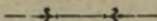


GAZETA LEKARSKA

I. Laseczniki wrzecionowate (bacilli fusiformes Vincent'a) i spiryle w cierpieniach jamy ustnej.

Podat

Leon Karwacki.



Przy końcu roku 1901 i na początku 1902 w klinice profesora CHAUFFARD'a w Paryżu obserwowałem dwa przypadki cierpienia jamy ustnej, które ze względu na etyologię, przebieg i leczenie zasługują na wzmiankę.

Pierwszy z nich dotyczy dozorczeni chorych w szpitalu Cochin. Chora 24-letnia bardzo często podlegała bólom gardła. Przed 12-u dniami poczuła trudność i ból przy polykaniu pokarmów. Pomimo płukań przeciwnilnych stan chorej powoli się pogarszał: wieczorami bywały dreszcze, ciepłota podnosiła się do 38,6°, w nocy bywały poty. Łaknienie upośledzone, oddech cuchnący, również ślina; w ślinie domieszka krwi.

Badanie jamy ustnej wykazało co następuje: na wewnętrznej powierzchni prawego migdała, trochę ku przodowi, owrzodzenie wielkości dwudziestofrankówki, przykryte szarawym nalotem. Owrzodzenie drąży dość głęboko w miąższ migdała; brzegi jego są nierówne, wokoło dość znaczne przekrwienie błony śluzowej. Gruczoł podszczękowy z prawej strony powiększony i bolesny.

Nalot z owrzodzenia został przeniesiony na szkiełko i zabarwiony. Pod drobnowidzem, oprócz rozpadu komórkowego, widać w nieznacznej ilości zwykle saprofity jamy ustnej i w bardzo wielkiej liczbie laseczniki wrzecionowate i spiryle.

Owrzodzenie przysypano błękitem metylenowym. Następnego dnia bolesność mniejsza, brzegi owrzodzenia równe, dno jeszcze szare, lecz nalot łatwo schodzi, pod nim widać bujanie ziarniny. Nowe przysypanie błękitem, a w 6 godzin płukanie w celu usunięcia resztek proszku.

Następnego dnia brak objawów przedmiotowych. Owrzodzenie wygląda jak małe różowe wgłębienie na powierzchni migdała.

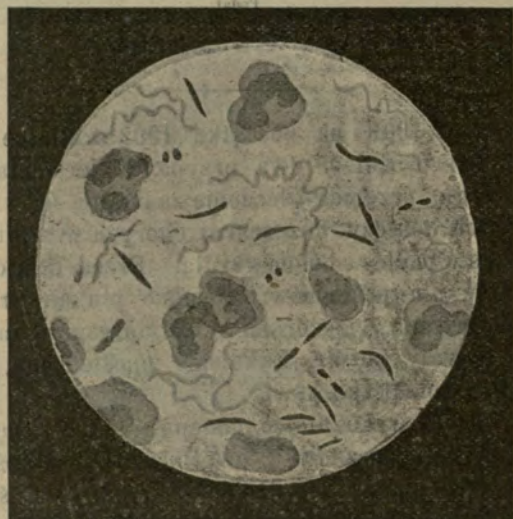
Trzecia aplikacja błękitu w celu zapobiegawczym.

Drugi przypadek dotyczy chorego 35-letniego, który przymiotu nie przechodził. Na 9 dni przed wstąpieniem do szpitala poczuł ból i palenie w ustach.

Równocześnie wystąpiło ogólne niedomaganie, ból głowy i dreszczyki. Następnie pojawił się znaczny ślinotok. Ślina była bardzo cuchnąca i zawierała domieszkę krwi. Przyjmowanie pokarmów było znacznie utrudnione.

Badanie wykazało, że zmiany chorobowe w jamie ustnej umiejscowione były z lewej strony—chory stale sypiał na lewym boku. Owrzodzenia owalne o nierównych brzegach, pokryte szarym łatwo zdejmującym się nalotem, poczynają się na błonie śluzowej z lewej strony od kąta ust. Szereg owrzodzeń jest jakby odbiciem pięciu zepsutych zębów z tej strony. Błona śluzowa w okół owrzodzeń silnie przekrwiona. Dziaśła na obydwóch szczękach z lewej strony silnie opuchnięte i zaczerwienione. Na przednim lewym łuku i na lewym migdale owrzodzenia o podobnym wyglądzie.

Leczenie tem różniło się od poprzedniego przypadku, że ze względu na rozległość sprawy wrzodziejącej przysypywanie zostało zamienione na płuka-



Laseczniki wrzecionowate i spiryle.

nie rozczysem błękitu metylenowego. Przebieg choroby również był dłuższy—przeszło około dwóch tygodni, zanim owrzodzenia wygoiły się doszczętnie. Zepsute zęby zostały usunięte.

Badanie drobnowidzowe nalotów i zawartości psujących się zębów wykazało laseczniki wrzecionowate i spiryle prawie w czystej hodowli.

Wyniki puszukiwania bakteryologicznego nawiązują ściśle pokrewieństwo między obydwoma przypadkami i dowodzą, że zarówno angina *ulcero-membranosa*, jak i *stomatitis ulcero-membranosa* mogą być wywołane przez jeden czynnik chorobotwórczy. Czynnikiem tym w danym przypadku była symbioza laseczników wrzecionowatych i spiryl.

Poszukiwanie bakteryologiczne w zapaleniach gardła, posiadających jedną wspólną cechę w postaci nalotów i błon, wykazały, że oprócz laseczników

LOEFFLER'a cały szereg pasożytów, wegetujących w jamie ustnej, może być czynnikiem przyczynowym tych spraw. Niektóre z tych pasożytów same wywołują powstawanie nalotów, inne w symbiozie, jeszcze inne wytwarzają naloty, jako powikłania dodatkowe cudzej akcyi chorobotwórczej pierwotnej.

WURTZ i BOURGES, ROUX i YERSIN, MARTIN i CHAILLOU, NETTER, BAGINSKY opisali przypadki nalotowego zapalenia gardzieli, wywołanego przez paciorkowce. JACCOUD, BEZANÇON i GRIFFON zwrócili uwagę na powstawanie błon przy zapaleniach pochodzenia dwoinkowego. Ja osobiście spostrzegałem trzy podobne przypadki. LERWOYEZ, HELM i BARBIER stwierdzili rolę czynną w powstawaniu nalotów gardzieli lasecznika okrężnicy, MARTIN i CHAILLOU gronkowca i innych ziarniniaków. Znanym jest także fakt, że szereg grzybic gardzieli cechuje się również tworzeniem się błon na chorej błonie śluzowej.

W 1897 roku BERNHEIM pierwszy w przypadku zapalenia jamy ustnej znalazł drobnoustroje, nie notowane dotąd przez nikogo. W następnym roku ten sam autor szczegółowo opisuje wyniki poszukiwań nad 30-oma przypadkami wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej (*stomatitis ulcero-membranosa*). Za czynnik chorobotwórczy uważa on laseczniki dłuższe od laseczników błony o wrzecionowatej formie, posiadające wakuole. BERNHEIM opisuje ich powinowactwo do barwników. Drobnoustrój ten był także w przeważającej liczbie w jednym przypadku zapalenia migdałów. Obok tego lasecznika BERNHEIM stale znajdował inny drobnoustrój, który nazywa *spirochaete*.

W miesiąc potem VINCENT ogłosił swoje spostrzeżenia nad 14-tu przypadkami zapalenia gardzieli (*angine ulcero-membraneuse*), gdzie podał dokładny opis zarówno cech klinicznych tego cierpienia, jak i doskonałą charakterystykę lasecznika wrzecionowatego i spiryli. VINCENT znał te drobnoustroje od dawna dzięki swym poszukiwaniom nad etyologią gangreny szpitalnej i w ogniskach gangrenowato zmienionych. VINCENT konstatował stale laseczniki wrzecionowate same lub w połączeniu ze spirylami. Chociaż ani hodowle, ani szczepienia zwierzętom nie powiodły się, VINCENT uważał jednak te drobnoustroje za zarazek gangreny szpitalnej na tej podstawie, że odnajdował je stale i w dużej liczbie w tkankach zgorzelinowych. Morfologia zarazków zgorzeli i wrzodziejącego zapalenia migdałów była tak podobna, że VINCENT nie wahał się je identyfikować. Niemieccy badacze, jak ABEL, zdanie to przyjęli.

Po tych pierwszych i zasadniczych pracach powstała ogromna liczba spostrzeżeń, dotyczących bakterjologii wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej i gardzieli: prace te nie dodały nic nowego wprawdzie do pierwotnych spostrzeżeń, lecz swym ogromnym materiałem statystycznym ugruntowały bardziej wnioski BERNHEIM'a i VINCENT'a. RAOULT i THIRY, de STAECKLIN, BERNHEIM i POSPISCHIL, SACQUÉPÉE, JACQUES, SALOMON, SCHNEIDER, SIREDEY, CHAUFFARD, SIMONIN, NICLOT i MAROTTE, LETULLE, FREYCHE i wielu innych wzbogacili kazuistykę omawianego cierpienia; PANOFF, ATHANASIU, COSTARD poświęcili mu rozprawę doktoryzacyjną.

Zarówno spiryle, jak i laseczniki wrzecionowate spotykają się w postaci saprofitów na normalnej błonie śluzowej jamy ustnej. Pierwszy PASTEUR znalazł spiryle w owrzodzeniach jamy ustnej. SENATOR widział je w nalotach

gardzielowych, BERGERON i NETTER konstatowali je we wszystkich przypadkach wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej. Ja spotykałem je parokrotnie w nalotach przy ciężkich postaciach *stomatitis mercurialis*. RACZYŃSKI, pisząc o różniczkowaniu wrzodziejących spraw w jamie ustnej i gardzieli od spraw błonicowych, powołuje się również na obecność spiryl [„krętków”] w tem pierwszym cierpieniu, uważając je za swoiste. NETTER’owi udało się — podobno — otrzymać hodowlę na płynie otrzewnowym i opłucnowym. VERNEUIL i CLADO spotykali je w ropniach jamy ustnej, MILLER w psujących się zębach, również STOOS. PLAUT opisał je jeszcze w roku 1894. Razem z lasecznikami wrzecionowatymi spiryle były znalezione w kamieniu, tworzącym się na źle utrzymanych zębach. W normalnych warunkach jednak liczba ich nie bywa nigdy zbyt znaczna.

Na 18 normalnych badanych osobników VINCENT znalazł laseczniczki wrzecionowate w jamie ustnej u 4-tu. ATHANASIU zbadał florę jamy ustnej u 11-tu zdrowych osobników i nie znalazł ani razu ani laseczniczków wrzecionowatych, ani spiryl, w 35-iu zaś przypadkach cierpienia gardzieli [w tem 6 przypadków błonicy] 4 razy znalazł laseczniczki w liczbie niezbyt znacznej. Bardzo obszerną statystykę w tym kierunku zebrał SEITZ. Oto jego wyniki:

w 4-ch przypadkach grzybicy gardzieli	2	razy	laseczniczki	wrzecion.
w 21-ch przypadkach ropni okołozębowych	12	„	„	„
w 1-ym przypadku przerostu migdałów	1	„	„	„
w 79-iu przypadkach zapalenia gardzieli różnego pochodzenia	48	„	„	„
w 5-iu przypadkach błonicy	5	„	„	„
w 35-iu przypadkach nieżytu oskrzeli	13	„	„	„
w 20-tu przypadkach zapalenia płuc	7	„	„	„
w 20-tu przypadkach gruźlicy płuc	6	„	„	„
w 1-ym przypadku ropnego otoku opłucnej	1	„	„	„
w 8-iu przypadkach nieżytu żołądka i kiszek	5	„	„	„
w 2-ch przypadkach odry	1	„	„	„
w 7-iu przypadkach płonicy	7	„	„	„
w 1-ym przypadku gruźlicy migdała	1	„	„	„

Wobec takiej częstości drobnoustrojów dziwić się tylko należy, że sprawy chorobowe, wywołane przez nie, nie należą do zbyt częstych. Fakt ten tłumaczy się tem, że dla powstania choroby, oprócz zarazka, potrzebna jest pewna podatność gruntu. Zarazek ten w zwykłych warunkach bywa bardzo mało jadowity. Jednym z najbardziej ważnych czynników, usposabiających w tej sprawie, są zołzy. Według spostrzeżeń ATHANASIU’ a wszystkie dzieci, dotknięte zapaleniem gardzieli omawianej natury, posiadały wybitny *habitus scrophulosus*. W tych warunkach banalny czynnik, jak zaziębnienie, przez zmianę w krążeniu krwi może o tyle zmodyfikować odżywianie się błony śluzowej, że wtargnięcie drobnoustrojów chorobotwórczych staje się nadzwyczajnie łatwym. Drugorzędnym usposabiającym czynnikiem w etyologii wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej jest przerzynanie się zębów w związku z wadliwym uzębieniem i niedostateczną higieną jamy ustnej. Również cały szereg spraw chorobowych

wych jamy ustnej, upośledzających ochronne działanie nabłonka, ułatwia połączeniu laseczników wrzecionowatych i spiryl akcyę chorobotwórczą. SIMONIN uzależnia powstawanie zmian nekrotycznych w gardzieli i w przelyku w czasie błonicy od omawianej symbiozy. W niektórych postaciach błonicy laseczniki LOEFFLER'a schodzą na drugi plan wobec przeważającego zakażenia wtórnego przez laseczniki wrzecionowate i spiryle: dopiero, hodowla i zaszczepienie nalotu śwince może wyjaśnić istotę pierwotnego czynnika zakaźnego. BABES w gnilcu opisał jeszcze w 1893 roku drobnoustroje, prawdopodobnie identyczne z omawianymi, -znajdujące się na powierzchni owrzodzeń dziąsłowych. FREYCHE, następnie ATHANASIU opisali przypadki, gdzie lepiej przymiotowe poprzedzały omawiane zapalenie migdałów. Zarazki czynne, o jadowitości wzmożonej, mogą wywoływać sprawę wrzodzącą nawet po przeniesieniu na normalną błonę śluzową jamy ustnej i DOTTER opisał dwa przypadki, VINCENT jeden zarażenia się osobników zdrowych od chorych przez używanie jednej cygarnicy, lub przez pocałunek.

Jak wspomniałem wyżej, VINCENT pierwszy opisał bardzo dokładnie laseczniki wrzecionowate w roku 1896, słusznie przeto niektórzy badacze francuscy nadają im nazwę „laseczników VINCENT'a”, a cierpieniu „zapalenie gardzieli VINCENT'a” (*angine de Vincent*). Zdaje się jednak, że widział je pierwszy PLAUT w 1894 roku.

Długość laseczników wrzecionowatych [patrz rysunek] bywa bardzo zmienna — od 5 do 12 μ , szerokość 1 μ . Laseczniki bywają proste lub zgięte na podobieństwo sierpa. Młode postaci przybierają często formę przecinków. Środek bywa zwykle grubszy, końce zaś zaostrzone, stąd pochodzi nazwa *fusiformis*. Układ laseczników wrzecionowatych nie przedstawia cech charakterystycznych, różniąc się tem od laseczników błonicy. Powinowactwo ich barwnikowe jest dość słabe; metodą GRAM'a nie barwią się. VINCENT i NICOLLE zalecają do barwienia karbolową tioninę lub rozcieńczoną karbolową fuksynę [1 część na 4 części wody]; BERNHEIM używa błękitu metylenowego LOEFFLER'a, genjanyowego fioletu lub karbolowej fuksyny. Po zabarwieniu w niektórych postaciach dostrzedz można miejsca niezabarwione, które uważane są za wakuole. Najczęściej wakuole bywają w postaciach olbrzymich, inwolucyjnych. Różne są zdania co do ruchowych zdolności laseczników. Podczas gdy BERNHEIM, ABEL, LETULLE uważają je za obdarzone ruchem dowolnym, VINCENT, NICOLLE, de STAECKLIN odmawiają im tej cechy. Według RAOULT'a i THIRY zdolności ruchowe nie są cechą stałą tych laseczników. W jednym z przypadków, spostrzeganych przeze mnie, laseczniki badane w ślinie chorego posiadały ruchy zupełnie wyraźne, w drugim zaś nie. ABEL utrzymuje, że otrzymał hodowle laseczników wrzecionowych w dwóch generacyach. Hodowlom laseczników towarzyszyły hodowle diplokoków. VINCENT w ostatniej swej pracy pisze, że udało mu się wyhodować laseczniki w postaci czystej w płynie mózgowo-rdzeniowym z domieszką krwi lub w płynie z wysięku stawowego przy reumatyzmie. Laseczniki w takich hodowlach mają swój zwykły wygląd. W bulionie MARTIN'a rosną słabo i są znacznie większe, układają się w twory włókniste. W hodowlach zachowują swój charakterystyczny zapach. Szczepienie zwierzętom produktów, zawie-

rających laseczniki wrzecionowate, dawało najczęściej wyniki ujemne [VINCENT, RAOULT i THIRY]. Następnie VINCENT zastrzykiwał zwierzętom pod skórę parę kropel 20%-go kwasu mlecznego i potem dopiero wprowadzał laseczniki wrzecionowate: powstawały ropnie, zgorzel, przetoki. Wprowadzanie laseczników królikom do jamy ustnej i do łącznicy nie dawało wyników.

Drugi współzarazek, noszący u Niemców nazwę *spirochaete*, a u Francuzów *spirille*, jest to mikrob dłuższy i cieńszy od poprzedniego. Szereg zgięć nadaje mu podobieństwo do litery *s* lub do korkociąga. Krętek ten obdarzony jest żywym ruchem. Stosunek jego do barwników anilinowych jest taki sam, jak i lasecznika wrzecionowatego, barwi się jednak słabiej od tego ostatniego. NETER otrzymał podobno hodowlę prątków tych w odwołknionym płynie otrzewnowym lub opłucnowym; inni badacze jednak byli mniej szczęśliwi. Szczepienie zwierzętom było również bezskuteczne.

Brak czystych hodowli, a szczególnie — jak dotąd — niemożność otrzymania sprawy chorobowej drogą doświadczalną, mogą budzić pewne wątpliwości co do swoistości zarazka. Oto są argumenty, przemawiające za ich stosunkiem przyczynowym:

Laseczniki wrzecionowate i krętki znajdują się w bardzo dużej ilości w błonach rzekomych.

W miarę postępu gojenia się owrzodzeń, ilość omawianych drobnoustrojów zmniejsza się i znika po całkowitem zabliznieniu się.

Przy rozszerzaniu się sprawy lub nawrocie liczba laseczników i krętków znakomicie się wzmacza. Liczba innych drobnoustrojów waha się przy tej sprawie w stosunku odwrotnym, zmniejszając się w początku i na wysokości sprawy, a także w nawrotach i rozszerzaniu się, zwiększając się i wracając do zwykłej normy w miarę postępów zdrowienia.

Nalotowo-wrzodziejące zapalenie gardła spotyka się zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej nie spotyka się u starców: cierpienie to występuje najczęściej między 6-ym a 7-ym rokiem, lub między 12-ym a 14-ym, albo między 20-ym a 30-ym rokiem i stoi najczęściej w związku z przerzynaniem się zębów.

Wystąpienie cierpienia poprzedzają często zwiastuny, jak: niedomaganie, brak apetytu, ból głowy, dreszczyki, podniesiona ciepłota. Objawy te mogą występować także równocześnie ze sprawą miejscową. Bardziej wyraźnym objawem jest uczucie palenia w gardle lub ból przy polykaniu. U dorosłych ból bywa zwykle nieznaczny, u dzieci silniej wyrażony. W przypadku zapalenia jamy ustnej występuje silne palenie w ustach, wzmagające się przy jedzeniu i ślinotok. W początkach sprawy ciepłota podnosi się do 38°, a nawet 39°, dość prędko jednak wraca do normy. W miarę postępowania sprawy, utrudnienie przy jedzeniu i ból przy polykaniu wzmagają się, oddech i ślina prędko nabierają cuchnącego zapachu. W ślinie często bywa domieszka krwi, zwłaszcza przy wrzodziejącej sprawie jamy ustnej. Gruczoły podszczękowe obrzmiewają i stają się wrażliwe na dotyk.

Badanie jamy ustnej i gardzieli w początkowym okresie cierpienia wykazuje tylko znaczne przekrwienie błony śluzowej w miejscu wtargnięcia zaraz-

ka — objaw mało charakterystyczny. W niektórych miejscach nekrotyzują się bardzo prędko zewnętrzne warstwy nabłonka i powstają błoniaste naloty. Jeżeli sprawa rozwija się na migdale, migdał zwykle znacznie się powiększa, czasem powiększają się obydwie migdały, również występują wtedy objawy przekrwienia i na błonie śluzowej miękkiego podniebienia, najczęściej z jednej strony. Błony wytwarzają się między 1-ym a 3-im dniem od początku choroby. Naloty mają wygląd szarych lub białych plamek, przy pocieraniu łatwo odrywają się. Grubość ich bywa początkowo bardzo nieznaczna, na dotyk są miękkie. Naloty spoczywają na obnażonej i łatwo krwιάcej błonie śluzowej. Po usunięciu, naloty pojawiają się na nowo: niewielkie początkowo, rozszerzają się powoli, przyjmując obrysy nieregularne. Na 3 — 4 dzień po powstaniu rozwój błon bywa najsilniejszy. Rozwój ten u dzieci bywa szybszy i intensywniejszy niż u dorosłych. Błony zajmują część lub całą wewnętrzną powierzchnię migdała, czasem bywają na obydwóch migdałach, wtedy jednak sprawa na jednej stronie przeważa. Czasem naloty znajdują się na bocznej powierzchni języka, ze strony chorego migdała, lub rozszerzają się na obydwie strony. Błony na języczku są cieńsze niż na migdałach. Sprawa może umiejscawiać się na przedniej powierzchni języczka u podstawy, a także na łukach, szczególnie w górnej części. Naloty wogóle nie cechują się zbytnią skłonnością do znacznego rozszerzania się, istnieje jednak możliwość zarówno znacznego rozprzestrzenienia się sprawy, jak i przerzutów, czy to samoistnie, czy pod wpływem urazów, powstających często przy zbyt energicznym leczeniu.

W niektórych przypadkach sprawa kończy się na wytwarzaniu się błon: nowowytworzone błony odrywają się, na ich miejsce wyrastają inne, mniejsze i cieńsze, w końcu regeneracja błon ustaje, a utrata nabłonka całkowicie się wyrównywa (*forme diphtheroïde* VINCENT'a). VINCENT jest tego zdania, że w tym przypadku tylko laseczniki wrzecionowate — same lub z paciorkowcami — wywołują cierpienie: badanie bakteryologiczne nalotów wykazuje brak krętków. Przypadki takie należą do bardzo rzadkich; najczęściej zaś około 5-go dnia po utworzeniu się błony powstaje pod nią owrzodzenie o powierzchni brudno-szarej, o dnie nierównym, wypełnionem rozpadem granulacyjnym, o brzegach nierównych i jakby podminowanych. Po usunięciu błony owrzodzenie krwawi przy najlżejszem dotknięciu. Głębokość owrzodzeń dochodzi od 1 do 5 milimetrów. Pojedyncze owrzodzenia zwykle bywają głębsze, niż przy liczbie znaczniejszej. Owrzodzenia na migdałach, błonie policzkowej bywają głębsze, niż na języczku lub łukach. Owrzodzenie na wygląd przypomina bardzo wrzód miękki. Czasem owrzodzenie rozszerza się znacznie i draży wgląd, przyjmując charakter sprawy fagedeniczej. Przekrwienie otaczającej błony śluzowej jeszcze się powiększa.

[D. n.]

II. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU DZIEC. JEZUS
W WARSZAWIE.

Kilka przypadków wągrows i bąblowca mózgu

ORAZ

uwagi o częstotliwości różnych tasiemców w Warszawie.

Podali

Józef Winiarski i Władysław Żenczykowski.

[Dokończenie — Patrz Nr. 22].

Przypadek czwarty. 31-letni wyrobnik, M. Ł., przybył na oddział 26. III. 1896 r.

Trzy dni temu przy robocie nagle dostał bólu głowy i zesłały mu prawa ręka i noga. Przytomności nie stracił, sam wrócił do domu, robić już nie mógł. Ból głowy trwa ciągle. Dawniej był zawsze zdrow, przymiotu nie przechodził, pijał dużo.

Chory budowy silnej, odżywienia dobrego, wygląda staro. Uderzeń tętna 80, oddechów 26 na minutę; stan bezgorączkowy. Przytomność mocno zamglona. Stolec oddawał pod siebie. Mowa powolna, niewyraźna, zająkliwa. Język nie zbacza. Lekkie opadnięcie prawej powieki górnej. Żrenice równe, oddziaływały dobrze. Niedowład kończyn prawych w stopniu miernym, tak, że nawet na jednej nodze stać może, na prawej trudniej. Nieznaczone może upośledzenie dotyku na kończynach prawych.

W narządach wewnętrznych zmian niema. Mocz o cięż. wł. 1006, bez białka.

Wobec nieokreślonego cierpienia mózgowego i młodego wieku chorego nie mogąc wykluczyć przymiotu mózgu, zalecono jodek potasu i wcierania szarej maści.

1. IV. Przytomność lepsza. W prawym ręku w napiętku widoczne ciągle drżenie, podobne do kurczów rytmicznych. Ból głowy.

Następnych dni poprawa przytomności, mowy, chodu. Kurcze ręki chwilami ustawały.

Od 6. IV. stan stopniowo stale się pogarsza. 21. IV. Chory niezmiernie apatyczny. Senność. Wstając z łóżka, upadł i leżał długo bez przytomności. Mowa gorsza. Niedowład nerwu twarzowego wyraźniejszy i to wszystkich gałęzi, nie wyłączając czołowych. Przy opukiwaniu czaszki bardzo wyraźna nadczułość lewej jej połowy. Rażąco upośledzenie oddziaływania na ułkucia prawej połowy ciała. Kurcze ręki ustały.

22.—25. IV. Coraz bardziej półsenny. Nieodpowiada. Osłabienie kończyn. Analgezja nogi do kolana. *Contractura nuchae* w stopniu miernym.

25.—30. IV. Do poprzednich objawów przyłączyło się wciągnięcie brzucha, oddawanie kału i moczu pod siebie, dławienie się przy polykaniu. Mocza biała, alkaliczna, zawiera ślady białka.

9. V. Wystąpił zupełny bezwład prawostronny. Nic nie mówi. Ostatnie tygodnie karmiono chorego płynami, ponieważ do pokarmów stałych nie otwierał ust dostatecznie.

14. V. Chory zmarł.

Przy badaniu pośmiertnym [prof. PRZEWOŚKI] znaleziono: *Echinococcus scolicipariens cerebri lobi frontalis sinistri*. Torbiel, wielkości jaja gęsiego, leży w istocie białej mózgu, rozpiera otaczające części i uciska *nucleus caudatus*. W innych narządach zmian nie było.

Przypadek ten przebiegiem swym klinicznym zbliża się do nowotworów mózgu. Na uwagę zasługuje w nim nagłe wystąpienie objawów chorobowych, krótki stosunkowo czas trwania choroby—zaledwie 7 tygodni, zaburzenia czucia i polykania. Zapewne, bąblowiec mózgu przez dłuższy czas był utajony—nie dawał objawów.

Chcąc się przekonać, czy i jak często zdarzają się u nas wągry i bąblowce mózgu, skorzystaliśmy z łaskawego pozwolenia prof. PRZEWOŚKIEGO i przejrzeliliśmy 2048 protokółów sekcyjnych za lata od 1896 r. do 1901 r. W liczbie tej było 441 protokółów z zanotowanymi wynikami badania mózgu. Wągrów mózgu znaleźliśmy 8, czyli w 0,568% wszystkich sekcji, a w 1,814% sekcji ze wzmianką o badaniu mózgu¹⁾. Wynika stąd, że Warszawa należy do miast, gdzie wągry mózgu są dość częste. Dla porównania przytoczymy, że w Wiedniu, Monachium, w południowych i zachodnich Niemczech wągry zdarzają się niezmiernie rzadko. W innych miastach niemieckich znajdowano je w 0,6% sekcji, w Berlinie w 1,6% a nawet w 2% sekcji.

Niektóre z przypadków, odnalezionych w protokołach sekcyjnych, zasługują na zaznaczenie. W jednym np. rozpoznanie kliniczne brzmiało: moczówka cukrowa. Przy sekcji zaś znaleziono w przedniej części *nuclei caudati* po stronie prawej wągra. W piśmiennictwie lekarskiem spostrzeżenia cukromoczu przy wągrych mózgu, mianowicie komory czwartej, były już ogłaszane. W przytoczonym tu przypadku możnaby myśleć o wędrówce wągra z komory IV-ej do III-ej, a stąd do *nucleus caudatus*.

Inne protokoły sekcyjne stwierdzają doskonale zdanie, że wągry mózgu usposabiają go i do innych cierpień. Obok np. kilku wągrów w oponie miękkiej na wypukłości mózgu znaleziono ropień wielkości jaja kurzego w zrazach ciemieniowym i klinowym i kilka wylewów krwawych wielko-

¹⁾ KIJEWSKI. Gaz. Lek. 1885 str. na 250 protokółów sekcyjnych znalazł raz tylko wągra mózgu.

ziarnka prosa na dnie komory IV-ej. W innym protokóle [rozpoznanie kliniczne: *haemorrhagia cerebri*] obok wągra w brózdzie Sylwiusza lewej (*fossa Sylvii sin.*) zaznaczono dwa wylewy krwi: stary, wielkości włoskiego orzecha we wzgórku wzrokowym prawym i tylnej części torebki wewnętrznej; drugi—tej samej wielkości, w jądrze soczewicowym (*nucl. lentic.*) i dolnej przedniej części torebki wewnętrznej. W innym jeszcze protokóle, obok wągrów dwóch w komorze bocznej lewej [z tych jeden pod szarą istotą ciała prążkowanego, drugi wolny] i dwóch małych w przedniej części ciała prążkowanego prawego, pod istotą szarą mózgu znaleziono: mocne zrosty opony twardej z mózgiem granulacyami PACCHION'a, zmętnienie i obrzęk opony miękkiej, wylew krwi starszy u podstawy wzgórka wzrokowego lewego i świeży, niszczący boczną część ciała prążkowanego prawego, torebkę wewnętrzną, jądro soczewicowe i część torebki zewnętrznej. I w pierwszym z opisanych przez nas przypadków obok wągra znaleziono zapalenie krwotoczne opony twardej (*pachymeningitis haemorrhagica*).

W innym jeszcze protokóle zaznaczono: liczne wągry w oponie miękkiej i jeden swobodny w komorze czwartej; komory mózgowe w 10-kroć rozszerzone; rdzeń bez zmian. Za życia zaś rozpoznano *haematomyelia in parte lumbali med. spinalis*. Karty tej chorej nie udało się odnaleźć. Oczywiście jednak musiało tu nagle wystąpić porażenie kończyn dolnych. Takie porażenia kończyn dolnych, pozorujące cierpienie rdzenia, bynajmniej nie są jakimś wyjątkowym objawem wągrów mózgu. OPPENHEIM [l. c. str. 86] wspomina, że znanych jest kilka takich przypadków nawet z porażeniem zwieraczy, mianowicie przy umiejscowieniu wągrów w komorze IV-ej. Mniemalibyśmy, że takie porażenie kończyn dolnych, niby rdzeniowe, bywa właściwe puchlinie komór mózgowych (*hydrocephalus internus*), która właśnie zjawia się wskutek obecności wągrów w komorze IV-ej. Na potwierdzenie tego mniemania można przytoczyć opisy porażenia spastycznego kończyn dolnych (*paralysis spastica*), ogłoszone przez R. SCHULZ'a (*D. Arch. f. kl. M. T.* 23, str. 313) oraz K. CHEŁCHOWSKIEGO i S. GOLDFLAMA (*Gaz. Lek.* 1884 r., str. 262) przy puchlinie przewlekłej komór mózgowych. Tutaj także odnieść należy podobne spostrzeżenia w opisach puchliny komór mózgowych (*hydrocephalus internus*) (F. SCHULTZE: *Die Krankheiten der Hirnhäute und die Hydrocephalie* w *Handb. d. spec. Path. und Therapie* NOTHNAGEL'a, str. 229—234), np. F. SCHULTZE'go, OPPENHEIM'a, dwa QUINKE'go.

Właśnie przy puchlinie komór mózgowych widywano b. często sztywność mięśni—objawy spastyczne, które i w opisanych przez nas trzech przypadkach były wybitne.

Nie wiemy, czy przypisać to trafowi, że w większości zebranych przez nas spostrzeżeń, zarówno własnych, jak i z protokółów sekcyjnych, oraz z piśmiennictwa lekarskiego polskiego wągry sadowiły się przeważnie w komorach mózgowych i powodowały ich puchlinę.

Na oddziale dra JAKOWSKIEGO w jednym przypadku *endocarditidis acutae*, zakończonym śmiercią po jednorazowym napadzie drgawek, znaleziono wągra

opon mózgowych. I w naszym pierwszym przypadku, oprócz wągra mózgu, było zapalenie wsierdza podostre. W drugim naszym przypadku znaleziono wągry pod wsierdziem. Zwracamy na to uwagę w mniemaniu, że może z wiązek wągrów i zapalenia wsierdza nie jest przypadkowy. Zarodek wągra mógłby wnosić z sobą z przewodu pokarmowego do krwiobiegowi zarazki, zdolne do wywołania zapalenia wsierdza.

Widzimy więc, że wągry mózgu w Warszawie bynajmniej nie są rzadkie. W piśmiennictwie naszym jednak przypadków tego cierpienia ogłoszono niewiele. Wiedzano o nich już od bardzo dawna. Jeszcze w r. 1822 prof. F. RYMKIEWICZ ogłosił w Dzienniku Med., chir. i farmacyi wyjątki z dzieła BREMSER'a o pasożytach człowieka [z r. 1819], między innymi i o wągach mózgu.

W roku 1839 KOCHAŃSKI [P. T. L. W. T. II, str. 38], puszczać choremu krew, znalazł, jakoby, w niej poruszającego się robaczka i mniemał, że jest to *hexateridium* albo wągr.

Pierwsze właściwe spostrzeżenie bąblowca, znalezione w mózgu przez prof. ADAMOWICZA, podał w Tow. Lek. Wileńskim MAJEWSKI w roku 1863. Później podawali spostrzeżenia wągrów i bąblowców mózgu: KRYSIŃSKI, ŻŁOBIKOWSKI, ŚWIERZBIŃSKI, KACZOROWSKI.

Z przypadków tych zasługuje na przypomnienie, opisany przez ŚWIERZBIŃSKIEGO, ze względu na niezwykle objawy kliniczne. Liczne wągry na przestrzeni dziesięcioczołkówki na samym wierzchołku lewej półkuli mózgowej obok szczeliny podłużnej uzurowały oponę twardą, a części kość. Chory ten miał poczucie próżni w przeciwległej wągom prawej połowie ciała. Dla usunięcia przykrych sensacji skakał na lewej nodze, zwieszał głowę do kolan lub, klęcząc, wciskał ją w poduszki, wreszcie bił głowę o ziemię, mianowicie tą częścią głowy, która odpowiadała znalezionym po śmierci wągrom. Wkrótce dostał objędu prześladowczego [Gaz. Lek. 1876 r. T. XIX, str. 257].

W innych spostrzeżeniach lekarze nasi podawali nagłą śmierć bez uprzednich objawów prócz dotkliwych bólów głowy [ŻŁOBIKOWSKI, KACZOROWSKI]. W jednym z tych przypadków ŻŁOBIKOWSKI, obok wągra w komorze IV-ej, wspomina o tak wielkiem rozszerzeniu wodociągu Sylwiusza, że można było doń wprowadzić palec mały [P. T. L. W. T. 43, str. 277].

W piśmiennictwie naszym wzmianki o wągach mózgu, oka pochodzą przeważnie z Królestwa. Z Krakowa było ich nader mało. Może i soliter rzadziej się tam zdarza? Rzecz ta zasługiwałaby na wyjaśnienie.

W różnych krajach i miastach nie wszystkie gatunki i rodzaje tasiemców są jednakowo częste. Przeciwnie, pod względem tym zachodzą wielkie różnice.

Co do Warszawy, podręczniki od dawna powtarzają błędną wiadomość, opartą na piśmiennem doniesieniu dra NATANSONA, jakoby u nas „w niektórych dzielnicach i na niektórych ulicach prawie każdy mieszkaniec nosił brzoźdogłow-

ca szerokiego (*bothriocephalus latus*), kiedy w innych częściach miasta pasożyt ten rzadziej się zdarza¹⁾.

Jest to wiadomość stanowczo błędna. Widocznie jednak to błędne mniemanie powstało u nas już bardzo dawno. W pracy MIŁOSZA o robakach [Tyg. Lek. 1853 r.] znajdujemy zdanie, że soliter przytrafia się u Niemców, Egipcyan i na Wschodzie, brózdogłowiec szeroki zaś u Szwajcarów, Polaków i Rosyan. Różni lekarze warszawscy jednomyślnie twierdzą, że brózdogłowiec szeroki w Warszawie bardzo rzadko się trafia w porównaniu z innymi tasiemcami. Prof. PRZEWOSKI w ostatnim swym kursie podaje, że na 100 tasiemców przypada zaledwie 1 brózdogłowiec szeroki. Dr REJCHMAN sądzi, że w Warszawie 1%—2% tasiemców stanowi brózdogłowiec szeroki. Jednakże, z łaskawie udzielonej jednemu z nas [ŻENCZYKOWSKIEMU] przez dra REJCHMANA księgi badań drobnowidzowych kału, dokonanych u niego, okazuje się, że na 497 rozbiórów kału w 4-ch znaleziono jajka brózdogłowca, a w 16-tu jajka innych tasiemców. Trzeba tu uwzględnić, że jajka tasiemca samotnego (*t. solium*) bardzo rzadko udaje się wykryć w kale, jajka tasiemca żytawskiego (*t. saginata*) daleko częściej, a jajka brózdogłowca szerokiego (*bothriocephalus latus*) niemal stale u osób, noszących w sobie te pasożyty.

W naszej praktyce lekarskiej brózdogłowca szerokiego widywaliśmy w Warszawie bardzo rzadko: na kilkadziesiąt tasiemców zaledwie dwa razy. To samo słyszeliśmy i od dra CHEŁCHOWSKIEGO. I tę, dość nieznaczną odsetkę brózdogłowca szerokiego należy jeszcze ograniczyć z następującego względu. Do Warszawy, jako miasta handlowego, przyjeżdżają często z gubernii nadbaltyckich i Petersburga już zakażeni tym pasożytem, należy więc odrzucić jeszcze pewną liczbę przypadków, że tak powiemy, napływowych.

Brózdogłowiec szeroki, jak wiadomo, panuje głównie w tych krajach i miastach, których ludność przeważnie żywi się rybami. Tak naprzykład, obliczono, że w Petersburgu do 15% ludności nosi tego pasożyta; KESSLER znajdował jego jajka w kale 7,83% osób. CRUSE w Dorpacie znajdował go 6 razy na 100 sekcyi; SZYDŁOWSKI w kale 10% osób. W Szwajcaryi Zachodniej, zwłaszcza zaś w Genewie liczono dawniej, że 10—25% ludności cierpi na brózdogłowca; w ostatnim czasie jednak odsetka ta miała się niezmiernie zmniejszyć—do 1%. Z przytoczonych już rozbiórów kału z pracowni dra REJCHMANA wynikałoby, że w Warszawie 0,7% chorych, dotkniętych cierpieniami przewodu pokarmowego, nosi tego pasożyta. Już *a priori* na zdanie NATANSONA zgodzić się nie byłoby można, ponieważ ludność Warszawy ryb spożywa mało w skutek ich drożyzny, oraz że ryby spożywa się u nas gotowane lub smażone, zaś wędzonych ryb ludność nasza nie jada.

Co się tyczy względnej częstości tasiemca samotnego i żytawskiego (*t. saginata v. mediocanellata*) w Warszawie, to zdania, zebrane przez nas, były różne. Prof. BRODOWSKI widywał tasiemca żytawskiego bardzo rzadko, przeważnie

1) PEIPER. „Thierische Parasiten“ w Handb. d. spec. Pathol. und Therap. NOTHNAGEL'a.

zaś tasiemca samotnego. Prof. PRZEWOSKI wręcz przeciwnie podaje w ostatnim kursie: 90% tasiemca żytawskiego, 9% tasiemca samotnego i 1% brzódogłowca. Dr REJCHMAN sądziłby, że tasiemiec żytawski stanowi u nas mniej więcej jakies 10%—15% tasiemców. My w swojej praktyce widywaliśmy i tasiemca samotnego i tasiemca żytawskiego. Zdaje się, że te rażące na pozór sprzeczności dałoby się pogodzić, a raczej wyjaśnić. Bardzo być może, że przy sekeyi łatwiej bywa trafić na tasiemca żytawskiego (*t. saginata*), niż na tasiemca samotnego, ponieważ pierwszy jest daleko większy od drugiego, więc nawet przy pośpiesznem otwieraniu kiszek łatwiej się daje odnaleźć. Tłómaczyłoby to różnice zdań prof. PRZEWOSKIEGO i lekarzy praktykujących. Co do różnicy zdań prof. BRODOWSKIEGO i prof. PRZEWOSKIEGO, to należy przypomnieć, że w ostatnich czasach z różnych stron stale donoszą o rażącym zmniejszaniu się liczby przypadków tasiemca samotnego. Natomiast *t. saginata* staje się coraz częstszą. W Lipsku np. [LEUCKART] trudno już bywa zdobyć okaz solitera. W Danii KROBBE znajdował:

przed rokiem 1869	<i>t. sol.</i> 53	—	<i>t. sag.</i> 37
od 1869—1880	" 19	"	67
od 1880—1889	" 5	"	86

Widocznie więc i w Warszawie tasiemiec samotny dawniej [prof. BRODOWSKI] był daleko częstszy, dziś [prof. PRZEWOSKI] jest daleko rzadszy.

O dość znacznej jednak jeszcze częstości solitera w Warszawie możnaby poniekąd wnioskować i z tego, że węgry mózgu i gałki ocznej spostrzegano u nas stosunkowo dość często.

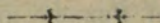
Co się tyczy, wreszcie, bąblowców, to, jak wiadomo, człowiek zaraża się nimi od psów. Na rozpowszechnienie jednak bąblowca między ludźmi wpływają nie tylko psy, ale i inne zwierzęta domowe, które także mogą nosić w sobie tasiemca wieńcogłówkę (*taenia echinococcus*). Bąblowiec najczęściej zatem zdarza się w krajach, posiadających bardzo dużo psów i innych zwierząt domowych, jak: Islandya, Kraj Wiktoryya w Australii, okolice Bajkału, Meklemburg. U nas na 2048 protokółów sekeyjnych znalazłem [ŻENCZYKOWSKI] bąblowca 8 razy, czyli w 0,568% przypadków. 7 razy bąblowiec zajmował wątrobę, a jeden raz wątrobę i sieć. KIJEWSKI na 250 sekeyi znalazł jeden raz bąblowca wątroby. W Europie środkowej odsetkę tę obliczają w różnych miastach różnie: od 0,11% w Erlangen, do 2,43% w Rostoku.

III. POWIKŁANIA PRZY OPERACJI WYROŚLI ADENOIDALNYCH.

[Rzecz, odczytana na posiedzeniu laryngologiczno-otytrycznym dnia 31-go grudnia 1902 r.
w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem].

Podał

Dr Maurycy Hertz.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 22].

STAWELL ¹⁾ np. podaje, że na 3000 przypadków operacji wyrosli pod chloroformem nie było ani jednego nieszczęśliwego wypadku.

ARROWSMITH ²⁾ na 255 operacji w 204 operował pod chloroformem i również nie widział ani jednego wypadku.

A jednak kazuistyka śmierci od chloroformu przy operacji wyrosli adenoidalnych niepoślednie zajmuje miejsce.

BUTTLIN i HOPPMAN ³⁾ opisali swoje przypadki śmierci podczas chloroformowania przy operacji wyrosli adenoidalnych.

HINKEL ⁴⁾ opisuje przypadek śmierci od chloroformu u 6-letniego dziecka. Podczas chloroformowania dziecko wymiotowało i często budziło się z powodu spazmu *glottidis*; sporo czasu upłynęło nim udało się dziecko zachloroformować. Operacja wykonana była kleszczami i palcem. Po skończeniu operacji dziecko przestało oddychać, znikł puls i dziecko umarło. W Anglii w roku 1893 notowano 9 przypadków śmierci od chloroformu przy operacji wyrosli adenoidalnych. HOLLOWAY naliczył do końca roku 1895 — 14 przypadków śmierci od chloroformu; GRADENIGO zebrał 18 przypadków.

Aby ustrzedz się nieszczęśliwych wypadków przy chloroformowaniu, zwolennicy jego radzą nie doprowadzać do zbyt głębokiej narkozy, aby chory mógł odruchowo odkasliwać i odpluwać ściekającą do dróg oddechowych krew, ewent. odcięty kawałek wyrosli, który mógłby być aspirowany do dróg oddechowych. Nie może to jednak zapobiedz nieszczęśliwym przypadkom, gdyż śmierć następuje nieraz przy pierwszych kilku kroplach chloroformu. Następnie, jeżeli może być wogóle mowa o aspiracji do dróg oddechowych odciętego kawałka wyrosli i stąd asfiksyi, to może to nastąpić jedynie pod narkozą. Utrudniają również operację w wysokim stopniu wymioty, które często zdarzają się przy chloroformie. Wobec stwierdzonych przypadków śmierci od chloroformu

1) STAWELL. Ref. w Centralblatt. 1899.

2) ARROWSMITH. Medical. News, 1897.

3) HOPMANN. Bresgens Sammlung, 1895. Z. 5.

4) HINKEL. New-York med. Journal, 1898.

zaczęto używać eteru do usypiania; środek ten jest zupełnie nieodpowiedni dla operacyi wyrosli adenoidalnych, gdyż w wysokim stopniu drażni drogi oddechowe i wywołuje wzmożoną sekrecyę.

Niektórzy, jak WILSON, zaczynają od eteru a następnie chloroformują.

Jako środek usypiający stosowany bywa często przy operacyi wyrosli adenoidalnych bromek etylu [szczególnie zachwala go GRADENIGO], bardzo zdaniem wielu odpowiedni ze względu na krótkotrwałość narkozy. Środek ten wywołuje nie tyle anestezyę, ile apsychieę. Chory nie traci zupełnie świadomości; na rozkaz odpluwa krew i przytem bardzo szybko się budzi. Środek ten jednak również dać może dosyć ciężkie powikłania.

Niebezpieczną jest zbyt głęboka narkoza bromkiem etylu ze względu na asfiksię, która zależy może od obfitego spływania krwi do dróg oddechowych nie tylko podczas operacyi, ale i później, kiedy chory już jest w łóżku. Szczególniej zagraża to, zdaniem GRADENIGO, przy operowaniu głuchoniemych. Mały pacjent głuchoniemy nie jest w stanie wyrzucić ściekającej mu obficie do gardła krwi, następuje ogromna cyanoza i oddech ustaje: u głuchoniemych, zdaje się, słabiej jest rozwinięty odruch kaszlowy, za pomocą którego normalny człowiek wyrzuca obce ciało, które mu się dostanie przypadkowo do głośni. W jednym przypadku u głuchoniemego dziecka zmuszony był GRADENIGO uciec się do sztucznego oddechu, w drugim przypadku uratował dziecko, schwyciwszy je za nogi i obróciwszy głowę na dół.

Nieprzyjemne jest również przebudzenie się po bromku etylu; chorzy przez długi czas nie zdają sobie sprawy, co się wokoło nich dzieje, co bardzo przykre robi wrażenie na otoczeniu.

Wobec możliwości ciężkich powikłań, a nawet i śmierci przy użyciu ogólnej narkozy zjawia się zasadnicze pytanie, czy rzeczywiście narkoza jest niezbędną dla operacyi wyrosli adenoidalnych i *malgré tout* uciec się do narkozy musimy, a te śmiertelne powikłania, jakie przy niej bywają, uważać jako *malum necessarium*.

Przeciwnie, bez narkozy, zdaniem moim, zawsze obejść się możemy przy operacyi wyrosli adenoidalnych.

Zwolennikom narkozy chodzi o doszczętne usunięcie wszystkich wyrosli, co ma zapobiedz nawrotom, a co jedynie, ich zdaniem, możliwe jest w uspieniu. Przedewszystkiem, doszczętne usunięcie wyrosli adenoidalnych, t. j. w tem znaczeniu, żeby nic nie zostało, co by w przyszłości mogło wywołać recydywę, jest wprawdzie ideałem, ale ideałem niedoścignionym. Są pewne miejsca w jamie nosogardzielowej, gdzie ani pod narkozą, ani bez niej nie jesteśmy w stanie wszystkiego usunąć [np. nisza w przejściu stropu na tylną ścianą jamy nosogardzielowej, albo też boczne ściany około *fossa ROSENMÜLLERI*, gdzie żaden instrument dostać się nie może], a następnie nawet doszczętne usunięcie wyrosli nie chroni od możliwości nawrotu.

Narkoza, zdaniem mojem, stanowczo nie jest rękomią dla doszczętnego usunięcia wszystkich wyrosli, znajdujących się w jamie nosogardzielowej, o co

głównie chodzi wszystkim zwolennikom ogólnej narkozy przy operacji wyrosła adenoidalnych.

Co się tyczy zdania GRADENIGO, że operowanie bez narkozy wywołać może u dzieci słabych nerwowy *shock*, równie szkodliwy jak sama narkoza, to zdaje się, że tenże sam *shock* mieć możemy przy operowaniu pod narkozą. Dziecko wprawdzie nie widzi samego aktu operacji, nałożenie jednak maski, niezwykle zapach chloroformu, ostatecznie także pewien gwałt, gdyż dziecko nie pozwala na nałożenie maski, również wyrzecz może na nie ciężkie wrażenie i wywołać *shock* nerwowy w tymże stopniu, co i podczas operacji bez narkozy. GOTARD ogłosił niedawno kilka przypadków, które przemawiają bardzo za tem, że w przypadkach śmierci przy pierwszych kilku kroplach chloroformu chodzi właściwie o *shock*, a nie o działanie trujące chloroformu, użytego w minimalnej ilości.

Zdaniem mojem, operacja wyrosła adenoidalnych stanowczo należy do tych zabiegów chirurgicznych, w których zawsze obejść się możemy bez narkozy. Operując od kilku lat prawie codziennie w ambulatoryum dra WRÓBLEWSKIEGO w szpitalu Ewangelickim, gdzie materyał jest bardzo obfity, jak również w swej praktyce prywatnej, ani razu nie widziałem konieczności użycia narkozy ogólnej: zawsze udało się wykonać operację pod kokainą, pomimo że miałem do czynienia z różnego rodzaju osobnikami.

Jako środka znieczulającego używamy 25%-ego roztworu wysokowego kokainy, dawniej używaliśmy 10% roztworu wodnego. Dziecko siedzi na kolanach felczera lub innego pomocnika, jeśli jest trochę większe — samo na krześle. Najczęściej popozwalają dzieci zapenzlować jamę noso-gardzielową kokainą, ewentualnie, pomocnik rozwieraczem otwiera usta; odbywa się to bez użycia wielkiego gwałtu nad dzieckiem. Najczęściej po pierwszym zapenzlowaniu dziecko z początku niespokojne i odporne, przekonawszy się, że nie doznało bólu, dobrowolnie poddaje się powtórnemu zapenzlowaniu jamy noso-gardzielowej kokainą; więcej aniżeli dwa razy nie penzlujemy gardła. Po kilku chwilach dziecko doznaje uczucia obcego ciała w gardle pod wpływem kokainy. Pod pretekstem wyjęcia tego obcego ciała, jakoby pozostałej „waty“, wprowadzamy kleszcze JURASZA, i zwykle udaje się wyjąć odrazu spory kawał wyrosła. Kokaina tak wybornie znieczula, że dziecko nie czuje żadnego bólu [jak to później rozsądne dzieci same przyznają]. Sprawdziwszy palcem, czy i gdzie pozostały jeszcze wyrosła adenoidalne, usuwamy resztę kiuretą GOTTSTEIN'a lub KIRSTEIN'a; odcięty kawałek dziecko samo wypłuwa; dla uniknięcia zaś ewentualnego wpadnięcia do dróg oddechowych odciętego kawałka wyrosła, pomocnik w chwili wyjęcia kiurety szybko nachyla głowę dziecka ku przodowi. Najczęściej jednak zupełnie nie stosuję kleszczy JURASZ'a, operuję jedynie kiuretą GOTTSTEIN'a lub KIRSTEIN'a i wtedy za jednym razem udaje mi się odciąć w całości wyrosła adenoidalne. W razie oporu dziecka przy wprowadzaniu instrumentów, pomocnik otwiera usta rozwieraczem, i wtedy możemy zupełnie swobodnie operować. Krwawienie podczas operacji jest zwykle nieznaczne i po kilku minutach ustaje. Dzieci po operacji wybornie się czują i po kilkunastu minutach swobodnie opuścić mogą mieszkanie lekarza z za-

chowaniem pewnych ostrożności dla uniknięcia przeziębienia. Objawów otrucia ze strony kokainy nigdy nie spostrzegałem, pomimo stosowania tak mocnej kokainy; u niektórych dzieci bywa pewne osłabienie, które po krótkim odpoczynku prędko przemija.

Naturalnie, operację robi się z zachowaniem ścisłej aseptyki: instrumenty wszystkie są sterylizowane; przemywań nosa przed operacją nie robimy, uważając to za zbyteczne a poniekąd i niebezpieczne ze względu na uszy. Dzieci w dzień operacji powinny pozostać w łóżku, pożywienie płynne i nie zbyt gorące, na drugi dzień wstają z łóżka i po kilku dniach mogą wychodzić z domu.

Powyższy sposób operowania wyrosli adenoidalnych nie jest wyłącznie przez nas stosowany, chcę tylko podkreślić fakt, że operując w ten sposób nie byliśmy ani razu zmuszeni jak w szpitalu, tak i w praktyce prywatnej uciec się do narkozy; we wszystkich przypadkach udało się operować bez żadnych powikłań. Zdarzało mi się widzieć dzieci, niesfornie zachowujące się podczas badania, a podczas operacji wyjątkowo spokojnie znoszące wszelkie manipulacje. Bardzo często otoczenie dziecka z góry zapowiada, że bez narkozy nie da się nic zrobić, a jednak dzieci takie często spokojnie zachowują się podczas operacji. Operowałem niedawno 8-letnią dziewczynkę, którą już raz operowano z powodu wyrosli adenoidalnych i którą z powodu gwałtownego oporu z trudnością udało się zachloroformować; dziewczynka z początku trochę niespokojna, wybornie zachowywała się podczas operacji.

W ambulatoryum szpitalnem materiał składa się z dzieci słabych, anemicznych, skrofulicznych, a jednak ani razu nie widziałem, aby operacja wywarła na dzieci większe wrażenie ze złymi skutkami, a w każdym razie nie mogło być mowy o *shock*'u nerwowym.

Na szczęście wszystkie operacje przebiegały bez jakiegokolwiek powikłań, nie miałem ani jednego większego krwawienia; pomimo energicznego nieraz oporu ze strony dzieci nie spostrzegałem żadnych uszkodzeń w gardzieli i jamie noso-gardzielowej.

Wobec pewnego niebezpieczeństwa przy użyciu środków usypiających, łatwości wykonania operacji pod kokainą, stanowczo uważam narkozę za zupełnie zbyteczną przy operacji wyrosli adenoidalnych. Pozostaje do rozpatrzenia jeszcze jedna kwestya, a mianowicie—kwestya nawrotów wyrosli adenoidalnych po operacji, stanowiąca czarną plamę w naszej działalności.

Pomimo możliwie doszczętnego operowania, co jesteśmy nieraz w stanie sprawdzić lusterkiem, pomimo możliwie rozwiniętej techniki, każdy z operujących ma pewną liczbę przypadków, gdzie po krótszym lub dłuższym czasie występuje recydywa. Naturalnie mam tu na myśli recydywę istotną, stwierdzoną badaniem; gdyż często sprowadzają nam dzieci ze skargą, że objawy, jakie były przed operacją trwają w dalszym ciągu lub po krótkiej poprawie wróciły. Pomimo doszczętnego usunięcia wyrosli objawy pewne, jak: chrapanie, trzymanie ust otwartych, a nawet katary, mogą trwać w dalszym ciągu. Jeśli (wyrosłe były długi czas u dziecka, to z trudnością odzwyczajają się ono od oddychania przez usta, trzeba na to zwracać ciągle uwagę, uczyć dziecko normalnie oddy-

chać przez nos; następnie pod wpływem wyrosli następuje pewna deformacya w rozwoju szczęk, podniebienia, etc.; wtedy pomimo usunięcia wyrosli objawy, jakie były przedtem, trwać mogą w dalszym ciągu; katary zależą od zmian w nosie (*rhinitis hypertrophica*) i dopiero po usunięciu przeszkody ze strony nosa wraca normalny typ oddychania.

Mówiąc jednak o recydywie, mam na myśli — powtarzam — istotną regeneracyę wyrosli adenoidalnych, która rzeczywiście ma miejsce w pewnej liczbie przypadków.

M. SCHMIDT ¹⁾ znajduje recydywę w 3% przypadków, inni autorowie podają jeszcze większe cyfry.

Powstaje pytanie, czy możliwe jest wogóle zapobiedz nawrotom, czy można doszczętnie usunąć wyrosle adenoidalne i czy to doszczętne usunięcie będzie rękojmią dostateczną, że recydywa nie nastąpi.

Dotychczas nie znamy dokładnie czynników, wpływających na proliferacyę tkanki adenoidalnej. Przyczynę przerostu migdałka gardzielowego, co stanowi istotę wyrosli adenoidalnych, upatrywano w ogólnych zmianach w organizmie, jak: skrofuloza, syphilis, leukemia, gruźlica etc.

BRIEGER ²⁾ w ostatniej swej pracy „*Ueber Genese der Rachenmandelhyperplasie*“ odmawia wszystkim tym czynnikom jakiegokolwiek wpływu na proliferacyę tkanki adenoidalnej, starając się dowieść, że bujanie tkanki tej jest niezbędne dla młodego organizmu w walce jego z różnego rodzaju infekcyami [BRIEGER uznaje jednak potrzebę usuwania wyrosli, o ile one wywołują jakieś zaburzenia w organizmie].

Nie znając dokładnie przyczyny rozrostu tkanki adenoidalnej, tembardziej trudno sobie objaśnić, co wywołuje właściwie nawroty po operacyi — regeneracyę tkanki adenoidalnej.

Przypuszczano, że jeżeli po operacyi na nowo odrastają wyrosle adenoidalne, to mamy do czynienia z limfosarkomatem. Badanie histologiczne jednak i przebieg kliniczny stanowczo temu przeczą. *Lymphosacroma* — nowotwór złośliwy — rozrasta się we wszystkie strony, niszcząc nawet kość.

Niektórzy twierdzą, że nawroty bywają tylko u dzieci gruźliczych, ale w rzeczywistości tak nie jest. W tych właśnie przypadkach, gdzie w wyciętych wyrosłach adenoidalnych znajdowano nawet laseczniki gruźlicze, nie było recydywy.

Ogólna dyskrasya, choroby przemiany materyi, konstytucya limfatyczna, syphilis również nie usposabiają do nawrotów, gdyż nawroty obserwować można bardzo często u dzieci zupełnie zdrowych.

Najłatwiej było naturalnie w każdym przypadku recydywy obwiniać chirurga: nie wszystko zostało usunięte; stąd recydywa. Resztki wyrosli adenoidalnych mogą naturalnie zostać, na ich powierzchni tkanka adenoidalna granu-

¹⁾ M. SCHMIDT. Die Krankheiten der oberen Luftwege.

²⁾ BRIEGER. Archiv für Laryngologie. 1902.

luje i daje początek recydywie, ale wiemy wszak, że resztki te często same zanikają lub też przy następczym leczeniu środkami ściągającymi. Bywają natomiast przypadki, gdzie po operacji lusterkiem jesteśmy w stanie stwierdzić, że wszystko usunięte, a jednak następuje recydywa.

W ostatnim czasie pojawiła się praca GOERKE'GO ¹⁾, bardzo szczegółowo omawiająca kwestyę recydywy po operacji wyrosli adenoidalnych. Przedewszystkiem, powiada GOERKE, ustalić należy fakt, co my właściwie usuwamy przy t. zw. doszczętnem operowaniu: otóż, usuwamy całą tkankę adenoidalną od choan aż do tylnej ściany, a właściwie także, z tylnej ściany jamy nosogardzielowej, dochodząc kiuretą do *fibrocartilago*. Na wyciętych wyrosłach widzimy wtedy białą włóknistą powierzchnię. Zostaje jednak ta część tkanki adenoidalnej, która wrasta pomiędzy włókna *fibrocartilaginis* i której absolutnie nie jesteśmy w stanie usunąć; prócz tego w różnych miejscach mogą gdzieś zostać oddzielne kępkki tkanki adenoidalnej. Widzimy więc, że część tkanki adenoidalnej przy każdej operacji zostać musi. Po operacji wszystko się zbliznia, możemy nieraz lusterkiem sprawdzić, że powierzchnia jest zupełnie gładka; jeśli więc w takich razach następuje recydywa, to mamy do czynienia z prawdziwą regeneracją tkanki adenoidalnej, która wogóle odznacza się dużą siłą regeneracyjną. Nie może tu być mowy o zostawieniu części wyrosli, o niedoszczętnej operacji. GOERKE starał się znaleźć, czy są pewne różnice w budowie histologicznej, dające możność odróżnić prawdziwą regenerację tkanki adenoidalnej od pseudorecydywy, t. j. od pozostałych po operacji resztek wyrosli adenoidalnych. Okazało się, że są rzeczywiście pewne różnice w budowie. Badając wyrosłe adenoidalne w przypadkach powtórnej z powodu recydywy operacji, GOERKE miał możność skonstatować wszystkie stadya rozwoju tkanki adenoidalnej, jak to ma miejsce przy nowotworzeniu się tej tkanki. Włókna tkanki łącznej, która wytwarza się na bliznie, ulegają stopniowo naćieczeniu leukocytami, biorącymi początek z wrastającej w włókna *fibrocartilaginis* tkanki adenoidalnej, i powoli tkanka bliznowata przybiera charakter tkanki adenoidalnej. Są jednak pewne zmiany w budowie, dające możność odróżnić recydywę od pozostałych resztek wyrosli: w recydywie tkanki adenoidalnej oddzielne warstwy tkanki nie są tak systematycznie rozmieszczone, jak w tkance adenoidalnej wyrosli (*ein durcheinander geworfen sein aller Schichten*).

Badania GOERKE'GO są dowodem, że przy nawrotach wyrosli mamy do czynienia z prawdziwą regeneracją tkanki adenoidalnej, która bynajmniej nie zależy od mniej lub więcej doszczętnego operowania. Te same etyologiczne momenty, które wywołały przerost migdałka gardzielowego, trwają widocznie w dalszym ciągu i wywołały nawrót, t. j. dalszą proliferację — regenerację tkanki adenoidalnej.

Należy więc zwrócić uwagę na ogólny stan chorego i po operacji w tym kierunku starać się wpłynąć. Należy również pamiętać o tem, że choroby in-

¹⁾ GÖRKE. Archiv für Laryngologie. 1902.

fekcyjne wpływają na proliferację tkanki adenoidalnej. BRIEGER ⁴⁾ operował wyrosłe *in stadio incubationis* tyfusu brzuszego i miał możność stwierdzić lusterkiem, że podczas operacji wszystko zostało usunięte; podczas tyfusu rozwinęła się recydywa, którą również stwierdził, badając jamę nosogardzielową lusterkiem.

Bardzo często daje się słyszeć, że dziecku po przebytej chorobie zakaźnej zrobiło się gorzej, na nowo wróciły objawy ze strony wyrosli adenoidalnych, i rzeczywiście skonstatować możemy recydywę. Nawroty po operacji więc nie zawsze zależą od niekompletnej operacji i wcale przeciwko operacji nie przemawiają; o ile pojawi się recydywa i znowu da szkodliwe dla organizmu objawy, operować będziemy powtórnie.

Pisząc o powikłaniach przy operacji wyrosli adenoidalnych, nie miałem bynajmniej na celu zniechęcić do tej operacji, nie chciałbym być źle zrozumiany w tej kwestyi. Nie wiele zabiegów chirurgicznych daje tak świetne wyniki, jak operacja wyrosli adenoidalnych.

Jest to jedna z tych operacyj w naszej specjalności, która bez żadnego prawie niebezpieczeństwa dla chorego daje świetne i szybkie wyniki.

Wspomnieć należy, jak ciężkie objawy dają wyrosłe adenoidalne, jak paraliżująco wpływają na rozwój fizyczny i intelektualny młodego organizmu, aby zrozumieć, jak ciężko grzeszą ci z lekarzy, szczególnie niespecjaliści, którzy czekają z operacją aż dziecko z tego „wyrośnie“ i objawy same ustąpią, powołując się na to, że u niektórych osobników bez operacji również wszystko dobrze się skończyło. *Laisser faire, laisser passer* nigdzie chyba nie mści się tak bardzo, jak przy wyrosłach adenoidalnych. Zaniedbanie usunięcia wyrosli adenoidalnych stać się może nawet przyczyną śmierci, chociażby ze względu na towarzyszące im często ropienie z ucha. Operacja ta jest dotychczas jeszcze za mało rozpowszechnioną, i życzyć należy, by nie tylko lekarze, ale i szerszy ogół zrozumiał całe jej znaczenie, gdyż przysporzy to społeczeństwu wielu zdrowych obywateli. Nie należy jednak bagatelizować tej operacji, sprowadzać jej do jakiegoś „wyskrobania“; jest to także zabieg chirurgiczny, jak każdy inny, wymagający umiejętności a nadewszystko ostrożności.

4) BRIEGER. I. c.

IV. Z ODDZIAŁU DRA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZ. JEZUS W WARSZAWIE.

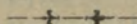
TRZY PRZYPADKI POŁOWICZNEGO ZANIKU JĘZYKA.

(HEMIATROPHIA LINGUAE).

Podał

Henryk Landau,

asystent oddziału.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 22].

Podobniez prawidłowo zachowują się prawie zawsze czucie ogólne oraz smak w zanikłej połowie języka, o ile tylko nie są dotknięte jednocześnie nerwy, zawiadujące temi funkcjami, a więc nerw języko-gardzielowy, nerw trójdzielny, *resp.* nerw twarzowy na przebiegu tegoż pomiędzy *ganglion geniculi* a ujściem *chordae tympani*. Znajdowano wszakże jakoby pewne zaburzenia czucia oraz smaku nawet przy izolowanem porażeniu samego tylko nerwu podjęzykowego, co LEWIN'a skłania do wniosku, że nerw ten odgrywa pewną rolę jako nerw czuciowy dla języka oraz smakowy. Przytem włókna smakowe ma on otrzymywać od nerwu języko-gardzielowego za pośrednictwem *r. pharyngeus vagi*, włókna zaś czuciowe, jak tego dowodzą specjalne, przez tegoż autora podjęte badania doświadczalne na psach, od różnych nerwów, z którymi na przebiegu swym wstępuje w połączenie, a więc od nerwu błędnego, współczulnego (*gangl. cervicale supr.*), pierwszych 3-ch nerwów szyjowych oraz od nerwu językowego. Jak to jednak słusznie podnosi ERB, sam przypadek LEWIN'a nie może służyć bynajmniej jako potwierdzenie jego doświadczeń dopełniających. Z tych ostatnich bowiem wynika, że źródło *hypoglossi* [zarówno korzonki, jak i cała wewnątrzczaszkowa część pnia] posiada naturę wyłącznie ruchową, natomiast włókna czuciowe, przebiegające w nerwie tym w rozmaitych kierunkach: do - i odśrodkowym, wnikają weń dopiero poniżej na peryferycznym jego przebiegu, gdy w przypadku tego autora, jak to wykazało badanie pośmiertne, ta właśnie peryferyczna część nerwu była niezmieniona, cierpienie zaś umiejscowione było wewnątrz czaszki. Słuszniej będzie zatem odmówić nerwowi podjęzykowemu wszelkiego udziału w zaopatrywaniu błony śluzowej języka w jakiegokolwiek włókna czuciowe, powyższe zaś, przebiegające w jego pniu włókna, zapożyczone od innych nerwów, uważać jako *nervi nervorum* lub też jako nerwy czuciowe dla mięśni.

Do zmian troficznych przy połowicznym zaniku języka należy jeszcze, prócz samego zaniku, spostrzegany niekiedy nalot [zgrubiała warstwa nabłonka] na połowie zanikłej. Obecność tego nalotu TRAUMANN stawia w zależności od upośledzenia ruchów języka. Podobnie jednostronne obłożenie języka spostrzegano przy połowicznym znieczuleniu języka skutkiem porażenia nerwu trójdzielnego [GOWERS, BERNHARDT], tudzież przy zniesieniu smaku na płowie języka wskutek porażenia nerwu twarzewego [BRUNNER, URBANTSHITSCH]. Stwierdzono również [LEWIN, WENHARDT] pewne zaburzenia naczynioruchowe w zanikłej połowie języka a mianowicie większą błądź tej połowy w porównaniu ze stroną zdrową, co LEWIN w swoim przypadku tłómaczy uszkodzeniem włókien rozszerzających naczynia, czyli przebiegających w n. *lingualis* włókien *chordae tympani*, które to uszkodzenie zostało spowodowane uciskiem na te włókna znajdującego się w masie języka gumatu. — Wreszcie czasami można spostrzegać, oprócz właściwych drgań włókienkowych w zanikłej połowie języka, drżenie tej połowy *in toto* lub też nawet całego języka, zwłaszcza przy jego wysuwaniu, co, być może, ma pewien związek z ruchami drżącymi oraz migawkowymi języka [również i mięśni twarzy], występującymi w kilka (3—4) dni po przecięciu odnośnego nerwu, a co do pewnego stopnia, jak tego dowodzą badania SCHIFF'a, HEIDENHAIN'a, MAYER'a i innych, zależy również od wpływu wazomotorów. Oddziaływanie na prąd elektryczny zanikłej połowy języka może być różne: spotykamy tu wszelkie przejścia od reakcyi prawidłowej aż do zupełnego odczynu zwyrodnienia, co zależy, rozumie się, od stopnia zaniku, od ilości pozostałych pierwiastków zdrowych, wreszcie od okresu, w którym cierpienie się znajduje. Zachowanie się odmienne pod tym względem spostrzegał MÖBIUS w przypadku swoim połowicznego zaniku języka, uwarunkowanego cierpieniem na podstawie mózgu (*meningitis luetica*), a mianowicie: połowa zanikła wykazywała przez pewien czas wzmózone oddziaływanie na prąd stały oraz przerywany; w następstwie oddziaływanie stało się prawidłowem. Toż samo znajdował TAMBOURER w przypadku połowicznego zaniku języka przy syringomyelii. Bliższego wyjaśnienia wszakże tego zjawiska autorowie ci nie podają.

Do objawów, nader często towarzyszących połowicznemu zanikowi języka, należą, jak to wspominaliśmy o tem powyżej, porażenie podniebienia oraz krtani po stronie zaniku. Częstość tego powikłania tłómaczy się łatwo z jednej strony blizkiem sąsiedztwem jądra *hypoglossi* z częścią opuszkową jądra *accessorii*, resp. wspólnością źródła, zaopatrującego oba te jądra w krew (*art. spinal. ant.*, według DURET'a), z drugiej zaś strony — sąsiedztwem obu tych nerwów i na pewnej części peryferycznego ich przebiegu, zarówno w czaszce, jak i nazewnątrz jej. Przy pozaczaszkowem umiejscowieniu cierpienia zostaje częstokroć dotkniętą jednocześnie i t. zwana gałąź zewnętrzna *accessorii*, unerwiająca mięśnie: kapturowy oraz mostko-obojezykowy. KOCH i MARIE przypisują nawet nerwowi podjęzykowemu pewien udział w unerwianiu podniebienia i krtani. Mniemają bowiem, że w mózgu przedłużonym, na wzór tego, jak to ma miejsce w rdzeniu, pojedyncze terytorya substancyi szarej są nie tyle ośrodkami anatomicznymi, ile raczej ośrodkami dla pewnych funkcyi, tudzież że narządy, których czynność jest wspólna, jak język, gardziel i krtan, posiadać muszą w mózgu wspólny

również ośrodek, zawiadujący ich ruchami. Ciz sami autorowie uważają nawet udział podniebienia i krtani w cierpieniu nerwu podjęzykowego za objaw stały oraz wyłączny dla cierpienia jądra tego nerwu i podają go z tego względu jako cechę rozpoznawczą przy odróżnianiu jądrowych cierpień *hypoglossi* od peryferycznych. Pogląd taki wszakże słuszny nie jest. Nie ulega bowiem wątpliwości, że i przy cierpieniach obwodowych nerwu podjęzykowego, umiejscowionych zarówno w czaszce, jak i na zewnątrz jej, jak np. w okolicy górnych kręgów szyjowych, może, jak tego dowodzą niezbitcie przypadki BIECK'a, SAUER'a, REMACK'a, TRAUMANN'a i in., zostać dotkniętym wraz z nim i *n. accessorius*, i to najczęściej gałąź jego wewnętrzna, odszczepiająca się już dość wysoko [tuż poniżej *ganglion jugulare*] od wspólnego pnia i wnika jąca do nerwu błędnego, zaopatrując ten ostatni we włókna ruchowe dla podniebienia, gardzieli, krtani, a prawdopodobnie i we włókna hamujące dla serca.

Należy wszakże przyznać, że i inne również objawy, którymi zwykliśmy się kierować przy rozpoznawaniu różniczkowem pomiędzy centralnemi [jądrowemi] a peryferycznemi cierpieniami układu nerwowego, jakoto: obecność drgań włókienkowych, brak lub też obecność odczynu zwyrodnienia, resp. mniej lub więcej zupełny stopień u tegoż w zastosowaniu do nerwu podjęzykowego, nie dają rezultatów zadowalających. Dotyczy to również cechy rozpoznawczej, na którą szczególnie nacisk kładzie DINKLER, a która, zdaniem jego, jest rostrzygającą przy odróżnianiu cierpienia pnia *hypoglossi* od cierpień jego korzonków, a mianowicie stopnia zaniku języka (połowiczny zanik całkowity lub też tylko częściowy). Przypadek bowiem MARINA'y [p. wyżej] dowodzi niewątpliwie, że i cierpienie peryferyczne może dotknąć również tylko część nerwu i tem samem dawać objawy niepełnego zaniku języka.

Chciano spożytkować również dla celów dyagnostycznych udział w cierpieniu innych mięśni, unerwianych przez nerw podjęzykowy, a mianowicie mięśni mostko-tarczowego, mostko-grdykowego i łopatkogrdykowego, które to mięśnie otrzymują swe unerwienie od *ramus descendens hypoglossi*, resp. od pętlicy, którą ta zstępująca gałązka nerwu podjęzykowego tworzy z 2-im oraz 3-im nerwem szyjowym. Wprawdzie ten udział nerwu podjęzykowego w unerwianiu wspomnianych mięśni jest tylko pozorny, ściślejsze bowiem badania anatomiczne wykazały, że *r. descendens* składa się wyłącznie z włókien, dostarczanych przez nerwy szyjowe. Bądź co bądź wszakże obecność, resp. brak porażień powyższych mięśni ¹⁾ pozwalałyby nam tylko rozstrzygać, czy nerw podjęzykowy dotknięty został poniżej, czy też powyżej wyjścia gałęzi zstępującej. — Jeżeli zaś prawdą jest nawet, że gałązka nerwowa dla mięśnia tarczogrdykowego ma, jak to twierdzi MÖBIUS, swoje źródło już w korzonkach nerwu podjęzykowego, to rozpoznanie jednostronnego cierpienia tego mięśnia jest rzeczą nader trudną.

¹⁾ Porażenie tych mięśni wyraża się: spłaszczeniem okolicy chrząstki [tarczowej, przez którą chrząstka ta mocno wystaje, boczne odchyłaniem się krtani przy ruchach polykowych, a wreszcie zmianą oddziaływania elektrycznego tych mięśni.

Jedynie zatem ściśle rozważanie momentów etyologicznych oraz wszystkich objawów towarzyszących może nam dać jakikolwiek punkt oparcia dla umiejscowienia sprawy chorobowej, którą dotknięty został nerw podjęzyczny.

L I T E R A T U R A



BALLET. Arch. de Neurol. 1884. VII. 20.—RAYMOND i ARTAUD. Archives de Physiol. 1884. III. 36.—KOCH i MARIE. Revue de Méd. 1888. VIII. 1.—PEL. Berliner klin. Wochenschrift. 1887. Nr. 29.—BIECK. Inaug. Diss. Berlin. 1889.—HIRT. Berlin. klin. Wochenschr. 1885. Nr. 25.—TAMBOURER. Neurolog. Centralbl. 1892. 494.—WEINTRAUD. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1894. V. 393.—E. REMAK. Berl. klin. Wochenschr. 1886. Nr. 25.—E. REMAK. Berlin. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 44 [posiedz. Tow. Lek. Charité, 1892. 12. V].—LEWIN. Charité-Annalen. VIII. 602.—ADAMKIEWICZ. Wiener medic. Wochenschr. 1889. Nr. 2—4.—BERNHARDT. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. XXIV. 380.—ERB. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1885. XXXVII. 265.—GÜTERBOCK. Vierteljahresschrift f. gerichtliche Med. 1873. XXXIX. 57.—BERNHARDT. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXII. 362.—LÜSCHOW. Inaug. Diss. Greifswald. 1884.—SAUER. Inaug. Diss. Göttingen. 1886.—REMAK. Berlin. klin. Wochenschr. 1888. Nr. 7.—TRAUMANN. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 1893. XXXVII. 1—2. 161.—F. LANGE. Arch. f. klin. Chirurgie. 1893. XLVI. 634.—C. WESTPHAL. Arch. f. Psychiatrie. 1887. XVIII. 849.—S. MAYER. Centralbl. f. d. med. Wissenschaften. 1878. 579.—MORBIUS. Centralbl. f. Nervenheilkunde. 1887. Nr. 15.—DINKLER. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1898. XIII. 250.—A. MARINA. Neurol. Centralbl. 1896. Nr. 8 i 1900. Nr. 3.—HOFFMANN. Neurol. Centralbl. 1899. 107.—WENHARDT. Neurol. Centralbl. 1898. 541.—WIERSMA. Neurol. Centralbl. 1899. 818.—PAŃSKI. Kron. Lek. 1904. Nr. 1.—Prócz tego p. ref. w Neurol. Centralbl. 1894—1902.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie dnia 28. IV. r. b.

1. B. KORYBUT-DASZKIEWICZ przedstawił przypadek *erythema nodosum* z następczym zanikiem mięśni u $4\frac{1}{2}$ -mies. dziewczynki z Domu Podrzutków. Ciekawą w tym przypadku jest lokalizacya nacieczeń tylko po stronie prawej na kończynie górnej i dolnej i na prawym policzku, brak podniesionej ciepłoty, dobry stan ogólny dziecka, zwłaszcza wobec rozszerzenia się sprawy chorobowej na mięśnie. Wymiary obwodowe prawych i lewych kończyn wykazują różnicę o 1—2 cm.

2. RZĘTKOWSKI wypowiedział rzecz p. t. „Studia nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej“. Rz. posiłkował się w swych badaniach metodą METT'a, znalazł sprawność proteolityczną osłabioną przy raku, wzmoczoną przy wrzodzie żołądka. NaCl *in vitro* osłabia sprawność proteolityczną; zjawisko to nie występuje *in vivo*, ponieważ żołądek wydziela wodę i nadmiar chlorku sodu rozpuszcza się.

J. Brudziński.

Zjazd higienistów w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 22].

Sekcja położnicza.

Nad sprawą pomocy położniczej i ginekologicznej na prowincyi debатовano na dwu posiedzeniach w osobnej sekcji, której organizatorem i gospodarzem był JAWORSKI. Z odczytami zgłosili się tylko lekarze tutejsi. W dyskusjach jednak przyjmowali udział i goście, dość licznie sekcję nawiedzający, wykazując dużo dobrych chęci ku poprawieniu sprawy pomocy położniczej na prowincyi. Wszystkie referaty i pogadanki podciągnąć można pod trzy tematy, a mianowicie: I) zasady postępowania bezgnilnego i przeciwnigilnego w położnictwie, II) o potrzebie podniesienia wiedzy akuszerskiej i ginekologicznej wśród lekarzy, praktykujących na prowincyi i III) w sprawie organizacyi stałej pomocy położniczej na prowincyi.

Na temat pierwszy wygłosili odczyty: CYKOWSKI i JAWORSKI. CYKOWSKI odczytał przepisy postępowania przeciwnigilnego i bezgnilnego podczas porodu i położu, zwracając głównie uwagę na dezynfekcję mechaniczną, jako najpewniejszą i najbezpieczniejszą. W dyskusyi przyjmowali udział: PISARZEWSKI, SOCHACKI, MUSZKAT, SZYMAŃSKI.

JAWORSKI zapoznał słuchaczy z pracą swą doświadczalną nad metodami praktycznego wyjaławiania rąk. Mówca jest przeciwny temu, aby babki wiejskie używały szczotki do mycia rąk, gdyż szczotka łatwo się zanieczyszcza a odkażenie jej jest bardzo trudne i dlatego w rękach akuszerok, a tembardziej babek wiejskich może stać się bardzo niebezpieczną. Zamiast więc szczotki zaleca piasek, jako materiał odpowiedni do tego celu i mający wyższość nad szczotką z następujących powodów: 1) piasek może być w sposób prosty i łatwy zapomocą gotowania w woreczku w wodzie lub wypalania otrzymany i przechowywany w stanie zupełnie czystym, jako środek aseptyczny; 2) dzięki swym kształtom, budowie, działa przy myciu rąk na skórę energicznie, ścierając wierzchnie warstwy naskórka i brud, co stanowi właśnie istotę działania mechanicznego; 3) łącząc piasek z mydłem, całą procedurę mycia odbywamy podczas jednego równomiernego, nieprzerywanego aktu; 4) piasek jest materiałem dla każdego i wszędzie dostępnym, prawie bezwartościowym; 5) piasek przez lud nasz jest uważany i uznany, jako wypróbowany znakomity środek do usuwania największych nieczystości i brudu z naczyń i sprzętów, a także do mycia rąk. Praktyczne swe spostrzeżenia poparł prelegent doświadczeniami naukowymi: w skórę rąk wcierano czystą hodowlę lasecznika ropy błękitnej i ręce te myto następnie piaskiem. Szczepienia na odżywkach [żelatyna, agar] materiału, zebranego z takich rąk, zapomocą nitek wyjałowionych, dawały wynik ujemny.

W dyskusyi AL. ZAWADZKI wyraził obawę, że piasek, wcierany w skórę, rani ją swymi ostrymi brzegami i dlatego do mycia rąk służyć nie może. Najodpowiedniejsze dla babek wiejskich byłyby rękawiczki gumowe. JAWORSKI nie podziela co do piasku obawy. BORYSSOWICZ, DOBRUCKI przemawiają za piaskiem.

Na temat drugi w sprawie podniesienia poziomu wykształcenia położniczego i ginekologicznego wśród lekarzy prowincjonalnych przemawiał BRONISŁAW SZYMAŃSKI. Treść doskonale napisanego odczytu była następująca: stosunek akuszerki do innych gałęzi nauk lekarskich w praktyce prowincjonalnej. Warunki lecznictwa akuszerskiego na prowincyi. Leczenie operacyjne położnicze na prowincyi. Przyczyny ograniczonego zakresu działania lekarza-akuszerki na prowincyi i częstość błędów akuszerskich na prowincyi i jego skutki. Poród zaniedbany. Dążenia współczesne w akuszerki i ich urzeczywistnienie na prowincyi. Cel pomocy akuszerskiej i możliwość osiągnięcia jego w praktyce prowincjonalnej. Postęp akuszerki i osiągnięcie jego na prowincyi w zależności od poprzedniego przygotowania lekarza-praktyka w akuszerki. Potrzeba uzupełnienia wiedzy akuszerskiej lekarzy prowincjonalnych jest nagląca. Sposoby i środki: piśmiennictwo i uczelnie. Wniosek ostateczny: Lekarz prowincjonalny powinien gruntownie posiadać akuszerkę i dobrać studiami ją uzupełniać.

W dyskusyi kol. ZASUCHA przemawiał za urządzaniem kilkotygodniowych prywatnych kursów akuszerki dla lekarzy prowincjonalnych. Rada Towarzystwa Hyg. zajęć się winna urzeczywistnieniem tego projektu. Prócz tego zabierali głos CYKOWSKI, SKAŁSKI.

W związku z tym tematem była praca S. ZABOROWSKIEGO, który zabrał głos w sprawie operacyjnej pomocy położniczo-ginekologicznej w zastosowaniu do warunków praktyki prowincjonalnej. Spieszne podanie pomocy położniczej i ginekologicznej często decyduje o życiu chorej. Dlatego też lekarz powinien umieć stworzyć sobie szybko warunki, dostatecznie odpowiadające wymaganiom aseptyki i wystarczające zupełnie przy wykonywaniu najcięższych nawet operacji. Posługiwać się więc powinien przyborami jak najmniej złożonymi i łatwo przenośnymi a do wyjaławiania wystarczyć mu powinna wrząca woda. Sprawność osobista i wyszkolenie chirurgiczne są najważniejszymi zaletami operatora. Bogate urządzenie sal operacyjnych w niektórych współczesnych szpitalach i zakładach prywatnych jest czynnikiem podrzędnym, bynajmniej nie gwarantującym powodzenia. Przy umiejętności ze strony lekarza komfort ten zastąpić można daleko mniejszymi i prostszymi środkami i dokonać przy ich pomocy ciężkich rękoczynów aseptycznie i zupełnie bezpiecznie. Dowodzą tego bardzo dobre wyniki operacji w większości szpitali, w których skąpe środki nie pozwalają na współczesne udoskonalenia, jak również wyleczenia, otrzymywane po operacjach w praktyce wiejskiej. Działalność lekarza w powyższych warunkach jest trudniejsza i wymaga dużego nakładu pracy i energii, lecz tem owocniejsza i ważniejsza. Na zakończenie prelegent przedstawił cały swój aparat przenośny w kształcie niewielkiego sak-wojażu, w którym mieszczą się sterylizator, narzędzia, jako też wszystko to, co bywa niezbędne chirurgowi przy wykonywaniu najcięższych nawet operacji.

W dyskusyi STANKIEWICZ uważa zaleconą przez prelegenta metodę wyjaławiania przez gotowanie za niepewną [badania STANKIEWICZA i KOZICKIEGO wykazały, iż gotowanie nie jest w stanie zabić suszonych zarodników *bac. anthracis* nawet w przeciągu 40-u minut] i widzi w propagowaniu tej metody krok wstecz na polu aseptyki operacyjnej. CZERWIŃSKI i DOBRUCKI podzielają to zdanie.

BORYSSOWICZ w myśl tego, że dla lekarzy prowincjonalnych wykłady z dziedziny akuszerki i ginekologii mogą być pożyteczne, miał pogadankę na temat ważności wczesnego i szybkiego rozpoznawania niektórych cierpień narządów płciowych kobiecych. Wczesne bowiem rozpoznanie pozwoli na wczesne wykonanie operacji radykalnej, mogącej uratować życie chorej. Do tej kategorii cierpień mówca zaliczył ciężą zewnątrzmaciczną, skręcenie szypuły torbieli jajnika i raka macicy. Wykład więc miał na celu zwrócenie uwagi na te obja-

wy, które już wcześniej pozwalają podejrzewać istnienie chorób rzeczonych. Wykład był przyjęty z uznaniem. Jako dopełnienie tej kategorii chorób kobiecych, należałoby, zdaniem mojem, wspomnieć także o *chorio-epithelioma malignum*, którego wczesne rozpoznanie może stać się niekiedy ocaleniem życia kobiety, dotkniętej tą straszną chorobą.

NEUGEBAUER dopełnił wykład BORYSSOWICZA przytoczeniem kilku omyłek rozpoznawczych w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej.

Prócz tego NEUGEBAUER na okazach bardzo obfitego zbioru przedstawił szkodliwości, często wywoływane przez wianki maciczne, już to z powodu wadliwych kształtów, wiankom nadawanych, już też dlatego, że materiał z którego są wykonywane, jest zupełnie nieodpowiedni. Następnie okazał trzy osobniki z t. zw. *erreur de sexe*.

KURTZ przedstawił mały, praktyczny sterylizator.

Pod temat drugi podciągnąć też trzeba wykład KORYBUTA DASZKIEWICZA, poświęcony pielęgnowaniu noworodków. Mówca zastanawiał się na-przód nad znanymi dotychczas sposobami cucenia dzieci w pozornej śmierci będących [MARSCHALL-HALL'a, SILVESTER'a, SCHULTZE'go], wyliczył ich zalety i wady i wreszcie przedstawił swój własny sposób żywienia pozornie zmarłych dzieci. Po oczyszczeniu jamy ustnej ze śluzu lekarz sadza dziecko, okryte pieluszką, na prawej dłoni, oparłszy ją na własnem nadbrzuszu; dziecko prawą stroną tułowia dotyka klatki piersiowej lekarza; lewą dłonią lekarz trzyma za szyję i główkę dziecka. Akt pierwszy [sztuczny wdech] polega na opuszczeniu lewej ręki ku dołowi, przyczem główka i tułów dziecka opuszcza się na dół i klatka piersiowa się rozszerza; drugi zaś [sztuczny wydech] polega na powrocie do poprzedniej pozycji a nawet na zgięciu (*conduplicatio*) w kręgosłupie dziecka tak, by prawie twarzą dotknęło nóżek, spoczywających na nieruchomie o nadbrzusze opartej prawej dłoni. Prelegentowi sposób ten wydaje się bardzo praktycznym i bezpieczniejszym, aniżeli ogólnie stosowana metoda SCHULTZE'go.

Następnie DASZKIEWICZ mówił o pielęgnowaniu i opatrywaniu pepowiny i pepka u noworodków przed odpadnięciem sznurka pępkowego. Zalecał więc przedewszystkiem zachowanie czystości chirurgicznej przy opatrywaniu pepowiny i rany pępkowej i wspomniął o różnych poglądach na sprawę kąpania noworodków w pierwszych dniach przed odpadnięciem pepowiny. Sam jest zwolennikiem kąpania noworodków, żąda tylko, żeby przy stosowaniu kąpieli była przestrzegana wielka czystość [czysta wanienska, woda przegotowana, unikanie dotykania niepotrzebnego rękami rany pepka, czysty opatrunek po kąpieli].

W dyskusji nad kwestyą cucenia pozornie zmarłych noworodków ZWEJGBAUM przypomniał jeszcze sposób LABORDE'a, polegający na rytmicznem pociąganiu za język dziecka aż do zjawienia się pierwszego wdechu i sposób MINKIEWICZA, zbliżony do sposobu prelegenta, zasadzający się na tem, że lekarz sadza dziecko na stole i stojąc z tyłu dziecka, wykonywa tułowiem jego ruchy zginania ku przodowi [wydech] i rozginania ku tyłowi [wdech]. Prócz tego KOZŁOWSKI i CZERWIŃSKI demonstrowali też sposób, praktykowany na klinice prof. PAWLIKA w Pradze Czeskiej, a polegający na rozbujaniu dziecka, które, zwieszono głową na dół, lekarz trzyma za nóżki między trzema palcami swymi i podrzucaniu ku górze i ku przodowi tułowia jego. Ma to być sposób praktyczny i pewny.

Tematem trzecim, mianowicie organizacją stałej pomocy na prowincyi, zajęli się JASIELEWICZ, JAWORSKI, IDZIKOWSKI, ZWEJGBAUM i CHODAKOWSKI. Pierwsi dwaj mówili o Szkole babek wiejskich i o najwłaściwszym typie akuszerki dla prowincyi. JASIELEWICZ zapoznawszy zebranych z krótką historią powstania Warszawskiej Szkoły babek wiejskich, wskazał jaki jest obecnie system i program nauczania w tej szkole, zaznaczył jednocześnie, że podstawą

nauczania jest ciągle i nieustanne krzewienie pojęcia o bezgnilnem prowadzeniu porodu i okresu poporodowego. Wskazał wszelkie środki, jakie są w użyciu do osiągnięcia pożądanego w tym kierunku rezultatu. Wyliczywszy następnie najważniejsze działy programu, na które specjalną zwraca się uwagę uczennie, dowiódł, że Szkoła babek wiejskich, istniejąca przy Instytucie położniczym w Warszawie, jak również i przytulki położnicze warszawskie wytwarzają najbardziej pożądaną typ akuszerki prowincjonalnej. Wreszcie zwrócił uwagę, że lekarze na prowincyi powinni nadal czuwać nad wychodzącymi ze szkoły akuszerkami wiejskimi, kontrolować ich działalność, że od surowo i pedantycznie przestrzeganych przez lekarzy zasad aseptyki i antyseptyki zależy odpowiednie zachowywanie się akuszerek przy położnicach. Jeżeli zaś akuszerka wiejska spostrzeże, że lekarz, z którym spotyka się przy porodach, obojętnem okiem patrzy na jej mycie rąk, badanie, podmywanie rodzącej i t. p. zabiegi, zacznie się sama zaniedbywać; jeżeli w dodatku szczęśliwym trafem pomimo to będzie miała kilka szczęśliwych porodów, przestanie wierzyć zasadom czystości, wpajany w szkole, nie będzie przestrzegać ich tak pilnie i dalsza jej działalność stać się może wprost szkodliwą.

W tej samej sprawie przemawiał następnie JAWORSKI przekonywając dobitnie, że kobiety przy porodach powinny mieć obsługę z osób, do ich sfery należących, im pod każdym względem bliższych, a więc wśród ludu powinny praktykować jako akuszerki kobiety z tego ludu pochodzące, znające jego obyczaje, obrzędy, wyznające jego wiarę, mówiące jego językiem, nie pogardzające jego pracą. Typ babki wiejskiej jest dla ludu włościańskiego najodpowiedniejszy. Do takich jedynie akuszerek lud nasz może mieć zaufanie. „Pańskość“ akuszerki z wyższem wykształceniem jest dla prostego ludu krępująca.

Lekarze prowincjonalni, którzy głos w dyskusyi zabierali [PISARZEWSKI i CZERWIŃSKI] zgodzili się na to, że Warszawska Szkoła babek wiejskich dostarcza typu akuszerki wiejskiej, zupełnie dla ludu odpowiedniego i pożądanego.

Łdzikowski przemawiał w sprawie organizacji pomocy akuszerkowej na prowincyi. Organizacya ta może być rozpatrywana li tylko w związku z projektowaną obecnie organizacyą pomocy lekarskiej na wsi wogóle. Otóż ta ostatnia złemu nie zaradzi, bo będzie stosunkowo za kosztowna, obciążając ludność nowym podatkiem. Pomoc, przez nią proponowana, nie będzie bezpłatna, lekarze staną się urzędnikami, obciążonymi masą różnorodnych zajęć, a co najważniejsza—organizacya ta pomocy akuszerkowej po wsiach wcale nie uwzględni, bo w proponowanych szpitalach ludowych, które stanowią zresztą dodatnią stronę projektu, o oddziałach położniczych nie się wspomina.

Żądania mówcy, dotyczące organizacji pomocy akuszerkowej w Królestwie Polskiem, sprowadzić się dają do wniosków następujących: 1) W Królestwie pożądanem jest wybudowanie tylu przynajmniej szpitali, ile projektuje się rewirów w nowej organizacyi, mianowicie 108 szpitali nowych, murowanych, zasobnych, urządzonych skromnie, lecz wedle wymagań higieny; każdy co najmniej na 10 łózek [koszt budowy około 2 milionów rubli]; 2) utworzenie przy każdym szpitalu posad dla dwóch stałych lekarzy [jeden winien być chirurgiem] i felczerki [prócz niższego personelu]; 3) podwyższenie pensyi lekarzy powiatowych i włożenie na nich obowiązku walki z epidemiami; 4) każdy szpitalik winien mieć oddział położniczy [na 3 — 4 łóżka], pozostający w zwadywaniu lekarza, oznajmionego z akuszerką i przeznaczony tak dla „normalnych“, jak i dla trudnych porodów; 5) nie mogące lub nie chcące odbywać porodu w oddziale położniczym, pozostają pod opieką babki wiejskiej, wykwalifikowanej w szpitalu miejscowym, mającej prawo praktyki tylko w danym rewirze i wynagradzanej za każdy dobrze przeprowadzony poród przez szpital w sumie 1 rb. [kontrola należy do lekarzy szpitalnych]; 6) poza powyższymi babkami wiejskimi należy pozostawić prawo praktyki po wsiach również

babkom, wychodzącym ze Szkoły warszawskiej, bez ograniczenia miejsca praktyki i bez wynagradzania ze strony szpitala, pod kontrolą jednak ze strony ostatniego; 7) koszta urządzenia szpitali winno przyjąć na siebie państwo; źródłem funduszków na utrzymanie szpitali ma być podatek; 8) pomoc szpitalna na wsi winna być bezpłatna; 9) obowiązkiem inteligencji prowincjonalnej jest organizowanie towarzystwa samopomocy na wzór istniejących za granicą, zabezpieczających pomoc chorym, nie potrzebującym leczenia szpitalnego.

ZWEJGBAUM zabrał głos w sprawie pomocy akuszeryjnej dla ubogiej ludności miast i miasteczek w Królestwie. Brak stałej pomocy akuszeryjnej jest klęską prowincyi. Nawet szpitale pomocy akuszeryjnej nie dostarczają. Uboga ludność pozostaje pod tym względem na łasce przezwaznie bab samouczek, które więcej szkody niż pożytku przynoszą. To też śmiertelność wśród położnic i noworodków na prowincyi jest zastraszająca. Zarządzenie złemu jest potrzebą palącą. Osiedlanie lekarzy i akuserek po miastach prowincjonalnych nie zaradza złemu, gdyż dla ubogiej ludności pomoc ta jest zbyt kosztowna, a więc prawie niedostępna. Tu zdziałać wiele może tylko inicjatywa prywatna, organizując po miastach i miasteczkach Towarzystwa opieki i pomocy akuszeryjnej dla ubogich położnic. Głównym zadaniem Towarzystw rzeczonych byłaby opieka w najszerszym znaczeniu tego słowa nad ubogimi kobietami brzemiennymi, rodzącymi i położnicami i dostarczanie im bezpłatnej pomocy lekarskiej w poliklinice lub przytułku położniczym, utrzymywanych przez Towarzystwo. Rozwinięcie programu organizacji i działalności Towarzystwa, przedstawienie środków utrwalenia materialnego bytu tych instytucji i korzyści, wypływających z podobnej organizacji pomocy akuszeryjnej dla ubogich na prowincyi—oto dalsza treść referatu.

Wreszcie CHODAKOWSKI przemawiał za urządzeniem przytułków położniczych przy szpitalach prowincjonalnych, już istniejących, gdyż założenie takiego oddziału położniczego da się uskutecznić taniej, aniżeli urządzenie oddzielnego przytułku. Administracja oddziału położniczego przy szpitalu wypadnie też taniej, aniżeli oddzielnego przytułku. Prelegent opisał rozwój istniejących oddziałów położniczych przy szpitalach prowincjonalnych i zaznaczył społeczne i higieniczne znaczenie tych instytucji dla prowincyi.

W dyskusji nad trzema ostatnimi odczytami większość skłaniała się do wniosku CHODAKOWSKIEGO, że najodpowiedniejszym na prowincyi byłyby oddziały położnicze przy szpitalach. SOCHACKI zapytał, czy nie byłoby ułatwieniem urzeczywistnienia projektu ZWEJGBAUMA, gdyby Warszawskie Towarzystwo Opieki nad ubogimi matkami i ich dziećmi zechciało rozszerzyć swą działalność i na miasta prowincjonalne.

Wniosek ZWEJGBAUMA jednomyślnie przyjęto.

Na tem obrady zakończono.

Wnioski sekcji w ostatecznej redakcyi brzmią jak następuje: Warszawskie Towarzystwo Higieniczne powinno rozpowszechnić zapomocą odpowiedniego wydawnictwa kartkowego przepisy aseptycznego postępowania w położnictwie.

Sekcyja akuszeryjna uznaje, jako najodpowiedniejszy typ akuszerki w najszych warunkach dla wsi, t. zw. babkę wiejską, swem pochodzeniem i zamieszkiwaniem należącą do warstw ludowych.

Wyraża gorące życzenie gwoli poprawy pomocy położniczej na prowincyi zwiększania zastępu babek wiejskich, co osiągnąć można:

przez wystaranie się o powiększenie miejsc do nauki w Warszawskiej Szkole babek wiejskich i w warszawskich przytułkach położniczych;

przez obznajmianie praktyczne kobiet ze sfery włościańskiej w nauce położnictwa w ciągu 4—6 miesięcy w istniejących już przytułkach położniczych na prowincyi, lub powstać mających;

przez tworzenie po wsiach, z funduszków gminnych, zapomóg dominiów, stałego wynagrodzenia rocznego dla babki położnej, w każdej wsi osiadłej.

Towarzystwo Hygieniczne powinno popierać projekt zakładania po miastach i miasteczkach naprzód przytułków położniczych przy szpitalach lub oddzielnie, powtórnie—Towarzystw opieki i pomocy akuszerskiej dla ubogich położnic, lub wpłynęło na otworzenie na prowincyi oddziałów Warszawskiego Towarzystwa opieki nad ubogimi matkami i ich dziećmi.

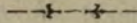
Towarzystwo Hygieniczne powinno pośredniczyć w zaprowadzeniu praktycznych kursów akuszerki dla lekarzy, mających rozpocząć praktykę prowincjonalną lub pragnących studia akuszerskie uzupełnić.

Nadto sekcyja wyraża zdanie, że w interesie zmniejszenia pewnych chorób kobiecych wśród szerokich mas ludowych, należy dążyć do decentralizacji operacyjnej pomocy ginekologicznej.

W końcu sekcyja akuszerska wyraża życzenie, aby Towarzystwo Hygieniczne rozpatrzyło krytycznie zamierzoną rządową organizację pomocy lekarskiej odnośnie pomocy akuszerskiej, opierając się na zestawieniach i wnioskach referatu dra IDZIKOWSKIEGO.

M. Zweygbaum.
[C. d. n.]

WIADOMOŚCI DROBNE.



— PINCUS zastanawia się nad obojętnością lekarzy praktyków, a zwłaszcza lekarzy domowych na zaburzenia dojrzałości płciowej u kobiet i niezwracanie należytej uwagi na brak miesiączki, zdarzający się dość często u dziewczyczyn, które według wieku są zaliczane pod względem płciowym do dojrzałych. Leczenie chorych tego rodzaju bywa szablonowe: żelazo przeciw brakowi miesiączki, morfina przeciw bólowi peryodycznym, towarzyszącym brakowi miesiączki (*molimina menstrualia*), bez uprzedniego jednak badania ginekologicznego osób niemiesiączkujących. A jednak błędem jest uważanie braku miesiączki zawsze tylko za wyraz ogólnego zaburzenia ustroju, jak błędem jest bez wszelkiego badania i zebrania wywiadów leczenie stanów tych przez całe miesiące i wyłącznie lekarskimi.

Nie trzeba jednak sądzić, aby P. radził każdą dziewczynę niemiesiączkującą badać natychmiast wewnątrznie. Badać należy wtedy tylko, jeśli tego wymagają poważniejsze przyczyny, a mianowicie: długotrwała, nawet bez objawów przebiegająca *amenorrhoea* u dziewczyn pod względem wieku płciowo dojrzałych, czyni badanie ginekologiczne pożądanem. W każdym oddzielnym przypadku trzeba się nad tem dobrze zastanowić! Jeśli w wywiadach, które w takich wypadkach należy zbierać bardzo starannie, są ciężkie choroby zakaźne albo zboczenia konstytucjonalne, to badanie staje się nieodzownem. Tak samo, jeśli jednocześnie są bóle zwiastunowe (*molimina menst.*) lub krwawienia zastępcze (*menstruatio vicaria*). Wszystkie bowiem zboczenia (*amenorrhoea*, *molimina* i *menstruatio vicaria*) pozwalają podejrzewać istnienie zarośnięcia ciążowego, w większości przypadków bezwzględnie nabytego, z następstwami: *haematocolpos*, *haematometra*, *haematosalpinx*. Leczenie więc w takich razach powinno być operacyjne, przede wszystkim dążące do opróżnienia tych zbiorników krwi przez pochwę.

(Centrbltt f. Gynäk. 1902. N-r. 52).

Z.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доводено Ценаур. Варшава, 24 мая 1903. Друк К. Ковалевського, Варшава Мазовецка 8.