

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“ — W Paryżu C. Adam 33 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Krótki szkic historyczny nauki o zбочeniach mowy oraz obecne jej zadanie. Przez d-ra Wł. Ołtuszewskiego. (Dokończenie). — O dżumie ze stanowiska bakteriologii, biologii i higieny publicznej. Podał d-r Wł. Palmirski. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI** 119. Nerwowe wzniesienie ciepłoty u kobiety wskutek podrażnienia układu nerwowego macicy. 120. Opatrywanie ran akuszerskich za pomocą antyfebryny. 121. Apomorfiną jako środek nasenny. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 25 września r. b. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 6 października r. b. — Sprawozdanie z IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (21—24 lipca r. b.). Streścił Sz. Kossobudzki. (Ciąg dalszy). — **BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.** W sprawie operacyjnego leczenia tyłopochylenia-zgięcia macicy. — List otwarty do redakcyi „Medycyny“. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Ołtuszewski — Aperçu historique général de la science des anomalies de la parole; la therapie logopathologique moderne.

Redaction: Dr. M. Sajowski. Varsovie — R-1e Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Ołtuszewski — Eine kurze geschichtliche Darstellung der Lehre über die Sprachanomalien und die Aufgaben der modernen Therapie.

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

Z WARSZAWSKIEGO ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY ORAZ CIERPIEŃ JAMY
NOSO-GARDZIELOWEJ.

Krótki szkic historyczny nauki o zбочeniach mowy

oraz

obecne jej zadanie.

Przez

D-ra WŁADYSŁAWA OŁTUSZEWSKIEGO.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 43).

Zbyt rozdrobniony podział pracy autorów doby po Kussmaulowskiej, odpowiadający poniekąd pod wpływem filozofii pozytywnej kierunkowi specjalizacji nauki wogóle, a sprzyjający coraz większemu oddalaniu się od nieodzownych w każdej gałęzi wiedzy uogólnień, winien obudzić pewną

reakcyę. Dzisiejszy logopatolog, uwzględniając przedewszystkiem logologię⁵⁾, dalej nauki lekarskie, pozostające z nauką o zбочeniach mowy w bezpośrednim związku, jak psychopatologia, neurologia, lub w pośrednim, jak rynolaryngologia i otyatria, oraz pewne gałęzie wiedzy ogólnej: psychologia w obszernem znaczeniu, antropologia, pedagogika normalna i patologiczna, winien objąć całokształt patologii mowy z szerszego, aniżeli dotychczas, horyzontu, co niewątpliwie pozwoli mu skutecznie odpowiadać dzisiejszym wymaganiom nauki klasyfikacyę, wykazać najogólniejsze przyczyny zбочeń mowy, miejsce, jakie w szeregu nauk lekarskich winna zająć, podać zgodnie z tem odpowiednie wskazówki higieny i podstawę leczenia oraz wyjaśnić mało dotychczas uwzględnianą niemotę u dzieci tudzież bełkotanie, wadliwe wymawianie i mowę nosową pochodzenia korowego. Tak pojmując zadanie nauki o zбочeniach mowy i korzystając z już istniejących a wielu cennych prac, rozpocząłem przedewszystkiem badania moje przed ośmiu laty od fizjologii mowy, w następstwie zaś uzupełniłem dotychczasowe badania psychofizjologiczne opisem rozwoju inteligencji i mowy u dziecka ze szczególnem zwróceniem uwagi na pomijaną w zupełności podstawę psychologiczną tego rozwoju oraz starałem się opracować zasady psychologii i filozofii mowy. Opierając się na tych podstawach teoretycznych, jak również dość bogatym klinicznym materyale z patologii mowy, ośmielałem się przedstawić czytelnikowi wyniki w tym względzie usiłowań moich, które mogą mieć, jak sądzę, pewne znaczenie dla przyszłego kierunku odnośnych badań.

Zarówno jak w każdej gałęzi wiedzy lekarskiej, tak i w nauce o zбочeniach mowy nieodzowna jest przedewszystkiem odpowiednia klasyfikacya. Pomijam uprzednio wspomniane klasyfikacye (SAUVAGES, FRANK, KLENCKE), jako zbyt powierzchowne, gdyż oparte jedynie na objawach. Podany przed dwudziestu kilku laty podział zбочeń mowy przez KUSSMAUL'a, na zбочenia w słowach zewnętrznych (artykulacyi): *dysarthriæ* (jąkanie, bełkotanie), zaburzenia mowy wewnętrznej: *dysphasiæ* i zбочenia treści myśli: *dyslogiæ*, oparty rzekomo na podstawie psychologicznej, nie da się zastosować do patologii mowy z bardzo wielu powodów. Tak np. przy bełkotaniu, zaliczonym do dyzartryi, ulega zmianie mowa wewnętrzna, przy wielu zaś zбочeniach, objętych nazwą dysfazyi, jak niemota ruchowa zmysłowa (ruchowa podkorowa), aleksya izolowana (percepcyjna ślepotą wyrazową), oraz przy wielu niemotach pochodzenia czynnościowego mowa wewnętrzna pozostaje niezmieniona. Oprócz tego podział KUSSMAUL'a nie odpowiada temu, co dziś pojmujemy pod nazwą dyzartryi, a mianowicie zбочenie mowy, mające swe siedlisko w mózgu poniżej kory lub w obwodowym narządzie artykulacyi, gdyż zgodnie z tem zapatrywaniem ani przeważnej liczby przypadków bełkotania, ani też jąkania, których siedlisko upatrujemy w korze, w żaden sposób nie możnaby odnieść do zбочeń dyzartrycznych. To samo mniej więcej dałoby się powiedzieć o klasyfikacyach autorów doby po Kussmaulowskiej,

⁵⁾ Logologia bada, według mego mniemania, naukę o mowie ze stanowiska przyrodniczo-lekarskiego. Pozostaje ona w takim stosunku do językoznawstwa, jak anatomia i fizjologia do medycyny. W skład logologii wchodzi: fizjologia mowy, prace psychobiologiczne, odnoszące się do inteligencji i znakowania u zwierząt, rozwój mowy u dziecka i stosunek tego rozwoju do jego inteligencji, podstawa psychologiczna rozwoju mowy oraz psychologia mowy łącznie z jej filozofią.

opartych na tychże zasadach. Tak np. COEN dzieli zboczenia mowy na zboczenia artykulacyi: bełkotanie ogólne i częściowe i zboczenia funkcyi mowy: trzepotanie i jąkanie. Z całego działu niemoć u dzieci uwzględnia tylko tak zwaną przez SCHMALZ'a Hörstummheit, nie nadmieniając, do jakiego rodzaju zboczeń ją zalicza, czy do zboczeń artykulacyi, czy też funkcyi mowy. H. GUTZMANN przyjmuje podział zboczeń mowy według szematu PRAYER'a i dzieli je na obwodowe impresywne, ośrodkowe i obwodowe ekspresywne, przyczem wcale nie podaje, czy dane zboczenie obwodowe ekspresywne jest pochodzenia ośrodkowego, czy też obwodowego. Bełkotanie oraz mowę nosową, zarówno jak KUSSMAUL, zalicza do cierpień obwodowych.

Wszystkich tych niekonsekwencji możemy uniknąć, przyjmując klasyfikację, opartą na podstawie anatomicznej. Zgodnie z tą zasadą dzielię zboczenia mowy na dwie klasy: 1) Zboczenia zależne od zmian anatomicznych lub czynnościowych kory mózgowej przy niedorozwoju psychicznym u dzieci lub też przy mniej lub więcej zachowanej inteligencji u dorosłych i dzieci— *aphasiae* i *dysphasiae* (niemota pochodzenia korowego, przeważna część przypadków bełkotania, ewentualnie mowy nosowej i wadliwego wymawiania u dzieci, u starszych zaś plątanie sylab w paraliżu postępującym oraz jąkanie i trzepotanie). 2) Zboczenia wskutek zmian w białej substancji podkorowej (w ośrodkach opuszkowych) w mięśniach i nerwach obwodowych oraz w narządzie artykulacyi — *anarthriae* i *dysarthriae* (niemota pochodzenia podkorowego, niemota lub bełkotanie u dorosłych w porażeniu opuszkowym, wylewach krwawych do rdzenia przedłużonego lub jego ucisku, u dzieci zaś przy wyrosłach adenoidalnych we wczesnych okresach dzieciństwa oraz przy częściowem zajęciu ucha średniego lub błędnika; mowa nosowa zależna od rozszczepu podniebienia twardego i miękkiego, wadliwe wymawianie, uwarunkowane zmianami anatomicznymi w samym narządzie artykulacyi, jak guzy języka, nieprawidłowa budowa szczęk i t. d. ⁶⁾).

Rozpatrując szczegółowo cały materiał kliniczny z ostatnich lat 8, wynoszący 1405 przypadków zboczeń mowy, doszedłem do przekonania, że daleko większa ich część przytrafia się u ludzi, należących do kategorii zwyrodniałych w obszernem tego słowa znaczeniu, poczynając od idyotów, a kończąc na niezrównoważonych. O ile jednak niedorozwój łącznie z porażeniami mózgowymi wieku dziecięcego stanowi najważniejszy moment etiologiczny dla niemoty i bełkotania, poczęści zaś tylko dla mowy nosowej wadliwego wymawiania i jąkania ⁷⁾, o tyle znów to ostatnie łącznie z trzepotaniem oraz pewien procent wadliwego wymawiania przytrafia się prawie wy-

⁶⁾ Z odnośnych zboczeń układu nerwowego, powodujących zakłócenia mowy, jedna tylko selerosis disseminata należy do obu klas, a więc do dysfatyeczno-dyzartrycznych zboczeń mowy, ponieważ zmiany, jakie przy niej spotykamy, mogą się umiejscawiać zarówno w korze, jak i substancji podkorowej. Dyzartrye korowego pochodzenia, zależne od obustronnego zajęcia jąder nerwu podjęzykowego i twarzonego, są bardzo rzadkie i łatwo je wyróżnić od właściwych afazyi, uwarunkowanych utratą pamięci słownej zmysłowej lub skojarzeniowej. Tak zwane przez KUSSMAUL'a dyslogiae u obłąkanych, nie wchodzą w zakres logopatologii, jako nie przedstawiające żadnego praktycznego interesu, aphoniae zaś i dysphoniae należą do dziedziny laryngologii.

⁷⁾ Tak np. na 265 przypadków niemoty u dzieci odnotowałem niedorozwój psychiczny łącznie z porażeniami wieku dziecięcego, jako moment przyczynowy, w 90 przypadkach (65 niedorozwoju, 25 porażen), na 67 przypadków bełkotania w 38 (niedor. 26, porażen 12), podczas gdy na 251 przypadków wadliwego wymawiania w 29 (niedor. 24, porażen 5), na 56 mowy nosowej w 11 (niedor. 7, porażen 4) a na 718 jąkania tylko w 16 (niedor. 14, porażen 2). Należy przytem nadmienić, że liczby niedorozwoju

łącznie u osób niezrównoważonych⁶⁾). Na zasadzie powyższego ośmielał się mniemać, że w daleko większej części wszystkich przypadków zбочeń mowy degeneracja psychiczna, jako moment etiologiczny, odgrywa rolę pierwszorzędną. Nawet takie niewątpliwie dowiedzione przyczyny wywołujące, jak przebyte choroby mózgowe, jako przyczyna niemoty lub bełkotania u dzieci, jąkanie z powodu urazu, naśladownictwa i t. d., mogą upoważnić nas do pominięcia tego najważniejszego momentu jedynie po dokładnem zbadaniu wywiadów, dotyczących chorego i jego rodziny, oraz wyłączeniu wszelkich oznak degeneracyjnych zarówno anatomicznych, jak fizyologicznych, ewentualnie psychicznych i społecznych. Tego rodzaju nie dające się zresztą zaprzeczyć fakty, że pomiędzy jąkającymi się lub z innymi zбочeniami mowy znajduje się stosunkowo znaczny procent ludzi zdolnych i rozwiniętych umysłowo, w niczem nie przeczą naszemu zapatrywaniu, jeśli zechcemy pamiętać, że chorzy, stojący na najwyższych szczeblach drabiny degeneracyjnej, mogą się odznaczać sferą intelektualną najzupełniej prawidłowo rozwiniętą.

Daleko już mniejszy procent zбочeń mowy warunkują zmiany patologiczne w tkance mózgowej, którym nie towarzyszy żadna nieprawidłowość psychiczna, jak niemota u dorosłych, bełkotanie przy zmianach w rdzeniu przedłużonym i t. d., stanowiące drugi właściwy moment przyczynowy zбочeń mowy. Dopiero po za tymi właściwymi momentami przyczynowymi odgrywają również nieraz ważną rolę momenty przypadkowe, jak uraz, zaraza psychiczna i t. p., przy jąkaniu oraz upośledzenie słuchu, zmiany w uchu średnim lub wewnętrznym, w jamie noso-gardzielowej, wadliwe ukształtowanie organów artykulacji przy innych kategoriach zбочeń mowy. Uwzględniając mianowicie owe właściwe momenty przyczynowe, sądzę, że możemy powiązać luźnie dotychczas stojące działy zбочeń mowy w jedną całość, złączoną wspólną przyczyną psychicznej degeneracji. Zgodnie z tem zapatrywaniem naukę o zбочeniach mowy zaliczam do działu psychopatologii i neuropatologii, gdzie zapewne w niedługim czasie znajdzie swoje miejsce w odnośnych podręcznikach.

Brak miejsca nie pozwala mi szczegółowo rozwodzić się nad znaczeniem, jakie w ten sposób wyjaśniona etiologia może wywrzeć w zapatrywaniu się naszym na higienę zбочeń mowy oraz ich leczenie, zaznaczam więc tylko, że obok specjalnych higienicznych wskazówek, dotyczących każdego działu zбочeń mowy, nie powinniśmy przedewszystkiem nigdy spuszczać z oka owego najogólniejszego momentu etiologicznego — psychicznej degeneracji. Ponieważ w rzędzie jej przyczyn najważniejszą rolę odgrywa dziedziczność, należy więc w tym względzie w jak najszerszych kołach społeczeństwa rozpowszechniać przekonanie, że osoby, podlegające chorobom umysłowym, osłabieniu sfery umysłowej, nerwicom lub mające w swej rodzinie członków z podobnymi zбочeniami, mają wszelką szansę przekazywania dzie-

łącznie z porażeniami, odnoszące się do niemoty i bełkotania, uważam tylko za przybliżone, gdyż faktycznie są one daleko większe, a to z powodu braku w wielu przypadkach ścisłych wywiadów, trudności, przedstawiających się przy określaniu sfery umysłowej u małych dzieci, oraz różnego stopnia głuchoty, stanowiącej znaczny procent w etiologii niemoty (głuchoniemota) i bełkotania pochodzenia dyzartycznego.

⁶⁾ Na 718 przypadków jąkania znalazłem neuropatyczne usposobienie w 305 przypadkach.

ciom, nie mówiąc już o chorobach umysłowych, niedorozwoju i niezrównoważeń, tak często wiążących się z różnego rodzaju zбочzeniami mowy. Że w wielu przypadkach nie od nas będzie zależne zupełne usunięcie momentu dziedzicznego, nie ulega żadnej kwestyi, izolując jednak dzieci od rodziców z usposobieniem neuropatycznym, stosując środki, korzystnie działające na rozwój fizyczny i duchowy oraz zwiększające odporność organizmu w obu kierunkach, możemy w wielu razach zmniejszyć jego siłę, a tem samem osłabić działanie momentów wywołujących (przypadkowych)⁹⁾. To samo *mutatis mutandis* dotyczy leczenia zбочzeń mowy. Obok stosowania specjalnych metod leczniczych właściwych dla każdego z nich, należy obok podnoszenia poziomu umysłowego przy zбочzeniach mowy, uwarunkowanych niedorozwojem, przy jąkaniu oraz innych zбочzeniach u osób niezrównoważonych zalecać środki, ogólnie działające na układ nerwowy.

Wyjaśnienie patogenezy niemoty u dzieci oraz bełkotania, wadliwego wymawiania i mowy nosowej pochodzenia korowego uwzględniłem szczegółowo w Przyczynkach, pozwolę więc sobie na tem miejscu jedynie w kilku słowach przypomnieć najważniejsze w tym względzie dane.

Przedewszystkiem oddzielam mowę opóźnioną (mniej więcej do czwartego roku) od właściwej niemoty. Mowa opóźniona zależy od osłabienia pamięci słownych, zmysłowych, uwarunkowanego jakakolwiek bądź szkodliwością, upośledzającą odżywianie kory mózgu, a łącznie z tem od braku wyrobienia automatyzmu mowy. Przy właściwej niemocie należy wyróżniać dzieci z niedorozwojem psychicznym od mniej lub więcej prawidłowych. U dzieci, upośledzonych umysłowo, mogą zachodzić dwie ewentualności: albo sam niedorozwój powoduje niemotę, lub też niezależnie od niego pewne zmiany w ośrodkach słownych. U zupełnych idiotów przy braku percepcyi, a więc spostrzeżeń zmysłowych, nie może nawet być mowy o najłatwiejszym a zarazem najważniejszym akcie mowy—jej rozumieniu, gdyż niedorozwój łącznie z ośrodkami mowy, dotyczy przedewszystkiem całego mózgu, jako organu myśli. Idyoci niezupełni, uzdolnieni do zmysłowych spostrzeżeń oraz kojarzeń, wnoszą się już do możności rozumienia mowy (rozumie się w ograniczonych rozmiarach), upośledzenie jednak zdolności umysłowych przeszkadza im do nabycia mowy automatycznej nieodzownej przy mowie samodzielnej. To też nieleczeni idyoci rzadko przekraczają granicę wygłaszania bełkotliwie pojedynczych słów dla oznaczania swych pierwotnych sądów i na tym stopniu pozostają zazwyczaj w ciągu całego życia. Zmiana anatomiczna w ośrodkach słownych u dzieci upośledzonych umysłowo najczęściej dotyczy pamięci słownej zmysłowej ruchowej (niemota ruchowa), daleko już rzadziej zmysłowej słuchowej (głuchota wyrazowa). Co się tyczy dzieci z inteligencją mniej lub więcej prawidłową, to może przytrafiać się u nich niemota ruchowa (najczęściej w tak zwanych porażeniach mózgowych wieku dziecięcego), niemota zależna od obustronnych częściowych zmian w uchu średnim i błędniku (niemota pozakorowa) oraz głuchoniemota.

Bełkotanie, polegające na zupełnie niezrozumiałej mowie z powodu przekształcania i zniepodobniania wyrazów, dzielię na bełkotanie pochodzenia mózgowego i obwodowego. Patogenezę bełkotania mózgowego możemy

⁹⁾ Szczegóły, dotyczące higieny mowy, znajdzie czytelnik w pracy mojej: Higiena mowy. Warszawa 1896, oraz w artykule przeznaczonym dla Encyklopedyi wychowawczej: Mowa i jej zбочzenia.

jedynie zrozumieć, zdając sobie dokładną sprawę z istoty bełkotania fizyologicznego, zależnego, zdaniem mojem, od chwilowej niemocy pamięci słownych, powodującej nieprawidłowe wytworzenie się automatyzmu mowy. Przytrafia się ono nawet u zupełnie prawidłowych dzieci i ustępuje zwykle między 3—4 rokiem. Przy osłabieniu jednak pamięci słownych, co ma miejsce w szczególności u głuptaków i zacofanych, stale się utrzymuje, powodując bełkotanie patologiczne. Również wyżej wspomniana niemota ruchowa u dzieci z niedorozwojem lub też prawidłowych, jeśli ustępuje siłami przyrody, przechodzi także w bełkotanie, mogące się przeciągać bez odpowiedniego leczenia do wieku przedszkolnego, a nawet i później. Bełkotanie obwodowego pochodzenia zależy, jak wiadomo, od częściowego zajęcia błędnika lub ucha średniego, wyrosli adenoidalnych oraz rozszczepów podniebienia twardego. Przeważna liczba przypadków bełkotania łączy się z mową nosową.

Wadliwe wymawianie jednej lub kilku głosek, zanieczyszczające tylko zresztą zupełnie rozumiałą mowę, dzieli również na mózgowe i obwodowe. Pierwsze zależy od złego wzoru mowy w okresie jej formowania się, opóźnionego fizyologicznego lub resztek patologicznego bełkotania, drugie znajduje źródło swego wytłomaczenia w upośledzeniu słuchu lub nieprawidłowej budowie narządu artykulacji, przede wszystkim zaś szczęk.

Mowę nosową, jak wiadomo, oddzielamy od bełkotania jedynie z powodu brzmienia nosowego, nadającego tej formie zboczenia swoiste piętno, a przeto również rozdziela ją na mowę nosową pochodzenia ośrodkowego i obwodowego. Pierwsza, przytrafiająca się zazwyczaj u dzieci z niedorozwojem psychicznym, łączy się z ustępującą i przechodzącą w bełkotanie niemotą ruchową. Uwarunkowana jest ona w tym razie upośledzeniem czynności ośrodków ruchowych kory, powodującym niedokładne rozgraniczenie przez podniebienie miękkie jamy ustnej do jamy noso-gardzielowej, lub skróceniem podniebienia twardego, stanowiącego jedną z oznak psychicznego zwyrodnienia. U dzieci prawidłowych tego samego rodzaju mowa nosowa, lubo bez towarzyszącego bełkotania, może zależeć od złego wzoru mowy. Mowa nosowa pochodzenia obwodowego, łącząca się również z bełkotaniem, ewentualnie wadliwym wymawianiem, zależy od upośledzonego słuchu, rozszczepów podniebienia twardego, porażań podniebienia miękkiego lub też innych przyczyn, powodujących brak rozgraniczenia jamy ustnej od jamy noso-gardzielowej.

Streszczając to wszystko, cośmy dotychczas powiedzieli, i rzucając okiem na koleje, jakie przechodziła logopatologia w historycznym przebiegu, okazuje się, że nauka ta przez bardzo długi czas ściśle była związana z medycyną, a nawet posiadała świetną tradycję odnośnie do pewnych działów, jak np. jąkania. Rozbrat, jaki w połowie bieżącego wieku nastąpił pomiędzy nią a wiedzą lekarską, spowodowany został ogłoszeniem tajemnych metod i środków leczenia jąkania przez różnego rodzaju szarlatanów, którzy znaleźli tu świetną arenę dla swych popisów, oraz wprowadzeniem przez DIFFENBACH'a i jego naśladowców chirurgicznego zabiegu w celu usunięcia tego zboczenia. Zobojętnienia świata lekarskiego dla omawianej nauki nie zdołały przemódz nawet prace doniosłego znaczenia dla jąkania pomiędzy 41—45 rokiem, a pole to, pozostając długi czas odłogiem, pokryło się bujnym chwastem, sprzyjającym rozpowszechnianiu się najróżnorodniejszych przesądów i uprzedzeń tak w szeregach lekarzy, jak też i ogółu. Pomimo to bezustanny postęp, dotyczący zarówno podstawowych, jak i pomocniczych nauk dla

logopatologii, spowodował, jak widzieliśmy, jej odrodzenie, rozpoczynające się od czasu KUSSMAUL'a. Obecne stanowisko nauki tej, jako gałęzi samodzielnej i zajmującej swe miejsce w szeregu nauk lekarskich jest ściśle określone. Przyczynia się ona do rozwoju wiedzy lekarskiej na równi z innymi specjalnościami. Jej to zawdzięczamy wyświetlenie patogenezy i podstaw leczenia, prawie w zupełności dotychczas pomijanych ważnych złożeń u dzieci, jak niemoty, belkotania, mowy nosowej oraz jednej z najważniejszych nerwic — jąkania¹⁰⁾ Dalszy rozwój i postęp logopatologii w obec demokratyzacji nauki lekarskiej oraz faktycznej potrzeby, uwarunkowanej szybkim wzrostem degeneracji psychicznej, niestety, prawie wszędzie czyniącej zatrważające postępy, jest najzupełniej zapewniony. Owocna skuteczność pracy na tem polu w przyszłości zależy od zainteresowania się nią szerszego koła lekarzy i rozpowszechniania racjonalnych poglądów na złozenia mowy, co, zdaniem mojem, stanowić będzie najskuteczniejszy środek do usunięcia wszelkiego rodzaju szarlataneryi i ponownego powrotu nauki o złozeniach mowy na łono medycyny.

O DŻUMIE

ZE STANOWISKA BAKTERYOLOGII, BIOLOGII I HIGIENY PUBLICZNEJ.

Podał

D-r WŁ. PALMIRSKI.

Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Hig. w dniu 13 września 1900 r.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 43).

Ciekawe są również zmiany we krwi zadżumionych w zależności od stadium, wytwarzanego w ustroju przez zarazki dżumy. We wszystkich postaciach tej choroby spotykamy leukocytozę, przyczem liczba białych ciałek krwi dochodzi do 10—12 tysięcy. Szczególniej leukocytoza występuje w przypadkach, kończących się posocznicą.

Drugą ważną zmianą są własności aglutynacyjne krwi, czego nie spotykamy u ludzi zdrowych.

Zjawisko aglutynacji polega na dodaniu do hodowli zarazka dżumy pewnej, niewielkiej ilości surowicy krwi ludzi zadżumionych. Po upływie kilku godzin hodowla staje się przezroczystszą, a na dzień w próbówce przy badaniu drobnowidzowem znajdujemy skupienia zarazków dżumy. Liczne badania ZABOŁOTNEGO wykazały, że własności aglutynacyjne krwi u różnych osobników są różne

¹⁰⁾ W Przyczynku piątym starałem się wykazać, że tak zwana afonia spastyczna należy również do kategorii jąkania.

i że są w zależności od czasu trwania choroby. Całe serye doświadczeń pozwoliły mu jednak ująć to zjawisko w pewien szemat:

Pierwsze dni choroby.	Koniec 1-go tygodnia.	2-gi tydzień	3-ci tydzień	4-ty tydzień	Okres zdrowienia.
$\frac{1}{5}$	$\frac{1}{10}$	$\frac{1}{25}$	$\frac{1}{40}$	$\frac{1}{60}$	$\frac{1}{30} - \frac{1}{12} - \frac{1}{10}$

Z tej tablicy szematycznej widzimy, że zjawiska aglutynacyi występują u chorych na dżumę dopiero przy końcu pierwszego tygodnia, w późniejszym okresie choroby osiągają swego *maximum*, w okresie zaś powrotu do zdrowia zmniejszają się.

Ponieważ zjawiska aglutynacyi występują we krwi dopiero w późniejszych okresach choroby, nie możemy posilkować się niemi w celach rozpoznawczych, prędzej mogą mieć one pewne znaczenie u ozdowieńców, jeżeli chodzi o wyjaśnienie charakteru przebytej choroby.

Oprócz aglutynacyi we krwi osobników, pod wpływem przebytej choroby można zauważyć własności ochronne. W początku choroby własności te istnieją w nieznanym stopniu, w okresie powrotu do zdrowia osiągają swego *maximum*, krew wtedy w dawce $\frac{1}{50}$ ctm. sz. jest w stanie zabezpieczyć mysz od dawki śmiertelnej.

Wystąpienie ochronnych własności krwi również ma pewne znaczenie rozpoznawcze szczególnie u ozdowieńców, gdzie zwykłe metody bakteriologicznego badania dają nam wyniki ujemne.

Oprócz tego wystąpienie we krwi własności aglutynacyjnych i ochronnych w dość znacznym stopniu może świadczyć o przebyciu choroby i powrocie do zdrowia. Na tę sprawę również rzucają pewne światło zmiany morfologiczne w dymienicach. Badania drobnowidzowe wykazały, że ilość zarazków dżumy w dymienicach bywa początkowo niewielka, następnie wzrasta i osiąga swego *maximum* jednocześnie z rozwinięciem się dymienicy. W okresie powrotu do zdrowia leukocyty pochłaniają zarazki, niszczą je, i ropa staje się pozbawioną ich obecności. W dalszym okresie zropiałe dymienice otwierają się nazewnątrz, co jest w zależności od wywołującego zgorzel działania jadu na otaczającą tkankę gruczołu porażonego. Badania te pozwalają nam przewidywać zwrot ku lepsze-mu nawet przed wystąpieniem pomyslniejszych objawów klinicznych.

Z tego, cośmy do tej pory mówili, widzimy, że dżuma jest chorobą ogólną i powstaje wskutek przedostania się do ustroju lasecznika YERSIN-KITASATO. Ważną jest rzeczą wyświecić, w jaki sposób dostaje się zarazek dżumy do ustroju człowieka. Doświadczenia na zwierzętach oraz spostrzeżenia KITASATO, YERSIN'a, AOYAM'a, WYSSOKOWICZA i innych badaczy przemawiają za przenikaniem zarazka do ustroju przez ranki na skórze i przez przewód pokarmowy. Pierwsze przypuszczenie potwierdzają spostrzeżenia na grabarzach, chodzących boso po ziemi, zanieczyszczonej wydzielinami zadżumionych; zjawiają się u nich bóle w łydkach, a następnie dymienice w pachwinach; u dzieci zaś, które jeszcze nie chodzą, dymienice najczęściej okazują się na szyi. Za drugim przypuszczeniem przemawiają badania bakteriologiczne WILM'a, który znalazł laseczniki dżumy w nalocie na języku i w kale zadżumionych. Również zarazić się można przez drogi oddechowe. Chorzy, kaszląc (w zapaleniu płuc swoistem), razem z płwociną wydzielają mnóstwo zarazków, które mogą przedostawać się na osoby otaczające. Za możliwością zarażenia się w ten sposób przemawiają doświadczenia WYSSOKOWICZA na małpach, BURUNOW'a na innych zwierzętach, u któ-

rych wywoływał zapalenia płuc, zarażając je przez drogi oddechowe. Zarazek dżumy może się przedostać do ustroju przy wdechaniu pyłu, w którym są zawieszane laseczniki. Ważna jest i ta okoliczność, że ludzie po przebytej chorobie mogą być źródłem zarazy, ponieważ laseczniki dżumy mogą się znajdować w plwocinie ozdrowieńców nawet po 4—6 tygodniach, jak to wykazał GORTSCHLICH.

Pośrednikami w roznoszeniu zarazy mogą być pchły, pluskwy, muchy i inne owady, które przypadkowo przebywały na ludziach zadżumionych lub zwierzętach, dotkniętych tą chorobą. D-r SIMOND badał zawartość przewodu pokarmowego pcheł, zdjętych z zadżumionych szczurów i znajdował swoiste laseczniki. Zastrzyknięcie miazgi pcheł niejednokrotnie wywoływało objawy dżumy u zwierząt i śmierć po 80 godzinach. Roznosicielami zarazy mogą być również szczury i myszy, u których gwałtownie szerzy się zaraza, poprzedzając epidemię u ludzi w danej miejscowości. Chcąc wyjaśnić to zjawisko, YERSIN badał ziemię, pochodzącą z miejscowości, dotkniętych dżumą. Badając ją podczas i po epidemii, stale znajdował zarazek zupełnie podobny do właściwego lasecznika dżumy, lecz mniej od niego jadowity.

Zarazek ten, jak się okazuje, stale może znajdować się w ziemi, zachowując swe własności chorobotwórcze. Temu zarazkowi przypisuje YERSIN zarazę u szczurów, poprzedzającą wszystkie epidemie dżumy, jak również powracanie epidemii rok rocznie w niektórych miejscowościach. Możliwość przechowywania się zarazków dżumy w ziemi wyjaśnia nam charakter endemiczny tej choroby. Kilka takich ognisk w Mongolii, gdzie dżuma występuje endemicznie, opisał świeżo ZABOLOTNY. Dżuma w tych miejscowościach występuje latem, zimą ginie i ogranicza się tylko do sporadycznych przypadków. ZABOLOTNY miał możliwość obserwować kilku chorych i stwierdzić rozpoznanie choroby badaniem bakteriologicznym. Wszystko to, co dotąd mówiliśmy, tłumaczy nam zarażanie się osobników i szerzenie się zarazy, lecz nie wyjaśnia jeszcze w zupełności powstawania epidemii i jej natężenia.

Wobec możliwości dostania się dżumy do Europy, co już ma miejsce w Glasgowie, wspomnę chociaż pobieżnie o środkach zapobiegawczych i leczniczych, stojących w związku z wykryciem zarazka, ponieważ dawne sposoby leczenia z powodu swej nieskuteczności nawet nie zasługują na wzmiankę. Nowym tym środkiem jest surowica koni, uodpornianych przeciwko zarazkowi dżumy. Początkowo badania w tym kierunku były przedsięwzięte przez CALMETTE'a i BORREL'a pod kierunkiem ROUX, następnie prowadził je YERSIN po powrocie z Hong-Kongu w 1894 r. Badania te wykazały, że surowica koni uodpornionych żywymi hodowlami, jest silniejsza i skuteczniejsza od surowicy koni, uodpornionych hodowlami zabitymi. Z dotychczasowych prób dowiadujemy się, że, im wcześniej stosuje się surowicę, tem jest ona skuteczniejsza.

Jeżeli leczenie jest opóźnione, trzeba wstrzykiwać surowicę w większych ilościach. Leczenie powinno się rozpoczynać od dawki 50—100 ctm. sz. U osób, leczonych surowicą, możemy zauważyć szybki powrót do zdrowia, gdy u nieleczonych trwa on bardzo długo. Wpływ surowicy przeciwdżumowej uwidacznia się nie tylko w objawach klinicznych, lecz i w spotęgowaniu fagocytozy — czynnika tak ważnego w naszym uzdrowieniu. Wkrótce po zastrzyknięciu surowicy ciepota ciała obniża się, tętno staje się pełniejsze i równiejsze, chory czuje się lepiej i t. d. Badanie zaś drobnowidzowe dymienic przekonywa nas dowodnie o wzmózonej działalności fagocytów w tych ogniskach zarazy.

Obecne wyniki za pomocą leczenia surowicy nie są świetne, zmniejszają one jednak odsetkę śmiertelności z 90—100% do 40%.

Jest to nie wszystko, w niedalekiej przyszłości możemy się spodziewać jeszcze mniejszej odsetki śmiertelności. Potwierdzenie tego przypuszczenia możemy znaleźć w doświadczeniach WYSSOKOWICZA i ZABOŁOTNY'ego na małpach. Do doświadczeń użyli oni 96 małp. Wyniki, jakie otrzymali, są następujące:

1) surowica przeciwdżumowa leczy małpy chore, jeżeli leczenie rozpoczęto nie później, niż po upływie dwóch dni od chwili zarażenia, podskórnie. Objawy choroby mogą być bardzo widoczne: podniesienie ciepłoty, dymienice i t. d.

2) Surowica daje wyniki ujemne, jeżeli leczenie rozpoczęto bardzo późno np. na 24 godziny przed śmiercią.

3) Ilość surowicy potrzebna do wyleczenia nie jest wielka; dawka 20 ctm. sz. o sile $\frac{1}{10}$ zupełnie jest dostateczna.

4) Jeżeli ilość surowicy zastrzykniętej jest niedostateczna, choroba przedłuża się, i zwierzę ginie po upływie 15—17 dni.

Również ważną sprawą są próby zabezpieczania ustroju ludzkiego od dżumy za pomocą szczepień hodowli pod skórę. HAFKIN, przygotowując swe szczepionki w ten sam sposób, jak i szczepionki cholery, próbował ich na ludziach o ile wiadomo, z dobrym skutkiem. KOLLE, wstrzykując szczurom i świnkom. morskim hodowlę, ogrzewaną przez kilka godzin przy 65° C., zabezpieczał je od dawki śmiertelnej nawet po 16 dniach od chwili zaszczepienia. Człowiek reaguje na podskórne zastrzyknięcie zabitej dżumy (hodowla agarowa w 2 ctm. sz. bulionu z dodatkiem 1% fenolu) miejscowo i ogólnie; występuje gorączka, bezsilność, brak łaknienia, obrzęk w miejscu szczepienia i t. d. Odporność nabyta w ten sposób jest krótkotrwała. WYSSOKOWICZ i ZABOŁOTNY wykazali, że odporność nabyta u małp wskutek szczepionki HAFKIN'a nie trwa dłużej nad 10—14 dni.

W celach zapobiegawczych możemy posiłkować się również surowicą przeciwdżumową. Dane statystyczne wykazują, że w celu zapobiegawczym wystarcza dawka surowicy w ilości 25—40 ctm. sz. Jeżeli pomimo tego zabiegu rozwija się choroba, przebieg jej bywa łagodny i kończy się zwykle wyzdrowieniem. Odporność nabyta przy użyciu surowicy w celu zapobiegawczym trwa dość krótko. Doświadczenia WYSSOKOWICZA i ZABOŁOTNEGO wykazują, że 10 ctm. sz. surowicy przeciwdżumowej wywołuje odporność u małpy, która trwa nie dłużej nad 10—14 dni.

Wyżej podane zabiegi są najświeższymi zdobyczami nauki, z nimi powinniśmy stanąć do walki, jeżeliby dżuma zawitała do nas. Słuszną robi uwagę ROUX, że dżuma, gdyby nawet ukazała się w Europie, nie znajdzie już prawdopodobnie warunków dawniejszych, sprzyjających szerzeniu się epidemii, dzięki wysokiej cywilizacji państw europejskich i stosowaniu przepisów higieny, o których doniosłości przekonał się podczas ostatniej epidemii cholery.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

119. G. LEVEN. **Nerwowe wzniesienie ciepłoty u kobiety wskutek podrażnienia układu nerwowego macicy.** Istnienie gorączki nerwowej macinicznej, podawanej niegdyś w wątpliwość, jest obecnie zupełnie dowiedzione. Zjawisku temu, występującemu w braku jakiegokolwiek obrażenia zapalnego i jakiegokolwiek

zakażenia ogólnego, należy, jak to słusznie zauważył autor, dać nazwę wzniesienia ciepłoty raczej, niż gorączki. Przymiotnik „macinnicza“ jest również nieodpowiedni, gdyż zaburzenie, o którym mowa, może występować u kobiet, nie przedstawiających żadnej cechy macinnictwa. Wypada więc zatrzymać się na nazwie wzniesienia ciepłoty (*hyperthermie*).

Przejawy tego wzniesienia ciepłoty są najrozmaitsze, ponieważ może ono przybierać albo postać powolną, w której ciepłota może całymi miesiącami wznosić się do 41° i wyżej, albo postać krótką i ostrą, pozorującą gorączkę durzycową lub wrzekome zapalenie opon mózgowych, albo wreszcie, postać przepuszczającą, przypominającą niekiedy zimnicę.

Obecnie przypuszcza się, iż wszystkie te odmiany kliniczne są tylko ciepłotnym równoważnikiem macinnictwa; patogenezą jego jednak pozostaje ciemną, jakkolwiek zaznaczano częste zbieganie się ostrej postaci z raptownym powstrzymaniem miesiączki.

Wskutek właśnie stosunków, które zdają się istnieć między nerwowem wzniesieniem ciepłoty a zaburzeniami miesiączki, autor zwrócił uwagę na 3 spostrzegane przez siebie chore. Były to młode kobiety, miesiączkujące nieprawidłowo i z boleściami; jedna z chorych nie miała już miesiączki od trzech miesięcy; druga znajdowała się w przededniu miesiączki. U wszystkich trzech chorych stwierdzono, oprócz wzniesienia ciepłoty, wyraźne objawy zajęcia otrzewny: istniały bowiem bardzo silne bóle, umiejscowione najwyraźniej w okolicy podpępkowej, pomimo niezajęcia macicy i jej przydatków, bóle, których raptowne ustąpienie przypadło na czas niemniej szybkiego obniżenia się ciepłoty.

Fakty te i podobne spostrzeżenia, zebrane w piśmiennictwie lekarskiem, doprowadziły autora do wniosku, iż nerwowe wzniesienie ciepłoty może być, wogóle, zjawiskiem odruchowym, wywołanem przez stan podrażnienia układu nerwowego macicy.

Dowodem, przemawiającym na korzyść takiego mniemania, jest to, że — wbrew znacznej częstości macinnictwa u mężczyzn w niższych klasach społeczeństwa — tak zwana gorączka macinnicza była spostrzegana prawie wyłącznie u kobiet w pełni czynności płciowej.

Jakkolwiek bądź jest, to jednak przypuszczenie, wypowiedziane przez autora, zasługuje na uwagę z punktu widzenia leczniczego. Wiadomo, w samej rzeczy, iż nerwowe wzniesienie ciepłoty opiera się zwykle środkiem przeciwo-gorączkowym, zarówno jak ogólnym przeciwkurczowym. Pogląd autora wyjaśnia, dlaczego leki te są bezskuteczne; wskazuje on, że, przeciwnie, należy się uciec w podobnym przypadku do środków, wywołujących lub regulujących miesiączkę i uspokajających podrażnienie macicy.

(*La semaine médicale* Nr. 15. 1900).

St. Rostan.

120. O. V. PROKOFIEVA. **Opatrywanie ran akuszeryjnych za pomocą antyfebryny.** Według autorki antyfebryna ma być znakomitym środkiem opatrywania wszelkich nadżerek i utrat tkanki, powstających po porodzie, jak również zszytych już pęknięć krocza.

W licznych spostrzeżeniach autorki rany, posypane antyfebryną lub opatrzone gazą przesyconą tym przetworem, zawsze zablizniały się szybko bez ropienia i bez najmniejszego objawu zatrucia. Antyfebryna wywierała, prócz tego, działanie uśmierające ból, szczególnie wyraźne, gdy szło o rozerwania umiejscowione na powierzchni lechtaczki, ujścia cewki lub wejścia do pochwy.

(*La semaine médicale* Nr. 19. 1900).

121. C. J. DOUGLAS. **Apomorfina jako środek nasenny.** Apomorfina posługujemy się wogóle tylko jako środkiem wymiotnym lub wykrztuśnym. Jednakże, przetwór ten był również używany w zastrzykiwaniach podskórnych przeciw napadom macinnictwa i padaczki, jak również w płasawicy i niepowstrzymanej czkawce i dawał niekiedy dobre wyniki. Otóż, według doświadczenia autora, lek ten ma być również znakomitym środkiem nasennym, byle tylko używać go w dawce, nie wywołującej nudności: dawka ta, zależnie od przypadku, powinna wynosić mniej więcej 0,002. Stosuje się ją podskórnie, gdy chory jest już w łóżku i ma spać. Sen ma następować zwykle w 5 do 15 minut po zastrzyknięciu. Gdy bezsenności towarzyszy majaczenie, szal, można dojść aż do wywołania lekkiego stanu nudności.

Apomorfina przedstawia tę wyższość nad innymi środkami nasennymi, a głównie nad morfiną, że czyni niemożliwym przyzwyczajenie i wynikające z niego niedogodności, gdyż najmniejsze zwiększenie wstrzykiwanej dawki sprowadza zaraz nudności i wymioty.

(*La semaine médicale. Nr. 15. 1900.*)

St. Roslan.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 25 września r. b.

TREŚĆ: 1) Fr. NEUGEBAUER — przedstawienie przypadku wrzekomego obojnactwa męskiego.
2) J. STEINHAUS — „O urazowym pochodzeniu raka“.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił przypadek wrzekomego obojnactwa męskiego, ciekawy pod tym względem, że chłopczyka ochrzczono mylnie za dziewczynkę, i że osobnik ten, obecnie 21-lata liczący, po dziś dzień jeszcze uchodzi za kobietę.

2) Kol. STEINHAUS wygłosił rzecz: „o urazowym pochodzeniu raka“. Praca kol. STEINHAUSA będzie umieszczona w „Medycynie“.

W dyskusji kol. DOBRZYCKI jest zdania, że uraz może stać się bezpośrednio przyczyną powstania nowotworu. Czy się to tyczy zarówno i raka, trudno ściśle oznaczyć. Fakty jednak przemawiają za tem, że następstwem mechanicznego bodźca, a w szczególności urazu, może być złośliwy nowotwór. Na dowód tego kol. DOBRZYCKI przytacza przypadek, ściśle spostrzegany przez niego i opisany w r. 1879 w „Medycynie“. W przypadku tym po uderzeniu młotkiem w okolicę udową 13-letniego chłopca powstał w tem miejscu po upływie kilku tygodni guz, który posiadał wszelkie cechy *osteosarcomatis*.

Kol. JANOWSKI zaznacza, że obecnie w nauce wytwarza się to przekonanie, że uraz gra w powstawaniu nowotworów wogóle, a więc i raków, wybitną rolę. Takie dane kliniczne, jak powstawanie raków pierwotnych pęcherzyka żółciowego pod wpływem długotrwałej kamicy żółciowej, utrwalają kol. JANOWSKIEGO w tem zdaniu. Znane też są niewątpliwe przypadki przejścia wrzodu żołądka w raka. Krótkotrwałe urazy również mogą sprzyjać rozwojowi raków. Kol. JANOWSKI przed 4 laty spostrzegł rozwój raka lewej sutki u 32-letniej panny, która została uderzona w wymienioną okolicę łokciem przez pijanego przechodnia.

Analogia wreszcie z innymi nowotworami przemawia za możliwością powstania raka po krótkotrwałym urazie, znane są bowiem liczne przypadki mięsaków, powstałych po urazie, a nadto neurologowie nie wątpią dziś, że silny uraz może stać się powodem rozwoju glejaków. W tych razach obok urazu do rozwo-

ju nowotworu, raka zaś w szczególności, potrzebne jest jeszcze pewne usposobienie, stanowiące moment etiologiczny, bliżej nam dotąd nieznanym.

Prof. BRODOWSKI nie wątpi, że uraz może odgrywać pewną rolę w etiologii raka, nie sądzi jednak, by rola ta była tak znaczna, jest ona raczej podrzędna. Wiadomo bowiem, że jedne i te same urazy w jednych razach powodują powstanie raka, w innych zaś przechodzą bez śladu. Często również podają jako przyczynę powstania raka urazy nader słabego natężenia. Dane te przemawiają za tem, że oprócz urazu trzeba jeszcze czegoś innego. Zwolennicy pasorzytniczego pochodzenia raka utrzymują, że uraz stwarza tylko *locum minoris resistentiae*. Prof. BRODOWSKI sceptycznie jednak zapatruje się na dążenia do wykrycia pasorzyta raka.

Zdaniem prof. BRODOWSKIEGO w powstawaniu raków nader wybitną rolę odgrywa usposobienie, polegające na pewnej nieznanym nam dotychczas wadliwości w budowie tkanek. Wadliwość ta jest nieraz namacalna, tak np. znaną jest rzeczą, że *naevus maternus pigmentosus* przetwarza się niejednokrotnie w złośliwy nowotwór (*melano-sarcoma*). Uraz więc może być uważany za moment etiologiczny dla raka, lecz jedynie na tle usposobienia bądź to wrodzonego, bądź też nabytego.

Prezes St. MARKIEWICZ podnosi praktyczną stronę omawianej kwestyi. Przy ubezpieczeniu od wypadków zjawia się bardzo ważne pytanie, czy przebyty uraz może grozić powstaniem nowotworu. W Niemczech kwestyę tę rozstrzygnięto w myśl, że uraz może być przyczyną powstania nowotworu.

Kol. KRAUZE podnosi znaczenie usposobienia w powstawaniu raków. Znaczenie urazu często bywa przeceniane.

Zdaniem kol. KRAUZEGO jedne narządy posiadają usposobienie do powstania w nich raków w większym stopniu, aniżeli inne. Np. pęcherzyk żółciowy względnie dość często bywa siedliskiem raka przy kamicy żółciowej, w pęcherzu zaś moczowym rak rozwija się rzadko, pomimo że dość często spotykamy w nim kamienie.

Kol. BIRO przytacza przypadek z własnej praktyki, w którym wynikła kwestya, czy uderzenie w głowę mogło spowodować w danym przypadku rozwinięcie się nowotworu (*sarcoma*) na podstawie czaszki.

Kol. BIRO sądzi, że nigdy nie jesteśmy pewni, czy uraz, a zwłaszcza jedno-razowy, może być powodem powstania nowotworu, gdyż nigdy prawie nie można powiedzieć, od jakiej chwili zaczął rozwijać się guz.

Kol. NEUGEBAUER zaznacza, że hipoteza pasorzytniczego pochodzenia raka nie przemawia do jego przekonania. Tak zwane przerzuty operacyjnego pochodzenia niczego nie dowodzą. Zdaniem kol. NEUGEBAURA uraz może tylko przyczynić się do powstania raka u osobników z pewnym usposobieniem do rozwoju nowotworów. Wszelkie drażnienie tkanek czy to chemicznej, czy też mechanicznej natury może działać w tym samym kierunku. Przy tem pewną rolę zapewne odgrywa stopień odżywiania tkanek.

W odpowiedzi kol. STEINHAUS przypomina, że mówił tylko o urazem pochodzeniu raka, nie mógł więc, nie chcąc zbyt rozszerzać ram tematu, omawiać kwestyi urazowego pochodzenia innych nowotworów. Wie on dobrze, że pod wpływem urazu powstają i mięsaki, które rozwijają się pod wpływem urazów nawet krótkotrwałych o wiele częściej, niż raki.

Aug. Logucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 6 Października r. b.

Inżynier p. W. Szrajber odczytał rzecz: O wodzie na wsi na użytek ludzi, i inwentarza. Po rozpatrzeniu rad, podanych w tym względzie przez p. Moraczewskiego w książeczce: o budowie zagród włościańskich, p. S. dochodzi do wniosków następujących.

Każda zagroda włościańska winna mieć swoją własną studnię, drewnianą, budowaną w słupach, z drzewa sosnowego lub innego z unikaniem dębiny, która psuje smak wody. Studnia ta ma być zdala od gnoisk, rowu, wychodka, granicy sąsiada i drzew, by ich korzenie nie psuły cembrzyny. Dostęp do studni ma być wzniesiony przynajmniej na łokieć nad otaczający teren i zabrukowany na czystej podsypce piasku. Ma być ocembrowana na 1 metr nad powierzchnię ziemi. Ma być otwarta i dostęp do niej wolny, nakryta daszkiem, mieć wał, bęben i korbę oraz stały kubel na linie lub łańcuszku do czerpania wody. W odległości przynajmniej 6 łokci od studni ma być poisko dla inwentarza, połączone ze studnią rurą lub krytem korytkiem i nalewane wprost nad studziennym otworem — dla uniknięcia kałuży przy studni. Co rok około św. Jana trzeba wodę ze studni wybrać, dno wyszlamować i szczerkowatym proszkiem na 6—8 cali grubo zasypać, cembrzynę ze mchów i porostów oczyścić. Opady deszczowe rowkami lub brukowanymi rynsztokami skierować zdala od studni. Kopiąc nową studnię, baczyć by słup wody w niej nawet w upały miał 2 metry (3½ łokcia) głębokości. Woda ze studzien wiejskich za pośrednictwem Tow. higienicznego powinna być systematycznie poddawana rozbirom chemicznym i bakteriologicznym.

Przy gminach, kościołach, szkołach i t. p. studnia powinna być murowana, rewizyjna, przynajmniej na 1,20 metra średnicy, okrągła. Dla rewizyi winna mieć włozy i stopnie, we włożach wystające, w studni w mur wpuszczone, w odległości, zastosowanej do kroków człowieka. Studnia ta ma mieć pompkę na żelaznym lub drewnianym pompokrycie z rurą 2—3 calową galwanizowaną, spajaną na kolnierze lub na gwint; właz boczny murowany lub drewniany, dwa metry głęboki a 1 szeroki z klapą włazową na łokieć w kwadrat. Studnia ta winna być 20 łokci głęboka, mieć kranik spustowy na jesień otwierany dla zapobieżeni a za marzaniu wody.

Koszt takiej studni oblicza p. S. na 662 rb.; plan jej i rysunek złożył wydziałowi.

W dyskusyi odrzucono wniosek systematycznych rozbiórów wody. Wszakże liczne rozbiory wody ze studzien wiejskich są pożądane. Oznaczanie chloru, wskazującego zwykle domieszkę moczu do wody, oraz substancyi organicznych, byłyby łatwe do wykonania i na miejscu. Studnie grają wielką rolę w endemiach tyfusu brzuszego, w szerzeniu się cholery. Często nawet wodę ze stawu o ile w nim są źródła, można uczynić pijalną, jeżeli zapewni się jej odpływ. Lepsza już jest licha woda, niż żadna.

Projektowana studnia rewizyjna dla przeciętnej wsi jest za droga. Ale ileż jest wsi fabrycznych, osad, miasteczek a nawet miast, pozbawionych dobrej wody i dobrych studzien. Budowniczy p. Jabłoński wnosi, aby miasta, nie mające dobrych studzien, budowały je ze swych kapitałów miejskich nieraz wcale pożytecznych, a leżących bezczynnie w banku.

Sprawozdanie

Z IX ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

(21—24 lipca r. b.).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 42).

SEKCJA CHIRURGICZNA.

Streścił Sz. KOSSOBUDZKI.

Posiedzenie z dnia 22 lipca.

Przewodniczący: d-r CZAPLICKI (z Kielc) i doc. d-r WEHR (ze Lwowa). Członków obecnych 60.

D-r KRAJEWSKI (z Warszawy) przedstawił chorego z guzem na policzku prawym, o powierzchni równej, granicach niewyraźnych, w dotyku elastycznym, zmniejszającym się przy ucisku, wzrastającym wolno. Podobny guz znajduje się w oczodole prawym poza i na zewnątrz gałki ocznej.

Wszyscy, zabierający głos w dyskusji, zgodzili się na rozpoznanie chłoniaka. Jedni zalecali drogę krwawą leczenia, inni zastrzykiwania alkoholu, inni wreszcie elektrolizę.

Prof. RYDYGIER. Kilka słów o szwie pęcherzowym i operacjach na pęcherzu.

Na podstawie doświadczenia zaleca szew ciągły pęcherza. Przy szwie węzłkowym brzegi rany w odstępach między szwami oddalają się od siebie podczas napelniania się pęcherza, przy szwie ciągłym zaciskają się.

D-r SZUMAN zapytuje, czy prof. RYDYGIER przy szwie pęcherza zostawia cewnik na komornym, czy nie.

Prof. RYDYGIER odpowiada, że zakłada cewnik zwykle na 8 dni; jeżeli następuje silne podrażnienie cewki, to cewnik usuwa wcześniej.

Doc. BOSSOWSKI po cięciu nadłonowem zeszywa pęcherz szwem ciągłym. Powłoki brzuszne zaszywa także, dla bezpieczeństwa wprowadzając sączek.

Prof. KADER — czyni szycie zależnem od stanu ścian pęcherza; używa zawsze szwu ciągłego.

D-r KRAJEWSKI rzadko operuje kamienie drogą krwawą; używa szwu ciągłego; szyje powłoki brzuszne z pozostawieniem sączka.

Prof. TRZEBICKY leczeniem wstępnem doprowadza pęcherz do dobrego stanu. Wtenczas przy moczu kwaśnym zakłada szew zupełny, przy alkalicznym zeszywa część rany pęcherza, resztę tamponuje muślinem jodoformowym. W pierwszych razach cewnik na komornym zostawia na pierwszy dzień, a później kilkakrotnie w ciągu dnia mocz wypuszcza. W drugich razach otrzymuje małą przetokę, która sama zarasta

Doc. WEHR zauważył, że tamponowanie pozostawia często długotrwałe przetoki, które trzeba następnie szyć.

Prof. RYDYGIER: O leczeniu przerostu gruczołu krokowego. Podaje myśl spróbowania wyluszczenia, jeżeli nie całego gruczołu, to przynaj-

mniej odpowiedniego płata zmienionego gruczołu, odsłoniwszy go podłużnym cięciem krocza.

D-r HERMAN (ze Lwowa). Aseptyka cewnikowania. Ważność tej, sprawy jest ogólnie uznana, jakkolwiek często w praktyce nie doceniana. Potrzebne są sposoby pewne i praktyczne. Najpewniejsza jest woda wrząca, ale gotowanie znoszą bezkarnie tylko cewniki metalowe i gumowe miękkie. Zgłębniki i cewniki elastyczne jedwabne prędko psują się od gotowania. Wyjaławianie w parze jest także pewne, ale w praktyce kłopotliwe. Mówca przekonał się, że cewniki elastyczne i wszelkie zgłębniki jedwabne bez ich uszkodzenia gotować można przez kilka godzin w nasyconym roztworze wodnym siarczanu amonu. (Autor popiera słowa swe odpowiednią demonstracją). Na tę własność siarczanu amonu należałoby zwrócić uwagę fabrykantów cewników elastycznych. W różnym stopniu dbać trzeba o aseptykę rąk operatora, pola operacyjnego, strzykawek, irygatorów i waseliny żółtej, najlepszego środka do smarowania cewników. Prof. RYDYGIER sposób ten także zaleca.

D-r MINCER (z Paryża): O leczeniu zwężeń cewki. W większości przypadków zupełne wyleczenie jest rzeczą niemożliwą. Należy więc wybierać sposoby najmniej niebezpieczne a dające wynik najszybszy. Przeważną część zwężeń cewki nadaje się do leczenia rozszerzaniem i rozcięciem od wewnątrz (*Dilatatio et urethrotomia interna*). Elektroliza jest mało wypróbowana, o ile sądzić można, szybko po niej zjawiają się nawroty.

Tenże. Cięcie nadłonowe i cewnik w zakażeniach moczowych w następstwie zmian gruczołu krokowego. W przypadkach zupełnego zatrzymania moczu uciec się winno do przekłucia cienką igłą i wyciągnięcia płynu przyrządem POTAIN'a, co jest rzeczą łatwą i bezpieczną. Systematyczne cewnikowanie z przepłukiwaniami odkażającymi daje dobre wyniki przy częstem oddawaniu, zaleganiu moczu, nawet w obec podniesionej ciepłoty ciała.

Przy zmianach gruczołu krokowego z następczemi zmianami w pęcherzu na uznanie zasługuje cewnik na komornem.

Cięcie nadłonowe PONCET'a, jako zabieg poważny, pozostaje ostatnią ucieczką dla lekarza, gdy inne łagodniejsze sposoby zawiodą.

Prof. ZIEMBICKI. Cystostomia PONCET'a w przeroście gruczołu krokowego. Zaleca tę metodę i popiera swe zdanie przedstawieniem 68-letniego starca, u którego przed rokiem wykonał cystostomię. Otwór nadłonowy po kilku miesiącach zamknął się. Obecnie stan pęcherza jest prawidłowy, moczu zapasowego niema. Mocz czysty, kwaśny, bez białka.

Dyskusya.

Prof. RYDYGIER w ogóle zgadza się z MINCER'em, chociaż dodaje, że niekiedy cewnik nie wystarcza, i trzeba wykonać cięcie nadłonowe. Rękoczyn to łatwo wykonalny w znieczuleniu SCHLEICH'a, w obec czego niema obawy podrażnienia nerek chloroformem.

Doc. BOSSOWSKI miał przypadki, gdzie wskutek nadwrażliwości musiał rzucić cewnikowanie i wykonać cięcie nadłonowe.

D-r SZTEYNER (z Warszawy) uważa, że w małych szpitalach w obec braku ciągłej opieki lekarskiej nie można należycie przeprowadzić leczenia cewnikowaniem. Punkcja jest zabiegiem łagodnym i nieraz oddającym dobre usługi.

D-r SURYN (z Witebska) woli cięcie nadłonowe pod SCHLEICH'em, niż punkcję, która niema znaczenia leczniczego; wypuszczony mocz zbiera się ponownie.

Doc. WEHR zapytuje o sposób postępowania w klinice prof. GUYON'a z chorymi, u których pozostawiają cewnik na komornem.

D-r MINCER odpowiada, że chorzy muszą leżeć; cewników NELATON'a nie używa się, jako zbyt podatnych, natomiast używają cewników jedwabnych.

D-r KRAJEWSKI twierdzi, że punkcja jest i zabiegiem leczniczym; działanie jej polega na wywoływaniu chwilowej małokrwistości gruczołu krokowego.

D-r MINCER podnosi, że ogólnej metody leczenia przerostu sterczu nie ma i być nie może, ponieważ i przyczyna przerostu bywa różna. W leczeniu należy zawsze indywidualizować.

Doc. KRYŃSKI (z Krakowa). Gruźlica jądra. Trzebieenie jądra nie jest zabiegiem doszczętnym, nie zabezpiecza innych narządów od gruźlicy i przynosi szkodę całemu ustrojowi przez pozbawienie go jądra, które w trzeciej części przypadków bywa zdrowe. W obec tego w przypadkach świeżych, gdzie zmiany ograniczają się do przyjądra, należy wykonać wycięcie tegoż, w przypadkach późniejszych dodać należy usunięcie przewodu nasiennego. Przy zajęciu pęcherzyków nasiennych należy je wyciąć. Jeżeli mamy wątpliwości co do stanu jądra, można je naciąć, zbadać i w razie zdrowia zeszyć. Trzebieenie zastosować należy w razach znacznego zniszczenia miąższu jądra.

(Drukowano w całości w Nr. 29 Przeglądu lekarskiego z r. b.).

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

D-R CZESEŁAW STANKIEWICZ.

W sprawie operacyjnego leczenia tyłopochylenia-zgięcia macicy.

Łódź. Nakładem autora. Stron, 196.

Wobec nielicznych prac w zakresie chorób kobiecych, pojawiająca się większa praca stanowi pożądaną nabytek w piśmiennictwie lekarskim polskim. Nabytek taki nabiera donioślejszego znaczenia, jeżeli nim jest praca, poruszająca przedmiot żywotny, lecz niewyjaśniony dostatecznie w ogólnej literaturze lekarskiej.

Taki przedmiot obrał dla swej pracy kol. STANKIEWICZ, wydając książkę p. t. „W sprawie operacyjnego leczenia tyłopochylenia-zgięcia macicy“.

Zachętą dla autora do napisania książki była okoliczność, że nauka o powstawaniu, patologii i leczeniu tyłopochyleń-zgięć macicy przedstawia wiele stron spornych, zadaniem zaś książki ma być wyrobienie wskazań leczniczych.

Po oznaczeniu częstości tyłopochyleń - zgięć (według autora 12,30/0) i opisanii objawów tego zбочenia, autor przechodzi do przeglądu zabiegów leczniczych, stosowanych w tyłopochyleniu - zgięciu.

Ponieważ autor „nie widział ani razu“ trwałego uleczenia wiankami, przeto wobec istnienia „pewnych“ zabiegów operacyjnych nawołuje do zerwania z rutyną i konserwatyzmem w leczeniu tyłozgięć - pochyleń i obszerne stosowanie zabiegów operacyjnych.

Zabiegom operacyjnym też autor poświęca najwięcej miejsca i dzieli je na trzy grupy.

Do pierwszej grupy autor zalicza operacje, przy których bywają skracane więzy obłe maciczne, do drugiej zaś te, przy których dążymy do wytworzenia zrostów między trzonem macicy a sąsiednimi narządami: pochwą lub ścianą brzuszną (*vaginofixatio, ventrofixatio*).

Więzy obłe skracamy albo drogą zewnątrzotrzewnową po otworzeniu kanału pachwinowego za pomocą operacji ALEKSANDR'a-ADAMS'a, albo wewnątrzotrzewnową, otwierając jamę brzuszną, a) od strony pochwy za pomocą operacji BODE-WERTHEIM'a lub b) od strony brzusznej — operacja WYLIE-RUGGI-BODE'go.

Opis zabiegów operacyjnych autor ilustruje spostrzeżeniami własnymi i opatrjuje wnioskami, zmierzającymi ku wyjaśnieniu klinicznego znaczenia każdego z poszczególnych zabiegów. Autor wykonał operację ALEKSANDR'a dwa razy z wynikiem pomyślnym i dwa razy z ujemnym.

Jako strony dodatnie operacji należy wymienić: po 1) to, że operacja ta daje 82—85% uleceń doszczętnych; po 2) że ciąża i poród po tej operacji przebiegają bez powikłań, a po 3) odsetka śmiertelności nie dosięga 0,75%.

Natomiast operacja ALEKSANDR'a posiada następujące strony ujemne: po 1) więzadła obłe nie zawsze dają się odnaleźć w kanale pachwinowym, po 2) więzy te ulegają często przerwaniamu przy operacji i zwyrodnieniu tłuszczowemu; po 3) więzy wychodzą, choć bywa to bardzo rzadko, nie od rogu macicy, lecz bliżej szyi; po 4) rana pooperacyjna nie zawsze goi się przez rychłozrost, co usposabia do przepuklin; po 5) występują bóle w bliznach pooperacyjnych.

Wskazania do operacji ALEKSANDR'a są ograniczone, a mianowicie: niepowikłane tyłopochylenia - zgięcia.

Operację BODE-WERTHEIM'a autor wykonał 26 razy, zmieniając w szczególności technikę operacji.

Jako cechy charakterystyczne podanego przez siebie postępowania operacyjnego, autor zaznacza: 1) założenie pierwszej nawiązki na samą macicę w miejscu wyjścia więzu obłego, 2) skrócenie więzów *in situ*, 3) skrócenie więzów zasadniczo *ad maximum*, 4) użycie klampów, odpowiednio przez autora zmienionych.

Z 23 operacji, dokonanych według metody BODE-WERTHEIM'a, (trzy ostatnie przypadki do statystyki nie wchodzi) nastąpiło uleczenie w 21 przypadkach, co daje 91,3%, przy czem autor przyznaje, że w 4-ch przypadkach uleczenie było względne.

O trwałości jednak wyników leczniczych daje pojęcie jedynie 8 przypadków, operowanych przed rokiem.

W tych 8 przypadkach uleczenie doszczętne nastąpiło 6 razy, względne raz, a wznowa cierpienia raz jeden. W ten sposób operacja BODE-WERTHEIM'a w rękach autora dała 87,5% wyleczenia, przytem zupełnego 75%.

Odsetka jednak uleczonych podmiotowo maleje do 56,5%.

Dodatnie strony operacji BODE-WERTHEIM'a w porównaniu z operacją ALEKSANDR'a stanowi to, że operacja BODE-WERTHEIM'a nie usposabia do przepuklin, że daje możliwość skrócenia więzów obłych przez jedną ranę i pewność odnalezienia więzów w każdym przypadku, ma lżejszy przebieg pooperacyjny, jest skuteczna w tyłzgięciach ruchomych i nieruchomych, nie pozostawia blizn następczych i nie sprowadza następczych bólów.

Przeciwwskazaniami do operacji BODE-WERTHEIM'a są jedynie zboczenia macicy u dziewic i staruch,

Wobec obszernych wskazań i pomyślnych wyników omawianej operacji autor żywi przekonanie, iż skrócenie więzów obłych przez pochwę z biegiem czasu zajmie naczelne miejsce wśród zabiegów, walczących o lepsze.

Operacji WYLIE'go autor dokonał dwa razy w ten sposób, że zakładał jedną nawiązkę przez koniec więzu obłego, drugą odśrodkowo w odległości 8—12 ctm. od pierwszej, przewiazki zawiązywał, a utworzoną w ten sposób fałdę zszywał cienkim jedwabiem za pomocą szwu ciągłego.

Z powodu tego, że operacja WYLIE'go jest łatwą w wykonaniu, a wyniki daje pomyślne, autor przypuszcza, że zabieg ten zastąpi wentrofikację we wszystkich tych przypadkach tyłopochyleń - zgięć, w których dla tych lub innych powodów wykonywamy cięcie brzuszne, a więzy obłe nie zostały naruszone.

Z operacji, mających na celu wytworzenie zrostów między trzonem macicy a narządami sąsiednimi, autor wyróżnia dwie: waginofiksację i wentrofikację. Waginofiksacji autor dokonał 6 razy.

Ze względu na ujemny wpływ waginofiksacji na przebieg ciąży (25% poronień) i porody (częste przypadki cięcia cesarskiego w następstwie waginofiksacji) autor uważa waginofiksację jako wskazaną jedynie w okresie okwitania, zwłaszcza przy opadnięciu pochwy i macicy. Wentrofikacji autor nie dokonał ani razu ze względu na ograniczone wskazania do tej operacji.

Na ograniczenie wskazań do tej operacji wpływa wiele przyczyn, a mianowicie, po 1) operacja ta nie zapewnia macicy położenia prawidłowego, po 2) sprowadza zaburzenia podczas ciąży (62% porodów prawidłowych); po 3) spostrzegano uwięźnięcie wewnętrzne jelit w szparze pomiędzy pęcherzem a zrostem macicy ze ścianą brzuszną, po 4) w bliżnie pooperacyjnej powstają bóle.

Z tych względów autor uważa wentrofikację za wskazaną jedynie w tych przypadkach, gdzie operacja WYLIE'go nie może być wykonana z przyczyny niedorozwoju lub wycięcia więzów obłych.

Uwagami nad wentrofikacją autor kończy przegląd zabiegów krwawych i przechodzi do omówienia leczenia nieoperacyjnego w tyłopochyleniach - zgięciach za pomocą wianków, mięsienia i kolumnizacji pochwy.

Co się tyczy wianków, autor jest zdania, że sprawa leczenia wiankami nie jest dostatecznie wyjaśniona, że tylko przypadki świeże i niepowikłane dają jakie takie prawdopodobieństwo uleczenia. W większości jednak przypadków leczenie wiankami jest stratą czasu dla lekarza i pacjentki.

Jedynie właściwym jest założenie wianka w tyłopochyleniach - zgięciach przed zabiegiem operacyjnym w celu ułatwienia krążenia, dzięki czemu macica zmniejsza swą objętość i łatwiej daje się utrzymać w położeniu prawidłowym.

Mięsienie w tyłopochyleniach - zgięciach wieńczone bywa niezłym wynikiem. Metoda ta jednak wymaga wielkiego zasobu cierpliwości ze strony lekarza i pacjentki i nie może być stosowana u osób nerwowych, skłonnych do hysterii.

Rozrywanie zrostów sposobem SCHULTZE'go jest zabiegiem brutalnym i nie chirurgicznym, działającym na ślepo, i liczyć nań można w wyjątkowych przypadkach, gdy zrosty są świeże i dotyczą wyłącznie macicy, a przydatki są prawidłowo ruchome.

Autor próbuje zabiegu SCHULTZE'go u chorych, które w żaden sposób nie chcą słyszeć o operacji krwawej.

Kolumnizacja pochwy, t. j. wypełnienie pochwy wacikami, napojonymi gliceryną, jako środek pomocniczy w niektórych razach może oddać przysługę, wpływając na wygaśnięcie stanów zapalnych w tyłozgięciach nieruchomych,

Po omówieniu w sposób wyżej przytoczony zabiegów krwawych i niekrwawych, autor określa swe stanowisko względem leczenia tyłopochyleń-zgięć macicy, formułując je w sposób następujący:

Każde tyłopochylenie-zgięcie w czynnym okresie życia płciowego bez względu na to, czy przebiega skrycie, czy daje objawy właściwe, czy jest powikłane lub nie, — powinno podlegać leczeniu. Tyłozgięcia dziewicze i starcze, jako nie wystawione na wpływy szkodliwe, powinny być leczone w tych tylko razach, gdzie sprowadzają stany uciążliwe dla chorych.

Wychodząc z takiego stanowiska, autor określa wskazania dla rozmaitych metod leczniczych w tyłopochyleniach zgięciach ruchomych, nieruchomych i w tyłozgięciach macicy ciężarnej.

W tyłozgięciach nieruchomych autor jest zdania, że „jedynie operacja krwawa jest w stanie usunąć zło doszczętnie“.

Wybór metody operacyjnej zależy będzie od powikłań cierpienia i od istniejących warunków operacyjnych.

W tyłozgięciach zaś ruchomych u kobiet czynnych płciowo autor podaje trzy sposoby w celu usunięcia cierpienia: wianek, operację ALEKSANDR'a, skrócenie więzów obłych przez pochwę.

Stosowanie wianków wskazane jest u osob zamożniejszych, w połogu i jako rękoczyn, poprzedzający operację.

Dla zabiegów za to chirurgicznych „szerokim otworem stoi pole“ w sferze pracujących z wyłączeniem przypadków, powikłanych cierpieniami innych narządów (gruźlica płuc, niewyrównana wada serca, zapalenie nerek).

W końcu streszczenia pracy kol. STANKIEWICZA zaznaczyć należy, że wykład przedmiotu wszędzie jest jasny i zrozumiały, język poprawny, a wydana wytwornie książka czyta się łatwo i przyjemnie.

Aczkolwiek liczne są zalety książki kol. STANKIEWICZA, autor jednak nie osiągnął w zupełności zakreślonego w pracy swej zadania: wyrobienia wskazań leczniczych w leczeniu tyłopochyleń-zgięć macicy.

Wprawdzie, mówiąc o wskazaniach leczniczych, autor wyraźnie zaznacza swe stanowisko wobec tyłopochyleń-zgięć macicy, a w poszczególnych postaciach tego zбочenia zaleca te lub inne zabiegi, wszystko jednak nie wystarcza dla braku siły przekonywującej poglądów autora, wynikającej z niedostatecznego uzasadnienia przewodniej myśli książki, że wszelkie tyłopochylenia-zgięcia podlegać winny leczeniu miejscowemu, a przede wszystkim operacyjnemu, jako najwłaściwшему.

W piśmiennictwie ginekologicznem polskiem takie stanowisko autora wobec tyłopochyleń-zgięć należy do nowych, a w literaturze zagranicznej omawiana sprawa bynajmniej nie wszędzie jest traktowana zgodnie z poglądami autora.

Chociaż autor zaznacza, że w sprawie tyłopochyleń-zgięć *quot capita, tot mentes*, jednakowoż z powodu rozmaitych poglądów ostrzem krytyka nie wyłączył swych poglądów, jako najwięcej odpowiadających istocie cierpienia i nie poparł właściwemi badaniami.

Jeżeli bowiem niezbędnę jest leczenie wszelkich tyłopochyleń-zgięć, a więc nawet nie dających żadnych objawów, wymagać możnaby przedstawienia patologicznych danych, z których wynikałaby koniec zność podobnego postępowania.

To, co autor mówi na str. 174 w celu uzasadnienia swego stanowiska w sprawie leczenia tyłopochyleń-zgięć, bynajmniej sprawy nie rozstrzyga wobec prac TEILHABER'a, WINTER'a, KRÖNIG'a i FEUCHTWANGER'a, FREUDENBERG'a, opie-

rających swe spostrzeżenia na licznym i odpowiednio zbadanym materiale klinicznym.

Wymienieni badacze są zdania, że tyłozgięcia objawów żadnych nie dają, o ile zaś istnieją pewne objawy, są one skutkiem spraw rozwijających się równoległe ze sprawą tyłozgięcia, ale nie następstwem tyłozgięcia.

TEILHABER, lecząc powikłania w tyłozgięciach, otrzymywał stale o tyle dobre wyniki, że zarzucił wszelkie zabiegi ortopedyczne, a przede wszystkim zaniechał leczenia chirurgicznego.

Jeżeli zwrócić następnie uwagę na tę ważną okoliczność, że, pomimo ustalenia macicy w położeniu normalnym przez operację lub wianek, sprawdzono (TEILHABER, WERTH, KRÖNIG i FEUCHTWANGER), że cierpienia chorych, dłuższy czas spostrzeganych, nie doznawały poprawy lub nie były usunięte doszczętnie, wynika wątpliwość, czy istotnie posiadamy już nie tylko niezawodne środki lecznicze, ale czy dotąd stosowane metody, a szczególnie chirurgiczne w leczeniu tyłopochyleń-zgięć nie opierają się na fałszywym założeniu?

Pod tym względem na całą sprawę leczenia tyłopochyleń-zgięć rzucają pewne światło prace SIELSKIEGO. Autor ten jest zdania, że nieskuteczność zabiegów operacyjnych w leczeniu tyłopochyleń-zgięć wynika ztąd, że stosowane dotąd metody nie czynią zadość wskazaniu przyczynowemu, zmierzając jedynie do ustalenia macicy w położeniu „normalnym“.

Tymczasem badania SIELSKIEGO, prace SCHULTZE'go, FRITSCH'a ustalają fakt, że położenia normalnego macicy właściwie nie znamy, i że jedynie jako fizjologiczną normę uznać należy dla macicy jej ruchomość, t. j. zdolność zmieniania położenia w granicach fizjologicznych w zależności od ciśnienia wewnątrzbrzuszego.

Ztąd też SIELSKI rzuca myśl, że naukę o zboczeniach położenia macicy należy zastąpić nauką o zboczeniach ruchów macicy.

Wtedy, oczywiście, *retroflexio-versio* będzie tylko jednym z objawów, towarzyszących zboczeniom w statyce macicy, lecz nie istotą cierpienia, a leczenie zmierzać winno nie do odprowadzenia i ustalenia macicy, a więc nowego ograniczenia ruchów macicy, ale do odprowadzenia i uruchomienia narządu.

Zgodnie z takim pojmowaniem sprawy leczenia tyłopochyleń-zgięć, umiejętnie stosowanie wianków bliższem wydaje się ideału sztuki lekarskiej, dążącego do powrócenia narządowi ich czynnościowej sprawności.

Wprawdzie, wianek nie zawsze leczy doszczętnie, ale za to nie sprowadza nowego patologicznego stanu, nie naraża chorych na niebezpieczeństwo poważnego, często trudnego technicznie zabiegu chirurgicznego, a w razie pogorszenia stanu chorej z łatwością usuwać się daje.

Wianki zatem stosować należałoby częściej, aniżeli tego pragnie kol. STANKIEWICZ, tembardziej, że kliniczne wyniki leczenia wiankami nie są tak złe, a odsetka uleczenia zupełnego, podana przez SAENGER'a (25%), wraz z odsetką uleczenia względnego (40%) nie jest znowu tak niska.

Kol. zaś STANKIEWICZ sprawę leczenia wiankami nazywa niewyjaśnioną, stosowanie wianków uważa jako stratę czasu dla chorej i lekarza, nazywa kosztownem w sferze pracujących, a zaleca jedynie jako rękoczyn, poprzedzający operację.

Taki pogląd wynika nie tylko z przecenienia istotnej skuteczności zabiegów operacyjnych, ale i z nieuwzględniania zasady, że właściwą miarę zabiegów lekarskich dają wyniki kliniczne leczenia, ale nie ortopedyczno-mechaniczne.

Kol. STANKIEWICZ wobec niskiej odsetki uleczenia podmiotowego po operacji BODE'go, WERTHEIM'a, twierdzi, że bynajmniej ztąd nie płynie nauka, iż tyłopochylenia-zgięcia mogą pozostać bez leczenia, jak gdyby stan chorej, pozostając bez zmiany, był nic nie znaczącym czynnikiem w postępowaniu lekarza.

Słuszną więc wydaje się opinia WERTH'a, że wobec masy ogłoszonych operowanych przypadków tyłopochyleń-zgięć należy wątpić, aby wszystkie te przypadki były operowane po dostatecznym wykazaniu przyczynowego związku między tyłopochyleniem-zgięciem a istniejącymi objawami chorobowymi.

Z przeglądu spostrzeżeń kol. STANKIEWICZA dojsć łatwo do przekonania, że podane przypadki były operowane jedynie dla tego, że rozpoznawano w nich *retrocessio*, *retroversio* lub *retroflexio*, co zresztą stoi w zgodzie z poglądami autora książki.

Czy zapatrywanie to jednak jest słuszne, o tem, zepewne, lepiej rozstrzygnie przyszłość, obecnie jednak wobec danych literatury ogólnolekarskiej i wobec 8 przypadków kol. STANKIEWICZA zabiegi operacyjne, stosowane w tyłopochyleniach - zgięciach, należy zaliczyć do szeregu prób, czynionych w celu wykrycia prawdziwej drogi postępowania leczniczego w omawianem cierpieniu, a przynajmniej ograniczyć do tych wyjątkowych, a uporczywych przypadków, które ze względu na objawy wymagają leczenia, a na innej drodze uleczone być nie mogą.

To ostatnie zdanie, w końcu zaznaczyć należy, nie jest odosobnione, albowiem za ograniczeniem stosowania zabiegów operacyjnych w leczeniu tyłopochyleń-zgięć przemawiają tacy poważni ginekologowie, jak OLSHAUSEN, CHROBAK, VEIT, LÖHLEIN, POZZI, KELLY, RÜHL.

Bronisław Szymański.

LIST OTWARTY DO REDAKCYI „MEDYCYNY“

Szanowny Redaktorze!

Kol. J. KRAMSZTYK w artykule swym „O rumieniu powracającym podobnym do płonicy“ („Medycyna“ Nr. 40 i 41 r. b.) zaznacza, że „u nas również, o ile mi wiadomo, nikt podobnych wysypek nie opisywał“.

Podobną wysypkę u dorosłej osoby opisałem w Nr. 15 „Medycyny“ w roku zeszłym pod nazwą *Dermatitis scarlatiniformis exfoliativa benigna*. Spostrzeżenie to, jako przyczynek do kazuistyki podobnych cierpień, podałem w formie jak najprostszej. Prawdopodobnie też z tego powodu uszło uwagi Szanownego Kolegi KRAMSZTYKA.

Sz. Kossobudzki.

Istotnie, przypadek opisany przez kol. KOSSOBUDZKIEGO, ma wszelkie cechy choroby, przeze mnie opisanej, nie dotyczy wszakże dziecka i ograniczył się na jednym napadzie choroby. Jak z dyskusji po odczycie moim na Zjeździe w Krakowie okazało się, przypadki podobne i przez innych lekarzy spostrzegane były, przeważnie jednak pozostawały one w zależności od użytych środków lekarskich. (Spostrzeżenia kol. ROSENBLATA).

Juljan Kramsztyk.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= JEHLE opisuje dwa przypadki zapalenia wsierdza grypowego. W pierwszym zapalenie obejmowało tylną i część lewej zastawki aorty; hodowla wykryła obecność laseczników swoistych na zastawkach, jak również w starym ognisku gruźliczem lewego wierzchołka. W drugim przypadku było zapalenie brodawkowe na zastawkach aorty; oprócz laseczników swoistych znaleziono i gronkowce. Przypadek ten był powikłany ciężkiem zajęciem oskrzeli. (D. M. Zg. 5. 900).

= HERMES opisuje jednoczesną ciążę wewnątrz- i zewnątrzmaciczną u kobiety 30-letniej. Miesiączka przed dwoma miesiącami. W przeddzień przybycia do szpitala wystąpiły objawy krwotoku wewnętrznego. Przy laparotomii znaleziono w jamie otrzewny mnóstwo skrzepów krwi; prawa trąbka pęknięta; wycięto ją wraz z jajnikiem. W kilka tygodni później, gdy rana się zagoiła, zwrócono uwagę przy badaniu, że macica była jeszcze nieco powiększona. Po miesiącu chora zgłosiła się ponownie, skarżąc się na nieokreślone objawy, właściwe ciąży. Badanie wykryło ciążę 4 miesięczną. Istotnie w następstwie urodziła na czasie zupełnie prawidłowo. (D. M. Zg. 6. 900).

= POLILOW na zasadzie 3 przypadków zaleca leczenie biegunki krwawej głębokimi wlewami ichtyolu. Autor daje naprzód łyżkę oleju rycynowego, a jednocześnie w ciągu 2 dni 3—4 ławatyw. Już po pierwszej chory czuje się lepiej, ciągnące bóle w odbytnicy ustają, liczba wypróżnień zmniejsza się, wraca sen i łaknienie. (Wracz. 9. 1900).

= CALEY opisuje 200 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, zajmując się głównie rokowaniem. Z 98 chorych, leczonych środkami wewnętrznymi, zmarło 3, a na 102 operowanych zmarło 22. Z 99 chorych na zwykłe zapalenie bez ropienia i 29 (z których 27 operowano) z ropieniem ograniczonym — nie zmarł żaden. Z 23 chorych z rozlanym zapaleniem otrzewny (17 operowano) zmarło 20. W 42 przypadkach zapalenia praewlekłego (37 operacji w przerwach między napadami) wszyscy chorzy wyzdrowieli. Rokowanie bywa najgorsze w rozlanym zapaleniu otrzewny, zależnym od przedziurawienia lub zgorzeli wyrostka. Klinicznie ważny jest rodzaj bólów, które w lekkich przypadkach ograniczają się do prawego dołu biodrowego, a w ciężkich — rozprzestrzeniają się na cały brzuch, nagle się wzmagają, i towarzyszą im wymioty. Każde wzmaganie się bólu bywa objawem niepomyślnym i może być wskazaniem do natychmiastowej operacji. Ciepłota może nie być podniesiona w razie upośledzenia działalności serca, zależnego od rozlanego zapalenia otrzewny; dalej przy ropniach ograniczonych; wreszcie w postaciach lekkich bez ropienia. Umiarkowana gorączka w ciągu 8—10 dni bywa dowodem miejscowego, ograniczonego ogniska ropnego. Brak wyraźnego guza lub stwardnienia w dole biodrowym obok istnienia innych przypadłości groźnych jest nadzwyczaj niepomyślnym objawem. (Lancet. 10. 2. 1900).

P.

Od Redakcyi i Administracyi.

Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty za rok 1900 i o uregulowanie zaległych rachunków.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою, Варшава, 20 Октября 1900 г.

Друк K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

AKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.
przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za
opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.
ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-
ego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natan-
na, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-
era. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-
i kobietami, jako też spodziewające się
ub., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
łkowitz utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej,

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Am-
atoryum codziennie od 11—12 (niezamożn.
bezpłatnie) i od 5—6.
adomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

przyjmuje chorych na krtań, gardło i nos.
Chmielna 17.

ambulatoryum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za
opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie
od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

prace chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mo-
włociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalotów
tycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów
-płciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy
wysięków i t. d.

Chmielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

Instytut farmaceutyczny



Lulwika ihelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue
Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'ind. méd. 21
Juin 1899: Dr. Lefort „Étude expérimentale et clinique“ sur
l'Jodalbacid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona.—Patentowany.

Literatura:

Münc. med. Wochens. 1899 Nr. 1. Radaea dworu Prof. Dr.
Fleiner „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wir-
kung bei Magenkrankheiten u. Ernährungsstörungen.“

AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona.—Patentowany.

Literatura:

Radaea tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr.
E. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der
Chirurgie.“ (Therap. Monatshefte. Münc. med. Woch. 1899
Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodo-
forms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna
Moskwa Marosseika, Spasso-Glinitzszewskij pereulok dom
Pugowkina.

ZAKŁAD

dla chorób chirurgicznych i kobiecych

D-rów Reichsteina i Wawelberga

WARSZAWA Leszno № 31.

Przy zakładzie specjalny oddział porodowy.

Zakład mieści się w dużym ogrodzie.

AMBULATORIUM od g. 10 do 12 r.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich

imienia Edwarda KORCZYŃSKIEGO w Krakowie

mając już przygotowane bezpłatne premium dla
Członków Swych za rok 1901 i 1902, prosi
uprzejmie o łaskawe nadesłanie zaległych
wkładek, jak również wkładek za r. 1901 i 1902.
Po otrzymaniu wkładki, Wydawnictwo prześle
jako bezpłatne premium za r. 1901 i 1902, obszerne
dzieło p.t. „Zarys balneoterapii i balneog. krajow.“

Dot. D-ra L. KORCZYŃSKIEGO.

Bezpłatne premium za rok 1899 i 1900 stanowi
dzieło Prof. D-r L. Wachholza p. t. „Podręcznik
medycyny sądowej“. Wkłádki należyte nadsyłać
na ręce Administratora i Sekretarza Wydawni-
ctwa D-ra St. B. KWIATKOWSKIEGO, Klinika-
lekarska Kraków.