

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Trzeci przyczynek do nauki o zбочeniach mowy, przez D-ra Władysława Ołtuszewskiego (Ciąg dalszy). O gastrostomii sposobem Witzel'a, podał Hipolit Oderfeld. — **Streszczenia i wyciągi.** 133. Wpływ podróży powietrznych i górskich na ustrój ludzki. 134. O wpływie klimatu górskiego na skład krwi. 135. O nowym sposobie postępowania wobec porodów niewczesnych. — Z V-go zjazdu niemieckiego towarzystwa dermatologicznego, podał A. Kozerski. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

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

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

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

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

Z ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY.

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

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 41).

Z pomiędzy afatyczno-dysfatycznych zбочeń czynnościowych najwięcej zajmuje nas niemota wrodzona i bełkotanie. Pod nazwą pierwszej pojmujemy, jak wiadomo, zбочenie, polegające na tem, że pomimo rozumienia mowy, dzieci ani powtarzać, ani mówić samodzielnie nie mogą; bełkotanie zaś polega na tem, że przy zachowaniem rozumieniu, mimo możności powtarzania i samodzielnego mówienia, mowa jest mniej lub więcej niezrozumiała dla otoczenia¹⁾. O patogenezie dwu tych ważnych zбочeń znajdujemy w literaturze odnośnej luźne tylko wzmianki, w zupełności niewystarczające do racjonalnego ich wytłomaczenia. Jedyne dane, poczerpnięte ze spostrzeżeń nad rozwojem mowy u dzieci zdrowych i z nich wypływające warunki psychofizyologiczne, nieodzowne do jej wytworzenia, mogą nam rzucić właściwe w tym względzie światło. Przy tej sposobności pozwolimy sobie podać z powyżej przytoczonej pracy: „O rozwoju mowy u dziecka etc.“ to, co ma bezpośredni związek z zajmującym nas obecnie przedmiotem. Pamięć, zdolność do kojarzeń oraz odpowiedni rozwój woli, a więc naśladownictwo, stanowią trzy warunki psychofizyologiczne do wytworzenia się

¹⁾ Od bełkotania należy wyróżniać wadliwe wymawianie, zanieczyszczające tylko mowę, o czem poniżej przy bełkotaniu.

mowy. W rozumieniu słów mamy najprostsze kojarzenie głosów ze sferą słuchową, wzrokową lub innego zmysłu, a dziecko, słysząc dźwięki, otrzymuje wyobrażenie o danej rzeczy. Owa zależna pamięć słowna rozwija się najwcześniej, bo już od 8 miesięcy. Z rozwojem woli, a przede wszystkim najczęściej nas tu obchodzącego naśladownictwa, zaczyna wytwarzać się kojarzenie słyszanych głosek z czuciami, zależnymi od ruchów w narządzie artykulacji, jakie mają miejsce przy wygłaszaniu rozmaitych dźwięków. Dziecko zaczyna powtarzać słyszane głosy, a wymawianie ich, pozostawiając ślady w ruchowej okolicy kory, wytwarza pamięć ruchową zależną, nieodzowną przy powtarzaniu słów. Początek tego powtarzania przypada stosunkowo wcześnie, gdyż przed końcem pierwszego roku, co w zupełności odpowiada większemu już naówczas rozwojowi woli, a więc możliwości naśladowania. Najpóźniej, bo dopiero przy końcu drugiego roku, rozwija się mowa samodzielna. Późny jej rozwój objaśniamy sobie tem, że do mowy samodzielnej dziecko posiadać musi czynną pamięć ruchową i słuchową, to jest zdolność przedstawiania sobie w umyśle zarówno obrazów słuchowych, jak i ruchowych danego wyrazu. Oprócz tego należy tutaj dodać, że wyobrażenie słuchowe wyrazu przy jego wygłaszaniu musi trwać aż do wypowiedzenia ostatniej jego zgłoski, a to dla ogarnięcia następujących po sobie obrazów zgłosek w jedną całość. Ma to zaś miejsce z tego powodu, że każdy wymawiany wyraz jest dla naszego ucha czemś stającym się, a nie rzeczą gotową, gdyż powstanie nawet oddzielnej jego zgłoski wymaga więcej czasu, aniżeli postrzeżenie liczby lub przedmiotu, które ośrodek wzrokowy uskutecznia od razu. Nie odzwierciedlamy więc w ośrodku słuchowym całego wyrazu słownego (ewentualnie czytanego lub pisanego), lecz wszystkie jego zgłoski oddzielnie, które się następnie w nim łączą w jeden wyraz słowny (ewentualnie czytany lub pisany). Powyżej przytoczone względy czynią zrozumiałem, dlaczego mowa samodzielna, wymagająca daleko więcej pamięci, aniżeli jej rozumienie lub powtarzanie, rozwija się najpóźniej.

Zrozumienie podstawowych zasad psychofizjologicznych rozwoju mowy objaśnia nam dostatecznie patogenezę dwu omawianych zbroczeń. Obie wady zależą od upośledzenia pamięci ruchowej i słuchowej, wskutek wrodzonego niedołęstwa umysłowego lub jakiegokolwiek szkodliwości, upośledzającej odżywianie kory mózgu do stopnia dostatecznego, aby owe pamięci osłabić. Dzieci z niemotą wrodzoną nie przechodzą po za pierwszy okres rozwoju mowy, bełkoczące zaś, choć mogą powtarzać i samodzielnie mówić, mowa ich jednak, z powodu osłabienia pamięci ruchowej i słuchowej, jest mniej lub więcej dla otoczenia niezrozumiała. Zaraz tutaj trzeba dodać, że bełkotanie w mniejszym lub większym stopniu bywa czasowo u dzieci i przy rozwoju prawidłowym ich mowy. Aby zrozumieć owo bełkotanie fizjologiczne, należy poznać warunki wytwarzania dźwięków oraz formowania się wyrazów z sylab. Nie wdając się w szczegóły warunków, od których zależy powstawanie dźwięków oraz pewien porządek ich występowania, ograniczamy się tu jedynie na wzmiankę, że wcześniejsze pojawienie się wargowych i łatwiejszych do wymawiania języko-podniebiennych przednich ma swe uzasadnienie fizjologiczne w tem, że daleko wcześniej, gdyż już przy ssaniu, dziecko przyzwyczaja te części do wykonywania różnych ruchów. Późniejsze występowanie dźwięku *l*, trudniejszych do wymawiania języko-podniebiennych przednich, języko-podniebiennych tylnych i zębowo-wargowych, objaśniamy sobie więcej złożonym mechanizmem ich tworzenia, co jeszcze bardziej

dotyczy takich dźwięków, jak *r, ł, cz, sz, ź*. Zanim wszystkie dźwięki pomienione dziecko wytworzy, dadzą się słyszeć w większości przypadków różne szmery przejściowe oraz zamiany, stanowiące jeden ze składników obrazu bełkotania fizyologicznego. Zależą one, jak widzieliśmy, od osłabionej działalności pamięci ruchowej, uwarunkowanej pewnymi trudnościami mechanicznymi przy wytwarzaniu dźwięków. Co się tyczy warunków, od których zależne jest tworzenie się wyrazów z sylab, to z powodu niemocy czasowej pamięci słuchowej utrzymania w porządku należywym szeregu dźwięków danego wyrazu, jak również niewyrobionego jeszcze mechanizmu ekspiracji artykulacyjnej⁸⁾, następuje przestawianie zgłosek, unikanie słów polisylabicznych, a z tego względu przy ich wymawianiu zamiast całych wyrazów używanie tylko jednej samogłoski lub łączenia z nią jednej ze spółgłosek, opuszczanie głosek lub zgłosek, zamiana jednych przez drugie jednobrzmiące i t. d., co wspólnie z powyżej przytoczoną zamianą głosek czyni mowę niezrozumiałą. Zapoznanie się z owym bełkotaniem fizyologicznym nieodzowne jest dla lekarza, ułatwia mu bowiem zrozumienie bełkotania patologicznego, a ponieważ jest zależne również od osłabienia pamięci ruchowej i słuchowej, stwierdza więc słuszność zapatrywania się naszego na powstawanie tego ostatniego.

Wyświetlona patogenezą niemoty wrodzonej oraz bełkotania rzuca nam odpowiednie światło do wyprowadzenia wskazań w celu ich usunięcia. Polegają one na wzmocnieniu lub też przywróceniu omówionych pamięci słownych, przy pomocy odpowiednich, systematycznie prowadzonych ćwiczeń. Obie wady, jak już miałem sposobność kilkakrotnie się przekonać, należą w zupełności do uleczalnych. To samo dotyczy innych niemot czynnościowych. O możliwości i zasadzie, na której opiera się leczenie niemot organicznych, w przypadkach, gdzie nie możemy działać na przyczynę, a mamy jedynie do czynienia z jej następstwem, pisałem w pracach poprzednich. Możliwość ta, stwierdzona już zresztą dziś tak własnym doświadczeniem, jakoteż i innych, nie powinna nas bynajmniej dziwić, jeśli weźmiemy pod uwagę, że nawet przy zmianie anatomicznej w jakimś ośrodku mowy, rzadko się przytrafia, aby całe jego pole uległo zniszczeniu, pozostała więc część komórek może przyjąć na siebie rolę zastępczą; że najczęściej obok zmiany anatomicznej mamy bardzo wiele objawów czynnościowych; że niema dobrej racji zaprzeczać temu, aby półkula prawa nie mogła przyjąć w tym względzie żadnego udziału; że wreszcie pamięć słowna, jak wogóle każda pamięć, przy odpowiednich ćwiczeniach ulega powrotowi.

Przechodzę obecnie do zdania sprawy z materiału, jakim rozporządzałem. Spostrzegalem 27 przypadków niemoty (18 m., 9. k.), z których 24 u dzieci, a 3 u dorosłych. Z 24 przypadków u dzieci, 10 należało do niemoty wrodzo-

⁸⁾ Mechanizm ekspiracji artykulacyjnej zaliczamy do pamięci ruchowej. Pod tą nazwą rozumiemy drobne wahania wydechu, różno dla każdej sylaby, a nawet zawartych w niej oddzielnych głosek, które stanowią dla nich rodzaj kanwy. Dzieci zazwyczaj ułatwiają sobie ów mechanizm ekspiracji artykulacyjnej przez opuszczenie głosek lub zgłosek, albo zamianę różnych głosek jednakowemi np. *lolondać* zamiast *ogłądać*. W ogóle mechanizm tworzenia się wyrazów i sylab podlega według SIKORSKIEGO dwom typom: jedne dzieci zwracają większą uwagę na stronę fonetyczną, pomijając więc mniej lub więcej ilość sylab danego wyrazu, starają się zachować o ile można słyszane dźwięki; inne znów kierują całą swą uwagę na mechanizm artykulacyjnej ekspiracji (sylabową strukturę). Ostatniego rodzaju dzieci, zachowując ilość słyszanych sylab, zaniedbują stronę fonetyczną, a zamieniając głoski danych wyrazów różnemi dowolnemi, nieraz w zupełności je zniepodobniają, np. zamiast *drzwi-tsi*.

nej, 10 do mowy opóźnionej, a 4 do głuchoniemoty. W etyologii niemoty wrodzonej prawie we wszystkich przypadkach można było wykazać w mniejszym lub większym stopniu osłabienie władz umysłowych. W wywiadach bardzo często wspomniano o przebytych drgawkach. Operację wyrosli adenoidalnych wykonano w dwu przypadkach. Z 10 przypadków niemoty wrodzonej miałem sposobność stosować leczenie tylko w jednym. Dotyczył on dziewczynki Antoniny S., 7 lat liczącej. Pochodzi ona z rodziny, złożonej z 5 prawidłowo mówiących dzieci. Zaczęła chodzić, mając 2 lata. Błada, umiarkowanie odżywiona. Sfera intelektualna, oprócz osłabienia pamięci słownej, nie przedstawia żadnych zbroceń wybitnych. Podniebienie wysokie, szczęki ku przodowi nie schodzą się, pozostawiając między sobą nieznaną lukę. Jama noso-gardzielowa zmian nie przedstawia. Rozumienie mowy zupełne. Z oddzielnych dźwięków brak: *j, ch, s, sz, ż, cz, dż*, oraz wszystkich miękkich. Dziewczynka powtarza dobrze wyrazy dwusylabowe, złożone z dźwięków, które posiada; daleko już gorzej trzysylabowe, w których zgłoski opuszcza lub przemienia. Ponieważ mowa samodzielna ograniczała się zaledwie na kilku wyrazach dwusylabowych, uważano więc ją za zupełnie niemą, tem więcej, że nie okazywała do mowy najmniejszej chęci, lecz posługiwała się przeważnie mimiką. Pacjentkę przedstawiłem w Towarzystwie Lekarskim 30. IV. 95. Obecnie upływa 6 miesięcy od rozpoczęcia systematycznie prowadzonych ćwiczeń. Przez ten czas dziewczynka nauczyła się wszystkich dźwięków, powtarza w należyтым porządku wyrazy, choćby złożone z 5 sylab, zdania krótkie najzupełniej prawidłowo mówi, a nawet może opowiadać bardzo krótkie powiastki. Sądzę, że przy zaleceniu odpowiednich wskazówek, dalsze doskonalenie mowy można pozostawić rodzicom ⁹⁾.

Przypadek powyższy pouczający jest pod wieloma względami. Przewszystkiem wykazał nam, że dzieci tego rodzaju, pozostawione samym sobie, mogą dojść do wieku, w którym winno się już zacząć kształcenie przedszkolne, a mimo to zdolność do mowy nie postępuje. Dalej przekonał nas, że potrzeba bardzo mozolnych ćwiczeń, aby wytworzyć czynną pamięć ruchową i słuchową, gdyż dziewczynka przez długi czas, pomimo wyrobionych już dźwięków, nie mogła powtarzać, a tem więcej samodzielnie mówić. Uzasadnia to zapatrywanie, mające ważne znaczenie przy niemotach ruchowych: że brak czynnej pamięci ruchowej uniemożliwia wytworzenie mowy wewnętrznej. Toteż, dopóki pamięć ta nie powstała, zastępowała ona mowę wewnętrzną myśleniem obrazowem. Ponieważ postęp mowy u tego rodzaju dzieci odbywa się w taki sam sposób, jak to ma miejsce daleko wcześniej i jedynie siłami przyrody u dzieci rozwiniętych prawidłowo, metoda więc leczenia opiera się na tychże samych podstawach. Nie potrzebuję chyba tutaj dodawać, o ile ważnym, niepodlegającym już dziś wątpliwości faktem jest możliwość wyleczenia podobnego rodzaju zbroceń u dzieci, pozbawionych sposobów kształcenia się jedynie wskutek braku mowy.

Poniżej załączam wszystkie 3 przypadki niemoty u dorosłych, uzasadniające poniekąd słuszność podanego powyżej podziału niemot.

Franciszka K. lat 50. W roku zeszłym w lipcu przebywała napad apoplektyczny z porażeniem prawej połowy ciała; przez dwa tygodnie była nieprzytomna i nie rozumiała, co do niej mówiono. Pojmowanie mowy powoli zaczęło powracać. Stan obecny następujący: Rozumienie mowy prawie zupeł-

⁹⁾ Chorę tę, jako wyleczoną, przedstawiłem w Tow. Lek. 15. X. 95.

ne; ani pisma, ani liter nie rozumie; nie może ani samodzielnie mówić, ani powtarzać. Pismo samodzielne, choćby pojedynczych liter, jak również za dyktandem zniesione, kopiowanie zachowane. Mamy tu przykład klasyczny tak zwanej niemoty ruchowej zupełnej. Potwierdza on również zapatrywanie, że zniszczenie pamięci ruchowej znosi mowę wewnętrzną, że więc chorzy tacy ani rozumieć czytanego, ani samodzielnie lub też za dyktandem pisać nie są w możności.

Szymon K. lat 52. Przed półtora rokiem przechodził napad apoplektyczny. Parę tygodni był nieprzytomny, nie rozumiał, co do niego mówiono, i samodzielnie mówić nie mógł. Po trzech tygodniach rozumienie mowy zaczęło wracać, ale nie mógł mówić aż do dziewiątego miesiąca. Od pięciu miesięcy zaczął mówić, ale mniej lub więcej niezrozumiale. Stan obecny następujący: męczyzna budowy prawidłowej, odżywiania dobrego; bezwład górnej kończyny prawej i niedowład dolnej. Widzi i słyszy dobrze; język zbacza na stronę prawą. Samodzielna mowa parafatyczna, pomimo to niektóre słowa można rozumieć. Nazwisko swoje, modlitwy, dni tygodnia i cyfry mówi prawidłowo. Słowa oddzielne powtarza dobrze i to tem lepiej, im wyraz zawiera mniej sylab, daleko już trudniej zdania. Czytanie głośne parafatyczne (paraleksya głoskowa) Liczby czyta daleko lepiej, aniżeli pismo. Pismo samodzielne ręką lewą, pismo za dyktandem i kopiowanie zachowane (o zdolności ręki prawej trudno się było przekonać z powodu niedowładu). Chory psychicznie przygnębiony i skłonny do płaczu. Badanie inteligencji według szematu RIEGER'a dało wynik następujący¹⁰⁾. Percepcya i kojarzenie prawidłowe. Pamięć względem faktów dawniejszych zachowana. Pamięć względem wrażeń wzrokowych, słuchowych, dotykowych, smakowych, węchowych, bólowych, oraz wrażeń, otrzymanych przez ruchy własnego ciała, prawidłowa. Naśladownictwo zachowane: chory gwizdże melodyę usłyszaną, powtarza dźwięki, ruchy i kopiuje zupełnie dobrze. Powtarzanie wyrazów, szczególnie jeśli się składają z kilku sylab, zmienione. Sprawy intelektualne, odbywające się przez kojarzenie wewnętrzne, skuteczniają się prawidłowo, z wyjątkiem opisanych zmian przy mowie i piśmie. Rozpoznanie identyfikujące bez użycia mowy prawidłowe: chory np. wybiera podobne figury geometryczne, rozpoznaje przy zamkniętych oczach jednakowość ich formy i t. d. Dotyczy to i mowy; jeśli np. pytamy, czy to ten lub ów przedmiot, ta lub owa głoska. Co do przemiany wrażeń zmysłowych w pojęcia mowy, to tu spotykamy zmiany, gdyż chory wrażeń zmysłowym często nie może nadać nazwy; mniej dotyczy to liter, które nazywa wcale nieźle. Nazwy przedmiotów zdaje się lepiej pisać, niż nazywa. Kombinacje odbywają się w sposób prawidłowy.

Z objawów patologicznych, jakie znaleźliśmy u chorego, najważniejsza była parafazyja w mowie i czytaniu, obok pewnego osłabienia działalności ośrodka słuchowego. Mielśmy więc tutaj głównie do czynienia z dysfazją amnestyczną. Tego rodzaju postaci w żaden sposób nie można podciągnąć pod jakikolwiek ze znanych szematów. Najwięcej jeszcze przypadek ten zbliżałby się do niemoty przewodnictwa LICHTHEIM'a. Objaśniamy go sobie w sposób następujący. Pierwotna zmiana anatomiczna ośrodka ruchowe-

¹⁰⁾ Ponieważ niemoty uważamy za częściowe zaburzenie pamięci, a więc inteligencji, przeto badanie takie należałoby uskutecznić o ile można w każdym przypadku.

go i słuchowego spowodowała osłabienie czynnościowe działalności ośrodka pamięci ruchowej, ponieważ oddziaływał on jedynie na podniecie czuciową (pismo za dyktandem, możność powtarzania), oraz osłabienie pamięci słuchowej, uwydatniające się w tem, że chory wrażeniom zmysłowym często nie mógł nadać nazwy, że wskazany przedmiot pisał lepiej, aniżeli nazywał (podnieta wzrokowa), że wreszcie oddzielne słowa powtarzał lub czytał łatwiej, aniżeli zdania.

Przypadek opisany stwierdza wyżej przytoczone mniemanie, że przy rozpoznawaniu danego przypadku niemoty, dotychczas istniejące szematy nie są wystarczające, gdyż rzadko znajdujemy w nich tę lub ową szukaną przez nas postać. Toteż każdorazowo winniśmy przeprowadzić szczegółową analizę, uwzględniając starannie objawy czynnościowe, najwięcej maskujące pierwotną zmianę organiczną danego ośrodka.

Mniej więcej podobny przypadek parafazyi, tylko w daleko mniejszym stopniu, gdyż dotyczyła jedynie oddzielnych dźwięków, mieliśmy w następującym spostrzeżeniu. Jan J., lat 47 liczący, w listopadzie roku 1893 przebywał grype, przyczem w czasie silnego napadu kaszlu mowa zmieniła się, stając się niezupełnie zrozumiałą dla otoczenia, głównie z powodu zamiany głosek. To samo dotyczyło głośniego czytania. Rozumienie mowy i pisma pozostało prawidłowe. Przy pisaniu często opuszczał głoski. Stan ten powoli zaczął się poprawiać, a nieznaczne utrudnienie mowy pod koniec roku 1894 polegało jedynie na pewnej trudności przy wymawianiu syczących. Chory wspomina, że w pierwszych trzech miesiącach po napadzie doświadczał osłabienia pamięci ogólnej. Obecnie mamy nieznaczne osłabienie pamięci co do cyfr, zresztą badanie podług szematu RIEGER'a innych zboczeń nie wykrywa.

(C. d. n.).

Z III ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

O gastrostomii sposobem Witzel'a,

podał Hipolit Oderfeld ordynator oddziału.

Gastrostomię czyli zewnętrzną przetokę żołądkową wykonywamy w przypadkach zwięzienia przelyku, w których mamy zamiar tą nową drogą odżywiać chorego. Rękoczynem tym przedłużamy życie nieszczęśliwego chorego, skazanego w wielu razach na śmierć głodową; czynimy ostatnie dni jego bardziej znośnymi, dając mu możność przyjmowania pokarmów; dodatnio wpływamy na jego stan psychiczny, budząc nadzieję utrzymania przy życiu; lecz przez operację tę na cierpienie miejscowe w przelyku wpływu żadnego nie wywieramy, a zatem i chorego uleczyć nie możemy. W wielu razach, o ile niedrożność przelyku nie jest natury złośliwej, tą jedynie drogą możemy na długie lata utrzymać chorego przy życiu. Jest to wdzięczne i ponętne zadanie dla chirurga. Cała jednak rzecz polega na tem, żeby, niosąc choremu ulgę w tak rozpaczliwym położeniu, nie narazić go na nowe, uboczne dolegliwości, będące następstwem wadliwej metody operacyjnej lub techniki. Mam tu na myśli niedostateczną sprawność przetoki, dającą możność wypływania

zawartości żołądka nazewnątrz. Z jednej strony w tych razach i tak zazwyczaj lichy odżywiony chory traci swoje skromne pożywienie, które z drugiej strony, drażniąc skórę, wywołuje bolesne i nader przykre jej zapalenie. Kto raz widział takiego chorego, ze źle funkcjonującą przetoką, złorzeczącego chirurgowi za jego operację, błagającego o zeszyt „dziury“, ten zrozumie wysiłki nowoczesnych chirurgów, szukających wciąż nowej metody, metody pewnej, w którejby raz wytworzona przetoka pozostała stałą i zawartość żołądkowa nie mogła wylewać się nazewnątrz. W ostatnich latach podano kilka metod operacyjnych, mniej więcej udatnych, że wspomnę tu sposoby HACKER'a, HAHN'a, WITZEL'a i FRANK - KOCHER'a. Większość z nich prawie zarzucono; pozostały na porządku dziennym dwie ostatnie metody: WITZEL'a i FRANK-KOCHER'a (ALBERT'a). Co do tej ostatniej, to nie mam osobistego doświadczenia, za tę metodę WITZEL'a miałem sposobność wykonać trzykrotnie i wynikami, do których doszedłem, pragnę z czytelnikami się podzielić, tembardziej, że metoda ta po dziś dzień i zagranicą jest jeszcze na porządku dziennym. Do wypróbowania jej zachęciła mnie praca z kliniki MIKULICZA¹⁾, z której widać, że MIKULICZ tak jest z wyników jej zadowolony, że wyłącznie prawie nią się posługuje.

Jak wiadomo, idea metody tej polega na tem, że wytwarzamy przetokę w postaci kanału, utworzonego ze ściany samego żołądka. Postępowanie WITZEL'a jest przytem następujące: po przecięciu skośnem powłok brzusznych równolegle do lewego łuku żebrowego, rozszczepiamy na tępo włókna mięśni prostego i poprzecznego brzucha, równolegle do ich włókien i wydobywamy przez otwór w otrzewnej żołądek nazewnątrz. Umocowawszy go czasowo w tem położeniu, robimy na przodowej ścianie żołądka niewielki otwór, drażący przez wszystkie jego warstwy, i wprowadzamy weń sącdek gumowy. Z obu stron sączka podnosimy fałdę skośną z całej ściany żołądka i zeszywamy je szwem LEMBERT'a z sobą na długość 6—8 ctm. Tym sposobem powstaje kanał skośny długości 6—8 ctm., idący od dołu ku górze i od zewnątrz ku wewnątrz. Następnie cały utworzony w powyższy sposób kanał obszywamy otrzewną ścienną, w tym celu, aby, w razie puszczenia szwu, otwór w żołądku znajdował się zewnątrz otrzewnej. Górny koniec sączka przeprowadzamy na zakończenie przez rozszczepione mięśnie brzucha i całą ranę brzuszną zeszywamy, z wyjątkiem rozumie się górnego końca, z którego wychodzi sącdek. Pierwsze karmienie chorego odbywa się zaraz na stole operacyjnym. Jak widzimy, warunki zatrzymywania się zawartości w żołądku są przy tej metodzie daleko lepsze, niż przy dawniejszych, z powodu, że *a*) mamy tu dość długi, skośny kanał, płyn więc ma przed sobą dłuższą znacznie drogę; *b*) mamy przy zewnątrznem ujściu kanału coś w rodzaju zwieracza, który ma uciskać sącdek w miejscu wyjścia z kanału, i *c*) mamy przetokę stałą, która pod wpływem soku żołądkowego (?) nie powiększa się nigdy, jak to bywało przy metodach dawniejszych.

MA teraz przechodzę do opisu moich 3-ch przypadków, które wykażą nam dodatnie, a zarazem i ujemne strony tej metody.

Przypadek I. Basia B. lat 36, z Białegostoku, zapisała się na oddział 26. III. 94., skierowana do mnie przez kol. MINTZA z prawdopodobnem rozpoznaniem raka w przełyku. Chora po jakimś zmartwieniu przez 9 miesiącami zauważyła pewną trudność przy przechodzeniu pokarmów do żołądka, szczególnie pokarmów stałych. Po pewnym czasie trudność ta się wzmogła, tak, iż przechodzić mogły tylko

¹⁾ v. NOORDEN. Berl. kl. W. Nr. 1. 93.

pokarmy płynne. W tym okresie swej choroby chora zastosowała się do swego położenia i żywiła się wyłącznie prawie płynami. Po 4 miesiącach przybyła do Warszawy, skąd bez żadnej wyjechała poprawy; zalecono lawatywy odżywcze, które od owego czasu stale stosowała. Po pewnym czasie pojechała do Królewca, gdzie przebyła pod obserwacją prof. SCHREIBER'a 4 miesiące. Z opowiadania chorej domyśleć się można, że prof. S. wahał się długi czas z rozpoznaniem, nie decydując się na operację. Chora opowiada, że ją elektryzowano, przykładano jakieś blaszki metalowe; sądzićby z tego można, że miano tam na myśli histeryczne zwężenie przelyku. Zgłębnika żołądkowego w tym czasie do żołądka wprowadzić nie można było. Gdyśmy po raz pierwszy chorą widzieli, przedstawiała ona stan ogólny tak zadawalający, że z trudnością dawaliśmy wiarę, żeby w ciągu 4-ch miesięcy mogła się odżywiać tylko lawatywami. Wyznaję, że pierwszą myślą naszą było podejrzenie, że chora pokryjomu się odżywia. Szczegółowe jednak badanie doprowadziło nas do odmiennego wniosku. Przy badaniu mogliśmy stwierdzić, że na wysokości 25 ctm. od zębów siecznych zgłębnik zatrzymuje się zupełnie. Próbowaliśmy przejść sondą kilkakrotnie różnemi numerami, lecz bezskutecznie. Taki sam ujemny wynik otrzymaliśmy, usiłując przejść przez przelyk w uspieniu chloroformowem (przed operacją). Język, gardziel bardzo suche; *factor ex ore*. Kol. WITZEL, który badał chorą pod względem nerwowym, żadnych objawów histeryi nie znalazł. Mieliśmy zatem do czynienia z zupełną niedrożnością przelyku, podług wszelkiego prawdopodobieństwa natury rakowej; wobec tego przystąpiliśmy do operacji dnia 29-go III. 94., przy pomocy kol. KRAJEWSKIEGO, WEISSBLATA i KARBOWSKIEGO i w obecności naczelnego lekarza D-ra KINDERFREUNDA i kol. MINTZA. Cięcie brzuszne skośne, wzdłuż lewego łuku żebrowego, na dwa palce poprzeczne poniżej tego ostatniego, w ten sposób, żeby środek cięcia wypadł na przedłużeniu linii przymostkowej. W przypadku tym odstępiałem nieco od przepisu WITZEL'a i mięśnie przeciąłem zupełnie. Otworzywszy jamę brzuszną, wprowadziłem do niej rękę w celu zbadania wpustu żołądka, przyczem natrafiłem naokoło tego ostatniego guz twardy, jakby z oddzielnych guzików złożony, nieruchomy. Natury tego guza nie mogliśmy narazie określić; przypuszczam jednak, że był to albo koniec dolny pierwotnego guza w przelyku, albo drugi guz oddzielny, tej samej, co powyżej siedzący, natury. Żołądek wydobylem z pewną trudnością, ponieważ okazał on się skurczonym i małym. Ułożywszy go w ten sposób, aby wygodnie utworzyć z jego ściany dwie fałdy, przeprowadziłem czasowo przewiązkę przez górny koniec i dałem ją do trzymania jednemu pomocnikowi; drugi koniec podtrzymywał mi drugi pomocnik; byłem więc pewny, że się żołądek nie wśliznie napowrót do jamy brzusznej. Obłożywszy następnie całą okolice operowaną serwetami aseptycznymi, przekłułem nożem ścianę żołądka i przez otwór wprowadziłem koniec sączka, pół metra długości, 1 ctm. średnicy mającego. Obszywanie sączka t. j. zeszywanie dwóch fałd rozpocząłem nad otworem, a idąc wciąż ku górze, obszyłem sączek na długości 8 ctm.; nałożyłem dwa piętra szwów. Ukończywszy ten najgłówniejszy akt operacji, obszyłem cały kanał, względnie wał z jednej i drugiej strony otrzewną ścienną. Teraz dopiero usunąłem czasową przewiązkę i całą ranę, z wyjątkiem górnego końca, z którego sterczał sączek, zeszyłem szwem jednopiętrowym, będąc pewnym aseptycznego stanu rany. Zaraz po ukończeniu operacji nakarmiłem chorą szklanką mleka i winem. Zatożyłem opatrunek aseptyczny; sączek wystawał nazewnątrz opatrunku, zaciśnięty uciskadłem.

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał nic do życzenia. Sprawdzając codziennie stan rany, odżywiałem chorą 3 razy dziennie, zwiększając stopniowo ilość mleka. Po 7-iu dniach z rany, zagojonej doraźnie, usunąłem wszystkie szwy. Sączek pozostał nieruchomo w przetocie, i w takim stanie na 10-ty dzień chora na własne żądanie wypisała się, obiecując pokazywać się często. Przepis czasu pobytu w szpitalu ani jedna kropla płynu nie wylała się nazewnątrz. Po dwóch miesiącach widziałem chorą po raz drugi. Wygląda znakomicie; przez cały czas obficie się przez przetokę odżywiła, twierdząc, że za każdym razem czuje smak przyjmowanych pokarmów. Skarży się jedynie na suchość w jamie ustnej. Przetoka przedstawiała się w stanie następującym: sączek chora dowolnie wyjmuje i wprowadza napowrót w otwór kanału w razie potrzeby. Po wyjęciu sączka, po nakarmieniu chorej, nieco mleka dochodzi do poziomu przetoki, lecz nazewnątrz się nie wylewa (w pozycji leżącej); w stojącej pozycji śladu mleka nawet nie widać. Sama

przetoka przedstawia się w postaci kanału o ścianach bliznowatych, nie zapadających się. Nie mogło tu być mowy o zachowaniu się tego kanału na wzór moczowodu, który w miarę napełnienia się pęcherza, zamyka się samą ścianą pęcherza. Był to kanał, a raczej tunel, tak otwarty, że, według opowiadania chorej, mogła ona przezeń w razie niestrawności ostrej, co kilkakrotnie miało miejsce, zwymiotować zawartość żołądkową. Dla ułatwienia sobie tej czynności, kładła się w raczka i zapomocą tłoczni brzusznej pozbywała się zawartości żołądkowej. Nie narzekała, ażeby kiedykolwiek własnowólnie pokarm się wylewał; skóra naokoło przetoki zupełnie zdrowa. W tym czasie kol. MINTZ badał przez przetokę mechanizm i chemizm trawienia przyszytego żołądka chorej, a wyniki tych badań niebawem w oddzielnej pracy ma ogłosić. Zgłębnika żołądkowego i tym razem nie udało się przez zwięźlenie w przelyku przeprowadzić. Po 8-iu miesiącach chora powtórnie do mnie się zgłosiła. Wygląda nieco gorzej, skarży się na kaszel, przyczem ją niepokoją nieznaczne krwawienia z kaszlem, z powodu których jeździła do Wiednia. W płucach nic szczególnego nie znaleziono. Sprawność przetoki bez zmiany—dobra. Wobec wzmiankowanych krwotoków, zaniechać musiałem, oczywiście, sondowania przelyku. Zaleciłem chorej spokój i dobre odżywianie. Po pewnym czasie dowiedziałem się, że w kwietniu r. z. zmarła, nagle z powodu gwałtownego krwotoku z płuc (!). Żyła zatem po operacji z górą rok cały. Zejście potwierdziło nasze rozpoznanie: nastąpiło tu widocznie przeżarcie dużego pnia tętniczego.

Mieliśmy zatem w danym razie do czynienia z przypadkiem raka przelyku u osobnika stosunkowo młodego, bo zaledwie 36 lat mającego, w wieku w którym tego rodzaju cierpienia należą do względnie rzadkich. Toteż dziwić się nie należy, że w początku cierpienia, i to przez czas dość długi, ścisłego rozpoznania nie określono, i my, przystępując do operacji, musieliśmy się powodować jedynie wskazaniem życiowym, spowodowanem zupełną niemożnością przedostania się pokarmów do żołądka. Dalszy dopiero przebieg choroby potwierdził słuszne podejrzenie nasze co do złośliwej natury cierpienia. A teraz, najbardziej obchodząca nas sprawa: jak działała przetoka? Odpowiedź na to pytanie, jak z opisu widać, wypada pomyślna. Nie podzielam jednak zdania NOORDEN'a, według którego, przetoka WITZEL'a nie pozostawia nic do życzenia. Widzieliśmy, że, aczkolwiek zawartość żołądkowa nie wylewała się na skórę, to jednak w niektórych razach dochodziła ona prawie do zewnętrznego brzegu otworu przetoki, że zatem w danym razie mowy być nie mogło o samoistnem zamykaniu się przetoki (t. zw. „*wentilartiger Selbstverschluss*“ według NOORDEN'a). Nowoutworzony kanał po pewnym czasie zamienił się w bliznowatą, o twardych, nie zapadających się ścianach, rurę, wychodzącą z żołądka, w której płyn, w miarę napełniania żołądka, to się podnosi, to opuszcza do pewnego poziomu. Sądzićby można, że winą tego stanu był brak t. zw. zwieracza mięśniowego, jakiego w danym przypadku przez przecięcie mięśni nie wytworzyłem; lecz późniejsze doświadczenie pokazało mi, że nie ta okoliczność jest przyczyną tego stanu, lecz jedynie bliznowate zrośnięcie się tkanek, jakie zawsze ma miejsce po operacjach; szczególnie, jeśli wśród nich znajduje się ciało obce w postaci np. sączka. Jedyne długości i skośnemu przebiegowi kanału przypisać należy zadawalającą sprawność przetoki.

W dwóch następujących przypadkach, chociaż przetoka do pewnego czasu dobrze działała, nie otrzymałem jednak tak zadawalającego wyniku; są one jednak bardzo pouczające przez wzgląd na powikłania, którym uległy.

(D n.)

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

133. LAZARUS. **Wpływ podróży powietrznych i górskich na ustrój ludzki.** Wpływ, wywierany przez zmianę ciśnienia barometrycznego na ustrój człowieka, stał się w ostatnich czasach przedmiotem badania wielu uczonych. Balony przestały być jedynie środkiem do przedstawień karkołomnych; podróże powietrzne, w miarę doskonalenia się budowy balonów i przyrządów, potrzebnych do badania, mogą oddać ważne usługi meteorologii, fizyce i fizyologii. Z drugiej strony znowu liczne koleje górskie umożliwiają wszystkim oglądanie wspaniałych widoków natury; dziś można codziennie odbywać takie wycieczki, które dawniej były dla zdrowia wprost szkodliwe.

O wpływie podróży powietrznych i górskich istnieje dzisiaj cała literatura. Niektórzy doświadczeni podróżnicy-badacze utrzymują, że podróże te wywierają na ustrój ludzki wpływ wyraźnie szkodliwy; dało to nawet powód do nadania objawom, występującym w czasie podróży górskich, miana choroby górskiej. Inni równie doświadczeni podróżnicy nie doznawali w tych samych warunkach żadnych dolegliwości i przeczą stanowczo istnieniu takiej choroby. Niezmiernie ciekawych danych dostarczają podróże powietrzne GROSS'a i BERSOU'a. Podczas pierwszej już na wysokości 4,000 met. odczuwał GROSS pewien niepokój i bicie serca, na wysokości 7,000 met. wystąpiła sinica kończyn i tak znaczne osłabienie ogólne, że GROSS nie miał siły wdychać tlenu i nie mógł pokrzepić się herbatą wskutek ustawicznych mdłości. Podczas drugiej podróży, pomimo wzniesienia się na 9,100 met. i zimna—50° C., obaj podróżni czuli się zupełnie dobrze.

BERT na zasadzie licznych doświadczeń doszedł do wniosku, że nie zmniejszone ciśnienie powietrza jako takie, ale brak tlenu działa ujemnie na ustrój. FRAENKEL, GEPPERT i MIESCHER podzielają ten pogląd i twierdzą jednogłośnie, że nie mechaniczna, lecz chemiczna strona oddychania zostaje upośledzona.

Doświadczenia LAZARUS'a i SCHIRMUNSKI'ego dowodzą wyraźnie, że zmniejszenie ciśnienia barometrycznego wywołuje też i zmniejszenie ciśnienia krwi, że więc mechaniczne działanie rozrzedzonego powietrza nie ustępuje chemicznemu.

Prof. KRONECKER z Bernu, zapytany urzędowo, czy i w jakich warunkach budowa kolei na górę Jungfrau może być przedsięwzięta bez szkody dla zdrowia, wykonał cały szereg doświadczeń w gabinecie pneumatycznym z 15 osobami w wieku od lat 17—77, obojga płci i różnej budowy; w ich liczbie było 2 chorych z wadą serca. Doświadczenie wykonywano w ten sposób, że w ciągu 15 minut (tyle czasu trwać ma wjazd na Jungfrau) stopniowo rozrzedzano powietrze, utrzymywano je następnie w ciągu 10—15 minut pod osiągniętym ciśnieniem, wreszcie w ciągu 15—20 minut podnoszono ciśnienie do poziomu prawidłowego. Tętno i oddychanie wszystkich uczestników były przyspieszone, osłabienie ogólne wyraźne. Wchodzenie na wschody wywoływało o wiele silniejsze bicie serca w przestrzeni z powietrzem rozrzedzonym, niż przy ciśnieniu prawidłowym. KRONECKER sądzi, że już na wysokości 4,000 met. samo rozrzedzenie powietrza wywoływać może objawy choroby górskiej.

Aby rozstrzygnąć pytanie, czy osoby, przeniesione w lektykach lub przewiezione koleją w Alpach poza linię śnieżną, dostają choroby górskiej, zebrał KRONECKER towarzystwo z 7 osób, wśród których znajdował się i znany klinicysta berneński prof. SAHLI. Wybrano drogę z Zermatt (1,620 m.) na Breithorn (4,172 m.), drogę łatwą dla wprawnych turystów. Od 3-ej godz. z rana do 11½ w południe wzniosło się towarzystwo o 2,000 m. wyżej; pozostawały jeszcze 2 godziny do szczytu Breithornu. Wszyscy uczestnicy, pomimo, że ich niesiono, mieli przyspieszone tętno i słabe napięcie tętnic; twarze mieli sine, odczuwali znużenie ogólne i brak łaknienia. Najważniejszym i najdziwniejszym objawem było szkodliwe działanie nieznacznej nawet pracy mięśniowej. 20 kroków, zrobionych po słabo wznoszącej się drodze górskiej, wywoływały istne tętno gorączkowe. Widać stąd, że po niemięczącej i nietrudnej wycieczce górskiej mogą występować wyraźne objawy choroby górskiej.

KRONECKER tak streszcza wyniki swych spostrzeżeń.

1) Choroba górską występuje u rozmaitych osobników na rozmaitej wysokości.

2) Na wysokości 3,000 met. ujawnia się ona u wszystkich ludzi, o ile wykonywają oni męczące ruchy—nie u wszystkich jednak w tym samym stopniu.

3) Ludzie zdrowi nie odczuwają żadnych podmiotowych dolegliwości przy biernym wznoszeniu się na wysokości 4,000 met.; nie jest to i przedmiotowo niebezpieczne.

4) Jeśli jednak ludzie ci zaczynają wykonywać ruchy męczące, wówczas występują niemiłe i zatrważające objawy ze strony układu krwionośnego.

5) Podróżni, nieprzywykli do gór, nie powinni pozostawać na szczycie dłużej nad 2—3 godzin.

Praca LOEWY'ego (Badania nad oddychaniem i krążeniem przy zmianie ciśnienia powietrza i i zawartości w niem tlenu) rzuca nowe światło na całą sprawę. LOEWY dowiódł, że tylko przy bardzo znacznym zmniejszeniu ilości tlenu przemiana materii w ustroju zostaje upośledzona. Według niego nie stopień rozrzedzenia powietrza ma znaczenie rozstrzygające, lecz napięcie tlenu w pęcherzykach płucnych. Przy oddychaniu powierzchownem objawy braku tlenu występują już na wysokości 3,500 m., przy głębokiem niema ich nawet na wysokości 8,600 met. Ruch mięśniowy prawidłowy pogłębia oddychanie i powiększa ilość wdychanego powietrza; tym sposobem pokryte zostaje powiększone przez ruch mięśniowy zapotrzebowanie powietrza, napięcie tlenu w pęcherzykach wzrasta i krew bardziej się tlenem nasycić może; naodwrot, praca mięśniowa nadmierna przy prawidłowem ciśnieniu może spowodować brak tlenu, zależnie od tego, jakie było oddychanie.

LOEWY badał także, o ile szybkość zmiany ciśnienia wpływa szkodliwie na ustrój. Znosił on sam doskonale dokonywane się w ciągu 20 minut rozrzedzenie powietrza, odpowiadające wzniesieniu się w tym czasie na 4,400 m.; u osoby jednak, której używał do doświadczeń, wystąpiły groźne objawy.

Na zasadzie swych doświadczeń uważa LOEWY, że wpływ wszelkich kolei górskich na ustrój ludzki = 0; podczas podróży powietrznych, zdaniem jego, istotne niebezpieczeństwo występuje na takich dopiero wysokościach, których aeronauci nigdy nie dosięgają.

Skąd pochodzą sprzeczności te w zdaniach badaczy? Z jednej strony wyraźne objawy chorobowe, kontrolowane przez fizyologa i klinicystę, na wysokości 3,000 met., z drugiej zupełny ich brak przy 4,000 met.; z jednej strony bierny powolny wjazd na górę i dolegliwości, z drugiej mozolna praca, kontrola nad złożonymi przyrządami naukowymi; w ciągu 20 minut dokonywająca się nagła zmiana ciśnienia, odpowiadająca wzniesieniu się na wysokość 4,400 met. — i brak zupełny odczynu.

Zdaniem autora, wyniki dotychczasowych doświadczeń nie rozwiązują całkowicie kwestyi, badacze bowiem zbyt są w swych spostrzeżeniach jednostronni. Obok wpływu mechanicznego, chemicznego i fizyologicznego należy pamiętać o nader w takich razach ważnym czynniku psychicznym. Wiadomo przecie, że wszelkie wzruszenie odbija się niewątpliwie na ośrodku naczynioruchowym i wywołuje pośrednio zmiany w oddychaniu i krążeniu. Kto wchodzi po raz pierwszy na szczyt Mont-Blanc lub puszcza się w podróż powietrzną, musi ulegać bardzo silnemu wzruszeniu. Uznawszy istnienie i wpływ czynnika psychicznego, łatwo będzie zrozumieć wspomniane sprzeczności.

Doświadczenie fizyologiczne podało z całą ścisłością granicę, po za którą rozrzedzenie powietrza staje się dla zdrowia stanowczo szkodliwe. Ale i poniżej tej granicy jest cały szereg punktów, na których ujawnia się działanie rozrzedzonego powietrza na ustrój; uznając wpływ czynnika psychicznego, zrozumiemy, że i na tych punktach wystąpić mogą wszelkie objawy podmiotowe i przedmiotowe. Czy ujawnią się one, czy nie, zależy to jedynie od tak zwanego wpływu nerwowego: przyzwyczajenie, brak spostrzegawczości, niemożność kontrolowania samych siebie mogą ograniczyć wpływ ten do *minimum*. Gdy to ma miejsce, wówczas wraz z podmiotowymi słabną i przedmiotowe objawy wpływu rozrzedzonego powietrza; aż do wysokości 4,000 met. nie może być nawet mowy o niebezpieczeństwie życia lub nawet o poważnych dolegliwościach. Ponieważ istniejące koleje górskie nie dosięgają wysokości 4,000 met., upada przeto możność wzniesienia się z ich

pomocą na wysokości, przebywanie na których stać się może dla życia niebezpiecznym.

Należy odróżnić wjazd na górę t. j. przejście z pewnego ciśnienia powietrza do innego, i przebywanie na niej pod tem innym ciśnieniem. LOEWY znosił wprawdzie dokonywającą się w ciągu 20 minut różnicę w ciśnieniu, która równała się wzniesieniu się w tym samym czasie na wysokość 4,400 met.; ale u osoby, która mu w doświadczeniach pomagała, wystąpiły objawy zatrważające. Należy zatem według autora podaną przez LOEWY'ego szybkość conajmniej dwa razy zmniejszyć.

Ale i pod tym względem istniejące koleje górskie nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa; szybkość ich jest prawie 10 razy mniejsza od podanej i uznanej przez LOEWY'ego za nieszkodliwą.

Wyjątek stanowić będzie jedynie projektowana przez LOCHER'a kolej pneumatyczna: w ciągu 15 minut stawać ma ona z Mürren na Jungfrau t. j. o 2,500 met. wyżej; wyjechawszy z Interlaken o 6-ej po południu, można będzie oglądać zachód słońca na Jungfrau i o 9 $\frac{1}{2}$ wieczorem być z powrotem na miejscu. To szybkie przenoszenie na wysokość większą niż 4,000 met. i nagle zmiana w stopniu rozrzedzenia powietrza mogą być szkodliwe dla neurasteników i osobników dotkniętych cierpieniem narządów oddychania i krążenia.

Co się tyczy podróży powietrznych, to odbywają się wprawdzie z szybkością 7 razy mniejszą, niż podana przez LOEWY'ego, ale zato wysokość, na jaką wznosił się balon GROSS'a i BERSOU'a, wynosiła 9,000 met. Niebezpieczeństwo nie grozi tu z powodu braku tlenu w tem tak bardzo rozdziedzonym powietrzu, można go bowiem pokryć, oddychając czystym tlenem; lecz z powodu innych, czysto fizycznych warunków. Nagłe i tak znaczne zmniejszenie ciśnienia barometrycznego może pociągnąć za sobą najfatalniejsze skutki; zmiana temperatury i napięcia gazów w różnych jamach ciała i wynikające stąd zmiany w oddychaniu i krążeniu mogą bardzo ujemnie oddziaływać na ustrój ludzki.

Pogląd swój na podróże górskie i powietrzne streszcza autor w 3 następujących zdaniach.

1) Dla podróży powietrznych 30 minut stanowią *minimum* czasu na wzniesienie się na wysokość pierwszych 4,000 met. Przy wznoszeniu się wyżej uwzględniać należy zmiany w chemizmie i mechanizmie oddychania; mogą one być wyrównane przez oddychanie czystym tlenem oraz przez należytą wentylację płuc, jak uczy doświadczenie.

2) Wszystko powiedziane wyżej ma znaczenie i dla kolei górskich.

3) Szkodliwy wpływ istniejących kolei górskich ujawnia się tylko u osobników nerwowych i zaciera się pod wpływem przyzwyczajenia.

(*Berlin. klin. Wochenschrift.* 1895. N. 31. 32).

S. P.

134. D-r E. GRAWITZ (z kliniki prof. GERHARDT'a w Berlinie). **O wpływie klimatu górskiego na skład krwi** Autor krytykuje w odczycie swym dotychczasową teorię co do zmian krwi na wzgórzach, zyskującą sobie już prawo obywatelstwa w literaturze, poczem na zasadzie teoretycznych rozumowań i własnych doświadczeń podaje pogląd swój na omawianą sprawę.

Przep 13 laty P. BERT, a za nim i różni inni badacze stwierdzili zwiększoną ilość hemoglobiny we krwi zwierząt, żyjących na znacznych wysokościach; lecz VIAULT i inni zmienili zdanie P. BERT'a w ten sposób, że nie hemoglobina jako taka, lecz ilość czerwonych ciałek krwi wzrasta. Skutkiem tego, objaśniono sobie, następuje wyrównanie braku tlenu, jakie powstaje we krwi z powodu rozrzedzonego powietrza. Tę ciekawą zarówno pod względem fizyologicznym, jak i terapeutycznym sprawę najszczegółowiej opracowali MIESCHER i EGGER. Tak ci, jak i wszyscy inni autorzy stwierdzili jednoznacznie znaczne pomnożenie ilości czerwonych ciałek we krwi, występujące wyraźnie już na nieznacznych wysokościach (500—700 met. nad poz. morza) zaraz w pierwszych dniach pobytu. Zauważono przytem mnóstwo mikrocytów, o leukocytach jednak nigdzie niema wzmianki. Ilość czerwonych ciałek z początku wzrasta szybko, potem chwilowo spada, aby, znowu się podniósłszy, utrzymać się w pewnej równowadze, przyczem ilość ta zarówno szybko zwiększa się, jak i opada, zależnie od wysokości geograficznej różnych miejscowości. Tak np. w Arozie (1,800 met. nad poz. morza) stwierdzono przeciętne powiększenie się ilości czerwonych ciałek krwi o 702,000 w 1

mm. szśc. u zdrowych, o 982,000 zaś u suchotników. Ilość czerwonych ciałek dochodziła na wysokości Kordylierów (4,392 met.) do 8 milionów w 1 mm. szśc.

Przyczynę tych zmian wszyscy badacze upatrują w wyż wspomnianem zubożeniu krwi w tlen na wyżynach, co właściwie ma stanowić podniecie do szybkiego tworzenia się czerwonych ciałek. Tym sposobem, jeśli podług tej teleologicznej zasady odczyn ze strony narządów krew wytwarzających jest na nieznaczny brak tlenu tak żywy, to jakże objaśnić brak tego odczynu w najcięższych nawet postaciach duszności (przy ucisku narządów oddechowych i t. p.), gdzie chorým bardzo brakuje tlenu? Wyjątek stanowią tu chorzy na serce, u których rzeczywiście występuje do pewnego stopnia wyrównanie w myśl tej hipotezy (PIERRE MARIE, REINERT). Prócz tego nie zgadzają się z tą ostatnią i badania doświadczalne nad działaniem na ustrój rozrzedzonego powietrza. Nawet przy ciśnieniu 410 mm. Hg (= 4900 m. nad poziomem morza) następowało zupełnie takie same nasytanie się krwi tężniczej tlenem, jak i przy 760 mm. Hg. Przy tak znacznem zwiększeniu się ilości czerwonych ciałek krwi, jaka z obliczeń wypada, przyjąwszy nawet mnogość mikrocytów i niedokładność hemometru, powinny się jednak dać zauważyć i silniejsza barwa krwi; a jeśli pomnożenie dotyczy i osocza, mielibyśmy stany pletoryczne. Tymczasem nic podobnego nie spostrzeżono.

Wogóle bardzo nieprawdopodobnem wydaje się to kolosalne nowotworzenie się komórek na tak małą podniecie bez jakiegos odczynu w ogólnym stanie ustroju i bez tych oznak, jakie podług doświadczenia klinicznego stale towarzyszą podrażnieniu narządów, wytwarzających krew. Najważniejsze mianowicie to, że mimo tak szybkiego nowotworzenia się krwi, jakiemu analogiczne w całej patologii z ledwością by się znalazło, nie widzimy tu ani leukocytozy, ani czerwonych ciałek z jądrami, stale w takich razach występujących. Co się zaś tyczy mikrocytów, to one zjawiają się we krwi także i przy wielu innych warunkach, jakoto: głód, gorączka, morfinizm i t. d., szczególnie zaś ciepło zewnętrzne.

Jeszcze bardziej jednak sprzeciwia się teoria ta faktom klinicznym, jeżeli weźmiemy pod uwagę tę masową zagładę ciałek czerwonych, jaka następuje we krwi bez żadnych objawów, po powrocie z gór w doliny. Wiadomo, iż jedną z czynności wątroby jest zatrzymywanie i zużytkowanie obumierających czerwonych ciałek krwi. Przy znacznym ich rozkładzie następuje pomnożenie i zgęszczenie się żółci, i stosownie do nasilenia sprawy, zjawia się albo tylko hydrobilirubinuria, albo żółtaczką, albo nawet i hemoglobinuria! A jakkolwiek żółtaczką przedstawia tak w oczy bijące zjawisko, nikt go jednak, mimo np. tych tysięcy podróżników po Alpach i nawet po szybkim spuszczeniu się z największych wyżyn, ani razu nie zauważył. Przecież te czerwone ciała krwi nie mogą zniknąć w inny sposób; gdzie się zatem podziewają, staje się nierozwiązaną zagadką.

Jakże więc wyjaśnić sobie tak stałe, zdaje się, zjawisko zwiększonej liczby czerwonych ciałek krwi przy wzrastającym wzniesieniu się po nad poziom morza? Autor wnioskuje, że czynnik, mający tak ogólne i jednostajne działanie na wszelkie stworzenie, musi zawierać się w samych warunkach klimatycznych, i za taki wyłączny czynnik przyjmuje wzmogoną utratę wody w ustroju. Co się tyczy rozrzedzenia O, to wpływa ono tylko na przyspieszenie i głębokość oddechu oraz na liczbę uderzeń serca.

Nowsze badania meteorologiczne wykazały, że ilość pary wodnej, zawartej w powietrzu, przy wzrastającej nad poziom morski wysokości, daleko prędzej się zmniejsza, niż ciśnienie atmosferyczne, czyli im wyżej, tem mniej stosunkowo powietrze nasycone jest wodą. Ta suchość klimatu górskiego jeszcze bardziej wzrasta przy zastąpieniu położeniu danego miejsca, a właśnie celują pod tym względem cenione stacje klimatyczne, zamknięte od północy pasmami gór, a otwarte na południe. Dodawszy do tego silne promieniowanie słoneczne, łatwo sobie wytłomaczyć szybkie wysychanie, jakiemu tam podpadają zarówno żywe, jak i martwe przedmioty. Znane jest wysychanie skóry i błon śluzowych u człowieka; skutkiem pierwszego łatwo pęka naskórek, skutkiem drugiego następuje uczucie suchości gardła i pragnienie. W ten sposób można sobie również wytłomaczyć fakt znikania potów nocnych u suchotników w Davos, tak, iż mimo wielkich ilości wypitego mleka, wina i t. d., mocz ich jest nasycony, i właśnie ta ostatnia okoliczność przemawia również za zgęszczeniem krwi, podobnie, jak się to dzieje przy pocieniu się (i prawdopodobnie przy wysiłkach mięśniowych). Źródłem utraty wody jest bez-

wątpienia wzmózone parowanie ogólne przez skórę i płuca, przez te ostatnie jeszcze nadto z powodu liczniejszych i głębszych oddechów. Jaka przytem część wypada na płuca, a jaka na skórę, niewiadomo. Już i poprzednio badacze zwrócili uwagę na możliwość parowania wody z krwi ustroju, a jednak, pomimo niektórych danych, myśl tę porzucili. Autor czynił doświadczenia nad królikami, umieszczając je pod kloszem z powietrzem rozrzedzonym (ca. 450 mm. Hg). Oddech stawał się u tych zwierząt z początku szybszym, potem mniej szybkim, lecz za to głębszym. Częste oblizywanie warg zdawało się wskazywać suchość błon śluzowych. Już po dobie (czasami później) przybywało przecięciowo 600000 czerwonych ciałek w 1 mm. szc. Prócz tego brano krew z żyły powierzchownej i badano zarówno surowicę, jaki krew na zawartość części stałych, określaną *in vacuo* nad kwasem siarczanym. W każdym przypadku przybywało części stałych (*Trockenrückstand*) najpóźniej po 48 godzinach o 1—3%, a po skończonym doświadczeniu (około 5 dni) w 24 godziny krew wracała do stanu prawidłowego. Przytem owe wyliczenia okazały, że nietylko surowica, ale i same czerwone ciała muszą przyjmować udział w parowaniu. W ten sposób stara się autor wyjaśnić mikrocytozę, dowodząc, iż analogiczne zgęszczenie krwi wraz z mikrocytami spostrzeżano przy działaniu ciepła zewnętrznego, które jest również czynnikiem wysuszającym. MARESTANG spostrzegał u europejczyków w strefie podzwrotnikowej (przy ciśnieniu 760 mm. Hg) analogiczne zmiany składu krwi z temi, jakie stwierdzono dla górskiego klimatu (wysiłki mięśniowe zdają się zmiany te zwiększać). Zgęszczenie krwi w górach, będąc zatem jednym z objawów wysychania, znika, skoro ustroj wraca pod ciśnieniem normalne, z którym warunki wzmózonej utraty wody ustają. To zgęszczenie krwi w połączeniu z wzmózonym oddechem i tętnem, naturalnie potęguje szybkość przemiany materji i rozbudza czynność narządów, w szczególności układu nerwowego. W każdym razie trzeba przyznać ważny udział tych zmian krwi w odświeżającym, wzmacniającym działaniu klimatu górskiego, nawet bez nadmiernego nowotworzenia się hemoglobiny.

(Berl. klin. Woch. N. 33—34. 1895).

Józef Piotrowski.

135. A. DUEHRSEN. O nowym sposobie postępowania wobec porodów niewczesnych. Już dawniej (1887 r.) D. wypowiedział przekonanie, że skrobaczka jest całkiem nieodpowiedniem narzędziem do wydalania przyklejonego łożyska lub części jego, pozostałych w macicy po porodzie niewczesnym (*partus immaturus*), albowiem skrobaczka, posuwana po łożysku lub jego resztkach, wyłaje; takż sam chrzęst, jak przy skrobaniu ściany macicznej, ogołoconej z osłon jaja płodowego, a temsamem niewiadomo, czy skrobie się tkaninę łożyska, czy też już warstwę mięśniową macicy. Oczywiście w takich razach bardzo łatwo można skrobaczką przedziurawić macicę, co się też i przytrafia tym, którzy, idąc za radą niektórych autorów, zawsze i wszędzie wyskrobują resztki jaja płodowego. D. użycie skrobaczki ogranicza wogóle do tych tylko przypadków, w których cho dzi o wydalenie jaja płodowego, które jeszcze właściwego łożyska nie wytworzyło, zatem do połowy 3-go miesiąca ciąży; w szczególności zaś do wydalenia samej błony doczesnej. Wobec zatem poronienia do połowy 3-go miesiąca, najwłaściwszem postępowaniem jest wydalenie naprzód palcem całego jaja płodowego i ub osłon jego, gdy one już poprzednio uległy rozerwaniu, a następnie dopiero wydalenie błony doczesnej prawdziwej (*decidua vera*) zapomocą skrobania, gdyż tę ostatnią daleko łatwiej, śpieszniej i dokładniej można wydzielić skrobaczką, niż palcem. Nadto, jak to badania drobnowidzowe wykazały, skrobaczką oddziela się doczesna w tej właśnie warstwie głębokiej, w której przy dobrowolnym przebiegu oddzielenie jej od ściany macicy następuje.

Wielu jednakże praktyków ma co do tego „czynnego sposobu“ postępowania uzasadnione wątpliwości. Nie są oni zwolennikami wyskrobywania z powodu możebności przedziurawienia macicy, ani też wydobywania palcami tworów jaja płodowego, z przyczyny bardzo często zachodzącej potrzeby uspienia chloroformem. Atoli z drugiej strony, ciż sami praktycy przyznają, że leczenie objawowe, polegające na szczelnem zatkaniu pochwy, wprawdzie czasowo krwotok tamuje, jednakże niezawsze do wydzielenia zatrzymanych w macicy części jaja płodowego doprowadza. Wreszcie zwykłe zatkanie pochwy w początku 4-go miesiąca ciąży sprowadzić może ciężki krwotok wewnętrzny, jak tego znane są przykłady.

Jednym słowem, dla przezornych praktyków istnieje w naszej terapii nieraz dotkliwie odczuwany niedostatek.

Niedostatek ten ma usunąć sposób postępowania DUEHRSEN'a, polegający na tem, że we wszystkich tych przypadkach, w których zamierzamy opróżnić macicę ciężarną w pierwszych 7-iu miesiącach, bez względu na to, czy znajduje się w niej jeszcze całe jajo płodowe, czy też już tylko łożysko wraz z osłonami płodowemi, przy ujęciu macicznym rozwartem lub zamkniętem, — wypełnia się jamę macicy muslinem jodoformowym^o tyle, o ile tylko można, a następnie ścielnie tamponuje się pochwę watą salicylową.

Wtedy, zwykle po upływie kilku godzin występują silne bóle porodowe, które po pewnym czasie odrazu i bezpowrotnie ustają. Ustanie bólów znamionuje czas, właściwy do usunięcia materiału zatykającego. Śledząc wtedy, znajdujemy tampon, płód i łożysko w pochwie; jeżeli zaś jajo płodowe było jeszcze małe, znajduje się ono w rozdętej kulisto szyi macicznej; tymczasem ujście wewnętrzne jest już ścielnie zaciśnięte. W niektórych przypadkach niema nawet sposobności do badania palcem, albowiem pod wpływem gwałtownych bólów porodowych cała zawartość macicy nietylko z niej, lecz i z pochwy zostaje nazewnątrz wyparta.

Najbardziej zaś zdarza się to, że po upływie 24 godzin następuje jedynie rozszerzenie ujścia macicy, lecz tak znaczne, że swobodnie można ją palcem opróżnić.

Autor w 19-tu przypadkach, dokładnie spostrzeganych, ten sposób stosował, a mianowicie w tych tylko przypadkach porodu niewczesnego, w których ujście maciczne było zamknięte i zachodziła nagła^a potrzeba doraźnego opróżnienia macicy, czy to z powodu krwotoku obfitego, czy też z powodu rozkładu zawartości macicy. Z tych 19-tu przypadków, w 2-ch po upływie 24—48 godzin nie osiągnięto żadnego skutku: w jednym chodziło o wywołanie poronienia przy przewlekłym zapaleniu nerek; w drugim, o wywołanie porodu niewczesnego u 14-ty raz ciężarnej, z łożyskiem poprzedzającym. W pierwszym dokończono poronienia zapomocą skrobania; w drugim oddzielono łożysko ręką i wydalono doczesną również zapomocą wyskrobania. Autor sądzi, że i w wymienionych przypadkach tamponada byłaby doprowadziła do zamierzonego celu, gdyby ją był powtórzył i oprócz tego podawał sporysz. Podawanie sporyszu jest niewątpliwie pożyteczne w każdym przypadku tamponowania macicy.

W 2-ch innych przypadkach zachodziła potrzeba powtórzenia tamponady, po którym wystąpiły tak silne i skuteczne bóle porodowe, że urodzenie się 5-cio i 6-cio miesięcznego płodu wraz z przydatkami jego nastąpiło przy bardzo nieznacznej pomocy. We wszystkich 19-tu przypadkach przebieg położu był prawidłowy, pomimo to, że w 6-iu z nich już istniał rozkład zawartości macicznej ze znaczną gorączką. Nic dziwnego, że w niektórych przypadkach po założeniu tamponu występuje dreszcz i gorączka się zwiększa, jeżeli zważymy na to, że przez oddzielanie się jaja płodowego wskutek działania tamponady, otwierają się nowe wrota do zakażenia. Toż samo jednakże następuje również po opróżnieniu macicy z zawartości, w rozkładzie będącej, zapomocą skrobania lub palcami. W pierwszym i drugim razie po upływie 24 godzin ciepłota ciała wraca do normy, jeżeli tylko już uprzednio nie istniało zakażenie ogólne lub ognisko zapalne w okolicy macicy.

Co się dotyczy niejednostajnego działania tamponady w 19-tu podanych przypadkach, D. wyprowadza ten wniosek, że im dalej ciąża postąpiła, tem pewniejsze jest działanie tamponady macicy. Co się zaś dotyczy samej techniki wykonania, to ta jest bardzo prosta. Główną rzeczą jest posiadanie materiału wyjałowionego (aseptycznego). Chorą układa się na łożku poprzecznym (a najlepiej na stole. Ref.), przemywa jej pochwę 1% roztworem lysolu, wprowadza się wziernik łyżkowy (LANDAU'a), chwyta przodową wargę ujścia macicznego kulociągiem i przepłukuje jamę macicy takimże roztworem lysolu, zapomocą; cewnika FRITSCH-BOZEMANN'a. Nie mając żadnego wziernika pod ręką, chwyta się kulociągiem, pod przewodnictwem palca, przodową wargę i ściąga część pochwy aż do szpary sromnej. Po przemyciu jamy macicznej wprowadza się wążki, lecz długi (5 metr.) pasek muslinu jodoformowego, zapomocą zgłębnika macicznego lub innego przewodnika (ASCH'a), trzymając w lewej ręce kulociąg, a prawą wprowadza się koniec paska muslinowego, jak można najwyżej. Następnie

wyjmuje się przewodnik i końcem jego wpycha się dalszy ciąg paska dopóty, dopóki nie wypełni się szczelnie całej macicy. Górną połowę pochwy następnie wypełnia się jeszcze mocniej watą salicylową. Jeżeli dopiero po upływie kilku godzin zaczyna chora krwawić, to znaczy, że następuje wypieranie tamponu skutkiem oddzielania się jaja płodowego lub łożyska. Wtedy należy tampon usunąć i zwykle wówczas jajo płodowe znajduje się w szyi albo w pochwie macicznej.

(*Samml. klin. Vortr.* 1895 Nr. 131).

J. R.

Z V-go zjazdu niemieckiego towarzystwa dermatologicznego.

podał A. Kozerski.

Uprzejmie powitany przez przedstawicieli rządu, miasta, uniwersytetu, fakultetu medycznego i towarzystwa lekarskiego, rozpoczął się dnia 23 września w Gracu V zjazd niemieckiego towarzystwa dermatologicznego. Zagaił go gospodarz poprzedniego zjazdu, prof. NEISSER z Wrocławia, usprawiedliwieniem, dla czego zjazd obecny ma miejsce już w roku bieżącym, gdy według przyjętej zasady, powinien był być zwołany dopiero na rok przyszły. Powodem było zwołanie na rok przyszły międzynarodowego zjazdu dermatologów w Londynie. Gdyby obydwaj zjazdy wypadły w tym samym roku, niezawodnie odbiłyby się to na niekorzyść jednego z nich. Zarząd więc niemieckiego towarzystwa dermatologicznego stanął wobec alternatywy: czy zjazd niemiecki odłożyć na rok 1897, czy też zwołać go w rok zaledwie po wrocławskim, t. j. w r. b. Postanowiono to ostatnie. Liczba zapowiedzianych odczytów i ważność spraw, jakie mają być poruszone, każe przypuszczać, że zarząd nie przerachował się. Z tą nadzieją prof. NEISSER otworzył zjazd, oddając przewodnictwo w ręce gospodarza i głównego organizatora V zjazdu, prof. JARISCH'a z Gracu.

Pierwszy referat „o obecnym stanie nauki o bąblicy“ (*pemphigus*) wygłosił prof. KAPOSÍ. Z chaosu pojęć, jakie łączono z wyrazem *pemphigus*, HEBRA oddzielił ściśle przez niego scharakteryzowany typ choroby, o wyraźnym przebiegu klinicznym, dla którego wyłącznie nazwę tę zatrzymał. Typ ten obejmuje nie tylko bardzo rozliczne postaci wykwitów, lecz i rozmaite ich ugrupowanie i przebieg, pomimo tego jednak odpowiada jednej chorobie stanowi nierozdzielalną całość. Na tym samym punkcie w zapatrywaniach swoich pozostał KAPOSÍ do chwili obecnej. Od czasu jednak, kiedy DÜHRING z Filadelfii odłączył od ogólnego pojęcia bąblicy obraz chorobowy, który nazwał *dermatitis herpetiformis*, daje się tu i owdzie słyszeć coraz nowy głos, przemawiający za odłączeniem coraz to innego obrazu klinicznego pod rozmaitemi nowymi nazwami, jako całości odrębnych, od bąblicy różnych. KAPOSÍ uważa dążenie to za krok wstecz, za zacieranie tego wyraźnego obrazu bąblicy, jaki nam zostawił HEBRA. Oprócz *erythema exsudativum multiforme bullosum* i innych typów, które sam HEBRA wyłączył z szeregu obrazów klinicznych, objętych mianem *pemphigus*, KAPOSÍ uznaje wszystkie, później za odrębne ogłaszane obrazy chorobowe, jako dawno znane odmiany bąblicy.

Na mocy 320 przypadków bąblicy, spostrzeganych przez mówcę w klinice w przeciągu ostatnich 35 lat, opisanych w sprawozdaniach rocznych z kliniki, i przynajmniej 100 z praktyki prywatnej, KAPOSÍ podaje następujące wnioski:

Pomimo, iż doświadczenie cokolwiek zmieniło zapatrywanie, jakie nam zostawił HEBRA o bąblicy, szczególnie co do rokowania, które okazało się mniej złem, *pemphigus* dotychczas pozostaje wyraźną całością kliniczną, pomimo wielopostaciowości wysypek i różnorodności obrazów histologicznych. (Te ostatnie nie wykazały zresztą nic charakterystycznego). U tego samego chorego mogą w przebiegu choroby pokazywać się najróżnorodniejsze postaci wykwitów. (Tak w kilka tygodni po wysypce *pemphigus vulgaris* może wystąpić obraz *pemphigus vegetans*, ażeby z biegiem czasu przejść znowu w *pemphigus vulgaris* lub jednocześnie trwać w dwóch postaciach. Tak samo *pemphigus vulgaris* może powstać naprzemian z *pemphigus foliaceus* i odwrotnie. To znowu może się mieszać i lata całe zdradzać jednemu lub niewielu pęcherzami na błonie śluzowej, aż naraz pokrywa całe ciało chorego). To właśnie dowodzi, że są to tylko różne postaci tej samej sprawy chorobowej. Wszystkie przewlekłe postaci „modnej“ w ostatnich czasach *dermatitis herpetiformis* DÜHRING'a odpowiadają dokładnie dawno znanym i opisanym odmianom, a więc nie są niczem odrębnym. Dlatego niema powodu zmieniać ich dawną, utartą na nową, choć modną nazwę. Zaś odmiany t. zw. *dermatitis herpetiformis* DÜHRING'a o przebiegu ostrym, niezłośliwym odpowiadają też obrazom klinicznym, dawno znanym pod nazwami: *erythe-*

ma multiforme vesiculosum, bullosum, urticaria papulo-bullosa, annularis, gyrata, lichen urticatus. KAPOSI też nigdy nie znalazł się w potrzebie zastosowania nazwy „*dermatitis herpetiformis* DÜHRING'a”.

Co do rokowania, to choć z biegiem czasu przestało ono być bezwzględnie złem, jednak statystyka kliniczna wykazuje do 20% śmierci. Do cyfry tej należałoby jeszcze dodać tych chorych, którzy umierają bez naszej wiedzy. Przyczyną śmierci bywa przeważnie wycieńczenie, czasem powikłania przypadkowe. Sekcja nie wykazuje zwykle zmian charakterystycznych. Etiologia pozostaje zawsze jeszcze niezbadaną, jakkolwiek w niektórych przypadkach, widząc występującą ni stąd ni zowąd chorobę z całą gwałtownością, trudno oprzeć się przypuszczeniu, czy nie mamy do czynienia z zakażeniem. Co do rozpoznania, to przeważnie można je uczynić już podczas pierwszej wysypki. Leczenie nazwał KAPOSI „znacznie ulepszone” w ostatnich czasach, czemu też przypisuje lepsze wyniki. Jednak pytanie prof. SCHWIMMER'a z Pesztu, na czem polega postęp w leczeniu, pominął prof. KAPOSI niestety milczeniem. Wykład swój illustrował mówca licznymi kolorowaniami podobiznami ze zbioru kliniki wiedeńskiej.

Współreferentem profesora KAPOSI'ego był O. ROSENTHAL z Berlina. W tezach, ku wygodzie uczestników zjazdu poprzednio wydrukowanych, streszcza R. swe zapatrywanie w następujących mniej więcej zdaniach.

I. „*Pemphigus*” jako obraz chorobowy nie oznacza w myśl obecnego stanu naszej wiedzy niepodzielnej całości (*Krankheitsseinheit*), wyraża raczej określoną elementarną postać wyrzutu skórniego.

II. Od pojęcia „*pemphigus*” należy oddzielić: A) *eczema* o wielkich pęcherzach, *urticaria bullosa* etc.; B) „*dermatitis bullosa*” jako poboczny objaw, spotykany przy a) róży, tyfusie, szkarlatynie, ospie, ropnicy, posocznicy etc.; b) przy skaleczeniu lub zapaleniu nerwów, jak np. t. zw. *pemphigus traumaticus, neurotico-traumaticus, neuriticus, trophoneuriticus*, lub przy *myelitis chronica, tabes, sclerosis* mlecza pacierzowego, *syringo-myelitis*; c) *dermatitis bullosa toxica*, powstającej wskutek zatrucia środkami lekarskimi, jak antypiryna, przetwory jodowe, rzadziej bromowe, dalej arsenik, chinina, kwas salicylowy, *rheum*, balsam kopaivi, cynchonina, fosfor; C) oddziela także *syphilis bullosa*; D) *lepra bullosa*; E) *dermatitis bullosa hysterica*, niesłusznie, zdaniem autora, nazywaną *pemphigus hystericus*; F) *erythema multiforme exsudativum* skóry lub błon śluzowych (jak np. *hydroa buccale* QUINQUAUD); G) *herpes iris* BATEMAN'a. Pod nazwą tą opisane przypadki mówca zalicza częściowo do *erythema exsudativum multiforme*, częściowo zaś do *dermatitis herpetiformis* DÜHRING'a; H) *hydroa vacciniiforme* lub *varioliiforme* (BAZIN) czyli *erythema solare* (KAPOSI). Jest to wysypka, występująca na niepokrytych częściach skóry pod wpływem promieni słonecznych w postaci pęcherzyków, z zagłębieniem w środku, z następczą zgorzelą dna i pozostawieniem blizn. Występuje przeważnie u dzieci rodzaju męskiego, ma skłonność do powrotów; I) *epidermolysis bullosa hereditaria* (KÖBNER), czyli wrodzoną skłonność skóry do oddziaływania na najmniejszy uraz tworzeniem się pęcherzów; J) *dermatitis exfoliativa neonatorum*, którą uważa za zaraźliwą, występującą epidemicznie, polegającą prawdopodobnie na zakażeniu kokkami, czy grzybkami pleśniowymi; K) *dermatitis herpetiformis* DÜHRING'a, którą mówca wita, jako pożądaną zdobycz nowszej wiedzy. Uważa ją jako wyraźnie wyodrębniający się zapomocą następujących cech, przez DÜHRING'a i BROCA'a określonych, typ chorobowy: cechy te są: różnopostaciowość, parestezye, skłonność do nawrotów, stosunkowo pomyślny stan ogólny. Odróżnia *d. h. acuta, subacuta* i *chronica*; L) *herpes gestationis*; ten ostatni jest bardzo pokrewny z pod K) wspomnianą postacią, może nawet zupełnie jednaki. Ze względu jednak, że zdarza się wyłącznie u ciężarnych, autor tymczasem daje mu osobne miejsce; E) *impetigo herpetiformis* HEBRA'y, M) wtórzone zapalenie skóry z tworzeniem się pęcherzów (*dermatite bulleuse infantile avec cicatrices indélébiles et kystes épidermiques* — HALLOPEAU).

III. Dopiero z reszty pozostałych chorób skórnych, którym towarzyszy tworzenie się pęcherzów, autor wylicza:

A) *pemphigus acutus*, przebiegający szybko, kończący się śmiercią w przeciągu 1—2 tygodni, robiący wrażenie sprawy zakaźno-posocznicznej; B) *pemphigus vulgaris*: a) *subacutus* i b) *chronicus*. F. *crouposus* albo *diphtheriticus* polega na następczym zakażeniu przez drobnoustroje. *Pemphigus conjunctivae* uważa za sprawę, zupełnie nie mającą związku z *p. vulgaris*; C) *pemphigus foliaceus*; D) *pemphigus vegetans*. Trzy ostatnie rodzaje uważa za należące do jednej sprawy chorobowej.

Na pierwszy rzut oka różnica poglądów ROSENTHAL'a i KAPOSI'ego jest olbrzymią. Polega ona jednak przedewszystkiem na tem, że gdy KAPOSI uważa uporządkowaną klasyfikację HEBRA'y za najgodniejszą przedstawicielkę „obecnej wiedzy”, ROSENTHAL klasyfikuje cał chaos nazwy, stwo-

rzonych lub utrzymanych przez tych, którzy albo uporządkowania, dokonanego przez HEBRA'ę, jeszcze nie zdążyli przyjąć, lub też od niego odstąpili. Wszystkie bowiem obrazy chorobowe, odłączone od błabicy przez ROSENTHAL'a w II punkcie tezy, a błakające się po literaturze pod więcej niż 60-iu zebraniem przez tegoż nazwami, były już wyłączone przez HEBRA'ę, względnie przez KAPOSÍ'ego, z wyjątkiem przedewszystkiem *dermatitis herpetiformis* DÜHRING'a. W tem tkwi główna różnica zapatrywań obu referentów, która też stanowiła oś dyskusyi.

SCHWIMMER, choć przyjmuje w zasadzie podział HEBRA'y, to jednak różni się cokolwiek w zapatrywaniach od KAPOSÍ'ego. KAPOSÍ, zdaniem mówcy, niesłusznie przeczy istnieniu *dermatitis herpetiformis* DÜHRING'a jako całości klinicznej i stara się ją wtłoczyć częściowo w ramy *erythema*, częściowo zaś błabicy. S. spostrzegł 25 przypadków w swojej klinice i kilkanaście przypadków *dermatitis herpetiformis*. Niektórych przypadków nie potrafi wcale podporządkować pod żadną nazwę, i te właśnie dają rokowanie najlepsze. Śmiertelność wśród jego przypadków klinicznych dochodziła do 15%. Zadawalającymi wynikami leczenia nie może się pochwalić. Co do etyologii, zawsze ma wrażenie, że układ nerwowy bierze znaczny udział w całej tej sprawie.

Prof. NEUMANN z Wiednia uważa, że w omawianej sprawie od czasów HEBRA'y przybyły tylko nazwy, treść zaś została ta sama. Może istnieje *dermatitis herpetiformis*, N. jednak nigdy jej nie widział. Nieprawdą jest, jakoby nie istniał *pemphigus acutus*. *Pemphigus*, który w przeciągu kilku tygodni śmierć sprowadza, mówca musi nazwać ostrym. Że bywa prawdziwa błabica po urazach, nie ulega wątpliwości. Przypomina tu przypadek MAUTHNER'a, gdzie po udanej ekstrakcji katarakty, wśród najpomyślniejszego przebiegu gojenia się wystąpił pęcherz na łącznicy, którego żadne leczenie usunąć nie zdołało. Wspomina także o kilku przypadkach, w których wygłosił rozpoznanie już wtedy, kiedy tylko jeden pęcherz było widać. Późniejsza erupcyja ogólna potwierdziła rozpoznanie.

Prof. NEISSER z Wrocławia nieraz spostrzegł typowe przypadki *dermatitis herpetiformis* i jest za oddzieleniem jej od ogólnego pojęcia *pemphigus*. Zapytuje KAPOSÍ'ego, czy napewno widział przejście *pemphigus foliaceus* w *vegetans* lub może jednocześnie jedną postać obok drugiej, na co KAPOSÍ odpowiada z naciskiem twierdząco. NEUMANN'owi odpowiada NEISSER, że jego przypadki *p. acutus* nie są *p. acutus*, tylko *p.* o przebiegu ostrym. Co do leczenia, to choć żadna metoda nie daje wyników zadawalających, jednak po strychninie N. spostrzegł zawsze polepszenie.

Prof. PETRINI z Bukaresztu uważa, że *pemphigus*, tak jak np. *pneumonia*, jest ściśle określonym typem chorobowym. Należałoby nie zaliczać tutaj błabicy, powstającej po urazach. Każdy przypadek wyleczony już przez to samo nie uważa za *pemphigus*.

WESTBERG z Wrocławia podaje wyniki swych badań drobnowidzowych. Rdzeń kręgowy (w przypadku *pemphigus vegetans*, spostrzeganym w klinice wrocławskiej i zakończonym śmiercią po 3-ich miesiącach choroby) po stwardnieniu w płynie MÜLLER'a wykazał następujące zmiany. W górnej części szyjowej rdzenia pęczki GOLL'a i tylny pas *Wurzelzone* jaśniej zabarwione. Oprócz tego pęczki przednio-boczne, nie wliczając tu warstwy granicznej i pusa brzeżnego, bledsze, niż zwykle. W górnej części grzbietowej rdzenia istota biała wykazuje na całym przecięciu poprzecznym niezwykle jasne zabarwienie, które spotyka się także w tylnym pęczku bocznym, w pasie brzeżnym pęczków tylnych i w tylno-przednich korzeniach części lędźwiowej rdzenia. W preparatach, barwionych metodą WEIGERT'a-PAL'a, wyżej opisane miejsca blade są zabarwione blade i odbijają jaskrawo od mocniej zabarwionego otoczenia. Karminem zaś bokarskowym barwią się one znacznie mocniej od otoczenia.

Badanie pod drobnowidzem wykazuje, że przyczyną wspomnianych zmian barw jest masowy zanik włókien nerwowych i odpowiadające temu bujanie neuroglii. Szczególniej wyraźnie występuje zanik przednich korzeni części lędźwiowej rdzenia.

Mówca przypuszcza, że ten sam jad (*Gift*), który wywołuje pęcherze na skórze, doprowadza do zaniku włókna nerwowe w rdzeniu pacierzowym, analogicznie ze zmianami, jakie wywołują ostre choroby zakaźne w sercu, wątrobie lub w nerkach. Preparaty drobnowidzowe ilustrowały wykład.

EPPINGER badał z punktu widzenia anatomo-patologicznego 6 przypadków typowej błabicy, zakończonych śmiercią i autopsją. W skórze znalazł, co następuje. Tylko w bardzo małych pęcherzach wypocina podnosi jedynie powierzchowne warstwy naskórka. W większych podniesione są i głębsze pokłady. W pobliżu pęcherzy *epidermis* w stanie nacieku surowiczego. Zawartość pęcherzów obfituje w białko, nie wykazuje jednak w świeżo nakłutych pęcherzach prawie wcale komórek. *Cutis* na rozmaitej głębokości w stanie obrzęku. Często opisywanych rozszerzeń tętniczek lub żył nie spotykał, natomiast zawsze, choć czasem małeńkie tylko, wybroczyny krwi.

W gruczołach skóry nabłonek złuszczoney. Między nim a błoną podstawaową bryłki substancji acidofilowej, które dają odczyn na hematynę i hematojdynę. Każę to przypuszczać, że i pod nabłonek gruczołów miewają miejsce wylewy krwi. Nerwy, barwione metodą WOLTERS'a, pod mniejszymi pęcherzami wykazują zwykle tylko zwyrodnienie. Naokoło nich wybroczyny krwi i wypocina. Pod większymi pęcherzami nerwy znajdują się w stanie rozpadu bryłkowego. Niektóre zaś nie wykazują zmian żadnych. W rdzeniu pacierzowym E. znajdował: a) zwykle zwyrodnienie rogów przednich; b) wybroczyny krwi z uciskiem rogów tylnych; c) wreszcie zmiany starcze. Zmiany, znalezione w nerwach, uważa za pozostające prawdopodobnie w etyologicznym związku z chorobą ogólną. Uważa za nieprawdopodobne, ażeby przyczyną bąblicy miało być zakażenie.

Na zakończenie rozpraw o bąblicy, okazywał SACHSALBER z Gracu przypadek *pemphigus conjunctivae*, u kobiety w podeszłym wieku. Na obu gałkach ocznych skureczona i zgrubiła łącznica w postaci nieprzezroczystej błony, bez połysku, pokrywa rogówki. Powieki w stanie *sympblepharon* i *ankyloblepharon*.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Na posiedzeniu Real academia de medicina de Madrid d-r FRANCISCO VALENZUELA mówił o leczeniu ostrych zapaleń płuc zapomocą wziewań trietylaminy. Mając na względzie własność niektórych połączeń amoniakalnych rozpuszczania włóknika, autor zastosował w jednym przypadku włóknikowego zapalenia płuc wziewanie z trietylaminy — ciała lotnego, bardzo mało drażniącego błony śluzowe. W ciągu 2 dni wszystkie oznaki zwałobienia płuc znikły. Następne próby wykazały, że wzmiankowany środek nietylko rozpuszcza wysięk włóknikowy, lecz działa równocześnie na inne objawy cierpienia, skracając znacznie przebieg choroby. (*Rivista de medicina y cirugía practicas*, 5 lipca). L. K.

— Zdaniem PUCCIONI, w okulistyce rozczynny nadmanganianu potasu mają stanowczą wyższość nad rozczynami sublimatu, gdyż nie posiadając silnych własności przyzegających tych ostatnich, przy zastosowaniu nie wywołują przekrwienia błon śluzowych. Przekrwienie zaś, jak wiadomo, robi grunt bardziej podatnym do wtargnięcia drobnoustrojów. (*La Riforma medica* № 133). L. K.

— LUCAS-CHAMPIONNIERE zaleca stosowanie gwajakolu, jako środka miejscowo znieczulającego. MARION i FERRIER wypróbowali środek ten przy wrywaniu zębów i użyli do wstrzykiwań roztworu 1:20. Zastrzykuje się przytem całą strzykawkę takiego roztworu i osiąga się zupełne znieczulenie. Wstrzykiwania podskórne mogą być stosowane i przy małych operacyach, jak przecięcie ropni i t. p. Po wstrzykiwaniach w dziąsła nie spostrzegano powikłań, następują jednak strupy zgorzelinowe. Zupełne znieczulenie osiągamy już po upływie 7—8 minut. FERRAND, stosując gwajakol zewnętrznie przy nerwobólach, spostrzegał nietylko znieczulenie, lecz i spadek ciepłoty, omdlenia i zapaść, radzi za-

tem ostrożność przy używaniu gwajakolu jako środka znieczulającego. MAGITOT obawia się owych strupów zgorzelinowych, powstających na dziąsłach w miejscach ukłucia. LABORDE objaśnia mechanizm powstawania tych objawów działaniem gwajakolu na nerwy naczyńioruchowe, a właściwie na nerwy zwężające naczynia. (*Arch. gén. de Médec.* Sept. 1895. Spr. z pos. akad. lek. 30 lipca).

— Badając krew u osobników zdrowych, LLOYD JONES z Londynu otrzymał następujące dość ciekawe wyniki: 1) Do okresu dojrzałości krew mężczyzn i kobiet jest jednakowa. Mniej więcej po 16 roku życia ciężar gatunkowy krwi u kobiet zmniejsza się, ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek bywa wtedy mniejsza, niż u mężczyzn. 2) W czasie miesiączki ciężar gatunkowy krwi i zawartość hemoglobiny zmniejsza się. 3) Ciężar gatunkowy krwi u blondynów bywa niższy, aniżeli u szatynów i brunetów. 4) Krew mężczyzn, zrodzonych z wielorodek, zbliża się do krwi kobiet. Wyniki ilustrowane są szeregiem cyfr. (*The British Medical Journal*, 27 czerwca). L. K.

— D r GORDON SHARP widział przypadki arytmii serca, zależnej od zaburzeń w narządach trawienia. Autor uważa arytmię w tych przypadkach za zjawisko zwrotne, spowodowane podrażnieniem ośrodków nerwu błędnego. W trzech przypadkach arytmia towarzyszyła niezytom żołądka i kiszek, a w jednym przypadku wystąpiła przy uwieżonej przepuklinie. Objawy arytmii znikły po zastosowaniu mawkoca. (*The Lancet*, 15 czerwca). L. K.

UNNA zamiast lanoliny używa do maści, past np. *adeps lanae*. Jest on tańszy, a posiada wszystkie zalety lanoliny, między innymi mieszczą się dobrze z wodą. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Tom XX. № 1 1895). A. Koz.

Wiadomości bieżące.

— Dowiadujemy się z dobrze poinformowanego źródła, iż sprawa wykonania V-ej seryi robót kanalizacyjnych i wodociągowych znajduje się na dobrej drodze i niebawem ma być po uprzednim rozpatrzeniu stanowczo rozstrzygnięta. Tym sposobem dzieło uzdrowotnienia Warszawy szczęśliwie dojdzie do końca, uległszy chwilowemu zastojowi i zaniepokoiwszy w swoim czasie szerokie koła osób, doniosłość kanalizacji splawnej i zapobiegania całego miasta w zdrową wodę pojmujących.

— Wyszedł z druku zeszyt III „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego“ z r. b. i zawiera: 1) W. SOBIERAŃSKI. O czynności nerek i działaniu środków moczopędnych. 2) E. BIERNACKI. Przyczynki do pneumatologii krwi ludzkiej w stanach chorobowych. 3) O. HEWELKE. Badanie bakteriologiczne krwi suchotników. Przyczynek do kwestyi zakażeń mieszanych w suchotach. 4) Wł. JANOWSKI. Wyniki leczenia błonicy zapomocą surowicy krwi, oraz niektóre uwagi o tem leczeniu. 5) E. W. ZIELIŃSKI. O chorobie GLENARD'a (dokończenie). 6) Protokoły posiedzeń Tow. Lek. Warszawskiego z d. 18 czerwca i 17 września r. b.

— Przy nowo utworzonym wydziale lekarskim uniwersytetu Lwowskiego utworzone zostało Towarzystwo pomocy medyków w Lwowskich, którego statut nam nadesłano. Celem towarzystwa jest zapewnienie pomocy naukowej członkom, wzajemne kształcenie się i wreszcie pomoc materialna. Fundusze powstają z wkładek. Na początek założono czytelnię i kuchnię.

— Wkrótce ma się odbyć w Petersburgu zjazd syfilidologów, w celu obmyślenia środków ku walczeniu z przymiotem, który w sposób zatrwajający w całym państwie coraz bardziej się rozprzestrzenia. Z tego powodu ma się podobno utworzyć i u nas komisya, ze specjalistów złożona, która swe uwagi w danym przedmiocie w odpowiednim opracowaniu zjazdowi przedstawi.

— Znana firma wydawnicza K. PROCHASKI z Cieszyna nadesłała nam dalszy ciąg zeszytów zbiorowego dzieła pod tytułem: Biblioteka w sz echnauk lekarskich dla praktyków i specjalistów prof. DRASCHE'go w Wiedniu. O pożytecznym tem wydawnictwie, wyróżniającem się praktycznością w układzie i sumiennością w opracowaniu, zrobiliśmy już wzmiankę w naszym piśmie (patrz № 13 Medycyny z r. b.). Tu tylko przypomnimy, że farmakologia z cyklu dzieł, bibliotekę składają-

cych, oddawna jako skończona całość opuściła prasę. Dzieło to, opracowane przez A. BRESTOWSKIEGO, czyni zadość wszelkim wymaganiom współczesnym, i dlatego śmiało je kolegom polecić możemy.

— Na odbytem w Lubecie 19 września podczas zjazdu pierwszym ogólnem zebraniu wologo związku prasy lekarskiej niemieckiej, członkami którego są już przedstawiciele 34 niemieckich wydawnictw peryodycznych lekarskich, postanowiono pisać także same sprawozdania o mającym się odbyć w Moskwie zjeździe międzynarodowym, jakie były pisane o zjeździe przyrodników w Lubecie. W tym celu polecono prof. POSNER'owi porozumieć się z głównym sekretarzem „Association de la presse médicale française“ i z przedstawicielami innych krajów w celu wypracowania odpowiedniego projektu.

— Trąd powoli znika z Norwegii. W 1856 r. było 3000 trędowatych w tym kraju, w 1892 roku zaś nie było więcej nad 800—900. Następnie liczba ta zmniejszyła się tak, że postanowiono zamknąć dwa zakłady dla trędowatych (dotąd było pięć). D-r KAURIN, opierając się na tak pomyślnych wpływach w tym razie higieny społecznej, sądzi, że trąd jest przede wszystkim chorobą zakaźną (*contagiosa*) i odrzuca jakiegokolwiek usposobienie dziedziczne.

— W Stanach Zjednoczonych otrzymała dyplom lekarski pierwsza chinka Hu-KING-ENG, która odbywała studia w Filadelfii, a obecnie udała się do kraju rodzinnego.

— Prezes związku lekarskiego syndykatów belgijskich zwrócił się z prośbą do ministra wojny, aby ten zabronił lekarzom wojskowym zajmowania się praktyką prywatną. Minister odmówił.

— Pani TYLER zebrała dane, dotyczące się bibliotek dla chorych w szpitalach angielskich, w Londynie i na prowincyi. Dobrze uposażonych bibliotek jest 25, z których każda posiada od 100 do 4000 tomów. Biblioteki te nie posiadają osobnych funduszy, lecz utrzymują się z ofiar. Chorzy najchętniej czytują wydawnictwa peryodyczne. Książki winny być lekkie, niezbyt grube i ciężkie, drukowane wyraźnym drukiem; oprawa winna być tania dla uniknięcia strat w razie potrzeby spalenia książki.

— Według „Gońca Urzęd.“ od dnia 3—16 września w gub. Wołyńskiej zachorowało na cholereę osób 4249, zmarło 1701; w gub. Podolskiej zaś od dnia 17—23 września nie było przypadków cholery.