względu, że ilustrują nam możność wyrównywania się sprawy chorobowej (obustronne częściowe zajęcie błędnika lub ucha średniego) siłami przyrody, a tem więcej stwierdzają możność systematycznego ich leczenia. Przytaczamy w tym względzie następujące spostrzeżenia:

L. A. lat 17. W rodzinie 7 dzieci, ona najstarsza, jeden brat głuchoniemy. Podobno nie przebywała żadnych ważniejszych chorób. Zaczęła rozumieć mowę dopiero od 10 roku. Obecnie mówi niewyraźnie i niezrozumiale. Przy badaniu uszu kol. GURANOWSKI znalazł obustronną sklerozę, oraz częściowe zajęcie błędników.

Aniela K. lat 16. Babka nadużywała napojów wysokowych, brat cioteczny cierpi na padaczkę. Mając 5 miesięcy chorowała na zapalenie mózgu i od tego czasu zauważono utratę słuchu, oraz obustronny wyciek z uszu. Zaczęła chodzić w 3 roku, nieco rozumieć mowę w 4, a mówić kilka słów w 7. W 12 roku chorowała na błonicę gardła. Stan obecny następujący: rozumienie mowy niezupełne, mowa samodzielna bardzo niewyraźna, chora czyta poniekąd automatycznie, gdyż często nie rozumie przeczytanego. Przy zamkniętych oczach powtarza zaledwie kilka spółgłosek oraz samogłosek. Badanie ucha wykazuje obustronny nieżył ucha średniego, w szczególności po stronie lewej.

Załączamy jeszcze jedno spostrzeżenie, w którem dokładne zdawanie sobie sprawy z różnych postaci niemoty pozwoliło z wszelkiem prawdopodobieństwem podejrzewać symulację.

P. A. lat 19. Uprzednio nie przebywał żadnych chorób. Przed 5 laty będąc zupełnie zdrowym uległ, jak utrzymuje, jakiejś chorobie, w czasie której przez 3 dni był nieprzytomny, poczem przestał rozumieć mowę oraz samodzielnie mówić. Obecnie słyszy szmery, ale słów nie rozumie i samodzielnie mówić nie może. Czytać ani pisać nie umie. Badanie uszu, uskutecznione przez kol. GURANOWSKIEGO, wykazało obustronną sklerozę ucha średniego, bez zajęcia jednak błędników. W przypadku tym podejrzewałem symulację na tej zasadzie, że opisany obraz nie odpowiadał żadnej dotychczas znanej postaci niemoty. Nawet w razie zajęcia obu błędników, chory nie powinienby stracić mowy samodzielnej; gdybyśmy przypuścili niemotę ruchową, to chory przy opisanym stanie ucha powinienby rozumieć mowę, w razie zaś niemoty słuchowej zmysłowej (głuchoty wyrazowej), mowa byłaby parafatyczna. Co było przyczyną symulacji w opisanym przypadku, trudno orzec, najprawdopodobniej chęć uzyskania świadectwa, uwalniającego od powinności wojskowej.

Bełkotanie. Spostrzegałem 52 przypadki bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem (12 bełkotania—40 wadliwego wymawiania). W rzędzie

momentów etiologicznych belkotania pochodzenia korowego odnotowałem: w 5 przypadkach niedorozwój psychiczny, w 6 mowę opóźnioną (najczęściej w krzywicy) lub ustępującą niemotę ruchową przy mniej lub więcej prawidłowej inteligencji (najczęściej po porażeniu mózgowym wieku dziecięcego); przyczyną zaś belkotania podkorowego pochodzenia w jednym przypadku były wyrosłe adenoidalne we wczesnym okresie dzieciństwa.

Z całego szeregu przypadków belkotania zasługuje na wzmiankę poniżej przytoczone, gdzie systematycznie przeprowadzone leczenie dało bardzo pomyślny wynik.

Tadeusz N. lat 8. W rodzinie dwoje dzieci, on starszy, u młodszego znalazłem jednostronny *cryptorchismus*. Ojciec był nałogowym pijakiem i zmarł na suchoty. Matka bardzo nerwowa w czasie ciąży podlegała różnym wstrząśnieniom moralnym. Chłopczyk urodził się w 8 miesiącu. Między 6—12 miesiącem życia miał parę razy drgawki. Podobno już od dzieciństwa zdradzał upośledzoną inteligencję, zanieczyszczał się do 4 lat. Zaczął chodzić w 4 roku, rozumieć mowę dopiero w 6 roku, a belkotliwie mówić w 5. Obecny stan następujący: Wyraz twarzy nie zdradza żadnego niedorozwoju psychicznego. Zęby zepsute, wadliwie rozmieszczone. Wrażenia zmysłowe prawidłowe (kolory rozpoznaje, ale ich nazwać nie potrafi). Poznanie zmysłowe, w szczególności zaś wyższe procesy duchowe: jak uogólnianie, porównywanie, oraz poznanie pojęciowe upośledzone, głównie z powodu niedokładnego rozumienia mowy. Ruchy samodzielne prawidłowe. Z dźwięków mamy zamianę sz—s, ż—z, cz—c, l—j, brak b, r, ł, pozostałe zaś powtarza prawidłowo. Powtarzanie wyrazów nieprawidłowe z powodu zamiany głosek, ich opuszczania, przestawiania i t. d. Mowa samdzielna najzupełniej niezrozumiała (hotentotyzm). Leczenie rozpoczęto od wytworzenia brakujących dźwięków, poprawienia wadliwie wymawianych, oraz uświadamiania porządku następowania po sobie głosek, co łącznie z wyrabianiem pamięci słownej słuchowej zmysłowej i łączeniem prawidłowo już wymawianych wyrazów z odpowiednimi wyobrażeniami i pojęciami dało wynik bardzo dobry, gdyż po 8 miesięcznej systematycznej pracy chłopczyk był w możności swe poznania oraz nabyte pojęcia wyrażać mową najzupełniej zrozumiałą. Pomimo to, iż rodzice uważali to dziecko za idyotyczne, najzupełniej niezdolne do jakiegokolwiek kultury umysłu, obecnie po ukończeniu leczenia w niczem się ono nie różni pod względem inteligencji od rówieśników, a pod opieką odpowiedniego nauczyciela niebawem przystąpi do rozpoczęcia nauki przedszkolnej.

W przypadku tym porażenie mózgowe wcale nie istniejące, albo wyrażone w dzieciństwie w tak słabym stopniu, że nie było widoczne dla otoczenia, ujawniło się głównie zajęciem pamięci słownych zmysłowych, co pozornie dawało obraz znacznego niedorozwoju psychicznego.

Mowa nosowa wikała belkotanie w jednym przypadku (Nr. 10).

Wadliwe wymawianie spostrzegałem w 40 przypadkach. W etiologii tego zboczenia odnotowałem przyczynę niewiadomą w 20 przypadkach, opóźnione fizjologiczne belkotanie lub pozostałości patologicznego w 14, zły wzór mowy w 1, upośledzenie słuchu w 2, nieprawidłową budowę w organach artykulacji w 3.

Przytaczamy następujący przypadek dysfazyi, należący do kategorii wadliwego wymawiania.

T. lat 15. Dzieci 9, on najstarszy, tamte mówią prawidłowo. Poród utrudniony. Zaczął mówić i chodzić dosyć wcześnie. Nieprawidłowa mowa oraz

ruchy choreatyczne w mięśniach twarzy i kończyn wystąpiły dopiero w 5 roku. Między 6—7 rokiem miewał napady lunatyzmu. Onanizm od wczesnych lat. Wygląd chłopca nieco głupkowaty, mimo to, iż ojciec utrzymuje, że inteligencja jego nie przedstawia żadnego zboczenia. Zez, podniebienie wysokie. Ruchy choreatyczne w mięśniach twarzy i kończyn zupełnie niezależne od mowy⁴⁾. Mowa samodzielna powolna i niewyraźna, nie z powodu braku lub przeinaczania dźwięków, lecz ze względu na niedbałe ich artikulowanie (przy pewnym wysiłku mówi daleko lepiej). Przypadek ten, zda mi się, można odnieść do kategorii przewłocznej dziedzicznej płasawicy. Płasawica HUNTINGTON'a również jest dziedziczna i łączy się z mową nieprawidłową, ale występuje w późniejszym wieku. Od ruchów choreatycznych po porażeniach mózgowych wyróżnia przypadek ten wczesny początek mowy oraz chodzenia.

Oprócz opisanego spostrzeżenia zasługuje na zaznaczenie rzadka zamiana p—b obok zwykłego *gamaeismus* i *parasigmatismus* (Nr. 6), dalej brak f, w, obok zwykłego *sigmatismus interdentalis* i *parasigmatismus* (Nr. 7), oraz jeden przypadek *sigmatismus lambdoides* (Nr. 29).

Na wadliwe wymawianie leczyło się 5 osób, z lat zeszłych 4, razem 9 i wszystkie otrzymały pożądaný wynik.

Mowa nosowa. Spostrzegałem 5 przypadków mowy nosowej, z których 2 było pochodzenia korowego a 3 podkorowego (2 od rozszczepu podniebienia twardego, a 1 od wyrośli).

Niejednokrotnie wspomnianą już przez nas mowę nosową pochodzenia korowego ilustrują następujące 2 przypadki.

J. K. lat 34. Rodzina zdrowa. Przed 8 laty przebywał przymiot. Będąc uprzednio zupełnie zdrowym, uległ przed 3 laty bardzo silnemu uderzeniu w tylną część głowy, poczem w 6 tygodni wystąpił lewostronny połowiczny niedowład, który z wolna ustąpił, a w pół roku mowa nosowa otwarta, trwająca dotychczas. Obecny stan następujący: Ruchy mimiczne twarzy oraz języka prawidłowe. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają żadnych dostępnych dla zbadania zmian. Nieżyt jamy nosowo-gardzielowej umiarkowanego stopnia. Podniebienie miękkie przy fonacji podnosi się do góry w sposób prawidłowy, nie rozgranicza jednak dokładnie jamy ustnej od nosowo-gardzielowej, pozostawiając odstęp łatwy do skontrolowania przy pomocy odpowiedniego przyrządu. Pomimo prawidłowego wygłaszania dźwięków oddzielnie wziętych, mowa samodzielna jest zupełnie niezrozumiała zarówno z powodu silnego brzmienia nosowego, jako też uchodzenia wydechanego powietrza nosem, co powoduje niedokładną artykulację.

Aleksandra G. lat 17. Dzieci 9, ona czwarta, jeden brat idyota. Urodziła się ze sznurkiem pępkowym naokoło szyi. Utrudnione ruchy szyi zauważono już od wczesnego dzieciństwa. Zaczęła niewyraźnie mówić w 4 roku, nieco zrozumialej w 13. Nosowy oddźwięk towarzyszył mowie od dzieciństwa. Próby chodzenia rozpoczęły się podobno w 2 roku. Głowa mała, w przedniej części zwężona, wyraz twarzy głupkowaty. Inteligencja upośledzona. Skrzywienie kolumny kręgosłupa w części szyjowej na lewo, w grzbietowej na prawo. Utrudnione ruchy szyi (przy ruchach głowy na bok chora zwraca się całym korpusem). Zewnętrzne mięśnie szyi nie przedstawiają żadnych wi-

⁴⁾ U ojca znalazłem podobne ruchy choreatyczne w mięśniach kończyn i twarzy, o czasie jednak ich wystąpienia nie mógł mi nic powiedzieć.

docznych zmian. Podniebienie twarde łukowate, wysokie i skrócone (wymiar jego przednio-tylny wynosi zaledwie 5 ctm.), uzębienie nieprawidłowe. Pośrodku podniebienia twardego biegnie w kierunku przednio-tylnym biała linia (pozostałość środkowego szwu), przechodząca na podniebienie miękkie prawie do nasady języczka, rozdwojonego na końcu. W tylnej części podniebienia twardego widać lekkie zagłębienie owalnej formy białawego koloru, wielkości grochu szablastego. Przerost muszel dolnych, oraz nieżyt jamy nosowo-gardzielowej. Przy wokalizacji podniebienie miękkie leniwie unosi się do góry i nie zamyka jamy nosowo gardzielowej (odstęp wynosi $2\frac{1}{2}$ mm.). Mowa samodzielna prawie zupełnie niezrozumiała zarówno z powodu brzmienia nosowego, jako też niedokładnej artykulacji bardzo wielu dźwięków oraz braku r i trących s z c sz ż cz. Chorą tę widział ze mną wspólnie kolega GAJKIEWICZ. Chora pozostaje w leczeniu, a sądząc z otrzymanych dotychczas wyników, w przypadku tym można rokować powrót do zupełnie prawidłowej mowy ⁵⁾).

Przytoczone spostrzeżenia, zarówno jak cały szereg opisanych w zeszłorocznych przyczynkach, w zupełności stwierdzają pogląd mój na patogenezę mowy nosowej pochodzenia korowego, zależnej bądź od upośledzenia ośrodków ruchowych kory, bądź też łącznie z tem skrócenia podniebienia twardego (jedna z anatomicznych oznak psychicznej regresji).

Jąkanie. Jak to wyżej zaznaczyłem, spostrzegałem 77 przypadków jąkania. Zarówno jak w latach uprzednich, załączam dwie tablice, mianowicie przyczyny, podawanej przez samych chorych lub przez ich otoczenie, i wieku, w którym powstała ta wada.

T A B L I C A I.

Przyczyna niewiadoma.	Dziedziczność.	Uraz.	Prze-strach.	Naśladownictwo.	Choroby zakaźne.	Pródka mowa chorego lub otoczenia.	Choroby konstytucyjne.	Niemota ustępująca.
28	34	6	1	3	1	2	2	—

T A B L I C A II.

W którym roku powstało jąkanie.		Nie-włado-mo.	Od dzie-ciń-stwa.	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	15	16	
Liczba jåkających się.	Męż-czyzn.	2	13	1	3	11	5	6	4	4	3	1	1	1	1	1	57
	Kobiet		4		2	4	5	1	1	2				1			20
		2	17	1	5	15	10	7	5	6	3	1	1	2	1	1	77

Obie tablice, jako wyświełające etiologię jåkania, ważne są dla nas i zasługują na szczególowe omówienie.

⁵⁾ Chorą tę przedstawiłem na posiedzeniu Tow. Lek. 8. XI. 1898 r.

W tablicy I, zarówno jak to było w latach zeszłych, najważniejszą pozycję zajmuje dziedziczność. Z pomiędzy 34 przypadków, zamieszczonych pod tą rubryką, mieliśmy dziedziczność w znaczeniu ścisłym w 21 przypadkach, a mianowicie: od rodziców w 10 (w 5 od ojca, w 5 od matki), a od krewnych w 9, w obszernem zaś znaczeniu w 13 przypadkach (umysłowe choroby w rodzinie, nerwice, przymiot ojca i t. d.)⁶⁾. W niektórych z tych 34 przypadków obok usposobienia neuropatycznego były i momenty wywołujące, jak uraz, choroba zakaźna i t. d. We wszystkich tych przypadkach momentom wywołującym przypisuję rolę drugorzędą. Z pomiędzy spostrzeżeń zamieszczonych pod rubryką dziedziczności zasługują na uwagę dwa przypadki (Nr. 22 i 62), w których wada ta przechodziła na dzieci, pomimo to, iż one nie pozostawały w żadnej styczności z rodziną.

Uraz bez żadnego momentu dziedzicznego zanotowałem w 6 przypadkach. To samo dotyczy przestrachu zaznaczonego w 1 przypadku i nąśladownictwa w 3. Z szeregu momentów wywołujących bez dającego się wykryć usposobienia mieliśmy jeszcze chorobę zakaźną w 1 przypadku (po szkarlatynie), prędką mowę otoczenia lub samego chorego w 2, choroby konstytucyjne w 2 (krzywica).

Drugiemu momentowi usposabiającemu —wiekowi—poświęcona jest tablica II. Rozglądając się w niej, widzimy, że większa część przypadków jąkania przypada na wiek tworzenia się mowy, mniej już na czas między 6—8 rokiem.

Na 77 przypadków jąkania zanotowałem w 3 zmiany w jamie nosogardzielowej, a mianowicie w 2 przewłoczny nieżyt nosa (Nr. 2 i 26), oraz wyrośnię adenoidalne w 1 (Nr. 23).

Przechodzimy obecnie do typów jąkania oraz ich postaci.

Na 77 przypadków jąkania spostrzegalem

typów czystych:

jąkania oddechowego	—
„ głosowego	18
„ artykulacyjnego	3

typów mieszanych

jąkania głosowo-artykulacyjnego	34
„ „ oddechowego	6
„ artykulacyjno-oddechowego	—
„ głosowo-artykulacyjno-oddechowego	13

typów, niedających się określić z powodu niechęci do mowy 3

Razem 77

Z zestawienia niniejszego widzimy, że najczęstszy typ stanowiło jąkanie głosowo-artykulacyjne. W typie jąkania głosowego przekonałem się zarówno, jak w latach ubiegłych, że nieraz trudno jest odróżnić przeszkody w głosie od jąkania artykulacyjnej ekspiracji. Podobne trudności spotykamy nieraz przy wyróżnianiu jąkania głosowego tonicznego od kurczów wydechowych. W jednym z przypadków jąkania głosowego mieliśmy dosyć rzadką formę embolofrazyi pod postacią mlaskania językiem. Ciekawe było również u tego chorego to, że przy chodzeniu przestawał się jąkać.

⁶⁾ Niejednokrotnie przekonałem się, że przebyty przymiot ojca usposabia do jąkania.

Objawy towarzyszące, to jest skurcze po za narządem artykulacji, odnotowałem w 7 przypadkach.

W następujących przypadkach jąkanie łączyło się z innymi objawami nerwowymi, a mianowicie: z *enuresis nocturna* w 3, *pavor nocturnus* w 2, *alcoholismus chronicus* w 1, wreszcie z różnymi objawami neurastenicznymi. Na 77 przypadków jąkania wikało się ono z wadliwym wymawianiem w 6 przypadkach.

Leczenie czysto indywidualne, zastosowane do typu i postaci jąkania, dało nam, zarówno jak w latach ubiegłych, wyniki bardzo dobre. Z pomiędzy liczby 77 ukończyło cały kurs 9 osób, z lat uprzednich 4, razem 13 i wszystkie się wyleczyły z wyjątkiem jednej, która doznała znacznej poprawy.

W kilku przypadkach mieliśmy anatomiczne oznaki zwyrodnienia, a mianowicie: tak zwaną obrączkę na głowie w 2 przypadkach (Nr. 20 i 29), asymetryę twarzy w 1 (Nr. 26) oraz nieprawidłową budowę muszli usznej w 2 (Nr. 3 i 52).

WYKŁADY KLINICZNE.

DIEULAFOY.

ROPNIE WĄTROBY WSKUTEK ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO.

Za temat do odczytu klinicznego posłużył autorowi spostrzegany przez niego przypadek ropnia wątroby w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego. Chory przybył do oddziału DIEULAFOY'a w dniu 12 marca b. r. Ciepłota ciała w chwili przyjęcia 39°, nazajutrz rano doszła do 40°, tętno szybkie, język suchy, lekka żółtaczka całego ciała, mocz zawiera sporo barwników żółciowych oraz ślady białka, kał niedostatecznie zabarwiony. Ze względu na żółtaczkę, przebiegającą z wysoką gorączką, oraz ciężki ogólny stan chorego, należało myśleć, iż chory dotknięty jest żółtaczką natury zakaźnej, t. zw. żółtaczką tyfoidalną.

Badanie przedmiotowe wykazało obecność w okolicy wątroby pewnej wyniosłości, dochodzącej aż do nadbrzusza. Wypuklenie to było tak wyraźne, że jeszcze przed wstąpieniem chorego do kliniki zrobiono mu przekłucie próbne, w celu otrzymania z tego miejsca nieprawidłowej zawartości, wynik jednak przekłucia był ujemny. Wątroba powiększona i bolesna na ucisk, dolny jej brzeg sięga na 2 palce poprzeczne poniżej łuku żebrowego. W innych narządach nic nieprawidłowego nie można było wykryć tak, że sprawa chorobowa, jak się zdawało, ograniczała się wyłącznie do wątroby.

Z wywiadów można było się dowiedzieć, że obecne cierpienie datuje od 12 dni. Na początku choroby wystąpiły wstrząsające dreszcze i wysoka gorączka, które odtąd powtarzały się prawie codziennie o jednej lub różnej porze dnia. Każdy napad kończył się obfitym potem, zaś po skończeniu napadu chory wpadał w rodzaj śpiączki. Podług opowiadania, silny ból w okolicy wątroby zjawił się już pierwszego dnia choroby, natomiast żółtaczka wystąpiła dopiero w kilka dni później i nigdy przez cały czas trwania choroby nie doszła do wysokiego natężenia.

Powyżej przytoczone szczegóły nasuwały kilka przypuszczeń o naturze cierpienia. Napady gorączki, przypominające w zupełności zimnicę, ból w okolicy wątroby oraz znaczne powiększenie tego narządu przemawiały za sprawą ropną w wątrobie. Ale jaka mogła być przyczyna owego ropienia? Zropienie błabowca

należało wyłączyć ze względu na to, że wątroba przedtem nie była powiększona, oraz ze względu na wynik ujemny przekłucia próbnego. Czy miało się do czynienia z jednym dużym ropniem wątroby, napotykanym w krajach podzwrotnikowych u nas zaś po biegunce krwawej, czy też z drobnymi ogniskami ropniami wskutek ropnego zapalenia przewodów (*angiocholitis suppurativa*)? Chory nigdy nie przebywał w krajach podzwrotnikowych. Co się tyczy biegunki krwawej, to objawy powstającego ropnia są bardzo niewyraźne, tak, że choroba często pozostaje nierozpoznawana. Nareszcie *angiocholitis* nie wywołuje w ciągu kilku dni tak znacznego powiększenia wątroby, jakie miało miejsce u naszego chorego.

W podobnych przypadkach należy zawsze pamiętać o tem, że ropne zapalenie wątroby może zależeć od zapalenia wyrostka robaczkowego. Napady wstrząsających dreszczy i wysokiej gorączki, ból w okolicy wątroby oraz znaczne powiększenie tego narządu stanowią zbiór objawów, który zawsze powinien budzić podejrzenie obecności ropni wątroby, jako powikłania zapalenia wyrostka robaczkowego. Otóż chory, o którym mowa, na 12 dni przed pierwszym wybuchem gorączki uskarżał się na bardzo silne bóle brzucha, które go zmusiły do przerywania zwykłego zajęcia. Bóle były wówczas ograniczone do prawego dołu biodrowego i trwały zaledwie kilka dni. Ważny ten szczegół w wywiadach naprowadził na myśl, iż chory dotknięty był zapaleniem wyrostka robaczkowego, napozór lekkiem, które pomimo to spowodowało powstawanie w wątrobie ognisk ropnych na drodze przerzutów. Takie powikłanie *appendicitidis* daje rokowanie jak najgorsze. Zarówno terapia wewnętrzna, jak chirurgia są bezsilne, wobec licznie rozsianych w wątrobie ognisk ropnych.

Chory pozostawał w oddziale przez 28 dni. Przez cały ten czas gorączka nie opuszczała go wcale. Wątroba powiększała się równomiernie. Okolica wątroby była bolesna, ból rozpromieniał się na dołek podsercowy i klatkę piersiową. Żółtaczka chwilami się zmniejszała. Oddech był przyspieszony, w płucach, zwłaszcza w prawym, słychać było rżenia wigotne. W ostatnich dniach choroby stolce były wolne, cuchnące i odbarwione. Upadek sił powiększał się z każdym dniem, wreszcie chory zmarł 8 kwietnia, prawie w miesiąc po wstąpieniu do oddziału, i w 6 tygodni po pierwszym napadzie dreszczów i gorączki.

Ogłędziny pośmiertne w zupełności potwierdziły rozpoznanie, zrobione za życia. Wątroba prawie w dwójnasób powiększona, waga jej wynosi 3200 grm. Powierzchnia wątroby nierówna, w wielu miejscach widać małe wzniesienie barwy żółtawej lub brunatnej. Na przekroju bardzo liczne od 150 do 200 ropni różnej wielkości, od łepka szpilki aż do wielkości pomarańczy. Niektóre ropnie są powierzchowne, leżą tuż prawie pod pochwą GLISSON'a, inne znowu umieszczone są głęboko w miąższu wątroby; zawarta w nich ropa jest cokolwiek zgęszczona, bez zapachu gnilnego. Ogniska ropne przeważnie są niezależne jedno od drugiego, oddzielone są tkanką zdrową lub zmienioną, inne znowu łączą się ze sobą i zdradzają skłonność do zlania się i wytworzenia dużych ropni. Przewody żółciowe, leżące po za wątrobą, zachowały swą drożność i żadnych zmian chorobowych nie przedstawiają. Żadnych również zmian nie napotykamy w głównym pniu żyły wrotnej. Narządy brzuszne są prawidłowe, puchliny wodnej niema. Śledziona prawidłowa, niepowiększona.

Natomiast wyrostek robaczkowy jest siedliskiem pewnych zmian chorobowych. Wyrostek otoczony jest ze wszech stron zrostami, które go ściśle łączą z tylną powierzchnią kiszki ślepej i przednią powierzchnią mięśnia lędźwiowego (*m. psoas*). Rozcinając zrosty, wykrywamy około wyrostka mały ropień, zawierający zaledwie łyżeczkę od kawy zlepką cuchnącej ropy. Na podstawie wyrostka

żyły są znacznie rozszerzone i tworzą prawdziwą siatkę (*reseau*) żylną. Z wyrostka żyłki przechodzą na kiszkę ślepą, gdzie łączą się z *v. mesaraica*. Wyrostek nie jest przedziurawiony, nie zawiera stężyn kałowych, lecz błona śluzowa w 4 punktach jest owrzodzona, a w jednym miejscu znajduje się pod błoną śluzową bardzo mały ropień.

Ropa, otrzymana z małego ropnia w około wyrostka, dała czystą hodowlę *bact. coli*. W żyłach wyrostka wykrywamy pod drobnowidzem znaczne zmiany (*endo- et periphlebitis*), w wielu światło jest zamknięte przez zatory. Obok tych żył, wypełnionych zatorami, znajdujemy jednocześnie, zwłaszcza na błonie surowiczej, żyły rozszerzone, które też tworzą powyżej wspomnianą siatkę na podstawie wyrostka.

Autor przytacza jeszcze jeden analogiczny przypadek, który spostrzegał wraz z d-r'em CLAISSE'm. Choroba dotyczyła 11-letniej dziewczyny, która od 7 dni chorowała na zapalenie wyrostka robaczkowego, przy objawach bardzo ciężkich i rozlanem zapaleniu otrzewny. Pomimo małych szans powodzenia, operacja została wykonana. Znaleziono zgorzel i przedziurawienie wyrostka i rozlane zapalenie otrzewny. Po operacji nastąpiła poprawa, objawy ze strony otrzewny znikły, ciepłota spadła, tak, że można było myśleć, iż chora została ocalona. Nagle jednak występują wstrząsające dreszcze, wysoka gorączka (40°), później obfity pot. Naza-jutrz napad się powtórzył. Jaka była przyczyna? O wtórnem zakażeniu otrzewny nie można było myśleć, gdyż brzuch nie był ani wzdęty, ani też bolesny, wreszcie rana brzuszna wyglądała bardzo dobrze. Wkrótce wszystko się wyjaśniło. W okolicy wątroby wystąpił silny ból, wątroba zaczęła się szybko powiększać, tak, że po 3 dniach dolny brzeg wątroby sięgał aż na 3 palce poniżej łuku żeberowego. Ten zbiór objawów przemawiał za zakażeniem wątroby. Po 8 dniach wątroba była już w dwójnasób powiększona, zarazem wystąpiły inne objawy, jako to: lekka żółtaczka, mdłości, wymioty, rozwolnienie. Chora zmarła w 4 tygodnie od początku zapalenia wyrostka robaczkowego.

Na tle tych dwóch przypadków oraz kilku kazuistycznych DIEULAFOY rozwija teorię o t. zw. *cavité close*. Powikłanie tej wagi, jakim jest ropne zapalenie wątroby, nie stoi pynajmniej w prostym stosunku do ciężkości objawów w *appendicitis*. Powikłanie to może nastąpić niezależnie od tego, czy wyrostek jest przedziurawiony lub nie, czy wyrostek pływa w ognisku ropnem lub nie, czy są zmiany otrzewny lub brak ich zupełnie. Punkt ciężkości polega na tem, czy wyrostek robaczkowy jest drożny lub nie. W przewodzie wyrostka robaczkowego, zamienionym na zamkniętą przestrzeń (*cavité close*) zarazek nabiera większej jadowitości oraz zdolności rozszerzania się, która pozwala mu przeniknąć przez ściany wyrostka i przejść na otrzewną nawet tam, gdzie ściany nie są przedziurawione. Ta sama również przyczyna umożliwia zarazkowi (*bact. coli*) za pośrednictwem naczyń chłonnych oraz żył szerzyć zarazę na odległość (*infection à distance*), t. j. na drodze przerzutów wywołać ropienie w odległych narządach. Zakażenie wątroby jest tylko jedną z form zakażenia na odległość zależną od zapalenia wyrostka robaczkowego. Jako dowód, iż tylko w odgradzonej przestrzeni (*cavité close*) powstają szkodliwe czynniki, które sprzyjają wędrowce drobnoustrojów chorobowych przez ściany wyrostka do wątroby, służyć może ta okoliczność, że inne, najgłębsze choćby zmiany w kiszkach i otrzewnie (z wyjątkiem biegunki krwawej) nie powodują nigdy ropienia wątroby. Wyrostek może w *appendicitis* literalnie pływać w ropie, a pomimo to nie nastąpi zakażenie wątroby, jeżeli tylko kanał jego pozostał drożny. Nie napotykamy również nigdy ropni wątroby w owrzodzeniach gruźliczych lub tyfusowych w kiszkach. Wzmóżona jadowitość zarazka w odgradzonej prze-

strzeni przy zatkanii przewodu wyrostka stanowi przyczynę ropnego zapalenia wątroby. Wobec tego, zdaniem autora, zabieg chirurgiczny w *appendicitis* powinien znaleźć zastosowanie nie tylko, jak dotąd, w wyjątkowych razach, nie należy również nigdy czekać z operacją, aż przejdą ostre objawy, gdyż nigdy nie wiadomo, jaki obrót sprawa przyjmie. Jednem słowem, chory nie powinien nigdy umierać wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego.

(*La Semaine médicale. Nr. 56. 1898.*)

S. Mintz.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

191. R. EMMERICH i O. LÖW. **Przyczyny odporności sztucznej i leczenie chorób zakaźnych** W doniesieniu tymczasowem autorowie zdają sprawę ze swych doświadczeń w sposób następujący.

1) Rozwój wielu drobnoustrojów na sztucznych podłożach ustaje bez względu na obfitość materiału odżywczego. Zjawisko to zależy od obecności jakiejś enzymy, wytwarzanej przez same drobnoustroje, która ostatecznie je rozpuszcza.

2) Istnieją enzymy, które rozpuszczają nie tylko wytwarzające je drobnoustroje, lecz i inne ich gatunki.

3) Ponieważ działanie enzym nie ustaje i w ustroju żyjącym, przeto za pomocą tych enzym można leczyć choroby zakaźne, co sprawdzono na lasecznikach wąglika. Enzymy lasecznika ropy błękitnej rozpuszczają nawet lasecznika dżumy. Należałoby więc spróbować leczenia dżumy w Indyach za pomocą wyżej wspomnianych enzym *bac. pyo-cyanei*.

4) Ponieważ enzymy te ulegają w ustroju dosyć szybkiemu zniszczeniu, więc nadają się one tylko do leczenia chorób zakaźnych, lecz nie do uodparniania. Autorom jednak udało się otrzymać połączenie enzym z białkiem zwierzęcym; połączenie to, jako dosyć stałe, mogłoby być użyte i do uodparniania. Prawdopodobnie pierwiastki lecznicze, zawarte w surowicach uodparniających stanowią połączenie enzymy swoistej z białkiem zwierzęcym. Tak zwana aglutynacja przedstawia pierwszy okres rozpuszczania drobnoustrojów przez enzymy.

5) Niejednokowe zachowanie się surowic leczniczych wobec drobnoustrojów swoistych w ustroju zwierzęcym i w próbówce zależy, według badań autorów, od obecności, względnie nieobecności, wolnego tlenu. Jeżeli usunąć tlen z próbówki, to surowica lecznicza nie tylko powoduje aglutynację drobnoustrojów, lecz nawet zabija i rozpuszcza je, jak to się okazało na lasecznikach duru i cholery.

(*München. medic. Wochschft. Nr. 45. 1898.*)

K. Z.

192. DAUT. **Stosunek stanu limfatycznego (*status lymphaticus*) do błonicy.** Współzależność pomiędzy przerostem grasicy a przypadkami nagłej śmierci jest już oddawna przedmiotem żywego zainteresowania. Zatuszowała ją nieco wyczerpująca krytyka FRIEDLEBEN'a, który udowodnił, że mechaniczny ucisk tchawicy przez grasicę powiększoną nie stanowi jedynej przyczyny nagłej śmierci. Lecz znowu do życia powołała tę sprawę praca prof. PALTAUF'a, która wykazała, iż przerost grasicy wraz z obrzmieniem śledziony i przerostem (*hyperplasia*) tkanki limfatycznej stanowi objaw anomalii ustrojowej natury limfatyczno-chlorotycznej, i że istotna przyczyna śmierci nagłej tkwi właśnie w tej anomalii. Ukazał się też zaraz w literaturze szereg przypadków nagłej śmierci w zależności od owej anomalii ustrojowej.

Autor badał w całym szeregu przypadków błonicy stosunek do niej stanu limfatycznego i przekonał się, iż stan ten znakomicie pogarsza stan ogólny chorych i do szybkiego zejścia śmiertelnego prowadzi.

Żałować należy, iż nie można jeszcze dać całokształtu obrazu klinicznego tego zakażenia limfatycznego. W przeważnej większości przypadków rozpoznajemy prawdopodobne istnienie stanu limfatycznego na zasadzie nagłej, a niespodziewanej śmierci dziecka.

Lecz i podczas życia możemy znaleźć pewne objawy, które rozpoznanie takie czynią prawdopodobnem: do nich przedewszystkiem należy pewien stan obrzmiałości, lekki stopień krzywicy i wyczuwalna śledzioną. Dodajmy do tego powiększenie torebek limfatycznych na nasadzie języka i w obrębie polyku, obrzmienie gruczołów wyczuwalnych w różnych okolicach ciała, względnie—wypukiwanie stłumienia nad grasicą, a przypuszczenie stanu limfatycznego staje się pewniejsze.

Autor spostrzegał wpływ stanu tego na przebieg błonicy w 12 przypadkach podczas jednego roku. W trzech z nich znalazł przy pośmiertnem badaniu zwłok wyraźne objawy zakażenia limfatycznego obok nieznacznych zmian błoniczych miejscowych, które w żaden sposób nie mogły usprawiedliwić nagłego zgonu dzieci. Drogi oddechowe poniżej miejsca rozdwojenia tchawicy, były zdrowe, w tchawicy zaś była nieznaczna, w krtani nieco grubsza i większa błona, która jednakże światła tchawicy i krtani zamknąć nie była w stanie. W pięciu innych przypadkach badanie zwłok wykazywało—oprócz niewątpliwych oznak stanu limfatycznego—zapalenie płuc zrazikowe i zatkanie oskrzeli nalotami błoniczymi. Wreszcie podaje jeszcze 4 przypadki. Były to postaci błonicy gnilnej. Objawy kliniczne nie były takiego natężenia, by usprawiedliwić mogły nastąpienie tak szybkiej śmierci. I tu badanie pośmiertne wykazało obecność objawów typowych zakażenia limfatycznego.

(*Jahrb. f. Kind. Tom XLVII. Z. 2—3. 1898*).

M. Kraushar.

193. HOMBURGER. **Ciepłota w kieszce stolcowej u dzieci.** Mierzenie ciepłoty ciała odbywa się u dorosłych i dzieci rozmaicie: pod pachą, w pochwie w kieszce odchodowej, w ustach, a nawet w świeżo wypuszczonym moczu (podług Mosso). Mierzenie w odbycie wykazuje najdokładniejsze wartości i zasługuje przeto na pierwszeństwo przed wszelkimi innemi metodami. Wobec tego należałoby ustanowić ściśle przepisy co do głębokości wsuwania ciepłomierza do odbytnicy, jako też co do trwania mierzenia. WUNDERLICH radzi wsuwać ciepłomierz na 6 ctm. w głąb' odbytu, ROSENBACH i EICHHORST na 5 ctm., FILATOW — na 1,5—2,5, a SEIFFERT tylko na 1,5—2,0. ROSENBACH podaje 5—10 minut, jako trwanie mierzenia ciepłoty w odbycie, VIERORDT — 5 minut, a podług BIEDERT'a 3 minuty wystarczają zupełnie. Dla zbadania tych spraw i usunięcia sprzeczności przedsięwziął przeto autor na materyale polikliniki (t. j. na przychodzących do lecznicy dzieci) berlińskiego prywat-docenta NEUMANN'a szereg poszukiwań, ilość których wyniosła 200 mierzeń, dokonanych na setce dzieci różnego wieku.

Do badań używał autor z początku zwykłych termometrów Celsjusza, potem zupełnie dokładnych, poświadczonych termometrów, które wprowadzał do odbytnicy na 10—12 ctm. w głąb', pozostawiał tam 1—2 minut, poczem wymował i ponownie mierzyl, lecz tylko w 5—6 centymetrowej głębokości. Z 92 badań porównawczych tego rodzaju okazało się, że w 10 ctm. głąbi odbytnicy ciepłota zwykle o 0,1 do 0,7° wyższa bywa, niż w 5—6 ctm. W 80% różnica ta wynosi tylko 0,1—0,3, w 16,3% — 0,4—0,7, a tylko w 5,4% nie było różnicy, a to z powodu nagromadzenia większych ilości kału w odbytnicy.

Im głębiej wsuwamy ciepłomierz, tem wyższe otrzymujemy cyfry, a dopiero od 10 centymetrowej poczynając głębokości, wysokość ciepłoty pozostaje stała. Głębiej, niż na 14 ctm., autor nie wprowadzał ciepłomierza. Różnice te występowały zarówno u gorączkujących, jako też u zdrowych dzieci. Spokojne lub kapryśne zachowanie się dziecka, podobnie jak i wiek dziecka żadnego nie wywierały wpływu na wahania ciepłoty, wielkiego natomiast znaczenia było, jak już powiedziano, nagromadzenie kału w odbytnicy, co znacznie obniżało ciepłotę.

Różnica pomiędzy cyfrą ciepłoty przy mierzeniu płytszem a głębszem jest tak wybitna i stała, iż nawet przedłużenie mierzenia nie jest w stanie wyrównać jej, to znaczy, że przy wprowadzeniu termometru na 5 ctm. w głąb' odbytnicy i kilkunastominutowem trwaniu mierzenia nie uzyskamy tej wysokości ciepłoty, co po kilku minutach przy 10 centymetrowem zagłębieniu. W tym ostatnim wypadku 2 minutowe trwanie mierzenia wystarcza dla otrzymania najwyższej cyfry danej ciepłoty.

Ciepłomierze minutowe nie posiadają żadnych szczególnych zalet, mierzenie nimi wymaga również co najmniej $1\frac{1}{2}$ —2 minut (przy 10 ctm. zagłębieniu ich w odbytnicy), podnoszenie się zaś słupa rtęci w podskokach i drobne wymiary skali, utrudniające odcyfrowywanie, stawiają instrumenty te niżej od dobrych zwykłych ciepłomierzy.

Mierzenie ciepłoty w odbytnicy jest najwłaściwsze, wedle autora, a to z powodu znacznych i niestałych różnic pomiędzy ciepłotą pod pachą a w kieszce stolcowej. Przeciwwskazania do mierzenia w odbytnicy są następujące: sprawy zapalne tejże, krwawienia, owrzodzenia, polipy i inne narośle, znaczne wypadnięcia błony śluzowej kiszki odchodowej, ropienia w jamie miednicy i t. p. Silny skurcz mięśni zwieraczy odbytu stanowi niekiedy, acz rzadko, przeszkodę dla stosowania tej metody (szczególniej u dzieci starszych). Technika jest bardzo prosta: kładziemy dziecko na brzuchu lub na boku, wprowadzamy dobrze nasmarowany oliwą lub innym obojętnym tłuszczem ciepłomierz do odbytu, przyczem unikać należy wszelkiej siły i nakrywamy ciało dziecka kołdrą.

W poliklinice NEUMANN'a dokonano już tysięcznych mierzeń tą metodą, bez żadnego wypadku.

Tą samą metodą posługiwał się również autor dla zbadania rzeczywistej prawidłowej ciepłoty u dzieci i na zasadzie stu badań przychodzi do wniosku, że wynosi ona około 37° , w kilku tylko przypadkach otrzymywał cyfry o $0,1^{\circ}$ — $0,2^{\circ}$ — $0,3^{\circ}$ niższe; wobec tego uważa on poglądy EICHHORST'a, MUNK'a i BIEDER'a, jakoby prawidłowa ciepłota *in ano* wahała się około 38° C. za błędne.

Co się tyczy różnic pomiędzy ciepłotą, mierzoną pod pachą, a odbytnicą, to według badań autora wynoszą one od $0,5^{\circ}$ do $0,8^{\circ}$ C., w praktyce zatem należy do cyfry, otrzymanej pod pachą, dodawać $\frac{1}{2}$ stopnia, aby uzyskać cyfrę prawdziwej ciepłoty danego osobnika. Różnice te występują zarówno u niegorączkujących, jakoteż u gorączkujących dzieci.

(*Archiv. f. Kinderheilkunde*, XXV tom. Str. 224—240). L. Wolberg.

194. W. EBSTEIN. Stanowisko otyłości, dny i cukromoczu w układzie nozologicznym. Aczkolwiek otyłość, dna i cukromocz w pochodzeniu swoim mają wiele wspólnego, jednakże dotychczas liczni autorowie zaliczają je albo do rozmaitych grup chorobowych, albo do chorób ustrojowych (konstytucjonalnych), lub wreszcie czynią je zależnemi od nieprawidłowej przemiany materii. Te różnice w poglądach zależą jedynie od sposobu rozumienia wyrazu „*constitutio*“, znaczenie którego częstokroć bywa utożsamiane z pojęciem o właściwościach ustroju bez względu na to, że dwa te pojęcia nie zupełnie pokrywają się nawzajem. Najłatwiej

można przekonać się o tem, porównyując określenia odnośne u rozmaitych autorów. Najbliższym prawdy był chyba HENLE, który jako „*constitutio*” rozumie pewną właściwość lub skłonność ustroju, długotrwałą, najczęściej wrodzoną lub oddziedziczoną, niewystarczającą jednak do otrzymania nazwy „choroba”. Właściwości te mogą być albo miejscowe, albo ogólne. Jako przykład pierwszych możemy wziąć choroby nerek i serca, do drugich należą otyłość, dna i cukromocz, które zaliczyć należy do chorób ustrojowych ogólnych z właściwością dziedziczną. Że trzy ostatnie cierpienia poczytywano za zależne od niewłaściwej przemiany materii, to już zależy od poglądów na udział komórek ustroju w sprawach przyswajania i wydalania, w każdym bądź razie, ażeby dla omawianych stanów chorobowych znaleźć miejsce właściwe w układzie nozologicznym, powinniśmy posiadać jak najbardziej ściśle i dokładne ich określenie, któreby możliwie najlepiej odpowiadało ich istocie i naturze. Posiadają one następujące cechy wspólne: 1) usposobienie rodzinne, 2) dziedziczność, 3) u osobników usposobionych odpowiednio rozwijają się one i trwają pod wpływem takich czynników szkodliwych, które u nieobciążonych nie są w stanie wywołać ani otyłości, ani dny, ani cukromoczu. Zastanawiając się bliżej nad obrazem i pochodzeniem tych stanów chorobowych dodać należy, iż otyłość stanowi cechę dziedziczną nieraz pokoleń całych. To też w obec faktu, że doświadczenia MAGNUS-LEVY’ego wcale nie dowiodły, że przyczyną główną jest tu upośledzenie spraw utleniania, pozostaje tylko przypuścić pewne własności komórek wytwarzania większej ilości tłuszczu; wyniki doświadczeń na zwierzętach w zupełności potwierdzają to przypuszczenie. Dnę spotykamy rzadziej, niż otyłość, za to częstokroć u tego samego osobnika, i wtedy otyłość zwykle poprzedza dnę. Że i to cierpienie jest dziedziczne, nikt chyba nie wątpi; jeżeli jednak otyłość spotykamy wszędzie, to dna przedstawia cierpienie do pewnego stopnia właściwe niektórym tylko okolicom. Co się tyczy etiologii dny, to, według dzisiejszych poglądów, gra tu ważną rolę wytwarzający się z nukleiny kwas moczowy. Dowodzi tego obecność kryształów soli kwasu moczowego w ogniskach zapalnych i zgorzelińowych, spotykanych u podagryków. dalej wyniki doświadczeń odnośnych, dokonanych na zwierzętach, zwłaszcza na ptakach po podwiązaniu moczowodów, a także wzmożony rozpad nukleiny u podagryków. Zasługuje na uwagę ta okoliczność, że dna niezmiernie rzadko towarzyszy białaczce, pomimo że w żadnym innem cierpieniu chorzy nie wydzielają tak znacznej ilości kwasu moczowego, częściej już nieco spotykamy tu kamienie moczowe. Udział więc komórek ustroju w patogenezie dny nie ulega wątpliwości. Względnie często spotykamy u podagryków cukromocz, nadto spostrzeganie chorych poucza, iż wszystkie trzy omawiane cierpienia albo istnieją współcześnie u tego samego osobnika, albo też występują jedno po drugim, aczkolwiek nie można twierdzić, że cukromocz stanowi chorobę, właściwą tylko otyłym. Pewnem jest jednak, że w niektórych rodzinach spotykamy w rozmaitych pokoleniach jakby zastępcze występowanie jednej z tych trzech spraw chorobowych. Przemawia to za ich dziedzicznością, za istnieniem pewnego usposobienia do nich, polegającego na upośledzeniu czynności komórek ustroju. Dowodzą tego doświadczenia PETENKOFFER’a i VOIT’a nad wydzielaniem się kwasu węglanego u diabetyków. Dalej—w cukromoczu znajdujemy w rozmaitych narządach glikogen, co stanowi pewnego rodzaju analogię z gromadzeniem się tłuszczu w komórkach u osobników, dotkniętych otyłością. Udział trzustki w rozwoju cukromoczu należy pojmować w ten sposób, że wskutek zatamowania pewnych czynności tego narządu powstają bliżej nieznanne nam związki chemiczne, wpływ których na komórki ustroju wyraża się pod postacią cukromoczu.

Widzimy więc, że otyłość, dna i cukromocz mają to wspólne, że wszystkie polegają na upośledzeniu czynności komórek, które jest rodzinne i dziedziczne. To też, według obecnych pojęć, należy zapatrywać się na nie jako na cierpienia ogólne zarodki ze skłonnością do dziedziczenia. Co się tyczy udziału drobnoustrojów w etiologii tych chorób, to dla dna i cukromoczu znalazłyby się pewne wskazówki w tym kierunku, natomiast nikt chyba nie słyszał o zarażeniu się otyłością. Zapobieganie tym cierpieniom pozostaje na barkach lekarzy domowych, którzy w wychowaniu pokoleń młodych powinni dostarczać rodzicom odnośnych wskazówek co do trybu życia i odżywiania, skierowanych do osłabienia cech dziedzicznych i wrodzonych.

(*Deut. med. Wochenschrfr. Nr. 44. 1898*).

K. Z.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 8 listopada r. b.

TREŚĆ: 1) RYCHLIŃSKI — przedstawienie chorego ze skurczem tonicznym mięśni lewej nogi. 2) KRAJEWSKI — przedstawienie dwóch przypadków operowanych z powodu przepukliny ślany brzusznej. 3) BRON. SAWICKI — przedstawienie chorej po wykonanej plastyce nosa. 4) OŁEUSZEWSKI — Kilka słów o mowie nosowej pochodzenia korowego z przedstawieniem chorej.

1) Kol. RYCHLIŃSKI przedstawił chorego 38-letniego, który przechodził przed dwoma laty jakoby zapalenie wsierdza. Będąc rolnikiem, chory przed rokiem uczuł nagły skurcz palucha lewej nogi; skurcz ten zaczął się powtarzać coraz częściej, był bolesny i trzymał paluch w silnym zgięciu coraz dłużej. Po kolei zaczęły się kurczyć inne palce tejże nogi, od pół roku zaś przy każdej próbie ruchu nogą zjawia się natychmiast toniczny skurcz wszystkich palców. Od czasu do czasu bywają napady dusznicy sercowej. Badanie wykazało, iż chory ma serce powiększone, tętno niemiarowe, przepuszczające, prawą żrenicę nieco szerszą od lewej, czucie prawidłowe, odruchy ścięgnowe na obu nogach zwiększone, na prawej wszakże słabsze; wszystkie palce lewej nogi znajdują w silnym skurczu i nie dają się wyprostować pomimo użycia znacznej siły. Badanie dna oka nie wykryło nic nieprawidłowego.

Kol. R. przypuszcza, że u chorego z wadą serca dostała się zatyczka do naczynia końcowego, idącego do górnej części zawoju środkowego przedniego tam, gdzie się znajduje ośrodek kończyny dolnej, i utworzyło się małe ognisko rozmiękania. Przemawia za takim rozpoznaniem brak zaburzeń czynnościowych układu nerwowego, przy których takie przykurczenia bywają, i niemożność przypuszczenia tak ograniczonego ogniska w rdzeniu, któreby objawiało się tonicznym skurczem małej grupy mięśni.

Wobec zgody obecnych na dyskusję kol. R. poddał pod rozstrzygnięcie; drugie pytanie: czy warto robić operację w tym razie, jeśli ognisko zostanie ustalone.

Kol. GAJKIEWICZ uważa skurcz za objaw histeryi, jest przeciwny operacji, a radzi hipnozę.

Kol. RYCHLIŃSKI nie zauważył innych oznak histeryi, choć jej szukał; i postęp choroby i ujemny wynik leczenia wodą, mięsieniem i elektrycznością przemawia przeciw histeryi.

Kol. GAJKIEWICZ uważa przypadek dany za histeryę monosymptomatyczną. Ujemny wynik leczenia niczego nie dowodzi, bo są chorzy, co się leczą bezskutecznie całymi latami.

Prof. BRONOWSKI przychyła się do rozpoznania kol. RYCHLIŃSKIEGO; przemawia za nim nagły początek i choroba serca. Do operacji wskazania nie widzi,

sprawa bowiem się szerzy, więc niewiadomo, ileby trzeba usunąć. Niewiadomo, czyby operacja powstrzymała postęp sprawy, a zresztą ta ostatnia może się ograniczyć samodzielnie, poczem nastąpi zabiżnienie jak po wylewie krwi.

W tymże duchu wyraził się i kol. KRAJEWSKI. Trudno robić operację wobec niepewności umiejscowienia, której dowód mówca upatruje w zajęciu kończyny prawej.

Kol. RYCHLIŃSKI zwraca uwagę, że u chorego niema przykurczeń, trafiających się w histeryi, a tylko skurcz toniczny niewielkiej grupy mięśniowej; czy się takie skurcze zdarzają w histeryi, o tem mówca nie wie. Umiejscowienie ogniska jest zupełnie pewne, a mianowicie w górnej części bruzdy ROLANDA. Powiększenie odruchu kolanowego z prawej strony zależy od oddziaływania ogniska na drogę projekcyjną, łączącą dwa jednakowe ośrodki w półkulach mózgowych. Sprawa przytem jest obecnie skończona i ognisko możnaby traktować, jak nowotwór lub torbiel.

Prof. BRODOWSKI uważa, że w takim razie tembardziej należy się powstrzymać od operacji. Ognisko nie jest tu wcale oddzielone otoczką; stanowi je twór krokiewkowaty, przesycony płynem surowiczym; krokiewki, kurcząc się razem z tkanką łączną, rozwijającą się wokoło ogniska na granicy tkanki zdrowej tworzą bliznę, która utworzyłaby się przecież i po operacji.

2) Kol. KRAJEWSKI przedstawił dziewczynę 8-letnią operowaną przed 2-ma laty z powodu ogólnego gruźliczego, ropnego zapalenia otrzewny. Powoli zaczęła się blizna wypuklać tak, że cała dolna część brzucha zaczęła obwisać i wystąpiły objawy opadnięcia trzew. Wycięto więc całą bliznę, zszyto obie pochwy mięśni prostych brzucha i otrzewnę szwami jedwabnymi, a skórę szwami z *fil de Florence*. Chora jest obecnie zupełnie zdrowa.

Drugi przypadek dotyczy chorej, operowanej przed 8 miesiącami z powodu ciąży zewnątrzmacicznej. Przeprowadzono wówczas cięcie skośne, równoległe do przebiegu włókien mięśnia skośnego zawnętrznego, worek płodowy przyszyto do rany skórnej, po przecięciu opróżniono i wypełniono gazą jodoformową. Utworzyła się blizna dość twarda i nawet wciągnięta, wkrótce jednak zaczęła się ona wypuklać i wytworzyła dużą bolesną przepuklinę. Worek przepuklinowy został przed kilku dniami wycięty. W jamie brzusznej nie znaleziono ani jednego zrostu i ani śladu worka płodowego, który podczas przecięcia miał ścianę $\frac{1}{2}$ ctm. grubości. Za to w dnie worka przepuklinowego znaleziono przyrośnięty jajnik, trąbkę i więzadło obłe. Przypadek ten dowodzi, jak szybko mogą zniknąć w jamie brzusznej nawet obszerne zrosty.

3) Kol. Br. SAWICKI przedstawił kobietę 67-letnią, u której wykonał plastykę nosa z powodu raka nosa i prawego policzka. Użyto dla wytworzenia policzka i wargi górnej płata wędrującego z prawej strony szyi. Nos utworzono sposobem HACKER'a, t. j. wycięto płat z czoła z długim a wąskim kawałkiem kości; robi się to w celu ukształtowania grzbietu nosa i przegrody. Nos nieco się spłaszczył, lewa dziurka nieco zwężyła, wszakże plastyka się udała: nos szczególnie *en face* wygląda bardzo dobrze. Sposób HACKER'a przewyższa, zdaniem kol. S., o wiele inne sposoby.

4) Kol. OŁTUSZEWSKI wypowiedział odczyt o mowie nosowej pochodzenia ośrodkowego. Dotychczas uwzględniano mowę nosową otwartą, zależną od niedokładnego rozgraniczenia jamy ustnej od nosogardzielowej (rozszczepy obu podniebień, wyrosłe adenoidalne we wczesnych okresach rozwoju mowy i t. d.). Są jednak szeregi przypadków mowy nosowej, nie uwarunkowane wcale jakkolwiek przyczyną obwodową. Należą one prawie wyłącznie do grupy porażeń mózgowych

wieku dziecięcego. U takich dzieci zjawia się zwykle niemota ruchowa, przechodząca w bełkotanie z mową nosową. To właśnie następowanie po sobie obu tych zaburzeń mowy nasunęło mówcy myśl o zależności ich od upośledzenia ruchowej czynności kory. Taki przypadek właśnie spostrzegaliśmy kol. O. u mężczyzny 34-letniego, dotkniętego przymiotem. Uległ on silnemu uderzeniu w głowę przed 3 laty, poczem w 6 tygodni wystąpił lewostronny niedowład połowiczny, a wreszcie mowa nosowa otwarta. Inny przypadek kol. O. przedstawił obecnym. Chodzi tu o dziewczynę 17-letnią, której jeden z braci jest idyotą. Chora urodziła się z pępowiną naokoło szyi, zaczęła mówić późno i niezrozumiale z wyraźnym brzmieniem nosowym; głowa chorej jest mała, inteligencja upośledzona, ruchy szyi utrudnione, podniebienie twarde skrócone, łukowate; przebiega na niem wyraźny szew; języczek rozdwojony; przerost muszeli dolnych i nieżyt jamy nosogardzieliowej. Mowa samodzielna prawie niezrozumiała z powodu braku lub niedokładnego wymawiania bardzo wielu dźwięków. Leczenie sprawiło, iż mowa stała się prawie zupełnie zrozumiała; brzmienie nosowe jest jeszcze przy mowie zbyt prędkie, j, wszakże mówca ma nadzieję, że i ono zostanie usunięte.

Wiadomości bieżące.

— Z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia d-ra Józefa MIANOWSKIEGO, wydane zostały I i II część dzieła opracowanego przez ś. p. d-ra Stanisława KRYSIŃSKIEGO p. t. „Słownictwo anatomiczne“. Materiał, przygotowany przez ś. p. KRYSIŃSKIEGO, koledzy Stanisław MARKIEWICZ, Antoni PUŁAWSKI, Bronisław SAWICKI oraz Antoni SMIECHOWSKI uznali za właściwe wydać w trzech oddzielnych książkach, stanowiących trzy części „Słownictwa anatomicznego“. Wyszły z druku już dwie pierwsze części i zawierają: 1-a przekład wydanej przez prof. HIS'a w r. 1895 pracy p. t. „Die anatomische Nomenklatur“ Nomina anatomica. Ś. p. KRYSIŃSKI dokonał przekładu nazw, kol. zaś W. KNAPPE przełożył na nasz język wstęp i ważne objaśnienia z rysunkami; 2-a część stanowi właściwy Słownik łacińsko - polski, oraz polsko łaciński. Mająca się ukazać część trzecia — Słownik nazw anatomicznych etymologiczno-historyczny — obejmie dane dotyczące właściwego znaczenia i pochodzenia nazw anatomicznych łacińskich i odpowiednich nazw polskich. Niezwykle niska cena każdej

części (75 kop.) powinna wpłynąć, iż „Słownictwo Anatomiczne“ winno się znaleźć w posiadaniu nie tylko u każdego lekarza, ale i u studenta zarówno wydziału lekarskiego jak i przyrodniczego.

— Wydawnictwa podręczników chirurgicznych nadesłano nam zeszyt 7, który zawiera zeszyt 4 Wykładu chirurgii szczegółowej HUETER-LOSSEN'a, (choroby chirurgiczne szyi, tułowia i kręgosłupa—dokończenie, oraz choroby chirurgiczne okolicy brzucha i miednicy). Cena zeszytu kop. 50.

— Wyszedł z druku odczyt R. DOHRN'a: „O postępowaniu lekarskiem w okresie lożyskowym“, w dobrym przekładzie kol. M. ZWEIFBAUM'a. Rzecz napisana jest żywo i obfituje we wskazówki praktyczne, pożyteczne zwłaszcza dla kolegów na prowincyi. Tekst ilustrowany jest przez 12 drzeworytów.

— Wyszedł z druku kalendarz lekarski na rok 1899 wydany przez kol. POLAKA. Do każdego egzemplarza dołączone są 2 notatniki na dwa półrocza. Cena kalendarza 1 rb. 50 kop.

— Wobec tego, iż zjazd poznański nie doszedł do skutku a więc i nie mógł wy-

znaczyć prezesów komitetu gospodarczego zjazdu następnego, który ma się odbyć w Krakowie w roku 1900, Tow. Lek. Krak. oraz Tow. Im. Kopernika wybrały na prezesów komitetu gospodarczego przyszłego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie profesorów: Kazimierza KOSTANECKIEGO i Augusta WITKOWSKIEGO.

— W końcu stycznia r. p. zacznie wychodzić w Krakowie miesięcznik pod redakcją prof. B. WICHERKIEWICZA. Miesięcznik wychodzić będzie pod tytułem „Postęp okulistyczny“.

— XIII Zjazd międzynarodowy lekarski odbędzie się w Paryżu pomiędzy 2 a 6 sierpnia 1900 r. Prace zjazdu podzielono na 5 działów a mianowicie: 1) Biologia: anatomia opisowa i porównawcza, histologia, embryologia i teratologia; fizjologia, fizyka i chemia biologiczna; antropologia. 2) Medycyna: patologia ogólna i doświadczalna, bakteriologia, anatomia patologiczna, patologia wewnętrzna, higiena i patologia wieku dziecięcego; terapia i farmakologia; neuropatologia, psychiatrya, dermatologia i syfilidologia. 3) Chirurgia: chirurgia ogólna, chirurgia w chorobach dzieci, chirurgia dróg moczowych, oftalmologia, laryngologia, rynologia i otologia. 4) Akuszeria i ginekologia. 5) Medycyna publiczna: higiena, medycyna sanitarna, i epidemiologia, medycyna sądowa, medycyna i chirurgia polowa, medycyna morska, medycyna kolonialna. Język francuski ma być językiem oficjalnym zjazdu. Na zebraniach ogólnych jak i sekcyjnych mogą być używane języki: niemiecki, angielski i francuski.

— III zjazd międzynarodowy akuszerów i ginekologów odbędzie się w Amsterdamie pomiędzy 8 a 12 sierpnia 1899 roku.

— W połowie roku bieżącego z polecenia pana Inspektora szpitali cywilnych w Warszawie ordynatorzy niektó-

rych szpitali zaczęli dokonywać szczepienia ospy ochronnej chorym, w oddziałach się znajdującym. Jakkolwiek zbyt mało jeszcze czasu upłynęło od chwili rozpoczętych szczepień, już dziś do pewnych wniosków przychodzimy, a mianowicie: chorzy bardzo chętnie poddają się nawet powtórnym szczepieniom, osobniki, nie pozwalające szczepić sobie ospy zdarzają się dosyć rzadko; w tych razach racjonalne przełożenie lekarza najczęściej opór przełamuje; widocznego wpływu na przebieg choroby, dla której chory udał się do szpitala, szczepienie zdaje się nie wywierać, jak również przebieg zdrowienia po chorobach cięższych (zakaźnych) niczem się zdaje nie różnić, pomimo dokonanego szczepienia. Odczyn miejscowy po większej części bywa bardzo łagodny, zarówno u powtórnie szczepionych jak i u szczepionych po raz pierwszy. Żadnych powikłań dotąd nie zauważono. Krowianka, szczepiona w szpitalu Dz. Jezus, a z miejscowego Instytutu szczepienia ospy pochodząca, przyjmuje się prawie zawsze. Dotychczasowe więc wyniki zdają się zachęcać, aby nadal szczepienie ospy w oddziałach były dokonywane na jak można największej liczbie osobników.

-- Zmarli. W Szydłowcu, gub. Radomskiej d-r Ignacy MARESZ, lekarz miejski, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego. Zmarły w 1880—1881 r. ogłosił prace następujące: „Nagminne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych w Szydłowcu i jego okolicach“, „Przypadek kamieni napletkowych“, „Dzieciobójstwo dokonane w czasie napadu padaczki zamaskowanej“ — wszystkie w „Gazecie Lekarskiej“.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Chinisol i jego własności antyseptyczne“ M. Białobrzeckiego. Odbitka z „Wiadomości farmaceutycznych“.