

MEDYCZYNA.

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 „Medycyna”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Krótki szkic historyczny nauki o zбочzeniach mowy oraz obecne jej zadanie. Przez d-ra Wł. Oltuszewskiego. — O niektórych ujemnych stronach intubacji. Podał Feliks Sachs. — O dżumie ze stanowiska bakteriologii, biologii i higieny publicznej. Podał d-r Wł. Palmirski. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 18 września r. b. — Sprawozdanie z IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (21—24 lipca r. b.). Streścił Sz. Kossobudzki. (Ciąg dalszy). — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCZYNA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r W. Oltuszewski** — Aperçu historique général de la science des anomalies de la parole; la thérapie logopathologique moderne. 2) **F. Sachs** — Sur de certains inconvenients de l'intubation.

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

„MEDYCZYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r W. Oltuszewski** — Eine kurze geschichtliche Darstellung der Lehre über die Sprachanomalien und die Aufgaben der modernen Therapie 2) **D-r F. Sachs** — Ueber einige ueble Seiten der Intubation.

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 zбочzeniach mowy oraz obecne jej zadanie.

Przez

D-ra WŁADYSŁAWA OLTUSZEWSKIEGO.

Naukowo opracowany materiał kliniczny w siedmiu drukowanych Przyczynkach ¹⁾, łącznie ze szczegółowymi wyjaśnieniami pytań, dotyczących patologii wszystkich działów zбочzeń mowy, dostatecznie mogą ułatwić czytelnikowi, interesującemu się tym działem medycyny, oryentowanie się w kasuistyce ciekawszych przypadków zбочzeń mowy, które w miarę gromadzenia się materiału, zamierzam podawać do wiadomości kolegów. Upřednio je-

¹⁾ „Medycyna“, 1893, 94, 95, 96, 97, 98, 99.

dnak, jako nieodzowne uzupełnienie teoretycznej strony nauki o zбочeniach mowy, uważam za pożyteczne zaznajomić czytelnika z jej historią, a to tem bardziej, że dotychczasowi autorowie, poczynając od HAASE'go (Das Stottern oder Darstellung und Beleuchtung der wichtigsten Ansichten über Wesen, Ursache und Heilung desselben, Berlin 1846), a kończąc na najnowszych, nie uwzględniali rozwoju całej nauki o zбочeniach mowy, lecz ograniczali się w tym względzie tylko do historii jąkania. Rozumie się, że w krótkim tym szkicu nie będę się wdawał w żadne bibliograficzne szczegóły, gdyż znajdują one uwzględnienie przy każdym dziale zбочeń mowy, w książce poświęconej temu przedmiotowi, którą przygotowuję do druku. Na tem zaś miejscu postaram się jedynie zaznaczyć w historycznym przebiegu te osobistości, które odegrały wybitną rolę odnośnie do zapatrywania się na istotę zбочeń mowy, przyczyny, klasyfikację, podstawę leczenia, rozwój zasadniczych nauk dla logopatologii oraz obecne jej zadanie.

Najdawniejsze wiadomości, dotyczące zбочeń mowy, spotykamy w piśmie świętem, mianowicie w drugiej księdze Mojżesza, w której tenże zaznacza swą ciężką wymowę, u Izajasza, gdzie zamieszczona jest obietnica, że za sprawą Mesjasza językom belkotliwym przywrócona będzie mowa prawidłowa, oraz u ewangelisty Łukasza, wspominającego o Zacharyaszu, który, będąc niemym, nagle uzyskał mowę. Podobne wzmianki, lubo bez żadnych bliższych określeń, przytrafiają się również u mówców i poetów greckich i rzymskich.

U HIPPOKRATES'a i ARYSTOTELES'a znajdujemy już odpowiednie terminy prawie dla wszystkich działów zбочeń mowy. HIPPOKRATES (377 przed Chr.) utrzymywał, że nieprawidłowości mowy mogą zależeć od jakiegokolwiek choroby, stanu uszu, albo też od tego, że przed ukończeniem wyrazu lub wypowiedzeniem myśli przechodzi się do nowych wyrazów lub nowych myśli. ARYSTOTELES (322 przed Chr.) mniemał, że przyczyna zбочeń znajdowała się w organach artykulacji. Upatrywanie przyczyny zбочeń mowy w ośrodkach lub w organach obwodowych, zapoczątkowane przez tych mężów, przewija się w następstwie przez wszystkie okresy aż do naszych czasów. Pierwszą wiadomość o leczeniu jąkania przez podcinanie języka spotykamy u A. K. CELSUS'a (25 do Chr.), u PLUTARCH'a zaś (120 po Chr.) w jego opisie życia DEMOSTENES'a znajduje się wzmianka o leczeniu jąkania i belkotania (kładzenie kamyków do ust, deklamacya oraz użycie lustra). Pierwszym autorem, który zwrócił uwagę na możliwość zapobiegania zбочeniom mowy był QUINTYLIAN (I wiek po Chr.), zaznaczając możliwość udzielania się ich od mamek. GALEN (200 po Chr.) za przyczynę zбочeń mowy podawał zgrubienie, stwardnienie i skrócenie języka lub choroby nerwowe, połączył więc obie uprzednie teorie HIPPOKRATES'a i ARYSTOTELES'a. AURELIANUS (II wiek po Chr.) opisał już objawy jąkania, a przy ich leczeniu zaznaczył odpowiednią gimnastykę mowy.

Medycyna arabska miała swego przedstawiciela w osobie AVICENNA'y. Wieki średnie przeżuwały tylko spuściznę medycyny klasycznej i arabskiej.

W dobie odrodzenia na zaznaczenie zasługuje: niemiecki chirurg FABRICIUS (1560—1634), I. SCHENCK z Grafenberga, (de Ancyloglossis sive mogilalis 1665), a przede wszystkim Hieronymus MERCURIALIS, profesor medycyny w Padwie, Bolonii i Pizie, który w swem dziele: De puerorum morbis (1584)

pisał o niemocie, jąkanii i bełkotaniu (*balbuties*)²⁾ oraz podał środki lecznicze, dyetetyczne i odpowiednią gimnastykę ciała i organów mowy. MERCURIALIS upatrywał przyczynę zбочzeń mowy zarówno w języku, jako też i mózgu.

Nauka o zбочzeniach mowy do czasu MERCURIALIS'a nie posunęła się już naprzód aż do drugiej połowy XVIII wieku. Natomiast jedna z podstawowych nauk dla logopatologii, fizyologia mowy, mająca już swe zapoczątkowanie w wieku XVII, znacznie rozwinęła się w XVIII. Tu odnosimy badania na polu głuchoniemoty lekarza szwajcarskiego AMMON'a (*Surdus loquens* 1692), SCHACHER'a (*Laesa hominis loquela* 1696) i im współczesnego Joh. WALLIS'a (*De loquela sive sonorum formatione*). Dzieło AMMON'a rozpada się na trzy części. W pierwszej mówi o głosie i jego różnicy z szeptem, w drugiej o przyrodzie spółgłosek i ich tworzeniu się, w trzeciej zaś o metodzie uczenia głuchoniemych. Oprócz tego w pracy swej: *Dissertatio de loquela* daje nam obraz ówczesnej nauki o zбочzeniach mowy, a mianowicie wspomina o nieprawidłowem wymawianiu, zaznacza po raz pierwszy lubo w ograniczonych rozmiarach jego leczenie oraz wygłasza swe zapatrywanie na jąkanie. Pod wpływem wzmiankowanych prac pojawia się w drugiej połowie XVIII wieku fizyologia głosu i mowy A. HALLER'a (*Elementa physiologiae* 1766), oraz tegoż autora *Vitia vocis et loquelae aliqua*, gdzie omówione są niektóre zбочzenia mowy, przy końcu zaś tegoż wieku dzieło sławnego fizjologa KEMPELEN'a, ojca dzisiejszej fizjologii mowy (*Le mecanisme de la parole suivi de la description d'une machine parlante* 1791). Praca ta rozdziela się na pięć części. W pierwszej autor podaje definicyę języka, w drugiej traktuje początek języka, w trzeciej mówi o organach artykulacyi i ich czynności, w czwartej o fizjologii dźwięków, nakoniec w piątej o wadliwym wymawianiu i jego leczeniu. Lubo na jąkanie KEMPELEN mniejszą zwracał uwagę, pierwszy jednak zaznaczył różnicę, między zwykłym oddechem a oddechem przy mowie oraz szczegółowo opisał momenty fizyologiczne i psychiczne, które mogą go zmieniać³⁾.

Jak powiedziałem wyżej, nauka o zбочzeniach mowy MERCURIALIS'a utrzymywała się prawie bez zmiany do drugiej połowy XVIII wieku, to jest do pojawienia się sławnej w swoim czasie *Nosologia methodica de BOISSIER de SAUVAGES'a* (1706—1767). Dzieli on zбочzenia mowy na niemotę (*Stummheit*), powodowaną różnemi przyczynami, jak porażenie języka, narkoza, uraz, głuchota i t. d., afonie, których wylicza kilkanaście postaci, oraz jąkanie łącznie z bełkotaniem, objęte razem nazwą *pselismus* (*bégaiement*), jak *pselismus rhotacismus* (nieprawidłowe wymawianie głoski *r*), *pselismus lambdacismus* lub *lallatio* (nieprawidłowe wymawianie głoski *l*), *blaesitas*, polegająca na zamianie twardych miękkimi, błędy wymawiania głosek *k*, *g*, wreszcie *pselismus nasalis*. Jest to, jak widzimy, pierwsza próba racjonalnej klasyfikacyi zбочzeń mowy. SAUVAGES pisał również nieco o leczeniu nieprawidłowego wymawiania. Na wzmiankę w tymże okresie zasługuje praca włoskiego anatoma MORGAGNI'ego: *De sedibus et causis morborum per anatomem indagatis* 1762, w któ-

²⁾ Termin ten zjawia się odtąd w nauce po raz pierwszy dla oznaczenia jąkania i bełkotania.

³⁾ W następstwie Johann MÜLLER zwrócił uwagę, że oddech przy mowie nietylko ma inny rytm, lecz i odbywa się na innej drodze, dalej HERMAN von MAYER (*Unsere Sprachwerkzeuge* 1880) wykazał że wdechy przy mowie są krótkie, a wydechy długie, NIEMAYER zaś, że przy mowie i śpiewie wdechy odbywają się tylko przez usta.

rej autor po raz pierwszy wykazuje źródło powstawania głosu w krtani, wspomina o brakach podniebienia twardego, chrypcę i jej przyczynach, afazyi mózgowego pochodzenia, (afazyę nazywa afonią), wreszcie o nieprawidłowym wymawianiu, które czyni zależnem od przyczyn organicznych w narządach artykulacji.

Na początku XIX wieku występuje na polu zboczeń mowy pożyteczna działalność ziomka naszego prof. Wileńskiego uniwersytetu Józefa FRANK'a. W dziele swem: *Praxeos medicae universae praecepta* 1823 poświęcił on 70 stronic zboczeniom mowy (*De vitiis vocis et loquelae*). Lubo w pracy tej autor opiera się na *Nosologia methodica SAUVAGES'a*, wyniki jednak swych badań przedstawia w zupełnie nowem świetle. FRANK wyróżnia zboczenia głosu *dysphoniae*, gdzie, zda się, po raz pierwszy zaznaczona jest *paraphonia nasalis*, odpowiadająca mowie nosowej zamkniętej i *paraphonia gutturalis*, odpowiadająca mowie nosowej otwartej, od błędów mowy *dyslaliae*: niemota uwarunkowana niedorozwojem psychicznym, głuchotą lub wadami w organach artykulacji i *mogilaliae*, to jest utrudnione wymawianie oddzielnych głosek. Te ostatnie dzieli na isznofoniczne, jak jąkanie, traulismiczne, jak wadliwe wymawianie głoski *r* i *pselismus*. Terminologia FRANK'a zbliżona jest już poniekąd do nowoczesnej. Tak np. nazwom: *haesitatio linguae*, *battarismus*, *balbuties* odpowiada zdaniem jego francuski termin *bégaïement*, niemiecki *Stottern*, *Stammeln* i nasz zająkliwość. Na uwagę zasługuje również praca, poświęcona gimnastyce M. MUTHS'a (1759—1839), traktująca w kilku rozdziałach o ćwiczeniach mowy, w szczególności zaś zmysłów, stanowiąca ważny przyczynek do leczenia niemoty u dzieci z niedorozwojem psychicznym.

Ukazanie się metody leczniczej w 1825 r. głośniejszej w swoim czasie amerykańki pani LEIG'h, głoszącej światu nowy tajemny sposób leczenia jąkania⁴⁾, oraz istniejące już naówczas podwaliny fizjologii mowy, znacznie ożywiło badania nad jąkaniem i bełkotaniem, a ruch w tym kierunku najbardziej zaznaczył się między 30—40 rokiem. Wyrazem tego ożywienia było przedewszystkiem bardzo ważne dzieło SCHULTHESS'a: *Das Stammeln und Stottern* 1830. Aczkolwiek już jego poprzednicy, jak SAUVAGES i FRANK, zaznaczali pewną różnicę między jąkaniem i bełkotaniem, autor ten jednak pierwszy oddzielił jąkanie od bełkotania, wykazując zasadniczą między niemi różnicę, dalej zaznaczył ważny udział przy jąkaniu skurczów krtaniowych (lubo niesłusznie upatrywał w nich jego siedlisko), opisał ogólne bełkotanie i różnego rodzaju wadliwe wymawianie oraz podał sposoby usuwania tego ostatniego. Drugiem ważnem dziełem, w szczególności dotyczącem jąkania, była praca COLOMBAT'a: *Du bégaïement et de tous les autres vices de la parole* 1830, gdzie wyraźnie występuje już wyróżnianie jąkania artykulacyjnego od głosowego i dokładny opis tego ostatniego. Z prac tego okresu, dotyczących fizjologii mowy, ważne są następujące: I. PURKYNE'go (*Badania w przedmiocie fizjologii mowy ludzkiej* 1835), CHLADNY'ego (*Ueber die Hervorbringung der menschlichen Sprache*), ARNOTT'a (*Elements of Physis or Naturel-Philosophy* 1830) i Joh. MÜLLER'a (*Handbuch der Physiologie des Menschen* 1840).

Rok 1841 znamienity jest w historii zboczeń mowy próbą chirurgicznego leczenia jąkania. Niefortunne w tym względzie wystąpienie DIFFENBACH'a

⁴⁾ W metodzie pani LEIG'h, lubo nie pozbawionej dużej dozy szarlataneryi, dają się już odnaleźć zaczątki gimnastyki oddechu, głosu i artykulacji.

oraz jego naśladowców, lubo działających, zarówno jak on, w zupełnie dobrej wierze, mylnie jednak upatrującego przyczynę jąkania, podobnie jak przy zezie, w obwodowym skurczu języka i niezdającego sobie sprawy z naturalnego przebiegu jąkania, skłonного do chwilowych polepszeń, można poniekąd usprawiedliwić dążnością ukrócenia różnych tajemnych sposobów leczenia jąkania, panujących od lat 14, to jest od ogłoszenia metody leczniczej przez panią LEIGH. Niepomysłne w skutkach chirurgiczne leczenie miało jednak i swą dobrą stronę, gdyż poważne grono badaczy, pragnąc przeciwdziałać wszelkiego rodzaju szarlatanerii, ogłosiło w latach między 41—45 bardzo wiele cennych prac, w szczególności dotyczących jąkania. Tu odnosimy prace MERKEL'a, BAESSEL'a, LICHTINGER'a, a przede wszystkim uwzględniającego wszystkie działy zбочzeń mowy KLENCKE'go. Ten ostatni w dziele swem: *Die Störungen der menschlichen Stimme und Sprachorgane und deren rationelle Heilung* 1844, dzieli zбочzenia mowy na 1) zбочzenia głosu i 2) zбочzenia mowy, 3) artykulacji oraz 4) czynności organów mowy. W zбочzeniach mowy wyróżnia niezdolność mowy (*alalia*), uwarunkowaną przyczyną bezpośrednią (brak języka lub wadliwy ustrój mózgu) lub pośrednią (*hydrocephalus*, *apoplexia*, tyfus, narkotyki, brak słuchu, strach, brak wprawy wskutek przebywania w otoczeniu nie mówiących) od ograniczenia mowy (przy najwyższym stopniu wadliwej artykulacji albo też u dzieci przy obawie jąkania się). W zбочzeniach artykulacji (*affectio articulationis*, Stammeln) odróżnia a) *paralalia verbalis* (niemożność wygłaszania słów, lecz tylko oddzielnych dźwięków), którą rozdziela na dwie klasy: *battarismus*, Brudeln, z powodu zbyt prędkiej mowy, i *balbuties*, *Lallen* przy zlewaniu się głosek, oraz b) *paralalia literalis* (eigentliches Stammeln). W tej ostatniej odróżnia: zamiany samogłosek, niemożność wymawiania głoski *r* (*pararhotacismus*), niemożność wymawiania głosek *s*, *l*, (które SCHMALZ nazwał *paralambdacismus* i *parasigmatismus*), zamiany *k—g* oraz *d—t* (*paragamacismus*) wreszcie *uraniscophonia* przy rozszczepach podniebienia twardego i *rhinophonia*, przy braku rozgraniczenia jamy ustnej od jamy nosogardzielowej lub przy zatkanym nosie. Do zбочzeń funkcji organów mowy, przyczem sam narząd artykulacyjny pozostaje prawidłowy, zalicza jąkanie (*ischnophonia vel affectio respirationis et phonationis*).

Po 46 roku wskutek dalszego uprawiania tajemnych metod leczenia jąkania oraz naśladownictwa chirurgicznego zabiegu, ale uskutecznianego już ze złą wolą, ustaje zainteresowanie się lekarzy nauką o zбочzeniach mowy. Pole to, wyłącznie dotychczas uprawiane przez świat lekarski, mimo dalszych kapitalnych prac z dziedziny fizjologii mowy (BRÜCKE, MERKEL, TAUSING), zaczątkowych badań nad lokalizacją mózgową (BROCA), nad niedorozwojem psychicznym, (SÉGUIN), zwyrodnieniem (MOREL), oraz rozpoczętych w szóstym i siódmym dziesiątku bieżącego wieku prac nad rozwojem mowy u dziecka (Sigismund, LÖBISCH) i porażeniami mózgowymi (LITTLE, HEINE, COTARD), zwolna przechodzi w ręce szarlatanów. To też jeśli jeszcze wspomnimy o CHERVIN'ie (ojcu), który położył niewątpliwe zasługi, układając między 50—69 rokiem statystykę jākających się rekrutów we Francji, wyłączonych z wojska z powodu tego zбочzenia, oraz o uranoplastyce i staphyloraphii, wprowadzonych między 61—63 rokiem przez DIFFENBACH'a i LANGENBECK'a, mających ważne znaczenie przy leczeniu mowy nosowej, to na tem możemy zakończyć historię zбочzeń mowy XIX wieku do czasu KUSSMAUL'a.

Dalsze badania nad lokalizacją mózgową (WERNICKE i inni), rozwojem mowy oraz inteligencji u dziecka (TAINÉ, SCHULTZE, PRAYER, COMPAYRÉ i inni) oraz filozofią mowy (STEINTHAL) niewątpliwie spowodowały nowy zwrot

w kierunku badań nad logopatologią, a wyrazem tego pojawia się klasyczne w swoim czasie dzieło KUSSMAUL'a: *Die Störungen der Sprache* 1877, w którym objęta jest już cała patologia mowy w odpowiednie ramy klasyfikacyjne w duchu nowoczesnych badań. Praca ta, opierająca się na szerszej podstawie, zupełnie nieznaną poprzednim autorom, mimo wielu braków oraz błędów z dzisiejszego punktu widzenia, nie przestanie nigdy zajmować zaszczytnego stanowiska w historii logopatologii. Zasługa KUSSMAUL'a, zdaniem moim, polega jeszcze na tem, że odwrotnie, jak to czynili jego poprzednicy, lwią część swej książki poświęcił psychologii, po części filozofii mowy oraz opierającej się na tych naukach niemocie, a jak to dziś wiemy, bełkotaniu i mowie nosowej pochodzenia korowego, pozostawiając na drugim planie uprzywilejowane dotychczas jąkanie.

W dobie po Kussmaulowskiej, pomimo znacznego wzrostu niektórych gałęzi ogólnej wiedzy, wiążących się z nauką o zбочeniach mowy, dalszych prac na polu fizjologii mowy (SIEVERS, GRÜTZNER), nad niemotą, poczynając od GRASHEY'a a kończąc na ostatnich pracach FLECHSIG'a, nad niedorozwojem i zwyrodnieniem (BOURNEVILLE, SOLLIER, J. VOISIN, MAGNAN, CHARCOT, DÉJÉRINE, FÉRÉ i wielu innych), porażeniami mózgowymi wieku dziecięcego (BENEDIKT, H. JACKSON, OULMONT, GOWERS, ANTON, FREUD i wielu innych) oraz badań nad udziałem ucha przy niemotach słuchowych (niemota pozakorowa), żaden z jego następców nie rozszerzył widnokręgu, z jakiego on był objął patologię mowy. To też w omawianej dobie zjawiają się jedynie prace, dotyczące oddzielnych działów zбочeń mowy, przede wszystkim zaś jąkania. Tu odnosimy następujące: SCHRANK'a: *Das Stotterübel* 1877, w której autor umiejscawia siedlisko jąkania w korze, oraz zwraca uwagę, że jąkanie często przytrafia się u dzieci z niedorozwojem psychicznym, A. GUTZMANN'a: *Ueber das Stottern und seine Heilung* 1879, w której leczenie jąkania opiera autor na świadomem według prawideł fizjologii wykonywaniu ćwiczeń, GÜNTER'a: *Die Heilung des Stotterns*, BERKHAN'a: *Ueber Störungen der Sprache* 1889, i wielu innych, a przede wszystkim liczne prace H. GUTZMANN'a (syna), który, oprócz uzupełnienia metody leczniczej ojca, pierwszy opracował racjonalną gimnastykę podniebienia miękkiego przy leczeniu mowy nosowej otwartej. Pomimo bezsprzecznej wartości pomienionych prac przyznać jednak trzeba, że i dotychczas odczuwać się daje brak dzieła, które, opierając się na szerszym filozoficznym podkładzie, nieodzownie prowadzącym do pewnych uogólnień, pozwoliłoby luźnie do obecnej chwili stojące działy zбочeń mowy połączyć w jedną całość.

Z tego, cośmy dotychczas powiedzieli, okazuje się, że w rozwoju nauki o zбочeniach mowy możnaby odróżnić trzy okresy. W okresie pierwszym ograniczano się tylko na upatrywaniu źródła zбочeń mowy w mózgu, organach artykulacji lub też jednocześnie w obu (GALEN). W okresie drugim, rozpoczynającym się od MERCURIALIS'a, ostatni pogląd ustala się, a pod wpływem badań nad fizjologią mowy coraz racjonalniej opracowują się niektóre działy zбочeń mowy, jak jąkanie i wadliwe wymawianie. Wreszcie w okresie trzecim Kussmaulowskim łącznie z zaczątkowymi pracami nad psychologią i filozofią mowy zaczęto zwracać uwagę na niemotę u dorosłych oraz wyjaśnienie istoty jąkania. Dobę obecną, jak to już zaznaczyłem, charakteryzuje ukazywanie się oddzielnych prac, w których głównie uwaga zwrócona jest na leczenie jąkania i mowy nosowej.

*

*

*

(D. n.).

O NIEKTÓRYCH UJEMNYCH STRONACH INTUBACYJI.

Podał

FELIKS SACHS.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 42).

Więcej słuszności zdaje się mieć za sobą pogląd, że zapalenie płuc lub oskrzeli jest następstwem utrudnionego wykrztuszania. Że przez rurkę intubacyjną wykrztuszanie jest trudniejsze, niż przez tracheotomijną, rozumie się samo przez się, jakkolwiek wielu jest wprost przeciwnego zdania. Rurka tracheotomijna jest i o wiele szersza, i sięga głębiej, i, co również nie pozbawione jest znaczenia, skraca drogę, którą wydzielina ma do przebycia. Natomiast, jeżeli porównamy intubowanego z oddychającym przez krtani zdrową, to wydaje się wątpliwem, ażeby rurka mogła utrudniać wykrztuszanie. Laryngolog LENNOX BROWN stwierdził, że światło rurki intubacyjnej nie o wiele jest węższe od światła krtani, a u bardzo małych dzieci przewyższa je nawet. Mimo to niektórzy autorzy są zdania, że rurka w pewnej mierze utrudnia wykrztuszanie i w ten sposób staje się przyczyną spraw zapalnych w drogach oddechowych. Na dowód przytaczane są zwykle spostrzeżenia, w których podczas pozostawiania rurki w krtani wzmagają się objawy zapalenia i podnosi ciepłota, natomiast po usunięciu rurki objawy zapalne zmniejszają się i ciepłota opada. Nie wdając się w ocenę dokładności tych spostrzeżeń, zaznaczyć musimy, że nie można z nich wnioskować o wyłącznym związku przyczynowym pomiędzy pozostawianiem rurki w krtani a nasileniem objawów zapalnych. Należy pamiętać o innych jeszcze przyczynach (ogólne osłabienie, istniejące już ogniska zapalne i t. p.), działających w danym przypadku. Fakt, że przez rurkę intubacyjną bywają wykrztuszane olbrzymie nieraz błony rzekome, zdaje się również przeczyć pogładowi, jakoby rurka utrudniała wykrztuszanie. Wyrażony w tej formie ogólnikowej pogląd ten nie zgadza się z faktami życia codziennego.

Natomiast faktem jest, że rurka utrudnia wykrztuszanie: 1) gdy wydzielina, przystając do jej ścian wewnętrznych, zasycha na nich i powoli zwęży światło rurki i 2) u dzieci do tego stopnia osłabionych, że nie są w stanie dość energicznie wykrztuszać wydzieliny, zwłaszcza, gdy ta jest bardzo obfita (a więc często przy istniejącem już zapaleniu oskrzeli lub płuc). W tych warunkach rurka obecnością swą sprzyjać może zastojowi rozpadu błoniczego w tchawicy i oskrzelach. W każdym jednak razie jest to tylko podrzędna przyczyna zapalenia płuc, główną zaś rolę odgrywają takie czynniki, jak ogólne zakażenie ustroju, zakażenie tkanki płucnej drobnoustrojami, które w wielkiej ilości znajdować się mogą w drogach oddechowych, upośledzona skutkiem błoniczego zwężenia krtani i tchawicy wentylacja płuc²⁾. Pogląd, szukający przyczyny zapalenia płuc jedynie tylko w mniejszej lub większej łatwości wykrztuszania, jest niewątpliwie jednostronny.

W większości przypadków, w których wydzielina jest obfita, a chorzy bardzo osłabieni lub nieprzytomni, intubacja nie sprowadza poprawy. Ztąd

²⁾ Pamiętać należy, że zapalenie płuc często poprzedza intubację, lecz z powodu zwężenia krtani pozostaje nierozpoznanem.

też istnienie zapalenia płuc lub oskrzeli z obfitą wydzieliną uważane jest za przeciwwskazanie do intubacji. Na nieszczęście i tracheotomia w podobnych przypadkach nie może poszczycić się świetnymi wynikami.

Wielu autorów szczególnie niebezpieczeństwo intubacji upatrywało w możliwości wykrztuszenia rurki oraz zatkania jej błonami rzekomymi lub zaschłym rozpadem. Zdanie to, oparte na materiale klinicznym spostrzeganym przed stosowaniem surowicy i wówczas już nie podzielane przez wszystkich, obecnie wymaga rewizji. Wykrztuszanie rurki, zwłaszcza gdy ta jest mniejszego kalibru, niż tego wymagają rozmiary krtani chorego, lub też w czasie, gdy naloty i obrzęk krtani zaczynają znikać, jest możliwe i rzeczywiście zdarza się dość często. Wszelako rzadkie są przypadki, w których wynikałoby ztąd niebezpieczeństwo dla chorego. Zazwyczaj duszność powraca nie zaraz po wykrztuszeniu rurki, i zwykle dość pozostaje czasu na wezwanie lekarza. Jakkolwiek natychmiastowe wystąpienie duszności po wykrztuszeniu rurki zdarza się bardzo rzadko, to jednak okoliczność ta zawsze powinna być brana pod uwagę, zwłaszcza u tych chorych, u których dławiec odznacza się charakterem kurczowym (dzieci nerwowe, rachityczne i t. p.).

Zatkanie rurki błonami rzekomymi przed wprowadzeniem do terapii surowicy zdarzało się o wiele częściej, niż obecnie. Zatkanie bywa stopniowe lub nagłe. Pierwsze zależy od nagromadzenia się na ścianach wewnętrznych rurki wysychającego rozpadu, powoli zwężającego jej światło, i nie przedstawia wielkiego niebezpieczeństwa, gdyż stopniowo pogarszający się oddech ostrzega nas o grożącym zaduszeniu, dzięki czemu możemy, w porę ekstubując, zażegnać niebezpieczeństwo.

O wiele niebezpieczniejsze jest zatkanie nagłe, zależne od uwięźnięcia w rurce błony rzekomej zbyt wielkiej, aby mogła przebyć wąskie światło rurki. Nagłe zatkanie rurki, rzecz prosta, znosi zupełnie dostęp powietrza i sprowadzićby mogło zaduszenie, gdyby nie to, że chory zwykle wykrztusza rurkę wraz z zatykającą ją błoną. Często bardzo wykrztuszoną zostaje sama błona bez rurki. Rozmiary wykrztuszonych w ten sposób błon rzekomych bywają wprost zdumiewające, zwłaszcza, jeżeli je porównamy z średnicą rurki. Daje to pojęcie o sile, jaką rozwinąć może ustroj w walce z niebezpieczeństwem. Mimo tej samopomocy ustroju, znane są w literaturze przypadki uduszenia wskutek nagłego zatkania rurki. Od niebezpieczeństwa tego zresztą nie są wolni i chorzy tracheotomowani, wśród których, jakkolwiek mogłoby się to niejednemu wydać dziwnem, śmierć wskutek nagłego zatkania rurki zdarza się częściej, niż wśród intubowanych. Daje się to łatwo wytłómaczyć tem, że intubowany w razie nagłego zatkania może sobie dopomóc, wykrztuszając rurkę, gdy tracheotomowany jest w tych razach bezsilny i umiera, jeżeli przeszkoda szybko nie zostanie usunięta. Pogląd dość rozpowszechniony, jakoby chory tracheotomowany wymagał mniej czujnej opieki, niż intubowany, w praktyce pociągnąć może za sobą opłakane skutki³⁾.

Rzadkość zatkania rurki intubacyjnej błonami *Бóкаи* objaśnia tem, że wielkie błony oddzielają się rzadko, małe zaś z łatwością przechodzą przez

³⁾ Z czasów mego pobytu w szpitalu dla dzieci pamiętam trzy przypadki śmierci wskutek zatkania rurki tracheotomijnej (wszystkie zdarzyły się w porze nocnej); w czwartym przypadku zejściu śmiertelnemu zapobiegło przypadkowe zjawienie się moje na sali. Natomiast ani razu nie miałem uduszenia wskutek zatkania rurki intubacyjnej.

rukę, a nadto, jeżeli sprawa błonicza nie opuszcza się szybko, błony rzekome ulegają rozpadowi. Surowica, jak powiedzieliśmy wyżej, uczyniła te przypadki jeszcze rzadszymi, ponieważ powstrzymuje szerzenie się sprawy błoniczej i rozmiękcza błony rzekome. Na 65 chorych intubowanych przed wprowadzeniem surowicy RANKE miał jeden przypadek zatkania rurki błoną, SCHWEIGER zaś na 68 przypadków musiał skutkiem zatkania rurki przedsiębrać ekstubację w czterech, poczem błony były wykrztuszone.

Przechodzimy teraz do powikłania, stanowiącego najciemniejszą stronę intubacji. Mamy tu na myśli odleżyny krtani, powstające pod wpływem ucisku, wywieranego przez rurkę. Umieszczenie odleżyn odpowiada trzem najwydatniejszym punktom rurki, ze strony których błona śluzowa krtani i tchawicy doznaje największego ucisku, mianowicie główce, zgrubieniu środkowemu i dolnemu końcowi. Odpowiednio do tego spotykamy owrzodzenia na podstawie nagłośni, w przestrzeni międzynaławkowej, w okolicy chrząstki obrączkowej (najczęściej) oraz na przedniej ścianie tchawicy. Obszar i głębokość tych owrzodzeń bywają rozmaite; w wielu razach obnażoną zostaje chrząstka. Gdy owrzodzenia dosięgły pewnych rozmiarów, sprawa przybiera obrót bardzo poważny. Pod wpływem owrzodzeń występują mniej lub więcej długotrwałe napady zaduszania, zmuszające nas do pozostawiania rurki w krtani przez czas nieokreślony, co ze swej strony jeszcze bardziej pogarsza stan rzeczy. Owrzodzenia prowadzą do bliznowatego zwężenia krtani, a w ciężkich przypadkach, w których nadto nie przystąpiono w porę do właściwego leczenia, otrzymać możemy zarośnięcie krtani. Niekiedy owrzodzenia przebiegają bez żadnych objawów, i dopiero w kilka dni lub tygodni po ostatecznej ekstubacji, gdy chory zdaje się już być na drodze do zupełnego wyzdrowienia, występują objawy bliznowatego zwężenia.

Straszne to powikłanie zaalarmowało wielu autorów ⁴⁾. Wszyscy jednoznacznie uznali, że główną przyczyną odleżyn jest zbyt długie pozostawianie rurki w krtani, gdyż odleżyny spotykamy przeważnie u tych chorych, u których rurka pozostawała w krtani przez czas dłuższy. Pogląd ten jednak nasuwa pewne wątpliwości. Z jednej strony spotykamy w literaturze przykłady tworzenia się odleżyn po bardzo krótkim znajdowaniu się rurki w krtani, z drugiej zaś widzimy często chorych, noszących rurkę intubacyjną przez czas niezmiernie długi bez jakiegokolwiek szkody. Wynikałoby ztąd, że sam czas pozostawiania rurki w krtani nie wystarcza do wytłomaczenia tworzenia się owrzodzeń, że muszą tu wchodzić w grę inne jeszcze czynniki. Nasuwa się pytanie, czy nie byłoby właściwiej uważać długie pozostawianie rurki w krtani raczej za następstwo istniejących już owrzodzeń, niż za ich przyczynę. Według tego poglądu owrzodzenia tworzyłyby się w najrozmaitszych, nieraz bardzo wczesnych okresach znajdowania się rurki w krtani i w następstwie, podtrzymując zwężenie krtani, zmuszałyby nas do coraz to nowych reintubacji. Nie negując więc znaczenia, jakie w wielu razach posiadać może zbyt długie pozostawianie rurki w krtani, musimy zająć się rozpatrzeniem innych wchodzących tu w grę czynników.

Na pierwszym miejscu wymienić należy ogólny stan chorego oraz miejscowy stan krtani. Najczęściej odleżyny tworzą się u chorych, osłabionych poprzednimi chorobami, zwłaszcza zaś chorobami, którym towarzyszyły te

⁴⁾ Godzi się zaznaczyć, że na powikłaniu tem TROSSEAU w roku 1858 oparł główny swój zarzut przeciw intubacji krtani, proponowanej przez BOUCHUT'a.

lub inne zmiany błony śluzowej krtani. Na czele tych chorób stoi odra, po której błony śluzowe dróg oddechowych z wielką łatwością podlegają najrozmaitszym sprawom chorobowym. W dławcu poodrowym odleżyny zdarzały się tak często, że wielu autorów uważa tu intubację wprost za przeciwwskazaną.

Ważne znaczenie ma także czystość narzędzi, a zwłaszcza rurki. Na okoliczność tę zbyt mało dotychczas zwracano uwagi. Nie należy zapominać, że w krtani rurka wchodzi w zetknięcie (i to nie chwilowe) z błoną śluzową chorą, przekrwioną, naruszoną w swej całości. Zaszczepienie na śluzówce już zakażonej nowego jeszcze zarazka, tkwiącego na powierzchni niedość pedantycznie wyjałowionej rurki, może właśnie stanowić punkt wyjścia owrzodzeń.

Zbyt wielka, jak na wiek dziecka, rurka wywieranym przez się silnym uciskiem przy sprzyjających okolicznościach również powodować może odleżyny. Natomiast liczba wykonanych u tego samego chorego intubacji nie wywiera w tym kierunku żadnego wpływu. Wreszcie uznać musimy istnienie przyczyn bliżej nam nieznanych.

Czy wszystkie odleżyny prowadzą do zwężenia bliznowatego? Na pytanie to odpowiedzieć musimy przecząco. Prawdopodobnie u wielu chorych intubowanych powstają w krtani owrzodzenia, przebiegające bez żadnych objawów lub co najwyżej opóźniające ostateczną ekstubację i gojące się bez pozostawienia jakichkolwiek śladów. Że tak jest w istocie, dowodzi względna częstość (według niektórych 30%), z jaką przy badaniu pośmiertnym intubowanych znajdowane są mniej lub więcej rozległe owrzodzenia krtani. Wprawdzie z faktu tego należy wyprowadzać wnioski z wielką ostrożnością, gdyż na stole sekcyjnym mamy przed sobą materiał specjalnie dobrany; ta sama bowiem przyczyna, która doprowadziła do zejścia śmiertelnego (osłabienie ogólne, zapalenie płuc, odra i t. p.), jednocześnie bardzo sprzyjała powstaniu odleżyn. Bądź co bądź jednak, owrzodzenia te zdarzać się muszą niezbyt rzadko. Natomiast owrzodzenia z następczem zwężeniem bliznowatym spotykamy rzadko.

Większość autorów wypowiada zdanie, że z chwilą powstania odleżyn dalszego intubowania należy zupełnie zaniechać, inni zaś z O'DWYER'em na czele radzą intubować dalej, lecz rurką mniejszą, niż poprzednio użyta. Którzejkolwiek jednak z tych metod postępowania przyznamy słusność, jasnym jest, że największą wagę mieć będzie sztuka możliwie wczesnego rozpoznawania odleżyn. Na nieszczęście symptomatologia tego powikłania jest bardzo nieokreślona. Najczęściej jedynym objawem odleżyn jest trwanie duszności, zmuszające nas do ustawicznych reintubacji. Lecz zjawisko to zależy może od tylu innych przyczyn i tak często spotyka się w przypadkach, przebiegających bez odleżyn i kończących się pomyślnie, że w żaden sposób nie może być uważane za objaw patognomiczny dla odleżyn. Natomiast bardzo ważnym objawem jest ustawiczne wykrztuszanie rurki, która przedtem była dobrze znoszona. Jest to objaw charakterystyczny dla owrzodzeń, zajmujących cały obwód wewnętrzny chrząstki obrączkowej lub przynajmniej znaczną jego część. Zjawisko to łatwo daje się wytłómaczyć. Dopóki krtani była nieuszkodzona, rurka była otoczona jakby elastycznym pierścieniem, z chwilą jednak gdy owrzodzenie zajęło większą część obwodu krtani, pierścień ów traci swą elastyczność i luźno siedząca rurka zostaje wykrztuszona przy najmniejszym nawet wysiłku.

Co się tyczy innych objawów, to żaden z nich wzięty oddzielnie nie upoważnia nas do rozpoznania odleżyn; natomiast połączenie dwóch lub kilku z nich z wielkim prawdopodobieństwem przemawia za odleżynami. Omówimy je tu w krótkości:

1) Ból podczas kaszlu. Gdy w krtani potworzyły się owrzodzenia, kaszel staje się nader bolesny. U młodszych dzieci poznajemy to po płaczu lub naglej zmianie wyrazu twarzy, starsze same skarżą się na ból w krtani przy kaszlu i, o ile możliwości, usiłują powstrzymać się od kaszlu. Ból ten daje się zauważyć zarówno wtedy, gdy rurka znajduje się w krtani, jak wtedy, gdy dziecko oddycha bez rurki. Objawu tego nigdy nie spostrzegalem u dzieci, wolnych od tego powikłania, to też skłonny jestem uważać go za jeden z najstalszych objawów owrzodzeń, o ile wogóle objawy subiektywne odznaczać się mogą stałością. Pod wpływem środków narkotycznych objaw ten może zniknąć lub występować bardzo niewyraźnie.

2) Ból przy łykaniu. Ból ten bywa niekiedy tak silny, że chory odmawia przyjmowania pokarmów. Nie wypływa to bynajmniej z braku łyknięcia, widzimy bowiem, że chory żąda pokarmów, za każdym kęsem jednak, który przełyka, twarz jego wyraża ból, zmuszający go w końcu do zaprzestania jedzenia. Po kilku takich bolesnych próbach chory przestaje wreszcie żądać pokarmów. Objawu tego nie należy brać za jedno z opisaną wyżej dysfagią. Mamy tu do czynienia nie z utrudnionem, lecz z bolesnem połykaniem.

3) Bolesność okolicy krtani. Zdaniem CARSTENS'a bolesność krtani, nie ustępująca po zastosowaniu okładu PRIESSNITZ'owskiego na szyję, świadczy o istnieniu owrzodzeń. W jednym przypadku owrzodzeń krtani objawu tego stwierdzić nie mogłem, pomimo że zwracałem nań uwagę. Zresztą u małych dzieci trudno objaw ten zużytkować, gdyż wszelki ucisk na okolicę krtani wywołuje u nich niepokój i płacz.

4) Krwawa domieszka w płwocinie. Gdy dzieci wykrztuszają rozpad, zauważona w nim krwawa domieszka powinna obudzić naszą czujność. Wyłączyć tu jednak należy obrażenia jamy ust i gardzieli, zdarzające się przy niedość delikatnem wykonywaniu zabiegu.

5) Zmiana stanu ogólnego, być może, nie zależąca bezpośrednio od owrzodzenia. Objaw ten zresztą jest może najmniej stały. Chory bardzo mizernieje, czego nie spotykamy przy zwykłym przebiegu dławca, siedzi smutny i milczący. Twarz ma wyraz cierpiący.

6) Tak zwany kurcz późny, t. j. nagły powrót duszności we dwa a nawet i więcej dni po ekstubacyi, którą wobec zupełnie normalnego oddechu można już było uważać za ostateczną. Objaw ten zdaje się należeć do najstalszych, ale zarazem i najpóźniejszych.

7) Wreszcie należy podejrzewać owrzodzenie, jeżeli po każdej następnej ekstubacyi przeciąg czasu, przez który chory oddychać może bez rurki, staje się coraz krótszym.

Powyższe objawy mogą, jak to już zaznaczyłem, posiadać wartość wtedy tylko, gdy występują w połączeniu. Z drugiej strony pamiętać należy i o tem, że odleżyny w krtani przebiegać mogą bez żadnych objawów.

Z chwilą, gdyśmy rozpoznali odleżynę, winniśmy zaraz przystąpić do jej leczenia, które, przyznać trzeba, nie należy do zadań wdzięcznych. Główny cel leczenia powinien polegać na niedopuszczeniu do zwężenia bliznowatego. Nie wydaje mi się, aby dalsze intubowanie małemi rurkami prowadziło do tego celu. Wszelkie drażnienie krtani raczej przyczynić się może do powię-

kszenia istniejących już owrzodzeń; nadto postępowanie to jest zupełnie niemożliwe w tych przypadkach, w których rurka ustawicznie jest wykrztuszana. Większość autorów zaleca w razie odleżyn zaniechanie dalszej intubacji i wykonanie tracheotomii. Zdaniem BAYEUX'a, które wydaje się bardzo racjonalnym, wykonana być winna crico-tracheotomia, gdyż rurka tracheotomijna nie pozwala wtedy chrząstce obrączkowej zbyt się ściągnąć przy zbliżeniu. Po tracheotomii należy co kilka dni przedsięwziąć próbną intubację celem przekonania się, czy krtani nie zaczyna się zwężać. Gdyby się to okazało, należy zaraz przystąpić do systematycznego rozszerzania krtani bądź zgłębnikami SCHROETTER'a, bądź też, co uważam za właściwsze, rurkami intubacyjnymi, które wprowadzamy co drugi dzień na kilka godzin, przyczem rurki tracheotomijnej możemy nie wyjmować. Leczenie takie trwać może całymi miesiącami i, jeżeli będzie prowadzone konsekwentnie i wytrwale, doprowadzić musi niewątpliwie do pożądaných wyników.

W tych przypadkach, w których nie przystąpiono do leczenia bezpośrednio po tracheotomii i pozostawiono sprawę zbliżenia odleżyn naturalnemu jej biegowi, otrzymać możemy zupełne zarośnięcie krtani lub tak znaczne zwężenie, że systematyczne rozszerzanie nie prowadzi do celu. W tych razach pozostaje tylko laryngofissura z wycięciem blizny. Wyniki tego zabiegu są bardzo niepewne.

Wobec przewlekłego charakteru tego powikłania i niepewnych wyników leczenia wszystkie nasze usiłowania powinny być skierowane ku profilaktyce odleżyn. Nie należy więc intubować tych chorych, u których z góry już przypuszczać można skłonność do owrzodzeń; nie należy używać rurek zbyt wielkich, ani przeciągać intubacji po nad 5 dni. (Zresztą przekroczenie tego ostatniego przepisu w bardzo wielu przypadkach uchodzi bezkarnie). Podczas wykonywania intubacji przepisy aseptyki winny być jaknajskrupulatniej przestrzegane. Odleżyny powstają prawie wyłącznie tylko w tych przypadkach, w których powyższe reguły były lekceważone.

Trudno orzec, od czego zależy mniejsza lub większa częstość tego powikłania u rozmaitych autorów. BAYEUX na 600 intubowanych u czterech zaledwie widział zwężenie bliznowate, GALATTI na 31 chorych miał dwa przypadki zwężenia, ja zaś na 50 intubowanych aż 7. Z pomiędzy tych siedmiu chorych u pięciu intubację przeciągnięto poza maksymalny (według ESCHE-RICH'a i RANKE'go) termin pięciodniowy, nadto były między nimi dwa przypadki dławca poodrowego; szósty przypadek dotyczył dziewczynki cztero-miesięcznej, dla której rurka najmniejszego kalibru była zbyt wielka; w przypadku tym wykonano intubację, ponieważ rodzice dziecka żadną miarą zgodzić się nie chcieli na tracheotomię; wreszcie w przypadku siódmym objawy zwężenia wystąpiły w tydzień po ostatniej ekstubacji, gdy dziecko zostało już wypisane ze szpitala. W przypadku tym rurka pozostawała w krtani przez godzin 85; jest to jedyny przypadek, w którym termin pięciodniowy nie został przekroczony. Jak widzimy, podane przez nas wyżej przepisy nie były tu zachowywane; lecz i ta okoliczność nie tłumaczy nam tej niebywałej częstości odleżyn, gdyż przepisów tych nie wszyscy skrupulatnie się trzymają, a jednak miewają odleżyny o wiele rzadziej. We wszystkich powyższych przypadkach musiano wykonać wtórną tracheotomię. Nie wszystkie te przypadki leczone były systematycznie w sposób powyżej opisany; to też w trzech z nich doszło do zupełnego zamknięcia światła krtani. Z pomiędzy siedmiu chorych, dotkniętych zwężeniem krtani, dwóch zmarło, jeden został wyleczony

za pomocą systematycznego rozszerzania krtani, u jednego wykonana została laryngofissura ze skutkiem pomyślnym, u trzech zaś pozostałych, jak dotychczas, bez skutku. Te niezbyt pomyślne wyniki późnego operacyjnego leczenia zwężeń bliznowatych dostatecznie przekonywają nas, jak dalece ważne jest rozpoczęcie systematycznego rozszerzania wkrótce po tracheotomii. Postępowanie to przedstawia i tę jeszcze korzyść, że mamy tu do czynienia z blizną młodą i tworzącą się dopiero.

Na tem zakończymy ten pobieżny opis najważniejszych powikłań intubacji. Widzieliśmy, iż w pewnych przypadkach, w których te lub inne okoliczności każą obawiać się wystąpienia tych powikłań, najlepiej uczynimy, przystępując odrazu do tracheotomii; że nadto w przypadkach, w których zaczęliśmy już stosować intubację, nieraz konieczną okazuje się tracheotomia wtórna. Już to jedno dowodzi, że tracheotomia, ustąpiwszy miejsca intubacji w olbrzymiej większości przypadków dławca, nie przestanie jednak być w niektórych razach jedyną metodą operacyjnego leczenia dławca. To też, podnosząc zalety, jakie przedstawia intubacja w porównaniu z tracheotomią, i mówiąc o ograniczeniu, jakiemu obecnie uległo stosowanie tej ostatniej, daleki byłem od zamiaru potępienia tej metody, jak mi to zarzuca d-r POZNAŃSKI w swych „Uwagach“ (Medycyna. 1900. Nr. 8) nad ogłoszonym przeze mnie opisem 14 przypadków dławca, leczonych za pomocą intubacji.

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.

Ilekroć dżuma występowała i panowała w Europie, zawsze była do nas zawleczona. Dokładne opisy tych epidemii sięgają nawet czasów TUCYDIDES'a. Opisy te dają nam pojęcie tylko o przebiegu klinicznym tej choroby i zmianach anatomo-patologicznych, istota zaś jej do ostatnich czasów była nieznaną. Dopiero w ostatnim dziesiętku lat, kiedy dżuma ze swej pierwotnej siedziby została zawleczona do Hong-Kongu i Bombaju, i zjawiała się możliwość przeniesienia jej do Europy, zainteresowały się nią szersze koła badaczy. Prace przedsięwzięte zostały uwieńczone pomyślnymi wynikami.

W r. 1894 KITASATO i YERSIN, pracując niezależnie jeden od drugiego podczas epidemii w Hong Kongu, wykryli swoistego lasecznika dżumy.

Początkowo zapoznałem Sz. słuchaczy z pracami KITASATO'a, YERSIN'a, KOLLE'go, WYSSOKOWICZ'a i innych badaczy w sprawie własności morfologicznych i biologicznych zarazka, samej istoty dżumy i jej leczenia, ażeby w następstwie przejść do wskazówek praktycznych, mających na celu zwalczanie i zapobieganie szerzeniu się zarazy.

Zarazek dżumy przedstawia się bądź pod postacią krótkich laseczek z końcami zaokrąglonymi, bądź pod postacią diplokoków i nitek, których rozczłonkowania niekiedy nie można rozpoznać. Im starszą hodowlę badamy, tem więcej znajdu-

jemy postaci uwsteczniionych. Średnia długość zarazka wynosi 1 μ , szerokość $\frac{1}{2}$ μ . Omawiany zarazek barwi się dobrze zwykłymi barwnikami anilinowymi, przy tem należy zauważyć, że końce lasecznika barwią się silniej, niż środek, który przy słabem barwieniu nawet może pozostać niezabarwiony. Wskutek tej własności zarazek dżumy według KOLLE'go zbliża się do zarazka cholery kur—drobnoustroju nieszkodliwego dla rodu ludzkiego. Metodą GRAAM'a zarazek dżumy nie barwi się.

Zarazek ten rośnie dobrze na zwykłych podłożach. Hodowla na agarze glicerynowym przedstawia się pod postacią obfitego, błyszczącego, biało-szarawego nalotu, na zwykłym agarze rośnie słabiej. Hodowle na żelatynie mają wygląd gwoźdźcia o główce płaskiej, barwy biało szarawej, również błyszczącej; żelatyny nie rozrzedzają. Rozpatrując kolonie na płytkach żelatynowych, możemy zauważyć, że głębsze przedstawiają się pod postacią małych punkcików szarawych, powierzchniowe zaś—szarawych guziczków. Pod drobnowidzem kolonie są ziarniste, brzegi ich równe. Na bulionie zasadowym rozwój jest słaby, lecz charakterystyczny; już po 24 godzinach tworzą się kłaczki, opadające na dno, przy czem płyn pozostaje przezroczysty. Na bulionie z cukrem gronowym wzrost jest silniejszy. W podłożach odżywczych, zawierających cukier, laseczniki dżumy nie wywołują fermentacji. Czy zarazek dżumy wytwarza zarodniki, KITASATO i YERSIN stanowczej odpowiedzi nie dają.

Na czynniki zewnętrzne jest on bardzo niewytrzymały, ciepłota 58° C. zabija go już po kilku godzinach, 100° C. — po kilku minutach. W płynach laseczniki giną przy ogrzewaniu do 55°—60° C. w przeciągu 10 minut. Przyschnięte do płótna lub do innych materiałów, mogą zachować swą żywotność w przeciągu kilku tygodni. Przetwory chemiczne działają różnie na zarazek dżumy. Dla uwidocznienia tego działania przytoczę niektóre wyniki, otrzymane przez p. SZULC, zestawiając dawki, zabijające hodowlę bulionową w przeciągu 2 minut i hamujące rozwój w przeciągu 3 dni.

	Dawka zabójcza w ilości.	Dawka hamująca w ilości.
Sublimat	1 : 1000	1 : 50000
Sublimat + kwas solny	1 : 20000	1 : 50000
Kwas karbolowy	1 : 50	1 : 400
Formalina	1 : 50	1 : 25000

Z tego zestawienia widzimy, że sublimat działa silniej od kwasu karbolowego i formaliny i że dodatek kwasu solnego do sublimatu znacznie podnosi jego działanie. Doświadczenia pani SZULC z formaliną wykazały jeszcze, że, o ile formalina w roztworze działa słabo, o tyle w postaci gazu działa pewnie. Ponieważ formalina nie wpływa na zmianę barwy i nie niszczy przedmiotów, może być zaliczona do najważniejszych środków odkażających.

Jadowność zarazka dżumy w działaniu na zwierzęta bywa różna, lecz za pomocą szeregu przeszczepień możemy otrzymać hodowlę o stałej jadowności dla danego gatunku zwierzęcia, tak np. hodowla, stale zabijająca mysz w ciągu 2 dni, zaszczipiona śwince morskiej, potrzebuje dłuższego czasu do zabicia tejże. Po kilku przeszczepieniach na świnkach, hodowla taka będzie zabijała świnkę stale w oznaczonym czasie, lecz za to utraci swoją siłę odnośnie do myszy, odzyskując ją dopiero po kilku przeszczepieniach z myszy na mysz.

Jeżeli do ranki zwierzęcia na skórze wetrzemy niewielką ilość hodowli, pada ono dopiero po kilku dniach. Zwierzęta podczas choroby przestają jeść, włos mają najeżony i po upływie kilku dni zdychają. Badanie bakteriologiczne wy-

kazuje obecność laseczników dżumy we krwi, gruczołach, narządach wewnętrznych i w obrzęku w miejscu zakażenia; ze zmian anatomo-patologicznych widać przekrwienie kiszek, nerki zastoinowe, obrzmienie wątroby i powiększenie gruczołów chłonnych, szczególnie leżących w pobliżu miejsca zakażenia. Wstrzykując hodowlę do otrzewny lub żyły, wywołujemy śmierć zwierzęcia po 24—48 godzinach.

Przy szybkim przebiegu zakażenia zmiany anatomo-patologiczne, jak wykazał KOLLE, są nie wielkie. Ograniczają się one przeważnie do powiększenia i przekrwienia gruczołów chłonnych. Jeżeli zarażamy zwierzęta hodowlą, przez czas dłuższy hodowaną w pracowni, śmierć opóźnia się, świnki i szczury padają nawet po upływie 2 tygodni. Znajdujemy wtedy gruczoły silnie powiększone z silnymi wybroczynami, niektóre nawet zropiałe. Na zasadzie doświadczeń na zwierzętach możemy powiedzieć, że w dżumie mamy do czynienia z zapaleniem wielu gruczołów chłonnych, które prowadzi najczęściej do posocznicy swoistej, wskutek której następuje śmierć. O tym charakterze choroby przekonywają nas badania skrawków zabarwionych z gruczołów chłonnych i narządów wewnętrznych.

WYSSOKOWICZ i ZABOŁOTNY w swych doświadczeniach laboratoryjnych posilkowali się małpami. Doświadczenia te wykazały, że ustrój małpy jest bardzo podatny na działanie zarazka dżumy. Niewielka ilość hodowli, zastrzyknięta pod skórę ramienia, wywołuje na drugi lub trzeci dzień podniesienie ciepłoty do 40,5° C. — 41,5° C., obrzęk w miejscu wprowadzenia zarazy i powiększenie gruczołu (dymienica) w jamie pachowej. Małpy padają 4 lub 5 dnia, zmiany anatomo-patologiczne w wewnętrznych narządach te same, co i u człowieka. Śmierć opóźnia się, jeżeli zarażamy małpę przez ukłucie igłą, zmazaną w hodowli.

Badanie pośmiertne bakteriologiczne w jednym i drugim przypadku wykazuje obecność zarazka we krwi, w gruczołach chłonnych i w wewnętrznych narządach małp.

Tego rodzaju doświadczenia na zwierzętach oraz badania zwłok ludzi, dotkniętych dżumą, wyjaśniły nam istotę tej choroby oraz jej przebieg kliniczny. Pod względem klinicznym obecnie rozróżniamy 3 postacie dżumy: 1) postać gruczołowa (dymieniczna), 2) postać płucna i 3) węglik lub czyrak dżumowy.

Postać dymieniczna charakteryzuje się silnym obrzmieniem jednego lub kilku gruczołów chłonnych t. zw. dymienic szczególnie pachwinowych, rzadziej pod pachą, na szyi lub gdzieindziej w połączeniu z gorączką i bredzeniem. Dymienice szybko się powiększają, osiągają niekiedy wielkości jaja kurzego, miękną i przechodzą w ropienie. Niekiedy zewnętrzne gruczoły chłonne są tylko podrażnione lub też pozornie ominięte przez zarazek chorobotwórczy, gdy tymczasem dymienice rozwijają się w głębokich gruczołach, tak np. gruczoł szyjowy może być nieznacznie powiększony, a stępienie w okolicy obojczykowej i objawy uciskowe w narządach szyjowych wskazują istnienie dymienicy w górnym odcinku klatki piersiowej i t. d. Przebieg kliniczny tej postaci bywa lekki lub ciężki, śmierć może nastąpić na drugi lub trzeci dzień choroby. Szybki przebieg choroby zależy od zatrucia jadem (toksynami) danego osobnika, również choroba krótko trwa, jeżeli zarazek dżumy z dymienic dostaje się do krwi. Okres zdrowienia trwa długo, ciągnie się całymi tygodniami.

Rokowanie o tyle jest lepsze, o ile mniejsza liczba gruczołów jest zajęta. Każdy bowiem gruczoł jest ogniskiem, w którym zarazki dżumy rozwijają się i wytwarzają jad. Jad zaś, krążąc w astroju, wywołuje gorączkę i inne objawy ogólne. *Maximum* objawów idzie w parze z ilościowym rozwojem zarazków w dymienicach.

Obok tej postaci, której rozpoznanie rzuca się w oczy z chwilą wystąpienia dymienic, istnieje druga, daleko rzadsza, której rozpoznanie jest bardzo trudne, jest to postać płucna. Przebiega ona, jak zwykle silne kataralne lub krupowe zapalenie płuc. W zapaleniu płuc dżumowem zarazki rozwijają się na dużej przestrzeni, znaleźć je możemy w dużej ilości w śluzie z oskrzeli i pęcherzyków płucnych. Duża ilość jadu, wytwarzanego przez zarazki, wywołuje bardzo ciężkie objawy ogólne, charakteryzujące daną postać. Przypadki zapalenia płuc dżumowego kończą się zwykle śmiercią po upływie bardzo krótkiego czasu — jednego lub dwóch dni. Według WYSSOKOWICZ'a i ZABOŁOTNY'ego zapalenia płuc dżumowe pierwotne wyróżniają się niekiedy zupełnym brakiem kaszlu i płwociny. Jest to objaw nie stały, jak wykazał MUELLER. Ze swej zaś strony zwrócił on uwagę na stałe istnienie obrzmienia śledziony, które, w połączeniu z brakiem wyprysku na wargach, może do pewnego stopnia ułatwić rozpoznanie różniczkowe. Język u zadżumionych pozostaje wilgotny i czysty, czego nie spotykamy w zapaleniu płuc zwykłym. Wyżej wymienione cechy są niedostateczne, badanie bakteriologiczne rozstrzyga daną sprawę kategorycznie.

Dżuma pod postacią krost lub czyraków daje się zauważyć bardzo rzadko i przebiega bardzo łagodnie. W tej postaci na skórze początkowo występuje plamka, jakby od ukąszenia pchły, następnie rozwija się z niej mniejszy lub większy pęcherzyk, wypełniony mętną zawartością. Sprawa cała albo ogranicza się na wytworzeniu krosty, albo tkanki, głębiej położone, stają się twarde i zbite, powstaje wąglik, przeistaczający się w następstwie w zgorzelinowe owrzodzenie. W początkowych okresach w krostach znajdujemy zarazki dżumy, później one znikają, co świadczy o powrocie do zdrowia chorego.

W tych kilku słowach starałem się podać charakterystykę ważniejszych postaci dżumy.

Nim wystąpi ta lub owa postać dżumy, początek choroby bywa zwykleznaczany przez zbiór dosyć stałych objawów ogólnych. Zwiastuny te trwają kilka godzin lub kilka dni. Chory uskarża się na ogólne osłabienie, bóle w krzyżu, ból głowy, zwiększone pragnienie i brak łaknienia. Również zjawia się ból kłujący w miejscu, w którym później rozwija się zapalenie gruczołów, czyrak lub zapalenie płuc, do tego objawu przyłączają się dreszczyki lub dreszcz wstrząsający i następcza wysoka ciepłota ciała. Tętno jest częste, miękkie, łatwo uci skalne i niekiedy trudne do zliczenia.

Oddech bywa przyspieszony, w okresie powrotu do zdrowia wraca do normy. Wogóle chory wpada prędko w senność i upada na siłach. Twarz jest biała, wzrok przygasły i nieruchomy (HEINE). Niekiedy występują krwawienia z nosa, krwioplucie i krwimocz. Wszystkie te objawy ogólne są w zależności od ilości jadu, wytworzonego w danym osobniku przez zarazki dżumy i krążącego w ustroju.

Jad zarazka dżumy również pozostawia ślady i w wewnętrznych narządach, wywołując w nich zwyrodnienie tłuszczowe. Na miejscach skupienia zarazków otrzymujemy zgorzel tkanki. ZABOŁOTNY niejednokrotnie znajdował podobne ogniska w śledzionie, wątrobie i na powierzchni skóry. Dość często zarazki dżumy z dymienic lub płuc przedostają się do układu krwionośnego, otrzymujemy wtedy ciężką postać posocznicy. Przypadki te kończą się śmiercią w przeciągu 24 godzin od chwili przedostania się zarazków do układu krwionośnego.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 18 Września r. 1900.

TREŚĆ: 1) S. CETNAROWICZ — Przedstawienie chorego po operacji extractionis lentis przy odklejeniu się siatkówki 2) Fr. NEUGEBAUER — Przedstawienie dziewczynki, trzy lata liczącej, z przedwczesną dojrzałością płciową. 3) M. BIRO — Przedstawienie chorej z syringomyelią. 4) L. GURANOWSKI — Przedstawienie chorego z nerwobólem nerwu trójdzielnego. 5) H. OBERFELD i J. STEINHAUS — Przedstawienie chorej po transplantacji skóry na miejscu owrzodzonego raka skóry. 6) A. GABSEWICZ — Przedstawienie preparatów: a) nowotworu pochwy i b) zmartwiałej kości biodrowej.

1) Kol. CETNAROWICZ przedstawił chorego, który przed 10 laty prawie raptem przestał widzieć na oko prawe. Przed rokiem zaś chory ten uderzył się kawałkiem drzewa w lewe oko, poczem zaniewidział. W dniu 15. VI. kol. CETNAROWICZ dokonał iridektomii; 26. VI. *extractio lentis*. Po 15 dniach chory przejrzał i ma obecnie V_{200}^{20} ($1/_{10}$) + 4 *Dioptr.*, czyta średni druk w odległości z + 6 *Dioptr.*

Na dnie oka widać atroficzne zmiany w siatkówce i naczyniówce. Kol. CETNAROWICZ przypuszcza w danym przypadku istnienie odklejenia siatkówki. Poprawę uzyskano albo wskutek dokonanej ekstrakcji, albo też wskutek spokojnego ułożenia chorego.

2) Kol. NEUGEBAUER przedstawił dziewczynkę, liczącą trzy lata i dwa miesiące, z przedwczesną dojrzałością płciową (*maturitas praecox, evolutio praecox, menstruatio praecox*). W 9 miesięcy po urodzeniu dziewczynka ta krwawiła ze sromu przez dwa dni; w 8 miesięcy później po raz drugi, a od tego czasu z rzadkimi przerwami krwawi co miesiąc przez 2 do 3 dni. Przed krwawieniem i podczas tegoż dziecko skarży się na bóle w brzuchu.

Badanie ujawnia przedwczesny rozwój wewnętrznych i zewnętrznych narządów płciowych.

3) Kol. BIRO przedstawił 35-letnią kobietę, która zgłosiła się do niego z powodu porażenia twarzy, od trzech dni trwającego. Chora nadto skarżyła się na stopniowo wzrastające osłabienie w kończynach górnych, na uczucie drętwienia, palenia w kończynie prawej górnej i na zmieniony przeszło od lat 5 głos. Od lat 10 rozwija się u niej guz w lewej sutce. Chora pochodzi z rodziny zdrowej; przedtem nie chorowała. Badanie wykazało: chora blada, od czasu do czasu występują mimowolne ruchy głową. Na twarzy fałdy czołowe po lewej stronie mniej wyraźne, niż po prawej; oka lewego nie przyryka; fałda noso-wargowa lewa wygładzona. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Lewa źrenica węższa, niż prawa; obie źrenice dobrze oddziałują na światło i na przystosowanie. Mowa nosowa, słuch, węch i smak prawidłowe. Język łukowato wygięty końcem na lewo, z wyraźnym drżeniem włókienkowym; ruchy języka prawidłowe. Podniebienie miękkie z lewej strony niżej opuszczone, niż po prawej; na tejże stronie znieczulone. Na twarzy brak zmian czucia. W krtani zupełna nieruchomość struny prawdziwej lewej. Znaczny zanik w obrębie obu mięśni kapturowych i mostko-obojczykowych. Chora unosi kończyny górne zaledwie do linii poziomej. Po stronie lewej na obszarze jamy nadobojczykowej — czucie dotykowe zachowane, czucie zaś ciepłoty i bólu zniesione. Odruchy na kończynach górnych zachowane. Oddziaływanie na prądy stałe mięśni kapturowych i mostko-obojczykowych obniżone, zwłaszcza po stronie lewej. Na twarzy mięśnie i nerwy po stronie lewej oddziałują słabo. Na kończynach dolnych odruchy kolanowe wzmożone; po stronie prawej objaw stopowy. W narządach wewnętrznych zmian wyraźnych nie wykryto.

Kol. BIRO na podstawie powyższych danych badania rozpoznaje syringomyelię, sprawa umiejscowiła się w rdzeniu przedłużonym.

4) Kol. GURANOWSKI przedstawił chorego z nerwobólem wszystkich gałęzi nerwu trójdzielnego z ciekawym przebiegiem cierpienia i doskonałym wynikiem zastosowanego w tym przypadku leczenia. 42-letni mężczyzna od marca r. z. miewał napady bólów wszystkich gałęzi nerwu trójdzielnego prawego. Napady bólów ustępowały zazwyczaj po 15 minutach; niekiedy jednak trwały po $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ godziny. Bóle udawało się uśmierzać tylko wstrzykiwaniami morfiny.

Chory zgłosił się do kol. KRAJEWSKIEGO z zamiarem poddania się operacji wycięcia nerwu *resp.* splotu GASSER'a. Kol. KRAJEWSKI, badając chorego, zwrócił uwagę na ból, aczkolwiek niewielki ucha i na przytępienie słuchu; skierował więc chorego do kol. GURANOWSKIEGO. Badanie ucha wykazało: przytępienie słuchu po stronie prawej, i nieznaczne zaczerwienienie i obrzmienie błony bębenkowej w górnym tylnym jej odcinku. Postanowiono przeciąć błonę bębenkową i wypuścić ewentualny wysięk z jamy bębenkowej. Po przecięciu nastąpiło dość znaczne krwawienie i wypłynęło kilka kropel ropy, po kilku dniach chory wyjechał zdrowy i w ciągu roku nie miał ani jednego napadu nerwobólu. Przed miesiącem jednak nerwobóle powtórnie wystąpiły. Wobec tego kol. GURANOWSKI powtórnie dokonał przecięcia błony bębenkowej, która i teraz, podobnie jak i poprzednio, przedstawiała się jedynie nieznacznie przekrwioną w tylnym górnym odcinku. Po przecięciu krwawienie było obfite; wysięku jednak nie było. Bóle w zupełności ustąpiły.

Kol. GURANOWSKI sądzi, że w danym przypadku silne obrzmienie i przekrwienie błony śluzowej jamy bębenkowej wywoływało podrażnienie gałązek nerwu trójdzielnego w jamie bębenkowej, a mianowicie gałązek, idących do *ganglion oticum* i do *plexus tympanicus*.

5) Kol. ODERFELD przedstawił 30-letnią kobietę po transplantacji skóry na miejscu owrzodzenia, będącego rakiem skórnym. Chorej tej przed $1\frac{1}{2}$ rokiem podczas tyfusu dla uśmierzenia silnych bólów głowy postawiono na prawej połowie czoła wezykatoryę. Bóle ustąpiły, lecz pozostało owrzodzenie wielkości dłoni, nie mające skłonności do zabliznienia się. Przed rokiem owrzodzenie to pokryto z dobrym wynikiem płatkami THIESCH'a. Po kilku miesiącach jednak znowu powstało owrzodzenie, które zaczęło szerzyć się coraz bardziej. W maju r. b. kol. ODERFELD wyciął całe owrzodzenie, a na miejscu jego przymocował płat skóry, wzięty z ramienia.

Płat nie przyjął się. Wtedy kol. ODERFELD, oczyściwszy całe owrzodzenie i usunąwszy dłutem powierzchnię kostną, wyciął płat skóry z głowy na szypule, przesunął go na owrzodzenia i przyszył do brzegów. Płat przyjął się w całości. Badanie drobnovidzowe owrzodzenia wykazało budowę raka skóry.

Kol. STEINHAUS z powodu tego przypadku mówił o wpływie urazu na powstawanie raka, przyrzekając omówić kwestyę urazowego pochodzenia raka na jednym z następnych posiedzeń.

6) Kol. GABSZEWICZ przedstawił okaz z przedniej ściany pochwy. Guz ten pochodził od 46-letniej kobiety, zamężnej i dietnej, był wielkości dużej pięści, wystawał na zewnątrz sromu, a w samej pochwie szeroką swą podstawą zajmował całą połowę przedniej ściany pochwy. Konsystencya guza twardawa, miejscami elastyczna. Chora doświadczała zaburzeń w oddawaniu moczu, które po usunięciu zrośniętego z otaczającymi częściami guza ustąpiły. Badanie drobnovidzowe guza wykazało budowę *fibro-leiomyomatosis*.

Zdaniem prof. BRODOWSKIEGO, umiejscowienie tego nowotworu w danym przypadku należy do rzadkości.

Następnie kol. GABSZEWICZ przedstawił martwą całkowitą kość biodrową lewą, usuniętą 13-letniemu chłopcu, który, chorując dwa tygodnie, przybył do szpitala z objawami głębokiego ropnia w okolicy pośladkowej lewej i z ropniami w okolicy obu stawów łokciowych. Chłopiec ten na kilka dni przedtem cierpiał na objawy zapalenia gardła.

Usunięcie martwej kości biodrowej nie przedstawiało znacznych trudności. Chory po operacji gorączkował. Po 3 tygodniach zmarł. Badanie zwłok wykazało: zapalenie szpiku kości ramieniowej prawej, ropień podskórny w okolicy prawego stawu biodrowego, ropnie w śródpiersiu przednim, w dolnych zrazach płuc i w nerkach. Na błonie śluzowej gardzieli zmian nie wykryto. Badanie bakteryologiczne wykazało w ropie obecność wyłącznie gronkowca żółtego.

Tutaj kol. GABSZEWICZ mówił o etiologii zapaleń ostrych szpiku kostnego kości, o postaciach ostrego zapalenia samej kości biodrowej i przytoczył poglądy różnych chirurgów na sprawę leczenia tej ciężkiej postaci chorobowej, zaznaczający, że sam operuje w każdym przypadku ostrego zapalenia szpiku kostnego i kości, gdyż zejście samoistne nigdy nie bywa na pewno wiadome.

W dyskusji prof. BRODOWSKI zaznaczył, że wszystkie sprawy zapalne ostre, które występują w kościach, jako następstwo przebytych przedtem chorób zakaźnych, słusznie otrzymują nazwę *osteo-myelitis*, o ile dotyczą kości rurkowatych, zawierających znaczną ilość szpiku. Dla ostrych zaś spraw zapalnych w kościach płaskich, gdzie szpiku jest bardzo mało, a sprawa zapalna dotyczy przeważnie okostny, odpowiedniejsza jest nazwa *periostitis* i *osteitis maligna*.

Kol. KRAJEWSKI zaznacza, że przypadek, opisany przez prelegenta, odpowiada obrazowi klinicznemu ostrego zapalenia szpiku kostnego, spostrzeganemu zazwyczaj w okresie dorastania. Nie można więc choroby tej identyfikować z innymi rodzajami zapalenia kości lub okostny, gdyż jest to odrębny typ kliniczny, mający swój charakterystyczny przebieg i wymagający specjalnego leczenia. Francuzi nazywali cierpienie to *typhus des os* ze względu na gwałtowną gorączkę i zajęcie sensorii. Zdaniem kol. KRAJEWSKIEGO, sprawa we wszystkich przypadkach rozgrywa się w szpiku kostnym, okostna zaś bywa zajęta dopiero wtórnie. Cierpienie to bywa zawsze wywoływane przez *staphylococcus aureus*. Co się tyczy leczenia, to kol. KRAJEWSKI sądzi, że zawsze należy trepanować kość aż do kanału szpikowego, aby dać ujście zebranej tam ropie; w ten sposób można nieraz uratować kość od niechybnej zgorzeli.

Prof. BRODOWSKI nie zgadza się z poglądami, wypowiedzianymi przez kol. KRAJEWSKIEGO, i stwierdza ponownie, że anatomo-patologowie różnią ostre sprawy zapalne w kościach rurkowatych i w kościach płaskich tak pod względem przebiegu sprawy zapalnej, jak również i pod względem zmian, jakie sprawa ta powoduje. Omawiana sprawa zapalna zawsze wywołwana bywa przez ropotwórcze bakterie, a po największej części przez *staphylococcus pyogenes aureus*.

Kol. PRUSZYŃSKI określa przypadek ten, jako posocznicę z ropniami przerzutowymi w narządach wewnętrznych.

Kol. KRAJEWSKI sądzi, że cierpienia tego nie można nazywać wprost posocznicą, gdyż posocznica i ropnica z przerzutowymi ropniami w narządach wewnętrznych mogą się przyłączyć do ostrego zapalenia szpiku kostnego tak samo, jak i do każdej innej sprawy ropnej; będą jednak zawsze stanowiły komplikację

danej sprawy pierwotnej, zasadniczej. Najwłaściwszą nazwą dla tej choroby jest: *osteomyelitis acuta adolescentium*.

Kol. CIECHOMSKI zaznacza, że w ostrem zapaleniu szpiku nie tylko w kościach rurkowatych, lecz i w płaskich już bardzo wcześnie można przekonać się o istnieniu ropy.

Aug. Fogucki.

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 21 lipca członków obecnych 60).

Zapoznawszy zebranych z urządzeniami kliniki chirurgicznej, prof. KADER, gospodarz sekcji, powitał ich przemową następującą.

Zaznaczywszy, że zjazd odbywa się po dłuższej, niż zazwyczaj przerwie, zwrócił uwagę na liczny udział chirurgów, ilość, jakość i różnorodność zgłoszonych w sekcji chirurgicznej tematów. Zjazdy naukowe mają wielką doniosłość. Nie stwarzają się wprawdzie na nich nowe poglądy, nie mają one celów dydaktycznych, są rodzajem poglądów zasobu wiedzy społeczeństwa w danej chwili.

Stopień rozwoju chirurgii jest poniekąd probierzem stanu nauk przyrodniczo-lekarskich w danym społeczeństwie. Bardziej rozwinięte w kierunku przyrodniczo-lekarskim społeczeństwa mają lepszych chirurgów. Chirurgia, jako nauka praktyczna, porusza różne pytania teoretyczno-naukowe, a jednakowoż praktycznie nader ważne, i żąda na nie odpowiedzi od innych dziedzin medycyny. Obrabianie podobnie wspólnych zadań jest tem energiczniejsze, im wykształćsi się chirurdzy.

Chirurg jest to działacz aktywny. Terapia chirurgiczna, chociaż przede wszystkim miejscowa, mimo to częstokroć przedstawia duże niebezpieczeństwo dla działalności i życia części lub też całego ustroju. Chirurg zawsze się musi zastanawiać, czy zabieg dany nie będzie szkodliwy dla ustroju. Ztąd płynie świadomość cięższej na nim odpowiedzialności, ztąd zainteresowanie się społeczeństwa działalnością pojedynczych chirurgów i zjazdami chirurgicznymi. Nasze zjazdy chirurgiczne dotychczas rozwijają się znakomicie. Życzeniem, aby obrady sekcji chirurgicznej IX Zjazdu były nowym dowodem rozwoju, zakończył swą przemowę prof. KADER, poczem zaproponował na prezesa prof. RYDYGIERA, na wice prezesa d-ra B. SAWICKIEGO z Warszawy, a na sekretarza honorowego d-ra WATTENA z Łodzi, co jednomyślnie przez zebranych było przyjęte.

Prof. RYDYGIER podziękowawszy za wybór, w krótkim przemówieniu zwrócił uwagę na szczególną u nas ważność zjazdów chirurgicznych, jako pobu-

dzających ludzi do pracy. Każdy, chcąc z czemś na zjazd przyjechać, nagromadzony materiał opracowuje, a nieraz podejmuje nowe badania.

Może minęły czasy, kiedy co dnia robiono nowe wielkie odkrycia, ale za to trzeba zdobyć te uporządkować, a praca to doniosła.

Oddawszy przewodnictwo w ręce kol. SAWICKIEGO, prof. RYDYGIER wygłosił odczyt: Krótki pogląd na udział chirurgów polskich w rozwoju nowoczesnej chirurgii przewodu pokarmowego, która to praca wyszła w „Księdze Pamiątkowej“, wydanej przez Uniwersytet Lwowski ku uczczeniu 500-letniego jubileuszu Uniwersytetu Krakowskiego. Prof. ZIEMBIKI (ze Lwowa) w imieniu członków sekcji wyraził wdzięczność prof. RYDYGIEROWI za pracę, która odda sprawiedliwość polskiej chirurgii, często przez obcych krzywdzonej.

Następnie prof. RYDYGIER demontrował ciekawe przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego. W jednym z nich, gdzie wycięto kiszkę ślepą z częścią jelita biodrowego, wyrostek robaczkowy drążył do jelita biodrowego, w którym wolny jego koniec sterczał mniej więcej na dwa ctm.

D-r MIESZKOWSKI (z Wrocławia). O przetoce między pęcherzem a wyrostkiem robaczkowym, powikłanej kamicią pęcherzową (Z demonstracją kamieni, rezekowanego wyrostka i części ściany pęcherza). Pacjent, doświadczający wielkich dolegliwości, po operacji zupełnie wyzdrowiał. Przetoka powstała, zdaniem autora, z przewlekłego ukrytego zapalenia wyrostka robaczkowego. D-r KRAJEWSKI sądzi, że ropnie z zapalenia wyrostka robaczkowego niezbyt rzadko przebijają się do pęcherza, ale stała przetoka należy do wyjątków.

Doc. BOSSOWSKI (z Krakowa). Z zakresu chirurgii jamy brzusznej (z demonstracją preparatów). W jednym przypadku znaczna bębniaca brzuszna i przewlekłe zaparcie stolca były spowodowane wadą rozwojową w jelicie grubym.

Tenże omawiał przypadek rozszerzenia przewodu żółciowego wspólnego w postaci torbieli o 10 litrach zawartości żółciowej. B. torbiel tę wszyl w ranę brzucha i wytamponował. Badanie pośmiertne wykazało, że część jelitowa przewodu żółciowego uległa zarośnięciu. Przypadek jedyny w piśmiennictwie.

D-r B. SAWICKI (z Warszawy). Przyczynek do leczenia ropni trzustki. W przypadkach takich tylne cięcie w okolicy lędźwiowej wydaje się mówcy odpowiedniejszym od laparotomii z przysyciem ścian ropnia do brzo-gu rany.

W dyskusji d-r WATTEN zwraca uwagę, że rozciągnięty żołądek może być przeszkodą do przedostania się do *bursa omentalis minor*, zaś d-r KOSICKI (z Radomia) wspomniał o przypadku, w którym prof. RAZUMOWSKI z Kazania, nie mogąc dotrzeć do trzustki od strony *ligamenti gastro-colici*, przez lewy płat wątroby otworzył żegadłem Paquelin'a ropień trzustki z dobrym wynikiem.

D-r Józef CZAJKOWSKI (z Sosnowca). O wyborze sposobu operacyjnego i wskazaniach w doszczętnym leczeniu przepuklin pachwinowych wolnych (na podstawie 110 operacji przepuklin pachwinowych wolnych rozmaitymi sposobami przez autora wykonanych). Wnioski:

1) Najodpowiedniejszy jest sposób BASSIN'ego ze zmianą LUCAS-CHAMPIONIÈRE'a.

2) Sposób BASSIN'ego daje się zastosować wszędzie, z wyjątkiem przepuklin u osób starych, z wiotkimi mięśniami brzucha i u osób wyniszczonych.

3) Sposób KOCHER'a z przemieszczeniem powrózka nasiennego — nadaje się tam, gdzie sposobu BASSINI'ego nie można stosować.

4) Sposób KOCHER'a z wgłobieniem worka daje się zastosować w przepuklinach młodych z wąskimi wrotami zewnętrznymi, z małym workiem, co do którego jest się pewnym, że nie jest dwupiętrowy lub dwukomorowy.

5) Przy małej przepuklinie można robić operację BASSINI'eg bez wycięcia worka.

6) U dzieci najlepsze wyniki daje sposób CZERNY'ego.

7) Jeżeli u dzieci obok przepukliny pachwinowej jest wodniak powrózka z wodniakiem jądra lub bez tegoż, to należy operować wodniak, nie ruszając kanału pachwinowego, o ile worek przepuklinowy nie jest duży.

8) Każda wolna przepuklina pachwinowa winna być leczona doszczętnie drogą operacyjną z wyjątkiem bardzo starych, zbyt dużych, u osób chorych i starców oraz często u dzieci do 1 roku życia.

Prof. ZIEMBICKI (ze Lwowa). Przyczynek do leczenia stopy szpotawej (przedstawienie modeli gipsowych obustronnego wysoko posuniętego *pedis equino-vari congen.*, zdjętych przed operacją i po wygojeniu). Wynik zupełnie dobry: chory chodzi prosto na całej stopie. Operacja polegała na klinowym wycięciu szyi *tali*, *processus calcanei*, usunięciu *oss. navicularis* i *cuboidei*, przecięciu *ligam. deltoidei* i ścięgien *m. tib. antic.* i *tib. post.*

W dyskusyi większość mówców wyraziła przekonanie, że leczenie bezkrwawe daje dobre wyniki, ale przeciąga się. Wogóle na wybór sposobu leczenia wpływa wiek chorego, stopień cierpienia i wiele innych czynników.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Spostrzegano niekiedy współrzędnie wiać i cukromocz i poczytywano to bądź za zjawisko przypadkowe, bądź za oznakę rozprzestrzenienia się sprawy wiaądowej na dno 4-ej komory. STRAUSS spróbował wywoływać u chorych na wiać cukromocz alimentarny. Z 30 chorych u 29 nie znaleziono cukru po podaniu na czczo 10 grm. cukru gronowego. Jeden zaś chory, wydzielający po tem cukier, był dziedzicznie do moczówki usposobiony. Tym sposobem okazuje się, iż moczówka stanowić może jedynie przypadkowe powikłanie wiaądu. (Neurolog. Cbl. 20. 99).

= ČERVENKA badał na odczyn diazowy mocz 106 suchotników z pośród chorych poliklinicznych. Większa część tych chorych oddawała się swoim zwykłym zajęciom. Wogóle, jeżeli odczyn

EHRlich'a jest prawdziwie rokujący, to u podobnych chorych ma daleko ważniejsze znaczenie, aniżeli u chorych, przykutych do łóżek szpitalnych. A dotychczas prawie wyłącznie podobne badania przeprowadzano na chorych, leżących w szpitalach i klinikach. Odczyn dał się wykazać u 49 chorych, u 57 go nie było. Z pośród pierwszych zmarło 36 (73,5%), 6 ma się źle, 7 ma się dobrze; zaś z pomiędzy drugich zmarło tylko 7. C. sądzi, że chociaż odczynowi EHRlich'a nie należy nadawać bezwzględnie znaczenia, jednakże nie można mu zaprzeczyć wartości prognostycznej i trzeba go uważać za ważną pomoc w rokowaniu oddzielnych przypadków gruźlicy płuc. (Sborník Klinický Rocznik I. Nr. 1. 1899).

Sz. K.

= WEISS rozpatruje, jaki przetwór żelaza jest najodpowiedniejszy w leczeniu blednicy, i dochodzi do wniosku, że zarzucić należy podawanie żelaza w postaci proszków, nalewek i pigułek; te ostatnie często opuszczają przewód pokarmowy bez zmiany, na podobieństwo pestek wiśniowych. Najlepszym przetworem w astenicznej postaci blednicy ma być, zdaniem autora, białka żela-

za w połączeniu z płynem FOWLER'a. Później zalecić można somatozę z żelazem (Eisensomatose). Przetwór ten zasługuje szczególnie na uwagę wobec istnienia przypadłości żołądkowych (3—4 łyżeczek dziennie), gdy rozpoznanie waha się pomiędzy blednicą a wrzodem żołądka. (Heilkunde, grudzień. 1899).

P.

Wiadomości bieżące.

— Kol. S. GROSGLIK, współredaktor „Przeglądu Chirurgicznego“, zaproszony został na współwydawcę miesięcznika urologicznego, wychodzącego w Berlinie p. t. „Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates“.

— W roku bieżącym odbędzie się w Krakowie, poczynając od dnia 25 listopada, 4 tygodniowy kurs wakacyjny dla lekarzy. Wyjaśnień w tej sprawie udziela docent d-r KRYŃSKI (ul. Franciszkańska Nr. 1 Kraków).

— Wyszło drugie wydanie broszurki pod tytułem „Kąpiele dla robotników“. Wydana pierwotnie przez lekarzy łódzkich, broszurka wyszła obecnie nakładem Towarzystwa Higienicznego Warszawskiego. Byłoby pożądanem, ażeby to pożyteczne wydanie znalazło się w rękach fabrykantów i wogóle tych

wszystkich, którzy zdają sobie sprawę z położenia warstw pracujących i oceniają wielką potrzebę kąpeli fabrycznych.

— „Słownika języka polskiego“, wydawanego pod redakcją J. Karłowicza, A. Kryńskiego i W. Niedźwiedzkiego, wyszedł zeszyt VIII, obejmujący wyrazy od Jednoskośny do Kiecczy-sko, na 160 stronach ósemki większej.

— Zmarli. W Warszawie w dniu 17 b. m. zmarł d-r Leopold WERTZENBLUT, w 60 roku życia. Zmarły przez długie lata pełnił obowiązki akuszera miasta. Z dziedziny aku-szeryi napisał kilka popularnych prac.

— D-r Władysł. SZANCER zmarł w 65 roku życia.

— W Wiedniu zmarł znany profesor kliniki chirurgicznej ALBERT.

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, 12 Октября 1900 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

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.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

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

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

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab, za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD 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.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynów 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożn. bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

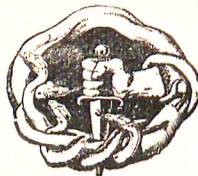
Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mocz, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalołów dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów moczowo-płciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ Lindop. méd. 21 Juin 1893; Dr. Lefort „Etude expérimentale et clinique sur l'Jodalbacid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona.—Patentowany.

Literatura:

Münch. med. Wochensh. 1899 Nr. 1. Radaea dworu Prof. Dr. Fleiner „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u Ernährungstörungen.“

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. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna Moskwa Marossoika, Spasso-Glinitszowskij 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, proszą 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, obszernie dzieło p. t. „Zarys balneoterapii i balneog. krajow.“

Doc. D-ra L. KORCZYŃSKIEGO.

Bezpłatne premjum za rok 1899 i 1900 stanowi dzieło Prof. D-r L. Wachholza p. t. „Podręcznik medycyny sądowaj“. Wkładki nadsyłać należy na ręce Administratora i Sekretarza Wydawnictwa D-ra St. B. KWIATKOWSKIEGO, Klinika lekarska Kraków.