

# GAZETA LEKARSKA

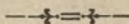
---

## I. Z DZIEDZINY ZBOCZEŃ WRODZONYCH.

### PRZYPADEK WRODZONEGO PRZEROSTU LEWEJ KOŃCZYNY DOLNEJ.

Podał

**Bronisław Wilhelm Sawicki.**



Latem 1895 r. w ambulatoryum lecznicy dla dzieci kol. BĄCZKIEWICZA spostrzegalem przypadek dość znacznego przerostu lewej nogi u dziesięcioletniego chłopca, B. Z., syna kupca. Ponieważ tego rodzaju zбочenia rozwojowe stanowią dotąd pod wielu względami zupełną zagadkę, zbieranie przeto materiału kazuistycznego może mieć niejakię znaczenie. Z tego właśnie powodu ośmielam się podać niniejszą notatkę, do której załączam krótki przegląd literatury, danej sprawy dotyczącej. Od ojca chorego dowiedziałem się, że wprędce po urodzeniu zauważono, iż lewa stopa była u dziecka nieco większa, niż prawa. Zresztą rzucającej się w oczy różnicy w długości obu dwu kończyn nie znajdowano. Dziecko zaczęło chodzić w drugim roku życia; chód nie przedstawiał nic osobliwego. Dopiero przed paroma laty poczęła lewa noga szybko się wydłużać i grubieć. W ostatnich czasach chłopiec zaczął wyraźnie utykać. Od najmłodszych lat dziecko było nerwowe, grymasne; od lat paru chłopiec uskarża się często na bóle głowy, a nadto przejawia rozmaite objawy nerwowe, jako to: ciągłe chrząkanie, mrużenie oczu, drgawkowe ruchy głowy i t. p.. Oprócz częstych nieżyków nosa i oskrzeli, innych chorób chłopiec nie przechodził. Ojciec chorego, jak sam o tem powiada, zdrow był zawsze i zarówno sam osobiście, jako też i ze strony rodziny najbliższej, żadnych danych, godnych uwagi, nie przedstawia. Natomiast matka pacjenta odznacza się ogromną, nerwową pobudliwością, od lat wielu cierpi na częste napady padaczki, a od lat kilku ma nos, policzki, czoło ogromnie zeszcpecone przez *acne rosacea*. Przy badaniu chorego znalazłem: chłopiec budowy umiarkowanej, odżywiania średniego, psychicznie średnio rozwinięty. Przy chodzeniu chory, pomimo obniżenia prawej połowy miednicy, utyka. Lewa kończyna dolna już na oko przedstawia się grubszą i dłuższą od prawej, która pod każdym względem ma wygląd zupełnie prawidłowy. Największe zgrubienie na lewej nodze przedstawia goleń. Porównywając odpowiednie wymiary obu kończyn, znajdujemy, co następuje:

	Str. prawa.	Str. lewa.
Odległość kolca biodrowego gór. przedn. od kostki zewn.	63,5 ctm.	67,5 ctm.
Odległość tegoż kolca od główki strzałki . . . . .	36 "	33 "
Odległość główki strzałki od wierzchołka kostki zewn.	23 "	30 "
Długość stopy od pięty do końca dużego palca . . . . .	20 "	22 "
Szerokość stopy na wysokości główek śródstopia . . . . .	8 "	8 "
Obwód na podbiciu . . . . .	20 "	21,5 "
Obwód przez kostki . . . . .	19,8 "	25,5 "
Obwód na wysokości pomiędzy $\frac{2}{3}$ górnymi i $\frac{1}{3}$ dolną goleni	18 "	25,3 "
Obwód przez środek goleni . . . . .	20,8 "	27 "
Obwód na wysokości pomiędzy $\frac{1}{3}$ górną i $\frac{2}{3}$ doln. goleni	24 "	23,5 "
Obwód przez środek rzepki . . . . .	27 "	29,5 "
Obwód na wysokości $\frac{1}{3}$ dolnej i $\frac{2}{3}$ górnych uda . . . . .	28 "	32 "
Obwód na wysokości $\frac{2}{3}$ dolnych i $\frac{1}{3}$ górnej uda . . . . .	33 "	34,5 "

Długość i grubość palców na obu stopach przedstawiała się prawidłowo i nie wykazywała różnicy. Także równe były kończyny górne. Zestawiając powyżej przytoczone liczby, widzimy, że największa różnica w obwodzie obu kończyn występowała na goleniach. Obmacując lewą nogę, przyszedłem do wniosku, że wszędzie przerost dotyczył zarówno kości, jako też i części miękkich. Skóra na lewej nodze wszędzie miała zabarwienie prawidłowe; wyraźnego rozszerzenia żył nigdzie nie znajdowałem. Tkanka podskórna na stopie i na udzie nie przedstawiała nic szczególnego. Natomiast na goleni, zwłaszcza na stronie wewnętrznej, można było wymacać kilkanaście guzków wielkości ziarnka grochu do jaja gołębiego. Obrzmienia te były okrągławe lub płaskie, niebolesne, wyraźnie odgraniczone i miały spistość włókniaków. Jak dawno obrzmienia te zjawily się, nie umiano mi powiedzieć. Od czasu jednak, gdy zaczęto na nie zwracać uwagę, t. j. mniej więcej od roku, wyraźnie się one powiększyły. Zarysy stawów oraz ich czynność nie przedstawiały wyraźnych nieprawidłowości.

Zarówno także nie wykazało zmian przeprowadzone przez kol. RYCHLIŃSKIEGO badanie czucia skórniego i mięśniowego, a także pobudliwości na prądy elektryczne. Chorego spostrzegałem w ciągu paru miesięcy, później jednakże wyjechał, i już go więcej nie widziałem.

Nierówność wymiarów kończyn górnych lub dolnych, przechodząca granice zwykle spotykanej, fizyologicznej różnicy, nie stanowi zbyt rzadkości. Najczęściej taki niedorozwój lub przerost którejkolwiek kończyny występuje wskutek przebytych spraw patologicznych, poporodowych. A więc niedorost kończyn spotykamy naprzykład bardzo często, jako następstwo minionych spraw zapalnych w ośrodkach nerwowych. Zmniejszenie kończyny idzie tu w parze z porażeniami jej mięśni. Co się tyczy nabytego przerostu kończyny, to tenże może być następstwem złamań lub spraw zapalnych, jakim jej kości podlegały. Poza temi jednakże nabytymi zbożeniami spotykają się, chociaż o wiele rzadziej, przypadki, w których niedorozwój lub przerost kończyny stanowi objaw wrodzony. Do rzędu takich należy zaliczyć i nasz przypadek.

Wrodzony przerost może dotyczyć połowy ciała, jednej strony twarzy, jednej kończyny lub wreszcie jednego tylko członka. Przerost połowy ciała

spotyka się rzadko i, jak twierdzi FISCHER, częściej u dziewczynek, oraz przeważnie na stronie prawej. Przytem kończyna dolna przedstawia zwykle wybitniejsze zmiany, niż górna. O wiele częściej przerostowi podlega jedna kończyna lub część jej, jak na przykład: stopa, ręka, kilka lub nawet jeden tylko palec. BUSCH takie przerosty kończyn dzieli na dwie kategorie: 1) przerost całkowity, dotyczący całej kończyny lub też jej znacznej części, przy czem wszystkie jej tkanki przedstawiają się równomiernie powiększonymi; 2) przerost częściowy, któremu ulegają tylko palce lub też części stopy, względnie ręki. Tę ostatnią kategorię BUSCH dzieli znowu na dwa oddziały, z których jeden obejmuje przypadki z równomiernym rozrostem wszystkich tkanek, drugi zaś przypadki, w których, obok przerostu kości, znajdujemy ogromny rozwój tkanki tłuszczowej, przemieniającej członek w masę bezkształtną. FISCHER, WITTELSHOEFER, HABS starali się zmienić i uzupełnić powyższą klasyfikację, włączając do przerostów wrodzonych i słońowaciznę, a wyodrębniając zrosty palców powiększonych (*syn- et macrodactylia*). Są to rzeczy mniejszej wagi, nad którymi zastanawiać się nie będę. Zaznaczę jednakże, iż rozwój tłuszczaków (*lipomatosis*) może mieć miejsce nie tylko przy *hypertrophia partialis* BUSCH'a, lecz i przy *hypertrophia totalis*. W przypadku mianowicie FISCHER'a 17-letnia dziewczyna miała całą lewą nogę znacznie wydłużoną i zgrubiałą. Zgrubienie to, zależne od nadmiernego rozwoju tłuszczu, głównie występowało na stopie, na goleni zaś i udzie przeważnie zajmowało powierzchnię rozgięcia.

Z tego, cośmy wyżej mówili, wypada, że dotknięta przerostem kończyna może zachowywać w zupełności budowę prawidłową i różnić się od drugiej kończyny tylko większymi wymiarami, lub też może przedstawiać mniej lub więcej bezkształtną masę. W pierwszym razie kończyna jest zupełnie użyteczna, a niekiedy [CHASSAIGNAC] posiada nawet więcej mocy, niż po stronie drugiej. To też przerost taki może mieć o tyle tylko znaczenie ujemne, o ile wywołuje szpecącą asymetrię lub też sprowadza kulenie i skrzywienie kręgosłupa. Natomiast przerosty, połączone z rozwojem tłuszczaków, bardzo często stanowią przeszkodę w pracy, a niekiedy uniemożliwiają używanie całej kończyny.

Osobniki, przerostami dotknięte, przeważnie są dobrze zbudowane, wzrost mają średni. W mniejszości tylko przypadków pacjenci bywają wątli, słabowici. Wywiady prawie zawsze [jeden wyjątek] wykazywały, iż nikt w rodzinie na przerosty wrodzone nie cierpiał. Odnosnie wywiadów muszę jednakże zaznaczyć, że w znacznej większości opisanych przypadków są one traktowane pobieżnie, ponieważ cała uwaga lekarza jest zwrócona na opis wymiarów i kształtu części, dotkniętej przerostem.

To też o przebytych przez dziecko i rodziców cierpieniach, o ich stanie psychicznym i t. p. w niewielu tylko przypadkach wspomniano. W każdym razie, opierając się na tym nawet skąpym materiale, można razem z HABS'em przypuszczać, że w niektórych przypadkach przerost kończyn wiązał się ze zbozeniami neuropatologicznymi. Tak na przykład w jednym z przypadków FISCHER'a 17 letnia dziewczyna, obok przerostu nogi, przejawiała niedorozwój

umysłowy, w drugim zaś u 1½-letniego dziecka, obok częściowego przerostu obu stóp i przerostu połowy twarzy, znaleziono objawy wodogłowia. W naszym przypadku zarówno dziecko, jak i jego matka, przejawiały zбочenia na tle nerwowem.

Zestawienie danych, w różnych opisach przytoczonych, wykazuje, że przerosty częściej się zdarzają na stronie prawej i że częściej podlegają im ręce, niż nogi. Przerostowi mogą podlegać dwie kończyny u tegoż osobnika [więcej nie spostrzegano], a w takim razie sprawa może dotyczyć dwóch rąk, dwóch nóg lub wreszcie jednej ręki i jednej nogi po tej samej lub po przeciwnych stronach. FRIEDBERG i WITTELSHOEFER twierdzą, że przerost zawsze bywa niejednakowo wielki na całej kończynie i że w każdej części tejże kończyny jest o tyle większy, o ile ta część jest bardziej odśrodkowo położona. Nadto WITTELSHOEFER dodaje, że wszystkie przypadki, w których wykonano dokładne pomiary, wykazują, że nawet przy widocznym przeroście samych tylko palców zawsze można wykryć przerost całej kończyny. Otóż obadwa te twierdzenia nie są słuszne. Z jednej strony dwa spostrzeżenia HABS'a wykazały, pomimo dokładnych pomiarów, brak różnicy w wielkości obudwu kończyn, a nawet stóp, pomimo że na jednej z tychże znajdowano przerost palców; z drugiej strony nasz przypadek wykazuje przerost stępu, goleni i uda przy jednakowych wymiarach śródstopia i palców. Co się tyczy szybkości rozrostu kończyny, dotkniętej przerostem, to w wielu przypadkach szedł on równolegle ze wzrostem całego ciała. W innych natomiast przypadkach [zwłaszcza przy przeroście tłuszczakowym] kończyna patologiczna rosła o wiele szybciej zaraz po urodzeniu lub też po mniej lub więcej długim okresie rozrostu prawidłowego. Przerost palców bardzo często bywa połączony z ich zrostem (*macro-syndactylia*) Wyżej już mówiliśmy, że przerost tłuszczakowy bardzo często prowadzi do zniekształcenia kończyny. Zwłaszcza ręka i stopa podlegają wówczas niepodobnieniu, a powiększone palce, nie mogąc się pomieścić w szeregu, odchylają się ku grzbietowi stopy, a nadto ku wewnątrz lub nazewnątrz.

Dość liczne poszukiwania anatomo-patologiczne, wykonywane wyłącznie na częściach, przerostem nawiedzonych, niewiele dostarczyły danych. Najwięcej stosunkowo zmian przedstawiały kości. Zmiany te, bardzo często spotykane, polegają na zgrubieniu i wydłużeniu kości, przyczem najbardziej zgrubiałymi przedstawiają się nasady. Natomiast trzon kości bywa niekiedy nawet cieńszy od prawidłowego. Powierzchnia nasad bywa nierówna, guzowata, z wyrostkami. Chrząstka stawowa także często przedstawia zmiany, zależne od częściowego skostnienia i nieprawidłowego zeszlifowania, wskutek czego, zamiast jednej gładkiej powierzchni, mamy nieraz kilka niewielkich płaszczyzn (*facettes*). Na granicy pomiędzy kością i chrząstką błona maziowa wytwarza w takich razach kosmkowate narośle rozmaitego kształtu i wielkości. Mniejsze z nich przedstawiają tylko fałdy błony, natomiast większe, wskutek rozwoju tłuszczu w tychże fałdach, tworzą skończone tłuszczaki. Wszystkie te zmiany nadają podobnym stawom postać zbliżoną do tej, jaką spotykamy przy *malum senile*. Co się tyczy budowy mikroskopowej uległych przerostowi kości, to jedni autorowie znajdowali ją prawidłową, natomiast inni

[BUSCH] widzieli zmniejszenie ilościowe i ścięczenie blaszek kostnych obok powiększonego rozrostu szpiku kostnego i tłuszczu. Należy zaznaczyć, że obok kości zgrubiałych i wydłużonych na tejsze kończynie tuż zaraz znajdowano [FISCHER] inne w stanie zaniku.

Paznogie na palcach, dotkniętych przerostem, bywają krótkie, szerokie i grube. Skóra rozrasta się na powierzchni, lecz grubość zwykle zachowuje prawidłową. Niekiedy tylko wyraźnie cienieje lub też podlega zgrubieniu, co zwykle stanowi skutek zastoin. Zabarwienie skóry przeważnie bywa prawidłowe, niekiedy sinawe. Tkanka podskórna w przypadkach równomiernego przerostu wszystkich tkanek powiększa się odpowiednio do wzmożonego rozrostu całej kończyny. Natomiast w razie przerostu tłuszczakowego w tkance podskórnej rozwijają się mniej lub więcej rozlane tłuszczaki. Te ostatnie mogą zajmować jakąś część kończyny, na przykład: niektóre palce, część lub całą rękę lub stopę. Najczęściej spotykano olbrzymie pokłady tłuszczu na podszwach lub dłoniach, rzadziej na grzbietowych powierzchniach stopy lub ręki. Niekiedy, obok opisanych tłuszczaków, znajdowano inne na goleni, względnie na ramieniu pod postacią oddzielnych mniejszych lub większych guzików podskórnych. Być może, iż i w naszym przypadku guziki na goleni miały taką budowę. Jeżeli tłuszczakowemu przerostowi podlega cała kończyna, to pokład tłuszczu w różnych miejscach może mieć niejednakową grubość. W przypadku na przykład FISCHER'a na całej lewej nodze znaleziono bardzo gruby pokład tłuszczu, który jednakże był cieńszy na powierzchniach zgięcia. Niekiedy obok tłuszczakowego przerostu kończyny, znajdowano tłuszczak w innych okolicach ciała. HYGGINBOTHAM opisał przypadek przerostu lewej kończyny górnej, któremu towarzyszył przerost lewej sutki oraz bardzo silnie rozwinięte uwłosienie lewej pachy. W przypadku, spostrzeganym przez BILLROTH'a, do wrodzonego tłuszczakowego przerostu prawej górnej kończyny przyłączyła się w 9 roku życia ogólna otyłość, tak, że dziewczynka w 14 roku życia miała wygląd dorosłej, otyłej kobiety. Tłuszczaki rozwijają się bądź to bezpośrednio pod skórą, bądź też oddzielone są od niej warstwą tkanki łącznej. Rozrastając się wgłąb, tkanka tłuszczowa przenika pomiędzy mięśnie, które ulegają zanikowi, przedostaje się pod ścięgna, wrasta pomiędzy kości.

Niewiele da się powiedzieć o zmianach, znajdujących w naczyniach i nerwach. Przedewszystkiem badanie wykonywano tylko na kawałkach kończyn, usuwanych podczas operacji, a następnie same badania prawie bez wyjątku były przeprowadzane makroskopowo. Tętnice prawie nigdy zmian wybitnych nie przedstawiały. W paru przypadkach odnotowano rozszerzenie światła tętnicy, doprowadzającej krew do większej kończyny, lecz i tu brak szczegółowych danych. To też na uwagę zasługuje tylko przypadek ALBERT'a, w którym na sekyi znaleziono znaczne powiększenie światła tętnicy udowej i goleniowej przy powiększeniu odpowiedniej stopy. O wiele częściej spostrzegano rozszerzenie żył, zwłaszcza podskórnych. Żył takie tworzyły mniej lub więcej liczne żylakowate rozszerzenia i pod względem budowy ścian odpowiadały zwyczajnym żylakom. Wprawdzie BUSCH znalazł w jed-

nym ze swoich przypadków, że zgrubienie żył nie zależało od powiększenia światła, lecz tylko od niezmiernego rozrostu błony zewnętrznej naczynia, jednakże późniejsi spostrzegacze nie potwierdzili tego [FISCHER]. Z powyższego widać, że opisane zmiany w naczyniach krwionośnych odpowiadają temu, co spostrzegamy często przy rozwoju wogóle nowotworów. Mniej jeszcze danych mamy odnośnie do naczyń chłonnych. Jeden tylko FISCHER opisał przerost całkowity kończyny dolnej, połączony z rozwojem chłoniaków jamistych w tkance podskórnej. Inny tegoż autora przypadek, w którym ogromne zgrubienie nogi, bez jej wydłużenia, połączone było z rozszerzeniami naczyń chłonnych, jabym zaliczył raczej do słoniowacizny, niż do przerostu wrodzonego, jak to sam autor czyni.

Zarówno pod względem anatomo-patologicznym, jak i klinicznym niewiele dostarczono nam danych odnośnie do układu nerwowego. Niekiedy tylko odnotowywano, że w odciętych przy operacji częściach kończyny przerosniętej nerwy zmian nie przedstawiały, lecz i tu badań mikroskopowych nie przeprowadzano. Jeden tylko ALBERT podaje, że we wspomnianym wyżej przypadku, obok rozszerzenia tętnicy, znalazł zgrubienie nerwu goleniowego.

Zadaniem przyszłych badaczy będzie wyzyskać odpowiedni materiał w kierunku zbadania nie tylko nerwów, lecz i ośrodków nerwowych. Odpowiednie badania, przeprowadzone w przypadkach niedorozwoju kończyn wrodzonego lub braków nabytych, dały wynik dodatni. TROISIER, LEYDEN, DAVIDA, FLATAU i wielu innych sprawdziło, że w przypadkach wrodzonej peromelii lub też po dawno wykonanych amputacjach stale można wykryć scieżnienie i zanik w białej i szarej istocie odpowiednich części rdzenia.

W związku ze zmianami w naczyniach i nerwach kończyn, dotkniętych przerostem, należy postawić takie podawane niekiedy objawy, jak: nadmierne pocenie się, łatwe ziębnienie lub też podwyższona ciepłota na tychże kończynach.

Dla uzupełnienia tej niewielkiej ilości danych anatomo-patologicznych, jakie wyżej przytoczyłem, muszę jeszcze wspomnieć o przypadku ARNHIM'a, niedawno demonstrowanym w Towarzystwie Berlińskim. Dziecko krzywicowe, dotknięte prawostronnym przerostem wrodzonym, cierpiało na duszność i miało rozszerzone żyły na prawej stronie klatki piersiowej, oraz w prawym podżebrzu. Z powodu zapalenia oskrzelowo-płucnego dziecko zmarło, i wówczas sekcya wykazała, że poza prawostronnym przerostem kończyn istniał także przerost narządów wewnętrznych. Takiemu przerostowi uległy: prawa nerka, prawy jajnik, prawy przedsionek i prawa komora serca, wreszcie prawe płuco. W tem ostatniem oskrzela były znacznie rozszerzone i wszędzie do najcieńszych rozgałęzień swoich zawierały w ścianach chrząstki. Znalezione zboczenia w budowie prawego płuca wywołały widocznie zmniejszenie jego sprężystości, co w związku z zapaleniem oskrzeli spowodowało duszność i застоje żyłne.

Przechodząc z kolei do etyologii wrodzonych przerostów, z góry musimy zaznaczyć, że pod tym względem, oprócz luźnych przypuszczeń, nie dotąd nie mamy. VIRCHOW przypuszcza, że główną rolę tu odgrywają zaburzenia w krążeniu czysto mechanicznej natury. Na poparcie tego twierdzenia on, a za nim Fi-

SCHER przytacza ten fakt, że bardzo często spotykano przerosty oddzielnych części ciała u potworków bezgłowych i bezsercowych. Taki potworek może się rozwijać tylko w tych warunkach, że jego układ krwionośny jest w połączeniu z układem krwionośnym innego dziecka, bliźniaczka, który posiada serce prawidłowe. Rozumie się, że w tych warunkach nie wszystkie części potworka bywają dobrze w krew zaopatrywane, co znowu wywołuje różnice w rozroście tychże części. Poza tem FISCHER wskazuje jeszcze na występowanie przerostów w kończynach, które uległy zaciśnięciu sznurkiem podczas życia płodowego. Zaciskający sznurek ma wywoływać zastoje w żyłach i w naczyniach chłonnych, co znowu działa tak samo, jak wrzód kolisty na goleni: zarówno tu, jak tam, następuje powiększenie członka poniżej przeszkody. Opierając się na powyższych faktach, FISCHER przyjmuje teorię VIRCHOW'a i przypuszcza, że wrodzone przerosty powstają wskutek jakichś zaburzeń w krążeniu u płodu, polegających na utrudnionym odpływie krwi żyłnej i limfy, podczas gdy dopływ krwi tętnicznej odbywa się prawidłowo. Nadto VIRCHOW przypuszcza, że sama postać przerostu zależy od czasu, w którym się zjawia omawiana przeszkoda. Jeżeli zaburzenia w krążeniu zjawiają się w tym okresie życia płodowego, gdy tkanka tłuszczowa już się ukształtowała, to przerost będzie miał charakter tłuszczakowy. W tych natomiast przypadkach, w których zaburzenia w krążeniu zjawiają się w okresie czasu, gdy tkanka podskórna ma postać śluzową, rozwija się później przerost, dotykający wszystkich tkanek kończyny. Już sam FISCHER, chociaż przyjmuje poglądy VIRCHOW'a, widzi jednakże ich słabe strony. Przedewszystkiem w znacznej większości opisanych dotąd przypadków nie znajdowano najzupełniej żadnych śladów dawnego zaciśnięcia. Dla usunięcia tego zarzutu stawia FISCHER nowe przypuszczenie: zaburzenia w krążeniu miały miejsce w życiu płodowym, jednakże były one wywołane nie zaciśnięciem, lecz tylko takim ułożeniem kończyny w macicy, które powodowało ucisk odpowiednich naczyń żylnych i chłonnych. Otóż przedewszystkiem nie posiadamy danych, któreby przemawiały na korzyść powyższego przypuszczenia. Przeciwnie niektóre fakty, o ile się zdaje, stanowczo mu przeczą.

Jeżeliby twierdzenie FISCHER'a było słusznem, to trzeba by z góry przypuścić, że po usunięciu przeszkody w krążeniu, względnie po porodzie przerost kończyny powinienby się zmniejszać lub, co najwyżej, pozostawać bez zmiany w stosunku do reszty ciała przez cały czas wzrostu dziecka. Tymczasem fakty wskazują nam, że często przerost kończyny idzie w szybszem tempie, niż wzrost dziecka, lub też, że przerost zaraz po urodzeniu się dziecka był niewielki i dopiero zaczął się szybko powiększać w piątym, szóstym roku lub później. FISCHER powołuje się na spostrzegany w niektórych przypadkach fakt rozszerzenia żył na miejscach przerostu, widząc w tymże fakcie dowód byłych przeszkód w krążeniu. Tymczasem dziś wiemy dobrze o tem, że w sprawie powstawania żylaków nie możemy przyjmować stale zastojów żylnych za pierwotną przyczynę rozszerzania się żył, gdyż czynnik ten przeważnie odgrywa rolę drugorzędną. Zarówno niefortunne wydaje mi się uczynione przez FISCHER'a przyrównanie przerostów wrodzonych do przerostów naby-

tych, wywołanych modzelowatymi, okalającymi wrzodami goleni. Wprawdzie i w takich nabytych przerostach ulega niekiedy wydłużeniu kośćce nogi, lecz zwykle ta ostatnia tylko się pogrubia, t. j. ulega słoniowaciznie. Poza tem, co najważniejsze, zastoje żyłne i limfatyczne sprzyjają głównie rozrostowi tkanki łącznej, która przyjmuje charakter modzelowaty. Wskutek tego skóra, tkanka podskórna, okostna mają skłonność przekształcać się w jedną twardą, bliznowatą masę. Nawet w tych przypadkach, w których silniejszy rozrost tkanek zostaje wywołany przez wrodzone zboczenia rozwojowe naczyń żylnych i chłonnych, przerostowi zwykle, obok powyższych naczyń, podlega przedewszystkiem włóknista tkanka podskórna. Będąc jeszcze asystentem w klinice prof. EFREMOWSKIEGO, miałem możność spostrzegania dwóch chłopców kilkunastoletnich, przywiezionych ze wsi z powodu owrzodzeń na goleniach. Z wywiadów okazało się, że obadwaj chłopcy, bracia rodzeni, od wczesnego dzieciństwa mieli nogi grube, i że w ostatnich paru latach grubienie to występowało coraz wyraźniej. U każdego chłopca na jednej goleni wytworzyło się owrzodzenie, które, utrzymywane niechlujnie, spowodowało u jednego z chorych objawy zakażenia. Przy badaniu chorych znalazłem znaczne zgrubienie kończyny dolnych, występujące bardzo wybitnie na goleniach, w mniejszym stopniu na udach i stopach; skóra na goleniach była z odcieniem sinawo-brunatnym i przedstawiała liczne rozszerzenia naczyń chłonnych i żylnych. Tkanka podskórna zlewała się dość ściśle ze skórą, była twardawa, jakby nieco obrzmiała. Każdy z chorych miał na jednej goleni cuchnące, pokryte rozpadem, owrzodzenie, wokół którego tkanki miękkie przedstawiały objawy zapalne. Chory, który przybył z objawami posocznicy, wprędce zmarł. Sekcyja wykazała na obu nogach znaczny rozrost włóknistej tkanki podskórnej, a nadto liczne rozszerzenia oraz rozgałęzienia naczyń chłonnych i żylnych. Mięśnie, kości, ścięgna były prawie niezmienione. Widocznem było przeto, że zastoiny w naczyniach żylnych i chłonnych wywoływały tu tylko zwiększony rozrost tkanki łącznej włóknistej.

Zwracając się teraz do przerostów wrodzonych, widzimy, że tam mamy do czynienia z objawami zupełnie innego rodzaju, gdyż tam bądź to rozrastają się równomiernie wszystkie tkanki danego odcinka kończyny, bądź też, obok przyspieszonego wzrostu kości, rozwija się niepomiernie tkanka tłuszczowa. Sądzą przeto, że i ostatnie dowodzenie FISCHER'a nie ostoi się faktom.

Inną teorię podał BROCA, który główną przyczynę przerostów wrodzonych widzi w jakimś zaburzeniu w rozwoju kości. Wskutek tego zaburzenia następuje zwiększenie dopływu materiałów odżywczych do okostnej i do chrząstek nasadowych, co powoduje szybszy rozrost kości i innych tkanek. Słusznie zauważył FISCHER, że ujemną stroną teorii BROCA stanowi zupełna niewiadomość przyczyny, mającej wywoływać takie zaburzenia w rozwoju kości.

Niektórzy autorowie, jak na przykład P. WAGNER, upatrują przyczynę przerostów wrodzonych w wadliwym kształtowaniu się pierwszego zawiązka zarodkowego. Wobec tego, że patologia zarodka jest nam prawie zupełnie nieznaną, trudno coś powiedzieć za lub przeciw tej teorii.



W końcu muszę się nieco zastanowić nad wyrażeniem przez niektórych autorów przypuszczeniem, że przerost wrodzony bywa wywołany przez zboczenia w układzie nerwowym. Już TRÉLAT w 1869 r. wyraził przypuszczenie, że omawiane przerosty powstają wskutek częściowego porażenia nerwów naczyńno-ruchowych. W nowszych czasach niektórzy spostrzegacze [HABS], opierając się na pewnej ilości przypadków, w których przerostowi towarzyszyły rozmaite zaburzenia nerwowe, skłaniają się ku przypuszczeniu, że układ nerwowy odgrywa tu pierwszorzędną rolę. Dowodów pewnych w tym kierunku jeszcze nie mamy, lecz też dotąd nikt nie przedsięwziął odpowiednich badań. Badano tylko, co najwyżej, nerwy w częściach, uległych przerostowi, gdy tymczasem należałoby się zwrócić do ośrodków nerwowych. Dziś mamy już dużą ilość faktów, stwierdzających związek pomiędzy rozwojem poszczególnych części ciała i stanem odpowiadających im ośrodków.

Przedewszystkiem muszę zwrócić uwagę na opisywany wielokrotnie w czasach ostatnich zanik odpowiednich ośrodków nerwowych przy niedorozwoju lub braku kończyn. TROISIER, LEYDEN, FLATAU i inni stwierdzili, że zarówno w przypadkach z wrodzonymi brakami kończyn, jakoteż i po dawno przebytych amputacjach stale się spotyka przewężenie lub zanik białej lub szarej istoty w odpowiednich częściach rdzenia. Doświadczalne prace LUGARO, REDLICH'a, DARBSCHEWITSCH'a stwierdziły na zwierzętach występowanie zaników w odpowiednich korzeniach lub w komórkach rdzenia po wykonaniu amputacji. EDINGER w przypadku wrodzonego braku ręki i części przedramienia znalazł zanik odpowiednich korzeni i białej substancji rdzenia, zanik w rogu przednim, a wreszcie niedorozwój mózgu w okolicy pasa ruchowego.

Powyżej przytoczone spostrzeżenia dowodzą jednakże tylko zanikania ośrodków nerwowych, spowodowanego wrodzoną lub nabytą amputacją kończyny. Istnieje jednakże szereg faktów, dowodzących, iż rzecz może się mieć odwrotnie. Już w przytoczonym wyżej przypadku EDINGER'a można postawić pytanie, co tu było przyczyną, a co skutkiem. Być może, iż w danym razie niedorozwój ośrodków nerwowych spowodował nierozwinięcie się kończyny. Jeszcze bardziej prawdopodobnem wydaje się nam podobne przypuszczenie w tych przypadkach, w których mamy do czynienia nie z amputacją wrodzoną, lecz tylko z niedostatecznem rozwinięciem się kończyny.

Za przykład mogę wziąć przypadek DAWID'a. 40-letni mężczyzna posiadał ramię prawidłowe; przedramię tworzyło krótki kikut, w którym kość łokciowa i promieniowa złane były ze sobą. Na takim przedramieniu siedział jakiś miękki, sprężysty twór z pięcioma krótkimi palcami, który stanowił nierozwiniętą rękę. Zarówno przednie, jako i tylne korzenie nerwów, idących do omawianej ręki, były prawie o połowę cieńsze, niż na stronie przeciwnej. Otóż zdaje się wielce prawdopodobnem, że niedorozwój kończyny zależał tu od zboczeń neuropatologicznych.

Bardziej przekonujące pod tym względem są przypadki niedorozwoju kończyn nabytego, zależnego od poporodowych cierpień ośrodków nerwowych. Przypadki takie nie stanowią rzadkości i, jako na przykład, mogę się powołać o

łać na własne spostrzeżenie. W r. 1895 w lecznicy kol. BĄCZKIEWICZA spostrzegalem 8-letniego chłopca z niedorozwojem prawej ręki i nogi. Zwłaszcza noga była znacznie krótsza i cieńsza, niż po stronie przeciwnej. Rodzice dziecka opowiadali, że w 3 czy 4 godziny po urodzeniu dostało ono silnych drgawek, które z przerwami trwały pięć dni. Następnie dziecko poprawiło się, lecz od czasu do czasu zjawiały się drgawki prawej strony twarzy i prawych kończyn, przyczem chłopiec przytomności nie tracił. Z powodu tych drgawek; jako też z powodu niedołęstwa umysłowego dziecka, rodzice zwrócili się o radę. Wykonałem trepanację w okolicy lewego pasa ruchowego i znalazłem w tem miejscu znaczne nagromadzenie płynu pod oponą twardą, która była mocno zgrubiałą. Mózg był tu spłaszczony i miał spoistość nieco powiększoną. Najwidoczniej podczas porodu nastąpił wylew krwi w okolicy lewego pasa ruchowego, co wywołało ucisk mózgu i w następstwie niedorozwój obu kończyn prawych.

Powracając teraz do przerostu wrodzonego, przypuszczam, że skoro niedorozwój mogą wywoływać zaburzenia neuropatologiczne, to i przerosty mogą powstawać na tymże gruncie. Zresztą akromegalia przemawia także za tem przypuszczeniem. Być może, iż przyszłe poszukiwania, w tym kierunku prowadzone, bliżej nam tę sprawę wyjaśnią.

Co się tyczy terapii przerostów wrodzonych, to w przypadkach pierwszej kategorii [równomierny rozrost wszystkich tkanek] nie stosujemy żadnych rękoczynów; chyba, co najwyżej, dajemy w razie potrzeby wyższy trzewik pod krótszą nogę. Natomiast przy przerostach tłuszczakowych wypada dość często uciekać się do operacji, ponieważ zniekształcone części dosięgają takich wymiarów, że utrudniają czynności organizmu. Operacja polega zwykle na wyluszczeniu lub amputacji odpowiednich części. W jednym przypadku przerostu tłuszczakowego całej nogi FISCHER wykonał wyluszczenie w stawie CHOPART'a, a nadto powycinał pasy tłuszczu podskórnego na goleni i udzie. Chora początkowo była zadowolona i chodziła nieźle, jednakże w jakiś czas później wróciła z prośbą, by jej wykonać amputację uda. PLESSAVANT i HOLMES starali się we wczesnych okresach cierpienia powstrzymać nadmierny rozrost tkanek za pomocą systematycznego bandażowania dotkniętych tymże rozrostem części. Mieli oni przytem otrzymać wynik dość zadowalający, pomimo to naśladowców nie znaleźli.

Na zakończenie muszę dodać, że u nas przypadek tłuszczakowego przerostu prawej ręki demonstrował prof. Kosiński przed dwoma laty w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem.

---

Przy pisaniu niniejszego artykułu posiłkowałem się następującemi pracami:

1) BUSCH. Beitrag zur Kenntniss der angeborenen Hypertrophie der Extremitäten. Arch. f. klin. Chir. 1866. Bd. VII. S. 174.

2) WITTELSHÖFER. Ueber angeborenen Riesenwuchs der oberen und unteren Extremitäten. Arch. f. klin. Chir. 1879. Bd. XXIV. S. 57.

- 3) FISCHER. Mitteilungen aus der königlichen chirurgischen Klinik zu Breslau. 1. Riesenwuchs. Deut. Zeitsch. f. Chir. 1880. Bd. XII. S. 1.
- 4) HABS. Ueber einen Fall von Riesenwuchs einer Zehe. Inaug. Dissert. 1889. Freiburg.
- 5) HABS. Vier Fälle von Makrodaktylie gepaart mit Syndaktylie. Deut. Zeitsch. f. Chir. 1893 Bd. XXXVII. S. 511.
- 6) KOSIŃSKI. Pamięt. Tow. Lek. War. 1895. T. XCI. S. 937.
- 7) TORDAY. Ein Fall von Riesenwuchs der unteren Extremitäten. Jahrb. f. Kinderheilk. 1896. Bd. XLIII. S. 158.
- 8) SCHRADER. Ueber intrauterin entstandene Missbildungen der Extremitäten und ihr Verhältniss zur wahren Spontanamputation. Deut. Zeitsch. f. Chir. 1893. Bd. XXXVII. S. 553.
- 9) FLATAU. Ueber Veränderungen des menschlichen Rückenmarks nach Wegfall grösserer Gliedmassen. Deut. med. Wochensch. 1897. N-r 18.
- 10) NASSE. Chirurgische Krankheiten der unteren Extremitäten. Deut. Chir. Lief. 66. 1897.
- 11) ARNHEIM. Angeborene halbseitige Hypertrophie. Allgem. med. Centr.-Zeit. 1897 Jahr 15 December.

---

Z ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY ORAZ CIERPIEŃ JAMY NOSOWO GARDZIELOWEJ.

## I. OGÓLNE UWAGI O ZBOCZENIACH MOWY.

Napisał

**Dr Władysław Oltuszewski.**

[Dokończenie. — Patrz Nr. 51].

Z całego szeregu tych niemot najwięcej znanymi dotychczas postaciami była jedynie niemota przy niedorozwoju psychicznym, oraz niemota ruchowa czynnościowego pochodzenia u dzieci stosunkowo dość inteligentnych, rozumiejących mowę, a mimo to nie mogących samodzielnie mówić<sup>1)</sup>.

Pomimo stosunkowo prostych form niemoty u dzieci, dokładne zdanie sobie sprawy z ich patogenezy przedstawia nieraz poważne trudności. Tego rodzaju trudności napotykamy naprzykład przy odróżnianiu niemot pozakorowych od niemot zależnych od niedorozwoju psychicznego, a to z powodu często niemożliwego do rozpoznania zajęcia błędnika u małych dzieci. W tych przypadkach na zasadzie własnego doświadczenia sądzę, że obok dokładnego zebrania wywiadów, zbadania sfery umysłowej, przedmiotowych oznak zwyrodnienia i t. d. ważną rolę odgrywa uskutecznianie pomiarów antropometrycznych, gdyż u dzieci z niedorozwojem psychicznym prawie zawsze można znaleźć pewne zmiany czaszki tak co do jej objętości, jakoteż i formy, czego prawie nigdy nie spotykamy u dzieci z niemotą pozakorową.

Leczenie niemoty polega na wzmocnieniu lub też przywróceniu pamięci słownej zmysłowej lub skojarzeniowej, a u dzieci z niedorozwojem psychicznym łącznie z tem na podniesieniu skali ich umysłowego rozwoju przy pomocy odpowiednich systematycznie przeprowadzonych ćwiczeń. Możliwość oraz

---

<sup>1)</sup> Szczegóły tej ciekawej formy niemoty można znaleźć w III przyczynku.

zasada leczenia niemot organicznych, a tem więcej czynnościowych w przypadkach, w których nie możemy działać na przyczynę, lecz mamy do czynienia jedynie z jej następstwem, stwierdzona już dziś zrestą tak własnem doświadczeniem, jako też i innych, nie powinna nas bynajmniej dziwić, jeśli przyjmujemy pod uwagę: 1) że pamięć słowną, jak w ogóle każdą pamięć przy zastosowaniu pewnych ćwiczeń można wyrobić lub przywrócić, 2) że nawet przy zmianie anatomicznej w jakim bądź ośrodku pamięci słownej rzadko się przytrafia, aby całe jego pole uległo zniszczeniu, pozostała więc część komórek może przyjąć na siebie rolę zastępczą, 3) że często obok nieznacznej zmiany anatomicznej mamy bardzo dużo wyżej omówionych objawów czynnościowych, nakoniec, 4) że niema dobrej racji zaprzeczać temu, aby i półkula prawa nie mogła przyjąć w tym względzie pewnego udziału. Skuteczność zabiegów leczniczych mieliśmy najczęściej sposobność stwierdzić u dzieci, nie mniej jednak ilość leczonej niemoty u dorosłych, aczkolwiek zwolna, zwiększa się corocznie. Dodatnie wyniki otrzymałem nie tylko u dzieci z prawidłową inteligencją, lecz i u dzieci zacofanych, głuptasów i lekkiego stopnia idiotów. Również należy tu zaznaczyć dodatnie wyniki osiągnięte przy leczeniu niemoty pozakorowej. Forma ta winna zwrócić baczną uwagę szczególnie kolegów otyatrów, gdyż u tego rodzaju dzieci możemy wyrobić mowę bez uciekania się do sposobów, mających zastosowanie w zakładach dla głuchoniemych, a to poddając odpowiednim ćwiczeniom resztki zachowanego u nich słuchu. Niewątpliwie dopiero zwiększony materiał kliniczny niemoty w szczególności u dorosłych, oprócz tego, iż przyczyni się do wyjaśnienia niektórych pod pewnymi względami wątpliwych jeszcze jej obrazów, da nam możliwość bardziej stanowczego określenia, o ile ta lub owa forma niemoty przedstawia mniejszą lub większą szansę wyleczenia, nie mniej jednak już na zasadzie dotychczasowego doświadczenia możemy powiedzieć, że najłatwiej do leczenia nadają się niemoty u dzieci, u osób zaś dorosłych niemoty pochodzenia czynnościowego.

Pod nazwą bełkotania pojmujemy również ważne zboczenie mowy, jak niemota, polegające na tem, iż z powodu przekształcania i zniepodobniania wyrazów mowa staje się dla otoczenia zupełnie niezrozumiałą. Dzielimy je na korowe (*dysphasia*) i podkorowe (*dysartria*).

W etyologii bełkotania pochodzenia korowego, przytrafiającego się najczęściej u dzieci, najważniejszą rolę odgrywa niemota; wszystko więc, co ją powoduje, w razie ustępowania owej niemoty siłami przyrody, wytwarza bełkotanie, mogące przeciągać się bez odpowiedniego leczenia do wieku przedszkolnego, a nawet i później. W rzędzie przyczyn bełkotania pochodzenia dysartrycznego należy zaznaczyć u osób starszych: *paralysis progressiva*, *paralysis bulbaris* i t. d., u dzieci zaś częściowe zajęcie błędnika lub ucha średniego po uformowaniu się mowy, oraz rozczepy podniebienia twardego i miękkiego we wczesnych okresach dzieciństwa <sup>1)</sup>.

1) Rozczepy te u wielu osób dorosłych nie operowanych, z powodu umiejętnego nieraz wytwarzania brakujących dźwięków przy pomocy różnych zamian, jak również pewnych korzystnie wpływających zmian kompensacyjnych w jamie nosowo-gardzielowej, mogą powodować, jedynie wadliwe wymawianie z odzieniem nosowym.

Od bełkotania we właściwym słowa tego znaczeniu należy wyróżniać wadliwe wymawianie jednej lub kilku głosek, co zanieczyszcza tylko do pewnego stopnia zresztą zupełnie zrozumiałą mowę. Dzielimy je również na korowe (*dysphasia*) i podkorowe (*dysarthria*). Pierwsze zależy od pozostałości wyżej omówionego bełkotania patologicznego lub opóźnionego fizyologicznego<sup>1)</sup>, złego wzoru mowy i upośledzonego słuchu, przyczyna zaś drugiego pochodzenia zazwyczaj organicznego znajduje się w samym narzędziu artykulacji, jak: nieprawidłowa budowa szczęk, braki podniebienia twardego i miękkiego [jedynie u osób dorosłych], guzy języka i t. d.

O ile wadliwe wymawianie należy usuwać więcej ze względów estetycznych, o tyle leczenie bełkotania jest kwestią pierwszorzędną wagi, gdyż dzieci tego rodzaju z powodu niezrozumiałej mowy zupełnie są niezdolne do rozpoczęcia nauk. Wytwarzanie brakujących lub poprawienie nieprawidłowo wygłaszanych dźwięków, oraz uświadomienie porządku następowania po sobie głosek i z głosek przy pomocy ćwiczeń, mających za zadanie wzmocnienie pamięci słownej, stanowi zasadę leczenia obu omawianych złożeń, dającego zupełnie dobre wyniki.

Mowę nosową oddzielamy od bełkotania ewentualnie wadliwego wymawiania jedynie ze względów praktycznych z powodu brzmienia nosowego, nadającego tej formie zбочenia swoiste piętno, zaliczamy więc ją zarówno, jak to ostatnie do zбочen dysfaryngicznych lub dysartrycznych. W logopatologii odnosimy ją zawsze do tak zwanej mowy nosowej otwartej (*rhinolalia aperta*), gdyż wskutek braku lub niedokładnego rozgraniczenia jamy ustnej od jamy nosowo-gardzielowej, oprócz istnienia nosowego brzmienia, powietrze wydechane uchodzi nosem, a z tego względu głoski, wymagające dokładnego rozgraniczenia jamy nosowo-gardzielowej od jamy ustnej, nie mogą być wytworzone, lub tracą na swej wyrazistości. We wszystkich więc przypadkach mowy nosowej otwartej, pomimo że podniebienie miękkie podnosi się do góry przy wytwarzaniu głosów, nie zamyka jednak szczelnie jamy nosowo-gardzielowej, pozostawiając mniej lub więcej znaczny odstęp, łatwy do skontrolowania przy pomocy odpowiedniego przyrządu.

Mowa nosowa pochodzenia korowego, czyniąca wymowę zupełnie niezrozumiałą, z powodu towarzyszącego jej bełkotania, bierze swój początek już we wczesnych okresach dzieciństwa i łączy się zazwyczaj w tych razach z ustępującą i przechodzącą w bełkotanie niemotę. Tego rodzaju mowę nosową, nie uwzględnianą dotychczas zupełnie w logopatologii, nazywam wrodzoną. Współistnienie dwu tych zбочen, to jest bełkotania po ustępującej niemocie i mowy nosowej, nasuwa przypuszczenie wzajemnego między nimi stosunku przyczynowego, polegającego, jak mięmam, na zależności obu od upośledzenia czynności ośrodków ruchowych kory. Od tylko co omówionej cięż-

---

<sup>1)</sup> Szczegóły patogenezy zarówno fizyologicznego, jakoteż opóźnionego fizyologicznego bełkotania, nieodzowne dla zrozumienia bełkotania patologicznego, można znaleźć w pracy mojej: *Rozwój mowy u dziecka i t. d.*

szej formy mowy nosowej pochodzenia korowego należy odróżnić formę lżejszą, łączącą się jedynie z wadliwym wymawianiem, a zależną od pewnych pozostałości mowy nosowej wrodzonej, upośledzonego słuchu, lub złego wzoru mowy. Mowa nosowa pochodzenia dyzartrycznego zależy od przyczyn organicznych w samym narządzie artykulacji, a mianowicie rozczepów podniebienia twardego i miękkiego, wyrosli adenoidalnych, lub też wielu innych przyczyn, powodujących brak rozgraniczenia jamy ustnej od jamy nosowo-gardzielowej. Pomienione przyczyny, utrudniając u dzieci wytwarzanie się dźwięków, lub czyniąc je zupełnie nieprawidłowymi, powodują cięższą formę mowy nosowej pochodzenia dyzartrycznego, u osób zaś dorosłych te same przyczyny, jak już o tem wspominaliśmy, mogą wywoływać lżejszą jej formę, jako wadliwe wymawianie z brzmieniem nosowem.

Od właściwej mowy nosowej należy wyróżniać nosowy odcień przy zatkaniu jamy nosowo-gardzielowej z jakiegobądź przyczyny [polipy, obrzmienia muszel i t. d.], co zanieczyszcza tylko brzmieniem nosowem zresztą zupełnie zrozumiałą mowę (*rhinolalia clausa*). Forma ta pochodzenia dyzartrycznego, dobrze znana wszystkim rynologom, zależy zawsze od przyczyny organicznej, po usunięciu której w zupełności znika.

Mowa nosowa we właściwym znaczeniu, z którą przeważnie logopatolog ma do czynienia, pomijana prawie dotychczas zupełnie przez lekarzy i po większej części uważana za nieuleczalną, stała się przystępną dla naszych zabiegów leczniczych dopiero w ostatnich czasach, a to dzięki wprowadzonej gimnastyce podniebienia miękkiego i właściwemu leczeniu bełkotania. Nawet przy brakach podniebienia twardego specjalne to leczenie ma swe zastosowanie, gdyż najdokładniej wykonana i udatna operacja bez gimnastyki leczniczej podniebienia miękkiego, wytworzenia brakujących dźwięków, oraz poprawienia wadliwie wymawianych, rzadko prowadzi do pożądanego celu. W przypadkach wydatnych zmian kompensacyjnych w jamie nosowo-gardzielowej przy defektach podniebienia twardego można próbować leczenia mowy nosowej bez uprzedniej operacji, jak tego dowodzi jeden nasz przypadek leczony z pomyślnym wynikiem.

Jąkanie należy do dysfajtycznych zбочeń mowy. Obejmuje ono najliczniejszą ich rubrykę i stanowi nerwicę zazwyczaj pochodzenia czynnościowego z przebiegiem przewłocznym<sup>1)</sup>, objawiającą się skurczami w narządzie mowy, a więc w narządzie oddechowym, strunach głosowych, mięśniach warg i języka, jednocześnie lub pojedynczo wziętych, oraz w innych miejscach oddalonych od narządu artykulacji [skurcze towarzyszące]. Najważniejszą rolę odgrywają skurcze pierwszego rodzaju, gdyż pomimo prawidłowo ułożonej myśli, utrudniają lub też uniemożliwiają jej wygłoszenie.

Na zasadzie szczegółowo zestawionych danych, dotyczących przyczyn jąkania, mniemam, że najważniejszym momentem etyologicznym tego zбочenia są dwie przyczyny usposabiające, a mianowicie dziedziczność,

---

<sup>1)</sup> Jako sprawa ostra jąkanie występuje bardzo rzadko. Na 460 spostrzeganych dotychczas przypadków jąkania widziałem ją dotychczas 3 razy.

i wiek tworzenia się mowy [między 2—5 rokiem]. Daleko już mniejszą rolę odgrywa w tym względzie wiek największego przyrostu umysłowego dzieci, a więc i większego rozwoju kory [między 7—8 rokiem]. Dziedziczność przyjmuję w obszernym znaczeniu, a więc nie tylko dziedziczenie samej wady od rodziców lub krewnych, lecz i usposobienia neuropatycznego [umysłowe choroby, histerya, neurastenia i t. d.]. Na 460 przypadków jąkania odnotowałem dziedziczność w 194, a prawie połowa powstania wszystkich przypadków tego zбочenia przypada na wiek tworzenia się mowy. Przyczyny wywołujące, jak: uraz, przestrah, zaraza psychiczna, to jest przebywanie w otoczeniu jākających się, naśladownictwo, prędka mowa otoczenia, przebyte choroby zakaźne, ustępująca niemota wieku dziecięcego, zaburzenia w ogólnym odżywianiu, jak krzywica i t. d., lubo niewątpliwie mają bardzo ważne znaczenie, zawsze jednak prawie przy istniejącem już usposobieniu. Zgadza się to i potwierdza zapatrywanie nasze na jākanie jako na nerwicę analogiczną do histeryi, neurastenii i t. d. To też, aczkolwiek może ona występować u ludzi zupełnie zdrowych, częściej jednak nagabuje różnego rodzaju neuropatów, poczynając od nierównoważonych, a kończąc na osłabionych pod względem umysłowym. Zgodnie z tem łączy się często jākanie z innymi objawami nerwowymi, jak z migreną, nocnem oddawaniem moczu i t. d. oraz różnemi nerwicami, jak epilepsyą, histeryą i t. d., a nieraz właściwą sobie psychozą.

Za słusznością mniemania, że siedlisko omawianej nerwicy zajmuje okolicę ośrodków ruchowych kory, przemawiają między innymi przypadki, w których dłużej lub krócej trwająca niemota ruchowa wyprzedza jākanie, jak również tak zwane jākanie histeryczne, będące zazwyczaj zjawiskiem przedwstępnem lub następczem niemoty histerycznej.

Objawy jąkania przedstawiają wielką rozmaitość, gdyż skurcze mają miejsce nie tylko w trzech składnikach mowy prawidłowej, występując jako czyste typy jąkania oddechowego, głosowego i artykulacyjnego lub jako różne postaci tych typów oraz kombinacji głównych typów i ich postaci, lecz i w narządach oddalonych od narządu mowy [ruchy towarzyszące]. Jeżeli do tego wszystkiego dodamy jeszcze, że obrazy, które spostrzegamy, trwają krótko, dostępne są więc dla naszego spostrzegania zaledwie chwilę, łatwo pojmujemy, jak znaczne trudności przedstawia, nawet dla lekarza biegłego w tym kierunku, rozgraniczenie różnych typów i postaci jąkania, a więc odpowiednia ich klasyfikacya. Przeglądając odnośny materiał kazuistyczny, okazało się, że najrzadsze są typy jąkania czysto oddechowego, nieco już częściej przytrafia się głosowe, najczęstsze zaś są postaci mieszane, jako jākanie głosowo-artykulacyjno-oddechowe.

Leczenie jąkania, obok stosowania w wielu przypadkach środków ogólnie działających na układ nerwowy [wodolecznictwo, galwanizacya], polega na usuwaniu skurczów tak w trzech składnikach mowy, jako też i w miejscach od nich oddalonych. Uskuteczniamy to przy pomocy świadomej gimnastyki oddechu, głosu i artykulacyi, świadomej z tego względu, aby po jej ukończeniu chory mógł mówić prawidłowo, ale już bezwiednie, a więc automatycznie.

Zarówno jak w każdej innej chorobie, tak i tu właściwe rozpoznanie typu i postaci jąkania decyduje o skuteczności naszych zabiegów leczniczych. Z tego powodu leczenie to proste w zasadzie, staje się nieco trudniejszym do przeprowadzenia, jeśli zechcemy indywidualizować chorych, to jest zdać sobie dokładną sprawę z obrazu jąkania, jaki chory w danym przypadku przedstawia. Na zasadzie dotychczasowego doświadczenia mniemam, że jąkanie z bardzo nielicznymi wyjątkami stanowczo należy do nerwic uleczalnych, jeśli leczenie nie jest utrudnione przez samego chorego lub otoczenie. Do zupełnego wyleczenia potrzeba od 2--4 miesięcy. Po ukończeniu leczenia koniecznym jest, żeby chory poddał się przez pewien czas kontroli lekarskiej, oraz dość długo zwracał baczną uwagę na swą mowę i unikał wszelkich szkodliwości, mogących wywołać pogorszenie. Niewypełnienie pod jakim bądź względem przepisów leczenia powoduje tak zwane powroty, skwapliwie rozgłaszane przez ludzi zupełnie nieobeznanych z istotą i przebiegiem jąkania, którym w zasadzie nie przyznają żadnej racji bytu, a mianem tem nazywam pogorszenie wskutek niedbalstwa chorego lub otoczenia, samowolnego przerywania kuracji i t. d..

Przechodzę obecnie do zdania sprawy z materiału klinicznego, jakim rozporządzałem, oraz do wyników leczniczych, jakie osiągnąłem. Do lipca 1897 roku spostrzegąłem 830 chorych ze zboczeniami mowy, a mianowicie: z niemotą 173, z bełkotaniem łącznie z wadliwym wymawianiem 166, z mową nosową 26, z jąkaniami 457, oraz z trzepotaniem 8. Ponieważ u jednej i tej samej osoby dane zboczenie łączyło się z innym w 50 przypadkach, ogólna więc liczba przypadków zboczeń mowy wynosiła 880, a mianowicie: niemoty 173, bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem 191, mowy nosowej 48, jąkania 460, wreszcie trzepotania 8.

Na 173 przypadków niemoty leczyło się 9 osób z zupełnie dobrym wynikiem [3 dorosłe i 6 dzieci]. Niemota u dorosłych dotyczyła w jednym przypadku zmysłowej niemoty ruchowej skojarzeniowej pochodzenia organicznego, w dwu zaś zmysłowej niemoty ruchowej, oraz zmysłowej niemoty czuciowej pochodzenia czynnościowego; u dzieci mieliśmy w trzech przypadkach niemotę ruchową [z tych w dwu u idyoty i głuptasa], w jednym przypadku aleksyę pochodzenia czynnościowego, a w dwu niemotę pozakorową we właściwym znaczeniu.

Na 191 przypadków bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem [47 bełkotania, 144 wadliwego wymawiania] leczyło się 44 osób z zupełnie dobrym wynikiem [5 od bełkotania, a 39 od wadliwego wymawiania].

Z 48 spostrzeganych przypadków mowy nosowej [37 należało do kategorii *rhinolalia aperta*, a 9 do *rhinolalia clausa*] leczyło się 8 osób od mowy nosowej otwartej z zupełnie dobrym wynikiem [5 należało do mowy nosowej wrodzonej, 2 zależało od wyrosła adenoidalnych w młodym wieku, a 1 od rozczepu podniebienia twardego i miękkiego u osoby dorosłej].

Nakoniec na 460 jąkających się przebyło cały kurs leczniczy 95 osób, z których 87 zupełnie się wyleczyło, a 8 doznało bardzo znacznej poprawy



Nie ulega wątpliwości, że i ci ostatni mogą dojść do zupełnie prawidłowej mowy, jeśli kurację powtórzyć zechcą.

Pozostaje nam jeszcze kilka słów powiedzieć o związku logopatologii z innymi działami wiedzy lekarskiej, o miejscu, jakie w ich szeregu zajmuje, oraz o roli jaką odgrywa.

Nauka o zbożeniach mowy pozostaje w związku z neuropatologią i psychiatryą przy wielu zmianach tkanki mózgowo-rdzeniowej organicznego lub czynnościowego pochodzenia [przy niemotach zarówno z prawidłową inteligencją, jak i przy wszelkiego rodzaju niedorozwoju psychicznym, dalej przy bełkotaniu zarówno korowego, jak i podkorowego pochodzenia, oraz mowie nosowej pochodzenia korowego], z rynolaryngologią przy wielu zmianach w jamie noso-gardzielowej, jak: wyrosłe adenoidalne, braki podniebienia twardego i t. d. [mowa nosowa pochodzenia dysartrycznego], z otyatryą przy zmianach zarówno w uchu średnim, jakoteż i błędniku [wadliwe wymawianie, oraz mowa nosowa pochodzenia dysartrycznego, niemota pozakorowa], wreszcie ze zmianami w narządach jamy ustnej [wadliwe wymawianie pochodzenia dysartrycznego].

Ze względu, że większość przypadków zbożeni mowy przytrafia się u ludzi, należących do kategorii zwyrodniałych w obszernem tego słowa znaczeniu, poczynając od idiotów, a kończąc na niezrównoważnych, lub przy pewnych patologicznych zmianach w tkance mózgowej, którym nie towarzyszą żadne znaczniejsze nieprawidłowości psychiczne, zaliczamy naukę o zbożeniach mowy do działu psychiatry i neuropatologii i tu też w niedalekiej zapewne przyszłości znajdzie ona swoje miejsce.

Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii jest następujące. Wyświetla ona prawie w zupełności dotychczas pomijane ważne zbożenia mowy u dzieci, a mianowicie mowę opóźnioną, niemotę, fizjologiczne i patologiczne bełkotanie, oraz tłumaczy dane, na zasadzie których opiera się ich leczenie, wyjaśnia patogenezę mowy nosowej zarówno korowego, jak i podkorowego pochodzenia i wskazuje, w jaki sposób leczyć przypadki mowy nosowej, uważane dotychczas za nieuleczalne lub niezupełnie poddające się leczeniu [braki podniebienia miękkiego i twardego], dodaje do szeregu znanych dotychczas nerwic funkcyjnych jeszcze jedną, w zupełności poddającą się leczeniu — jąkanie, oraz uzasadnia, że cierpienie, noszące dotychczas nazwę afonii spastycznej, jest zwykłym jąkaniem głosem <sup>1)</sup>. Jeśli do tego dodamy, że, opierając się na podstawach psychofizjologii mowy, oraz jej rozwoju i przedstawiając w należytem oświetleniu zbożenia mowy tak co do ich etyologii, jako też i patogenezy, czyni możliwem stworzenie racjonalnej higieny mowy, to chyba przyznać musimy, że, nie ustępując co do swego znaczenia innym gałęziom medycyny praktycznej, winna zająć stanowisko samodzielne, a więc i oddzielna nazwa logopatologii słusznie się jej przynależy.

Każdy ze specjalistów aż nadto dobrze to pojmuje, że, wobec nadzwyczajnych postępów medycyny praktycznej, trudno jest dziś nawet wykształ-

---

<sup>1)</sup> Szczegóły o afonii spastycznej pomieściłem w przyczynku piątym.

conemu lekarzowi objąć jej całokształt i śledzić za rozwojem wszystkich gałęzi. Nikt jednak nie zaprzeczy, że pewne zasadnicze wiadomości z wszystkich działów nauki naszej są niezbędne z tego względu, że, łącząc się wzajemnie, przyczyniają się do wyświetlenia ogólnej wiedzy lekarskiej, podają odpowiednie prawidła higieny, oraz wskazują racjonalny sposób usuwania odnośnych chorób. Uwagi te nasunęły mi się z tego powodu, że niemal codziennie słyszę tego rodzaju określenie jąkania, iż jest to wada z przyzwyczajenia i z wiekiem sama przechodzi, że niemota u dzieci, uwarunkowana nawet pewnym niedorozwojem psychicznym, ustępuje w pewnym wieku sama przez się i to od razu jakby za dotknięciem różeczki czarodziejskiej, że bełkotanie zależy od zbyt krótkiego wędzidelka, które należy przeciąć i t. d.. Wszystkie te uprzedzenia, przynoszące dla społeczeństwa nieobliczone szkody, wytrącając z jego łona nieraz jednostki skądinąd bardzo zdolne [pewna kategoria jākających się z wybitną inteligencją], lub pozbawiając dzieci z powodu niemoty lub bełkotania możności kształcenia swego umysłu, wkrótce znikną, jeśli szersze koło lekarzy zainteresuje się logopatologią, choćby w ogólnym zarysie i rozpoznać w tym względzie odpowiednie poglądy higieny, lub rozwinięte zbroczenia skieruje na drogę właściwej pomocy.

### III. 31 SPOSTRZEŻEŃ ZATRZYMANIA GŁÓWKI DZIECKA

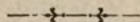
LUB POJEDYŃCZYCH KOŚCI CZASZKI W MACICY

po dekapitacji lub po urwaniu się tułowia podczas ekstrakcji płodu.

Podał

**Franciszek Neugebauer,**

ordynator oddziału chorób kobiecych szpitala Ewangelickiego w Warszawie.



[Dokończenie — Patrz Nr. 51].

Niestety, żadną miarą nie mogłem wejść w posiadanie szczegółowego opisu wszystkich tych spostrzeżeń. Na owe 31 spostrzeżeń aż 8 razy dokonano cięcia brzuszego dla usunięcia pozostałej w macicy główki płodu z wyratowaniem 5 matek. 7 razy dokonano cesarskiego cięcia *durante partu* № 1, 2, 9, 11, 14, 16, 18 [w przypadku № 9 i № 16 *cum amputatione utero-ovarica* w przypadku № 2 główka pozostała w macicy przy pęknięciu takowej], w przypadku № 13 profesor Kosiński dokonał cięcia brzuszego dla usunięcia pozostałej przez 9 miesięcy w jamie macicy zropiałej główki płodu.

Na owe 8 operacji zmarła jedna operowana wskutek otrucia karbolem i utraty krwi nazajutrz [№ 9] po operacji, jedna wskutek skaleczenia pęcherza moczowego i *peritonitis* 7-go dnia po operacji [№ 14], a w 3 śmiertelnym przypadku [№ 18] śmierć rodzącej stała się przyczyną dochodzenia sądowego

W jednym przypadku [№ 27] z pomysłem dla matki zejściem dokonano cięcia łonowego. W 9 więc razem przypadkach usunięto główkę w całości lub przynajmniej jednocześnie wszystkie jej kości [№ 13] na drodze cięcia brzuszno lub łonowego, w przypadku № 11 po cesarskiem cięciu trzeba było jeszcze zastosować kleszcze, aby główkę z maej miednicy wydostać do rany macicznej i na zewnątrz. 1 raz wydobyto pozostałą w macicy główkę przez pochwę kleszczami, № 10 z pomysłem dla rodzącej, 2 razy po daremnych mnogich operacyjnych usiłowaniuach główka wyszła samowolnie z macicy [№ 15 i 26]; w przypadku [№ 26] rodząca, zniecierpliwiona daremniemi manipulacjami profesora SAKTORPH'a, poprostu nie pozwoliła mu dalej próbować ekstrakcyi. W przypadku [№ 5] wydobyto główkę operacyjnie, lecz nie powiedziano, jaką operacją; raz jeden główkę wydobyto hakiem [№ 12]; w 2 przypadkach urwanie główki oraz śmierć rodzącej stało się powodem dochodzenia sądowego. [№ 18 i 21]; raz jeden [№ 19] wydobyto główkę po wymóżdżeniu ręcznie.

Razem więc w 13 przypadkach z 31 wydobyto główkę operacyjnie, w 2 wyszła samowolnie, razem 15, w 7 zaś główka na razie wobec daremnych usiłowań lekarzy pozostała w macicy [wliczając i przypadek № 13], mianowicie przez 40 dni [№ 30], przez 3½ miesięcy [№ 17], przez 16 miesięcy [№ 29], przez 9 mies. [№ 13], przez 10 miesięcy [№ 31], przez 10 lat [№ 6] i przez 16 lat [№ 3].

W tych to 7 przypadkach, które wszystkie pomysły dla matki miały przebieg, pomimo powikłań, częścią bardzo groźnych i doniosłych, główka płodu podlegała rozkładowi na drodze gnicia, zawartość czaszki, powłoki skórne, części miękkie zropiały i również, jak i drobniejsze kości, samowolnie zostały eliminowane z macicy, większe zaś kości w niej pozostawały i pojedynczo albo na 1-nem posiedzeniu operacyjnem, albo na kilku posiedzeniach za poprzedniemi rozszerzeniem szyjki lub bez takowego zostały prędzej, czy później usunięte. W przypadkach [№ 3] powstały: przetoka pęcherzowo-pochwowa wraz z wytworzeniem się kamienia moczowego dokoła 2 kości oraz przetoka kiszkowo-pochwowa, w przypadku № 31 *fistula cervicovaginalis laqueatica anterior*, w przypadku № 3 sama chora wyciągnęła sobie sterczące w odbytnicy kości czaszki, w przypadku № 6 od czasu do czasu w przeciągu lat 10 wydobywano pojedyncze kości *per vaginam*, w przypadku № 31 po dyscezyi szyjki macicznej usunięto 51 pojedynczych ułamków kości. W przypadku № 13 powstały 2 przetoki kiszkowe, mianowicie: kiszki cienkiej i odbytnicy wskutek ucisku, przez główkę na ścianę macicy wywartego [jeśli nie było tu może pierwotnego pęknięcia macicy i następczego otorbienia zapalnego pochodzenia w jamie brzusznej?]. Pętlicę kiszki cienkiej resekowano z zeszcieniem wolnych końców kiszki, przetoka kiszki grubej *sponte* się zamknęła. W przypadku № 3, przetokę pęcherzowo-pochwową zaszyto, odbytnicę-pochwowa *sponte* się zamknęła.

W 2 przypadkach chodziło o pozostanie w macicy tylko pojedynczych kości czaszki, mianowicie w przypadku № 4 jednej kości [po embryotomii przez 3½ miesięcy w macicy pozostałej i w przypadku № 20, gdzie wydobyto z szyjki macicy kość czaszki, po kranioklazyi 2½ roku temu dokonanej, w macicy pozostałą.

Co do 8 przypadków z 31, mianowicie spostrzeżeń № 7—8, 21—24, 25, 28, żadnych szczegółów podać nie mogę.

Uderzającą jest tolerancya organizmu, specjalnie macicy dla pozostającego w niej i to gnijącego ciała obcego dla nas, którzy się obawiamy na każdym kroku czynności chirurgicznej i położniczej zakażenia krwi. Na tyle przypadków całkowitej lub częściowej samowolnej eliminacji pozostałej w macicy główki dziecka [a w przypadku № 30 i łożyska (przez dni 40)], w przeciągu kilku tygodni do kilku lat, kazuistyka powyżej zestawiona nie wykazuje ani jednego przypadku śmierci z powodu posocznicy, skoro nie przystąpiono do cięcia cesarskiego lub forsownej ekstrakcji główki niezmiążdżonej, a nawet w niektórych przypadkach, podkreślając te wyrazy, zaznaczono *euphoriam* zupełną lub względną pomimo sprawy powolnej eliminacji płodu na drodze gnicia stale się odgrywającej.

W przypadku [№ 30] chora udała się 40 dni po porodzie do profesora VALENT'a z prośbą o konieczne usunięcie z macicy główki i gnijącego łożyska nie z powodu zaburzeń zdrowia, a li tylko z przyczyny nieznośnego smrodu wydzielin pochwowych.

Zadaniem fizyologów naszych, bakteryologów i eksperymentalnej patologii jest wykrycie przyczyn tej kolosalnej odporności macicy przeciw działaniu czynników zakaźnych, tej niezwyklej tolerancji macicy dla gnijącego w niej łożyska i płodu całego lub części jego. Z drugiej strony z kazuistyki powyżej zestawionej mimowoli wynika pytanie, czy w przypadku zatrzymania w macicy główki, czy to urwanej, czy to po dekapitacji w niej pozostałej, wypada koniecznie — *à tout prix* — *hic et nunc*—obstawać przy natychmiastowem sztucznein usunięciu jej? *Facta loquantur!* Jeśli lekarz nie ma pod ręką chloroformu i odpowiednich narzędzi: kleszczy, perforatoryum, nożyce, kefalotryby, kranioklastu, bazylistu, bazyotryby, haka, niechaj się nie spieszy, na oślep działając, a wyczekuje przez pewien czas, czy natura sama nie zdoła zwyciężyć przeszkody, czy nie nastąpi samowolne wygnanie główki, przedewszystkiem zaś niech unika zarówno urywania tułowia gnitego płodu, a tembardziej dekapitacji przy ekstrakcji za nóżki, ponieważ, dekapitując płód, traci naturalną rękojmnię dla ekstrakcji płodu, dla ekstrakcji zaś główki następującej niechaj posługuje się nie tylko rękoczynami *ad hoc* zalecanymi, a w razie śmierci płodu koniecznie wymóżdżeniem, czy to atakując samą czaszkę, czy to torując sobie drogę do niej spondylotomią kręgosłupa.

[Do powyżej ogłoszonego zestawienia kazuistyki zatrzymania główki płodu w macicy po dekapitacji naumyślnej lub mimowolnej dodaję wzmiankę, że w kwietniu r. b. wydałem w opracowaniu niemieckim kazuistykę 550 spostrzeżeń ciał obcych w macicy: „*Die Fremdkörper des Uterus*“ (Breslau. 1897. Pruss u. Jünger, 144 S.), która to praca zawiera tylko opis pojedynczych spostrzeżeń bez synoptycznego zestawienia ich. W naszej zaś prasie mam zamiar ogłosić wyniki statyczne całej owej kazuistyki. Jeden z działów odnośnych już wydrukowanym został w Nowinach Lekarskich r. b. № 10, 11, 12: „23 spostrzeżeń przetok jelitomacicznych“. № 10, p. 691—201 oraz № 11, p. 788—806 oraz № 12: „Jeszcze

pięć spostrzeżeń przetok jelito-macicznych“; drugi dział: „Przyczynek do nauki o ciałach cbeych w macicy [72 spostrzeżeń odpowiednich obejmujący]“, ukaże się niebawem w Kronice Lekarskiej—podług odczytu w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem z d. 30. XI. 1897; trzeci dział: „10 spostrzeżeń przetoki maciczno-brzuszo-ściennej“ w opracowaniu materiału, przezemnie zestawionego, przez kol. WARSZAWSKIEGO również już wręczony został jednej z redakcyi naszych; pozostałe zaś działy wkrótce ogłoszone będą *in extenso*].

Dnia 19 grudnia r. b. otrzymałem od Sz. kol. HEJDUKOWSKIEGO list, dotyczący spostrzeżenia № 19 zestawionej przezemnie kazuistyki. W tym liście kolega H., który wydobyl pozostałą po urwaniu się od tułowia w macicy główkę, prostuje niektóre szczegóły przezemnie podług dostępnego w swoim czasie dla mnie materiału podane. Mianowicie pisze: „Poród trwał 3 czy 4 dni, operowały około rodzącej babki wiejskie i chłop znachor, później sprowadzony był felczer. Ja przybyłem do rodzącej na 40 minut przed jej śmiercią“. [Wiele czasu po urwaniu główki od tułowia? N.]— „zastałem ją w agonii bez tętna z brzuchem ogromnie wzdętym (*peritonitis*), oświadczyłem kategorycznie otoczeniu, że chora umrze wkrótce i że wyjęcie główki nie jest potrzebne, bo to rodzącej nie uratuje. Otoczenie koniecznie domagało się operacji, gdyż wedle ich przesądu kobiety nierozwiązanej grzebać nie należy. Operacja trwała krótko, około 3 minut; wprowadziłem nożyce NAEGEL'ego pod osłonę ręki do macicy (!), mózg wypuściłem i palcem hakowato zagiętym główkę wyciągnąłem. Przy tej czynności łożyska nie znalazłem, drugi raz ręki do jamy macicy dla wydobycia łożyska bałem się wprowadzić, aby mi chora w rękę nie umarła. W czasie operacji i po operacji żadnego krwotoku nie było. Po wydobyciu główki rodząca zmarła w 20 minut. Płód był zupełnie zgniły i rozłożony“. Na wstępie listu swego kolega H. przytacza, „że kleszczy nie nakładał na pozostałą w macicy główkę, że nie przypuszczał i nie mógł przypuszczać możności pęknięcia macicy przy operacji“ i „że przed wydobyciem główki zrobił wymóżdżenie“.

W protokółach sądowych swego czasu mnie przedłożonych znajdują się różne sprzeczne dane na str. 1340, gdzie powiedziano, „że lekarz główkę wyjął bez narzędzi“. Na tejsze stronie u dołu powiedziano: „Lekarz, nie mogąc główki wydobyć, dokonywa zmiżdżenia główki“ [jakim narzędziem?], a dalej na str. 1341: „rozerwanie nie mogło nastąpić od wprowadzenia przez lekarza nożyc do macicy“, z innej strony powiedziano raz: „lekarz, który przyjeżdża po kilku godzinach, próbuje w rozmaity sposób wydobyć główkę, uskutecznia to i t. d.“, narreszcie przy wywiadach jedna z osób interesowanych przytoczyła, „że główkę wydobyto kleszczami“.

Otóż, będąc dziś w posiadaniu osobistego opisu postępowania kol. HEJDUKOWSKIEGO, uważam za obowiązek ogłosić treść tego listu w tem miejscu, pomimo że w moim opisie spostrzeżenia tego, nie mając na widoku żadnej polemiki *quo ad personam*, a jedynie stronę naukową kwestyi i obronę człowieka bez

dostatecznego udowodnienia winy skazanego za to, że nieumiejętnem postępowaniem i nienależytą operacją spowodował śmierć rodzącej, nie podawałem żadnych nazwisk osób interesowanych. Dajmy na to, że pęknięcie maciczno-pochwowe istniało już przed wydobyciem główki po wymóżdzeniu jej przez kolegę H., to swoją drogą przypuszczenie takie bynajmniej nie dowodzi, że pęknięcie spowodował oskarżony o to felczer, ponieważ mogło i nastąpić pęknięcie samowolne, lub też wskutek manipulacji babki i znachora, o którego czynności u rodzącej sam kolega H. w swoim liście wspomina.

Co się tyczy słów moich [patrz str. 1365]: „W danym przypadku niema żadnych dowodów na to, że owe rozdarcie już istniało przed wydobyciem z macicy główki w macicy pozostałej przez lekarza później przywołanego, który zresztą bynajmniej nie wyłącza osobiście możliwości, że *ruptura* powstała podczas wydobycia główki przez niego i t. d.“, wyrazy podkreślone polegają na listownej wiadomości kol. WARMANA z dnia 31. XII. 1893, który pisał mi dosłownie; „Historia porodu krótka: kobieta rodzi kilka dni, położenie płodu nieprawidłowe, pomocy racjonalnej nie dają jej, a majstrują baby i chłopci, następnie jadą po księdza; ten każe jechać po doktora, chłopci nie chcą; baba tymczasem nie przestaje na chwilę stękać; felczer tknięty litością wprowadza kilka palców do pochwy, znajduje nóżkę, wyciąga tułów płodu zmacerowanego i odrywa od główki, posyła po doktora, który przyjeżdża po kilku godzinach, próbuje w rozmaity sposób wydobyć główkę, uskutecznia to, ale łożyska nie znajduje, bo to już było w jamie brzusznej, wkrótce *exitus*“. Dalej w dopisku kolega W. pisze: „wróciłem przed chwilą od chorej, przy której spotkałem się z kolegą H., który wydobycia główki w znanym przypadku dokonał“—„ze słów kolegi H. widać, że on sam nie jest pewny, czy przy wyjmowaniu główki sam nie przerwał macicy“.

Przypadki podobne w przebiegu do powyżej podanego, niestety, często się u nas zdarzają; wszak kilka lat temu pomimo stanowczego oporu ekspertyzy ś. p. ROGOWICZA i mojej skazano najniesłuszniej jednego z kolegów prowincjonalnych za to, że jakoby wskutek niewłaściwego postępowania z jego strony nastąpiła śmierć rodzącej.

W przypadkach podobnych sądowego dochodzenia wypada przedewszystkiem kierować się zasadami, wypowiedzianymi przez prof. H. FRITSCH'a: („*Die Uterusruptur in foro*“. *Sep. Abdr. aus der: Deutschen Med. Wochenschrift. 1891. Nr. 51. p. 11.*) „*Nicht das ist also bei der Uterusruptur in foro die Frage: ist die Ruptur eine spontane oder violente?, sondern: War der Eingriff des Arztes gerechtfertigt? Wird letztere Frage bejaht, so kann der Arzt für den traurigen Ausgang nicht zur Verantwortung gezogen werden*“.

Kolega WARMAN w swoim liście pisze słów kilka bardzo znamienych co do strony moralnej przypadku wyżej rozpatrywanego: „Trudno jest wymagać, aby felczer odpowiadał za ciemnotę i brak poczucia ludzkości u poczciwego chłopca naszego i to wtedy, gdy żona jego kona w nieustannych bólach, jakie towarzyszą zaniedbanemu porodowi nieprawidłowemu. Poczciwy ten chłopiec nigdy nie ma na doktora, bo obliczył już, co wyda na pochówek, pijatykę i swa-

tów. Rozpaczliwa to karta z dziejów ludu naszego, ale prawdziwa! Biedne położnice wiejskie! Ich nie felczerzy zabijają, ale brak oświaty“.

Kolega HEJDUKOWSKI w końcu listu swego zakomunikował mi jeszcze dwa z jego 23-letniej praktyki przypadki wydobywania urwanej lub uciętej i w macicy pozostałej główki.

32) U pierwiastki lekarz dokonał dekapitacji, główki jednak później w żaden sposób kleszczami nie mógł uchwycić, gdyż mu się wyslizgiwała, w kilka godzin później kolega HEJDUKOWSKI dokonał wymóżdżenia przy pomocy nożyc NAEGELE'go i hakiem główkę wydobyl. Położnica wyzdrowiała.

33) U chłopki miogorodzącej poród trwał już dwa dni; baby wiejskie operowały, jak umiały; nie mając w końcu sił do wyciągnięcia główki, wezwały najmocniejszych ze wsi dwóch chłopów i ci na przemian ciągnęli, aż się tułów od główki oderwał. Kolega HEJDUKOWSKI, wezwany 10 godzin później, wydobyl główkę po poprzednim wymóżdżeniu. Macica była rozerwana, rodząca tego samego dnia zmarła.

Do powyżej zestawionych przypadków dodaję spostrzeżenie, którego opis zawdzięczam Sz. koledze KOSMACIŃSKIEMU.

Przypadek z Warszawskiego Instytutu Położniczego dotąd nigdzie nie opisany Protokół № 628 z r. 1895. 8. I. Przywieziono do Instytutu Annę Sz..., 25 lat, zamężną, pierwiastkę, ze wsi Słomków pow. Skierniewickiego o 6½ godzinie po południu. Chora wręcza karteczkę od 2 lekarzy R. i Z., którzy piszą: poród rozpoczął się przed dwoma dniami, położenie płodu pośladkowe zupełne, przy pociąganiu nówek i tułowia przez wiejskie baby główka urwała się i pozostała w macicy. Obydwaj lekarze po długich usiłowaniach „nie mogąc wydobyć główki ani rękoma, ani za pomocą narzędzi, odsyłają chorą do kliniki dla wykonania cięcia cesarskiego“. W końcu powiedziano, że u płodu spostrzeżono *spina bifida*. Stan chorej przy przyjęciu do kliniki [protokół]: Chora średniego wzrostu, dobrze odżywiona, ciepłota ciała 37°, tętno 132 równe, dość miękkie. Lekkie żółtaczkowe zabarwienie twarzy, brzuch wzdęty, nie bolesny. Dno macicy dochodzi do *hypochondrium sinistrum*, skurczenia macicy słabe, rzadkie; części rodne zewnętrzne obrzmiałe, wejście do pochwy silnie zaczerwienione. Z pochwy wygląda pępowina fioletowego koloru i wypływa wydzielina silnie cuchnąca. W pochwie wyczuwa się część szyi płodu, a dalej główkę w próżni miednicy. Przez pociąganie za szyję wydobyto bez trudności główkę [D-r ANUFRIEW, ówczesny ordynator etatowy] *Extractio placentae manualis*. Przemycie macicy sublimatem 1:3000 i rozczytnem kwasu karbolowego. Wargi maciczne naderwane w wielu miejscach, szczególnie przednia. Od początku porodu przeszło 77 godzin, wymiary: *D. sp.* = 27 ctm., *D. cr.* = 30 ctm., *C. ext.* = 17—17½ ctm., *Conj. diag.* = 10 ctm.. Chora po operacji gorączkowała do 10 dnia, najwyższa ciepłota 39,5°, w 7-ym dniu: *endometritis post partum, vaginitis gangraenosa*. Na 12 dzień chora wypisała się, będąc zdrową.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

— · · · —

Posiedzenie z dnia 2. XI. 1897 r.

1) SOŁOWIEJCZYK przedstawia mężczyznę 23-letniego z mięsakiem dolnej części uda.

2) KĘPIŃSKI demonstruje młodego robotnika fabrycznego, któremu wydobyl z oka cienki kawałek żelaza, długości około 2 cm.. Chory po operacyi ma się zupełnie dobrze. Nadto wspomina K. o przypadku *panophthalmitidis*, który leczy obecnie z dobrym skutkiem wstrzykiwaniami surowicy przeciwpa-ciorkowcowej PASTEUR'a.

3) BIERNACKI mówi „O etyologii i istocie nerwic czynnościowych—neurastenii i histeryi“. Do badania osobników, dotkniętych powyższemi cierpieniami, B. zastosował swoją metodę, polegającą na określeniu szybkości sedymentacyi krwi i stwierdził we wszystkich przypadkach wahanie się tej szybkości, a więc wahanie się ilości fibrynogenów we krwi, co wskazuje na zaburzenia w utlenianiu. Krew u znacznej liczby neurasteników i histeryków [w badaniach LUXENBURGA 10 razy na dwadzieścia kilka przypadków] posiada barwę jasną, przy normalnej zawartości wody i hemoglobiny, a więc zawiera tlenu więcej, niż krew osób zdrowych. Ze zaburzenia w utlenianiu są w neurastenii i histeryi objawami pierwotnymi, a nie wtórnymi, o tem sądzi B. z następujących faktów: histerya występować może wtórnie przy bladaczce, skażeniu moczanowem, chorobie BASEDOW'a, przewlekłem zapaleniu nerek; powtóre—histerya występuje nieraz jako równoważnik dziedziczny otyłości, podagry, moczówki cukrowej, a więc cierpień, których powodem jest nieprawidłowe utlenianie; wreszcie u osób, do tego usposobionych, histerya rozwija się niekiedy pod wpływem przewlekłych zatruc, chorób zakaźnych, poronień i t. p.. Neurastenia i histerya powstają więc wtórnie, jako skutek otrucia produktami nieprawidłowego utleniania i należą do tego samego rzędu chorób, co otyłość, moczówka cukrowa, skażenie moczanowe i inne. Przypuszczenie podobne wyjaśnia powstawanie podobnych objawów nerwic czynnościowych, jak: *hypaciditas* lub *anaciditas* soku żołądkowego, *hyperhidrosis*, *prostatorrhoea*, gorączka histeryczna i t. p., które to objawy przypominają bardzo skutki działania pewnych alkaloidów. Niektóre przypadki histeryi przebiegają bardzo podobnie do podagry, z przerwami, nieraz kilkoletniemi, które następują dzięki wyrównaniu utleniania.

W dyskusyi BARANOWSKI przemawia przeciw łączeniu histeryi z neurastenią: pierwsza jest zazwyczaj chorobą dziedziczną, gdy druga bywa taką tylko wyjątkowo. Objawy nerwowe, występujące w niektórych przypadkach bladaczki, uważać by należało za zależne od upośledzonego odżywiania układu nerwowego przy nieprawidłowej hematopoezie,

DYDYŃSKI zwraca uwagę na występowanie nerwic czynnościowych, jako pierwotnych zaburzeń psychicznych, oraz na pominięcie przez prelegenta wpływu spraw psychicznych na zaburzenia w przemianie materyi.

Według SOKOŁOWSKIEGO, nie należy identyfikować neurastenii z bladaczką.

JANOWSKI sądzi, że wtedy tylko zaburzenia utleniania uważać by można za przyczynę nerwic czynnościowych, gdyby było stwierdzonem, że zmiany we krwi poprzedzają objawy nerwic. Że wahania się szybkości sedymentacyi są objawem stałym przy nerwicach, nie dowodzi to, by były zmianami pierwotnemi, bo znane są zmiany wtórne, a jednak stałe, np. przerost komór serca przy tej lub innej wadzie.

Według FLAUMA, rozstrzygnięcie kwestyi, wszczętej przez BIERNACKIEGO,



jest bardzo trudnem, a to dlatego, że nie jesteśmy w stanie określić, gdzie utlenianie jest wzmózone, a gdzie zmniejszone.

BIERNACKI odpowiada, że jego badania wskazują jedynie na to: iż w nerwicach czynnościowych utlenianie jest zmienione. Według przypuszczenia B., skutkiem zmienionego utleniania jest wytwarzanie się jakichś produktów, zatruwających głównie układ nerwowy, podobnie jak w podagrze wpływowi kwasu moczowego podlegają głównie stawy.

Według JANOWSKIGO, za słusnością hipotezy BIERNACKIEGO przemawiałoby to, gdyby badania krwi, dokonywane stale u jednych i tych samych osobników w ciągu jakichś kilku lat, wykazały, że każde nasilenie objawów nerwicowych poprzedzają jedne i te same zmiany w biegu przemiany materji.

WOLBERG zwraca uwagę na to, że po usunięciu przyczyny neurastenii objawy nerwicowe ustępują, co nie miałyby miejsca, gdyby choroba ta zależała od zmian w utlenianiu.

DĄBROWSKI WITOSŁAW sądzi, że związek między przemianą materji a nerwicami nie jest tak ścisły, jak to utrzymuje B.. Nerwice urazowe występują pod wpływem wyraźnej przyczyny zewnętrznej.

ZIELIŃSKI EDWARD zaznacza, że hipotezę BIERNACKIEGO popierają dokonane w Paryżu badania moczu furyatów i melancholików i stwierdzone w ten sposób u podobnych chorych zaburzenia w przemianie materji.

KRYSIŃSKI sądzi, że wyniki badań B. nie upoważniają jeszcze do żadnych wniosków, bo zmiany sedymentacji krwi chorych na nerwice są takie same, jak w przebiegu chorób zakaźnych, np. gościca stawowego. Zresztą liczba tych badań jest jeszcze zbyt szczupłą.

Posiedzenie z dnia 16. XI. 1897.

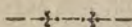
1) NEUGEBAUER przedstawia kobietę 30-letnią z ciążą pozamaciczną w 11-m miesiącu; ruchy płodu ustały w połowie września; od tego czasu pacjentka miewa wylewy krwawe z pochwy, bóle krzyża, uczucie ciężaru w brzuchu. W jamie brzusznej wyczuwa się guz, wielkością odpowiadający macicy w 9 miesiącu ciąży; po stronie prawej poniżej guza wyczuć można dno macicy próżnej, do której zgłębnik wchodzi na 9 ctm.. Sutki zawierają *colostrum*; błona śluzowa pochwy sina i rozpulchniona. N. zamierza operować swoją pacjentkę.

2) SAWICKI BRON. przedstawia drugi operowany przez siebie przypadek skręcenia głowy wrodzonego (*caput obstipum*), dotyczący 11-letniej dziewczynki. Głowa była tu mocno przyciągnięta do lewego barku wskutek zwyrodnienia bliźnowatego *m. sternocleidomastoidei*; bark uniesiony był znacznie ku górze. Twarz chorej była wyraźnie niesymetryczną. S. wyciął zwyrodniały mięsień wraz z jego pochwą według metody MIKULICZA, poczem głowę dziewczynki przegiął mocno, jak to czyni LORENZ, tak, aby prawe ucho dotknęło prawego barku. Po operacji na kilka dni nałożono chorej kołnierz gipsowy. Wynik operacji był najzupełniej zadawalający.

3) OETUSZEWSKI wygłosił odczyt p. n.: „Piąty przyczynek do nauki o zбочnieniach mowy, ze szczególnem uwzględnieniem afonii spastycznej“.

Opierając się na swoim materiale klinicznym i mając na uwadze najnowsze prace FLECHSIG'a o ośrodkach skojarzeniowych w mózgu, O. proponuje podział niemoty na zmysłowe i skojarzeniowe; prócz tego odróżnia O. niemotę u dorosłych od niemoty u dzieci, w obu zaś razach niemotę korową od pozakorowej, której źródłem są zmiany w uchu środkowem lub wewnętrznem. Po przytoczeniu statystyki spostrzeganych przypadków niemoty, bełkotania, mowy nosowej i jąkania się, O. wyraża zdanie, że t. zw. afonia spastyczna należy do kategorii jąkania się głosowego i ustępuje pod wpływem leczenia, jakie zwykle bywa stosowane w przypadkach jąkania się.

## Przegląd bibliograficzny.



BIEGAŃSKI WŁ. Zagadnienia ogólne z teoryi nauk lekarskich. Warszawa. 1897. Str. IX, 304, 8-o.

Gorąco polecamy czytelnikom Gazety Lekarskiej książkę, wymienioną w tytule, wydaną niedawno przez kasę MIAŃKOWSKIEGO. Rzecz to zwykła u nas i naturalna, że pisma nasze starają się zjednać nabywców wychodzącym u nas książkom i polecają je swym czytelnikom. W tym razie jednak o co innego chodzi, nie o nabywanie książki. Szkoda byłaby poprostu, żeby ktośkolwiek z naszych lekarzy nie przeczytał tego dzieła.

W literaturze lekarskiej, dzisiejszej jesteśmy wszyscy tak przytłoczeni nadmiarem faktycznego i kazuistycznego materiału często bardzo wątpliwej wartości, że wśród drzew nie widzimy lasu, tracimy z uwagi najogólniejsze i najważniejsze zagadnienia biologiczne i lekarskie, a przynajmniej niedostatecznie je oceniamy. Tymczasem w ostatnich dziesiątkach lat; na zagadnienia te z wielu stron padło nowe światło; na wielu polach powstały ważne uogólnienia. To też pragnęłoby się znaleźć wszystko zebrane gdzieś razem, wyłożone jasno i zwięźle, tworzące pewną organiczną całość.

Książka BIEGAŃSKIEGO doskonale spełnia to zadanie. Autor, prócz gorącego zamilowania do zagadnień ogólniejszej natury, prócz bardzo krytycznego, filozoficznego umysłu, ma jakiś szczęśliwy dar wykładu: oszczędza czytelnikowi mnóstwa drugorzędnych szczegółów, nie pozostawia go wśród sprzeczności i wątpliwości, ale z niezmierną jasnością i prostotą kreśli najistotniejsze rysy rozbieganych zagadnień. Powtóre, przetrawiwszy sam w swym umyśle przedmiot swej pracy, BIEGAŃSKI daje czytelnikowi nie jakiś obecny stan wiedzy o różnych odrębnych kwestyach, ale pewien skończony całokształt poglądów na życie i chorobę. To też książkę tę czyta się bardzo łatwo i z wielkiem zajęciem; oderwać się od niej trudno i kończy się ją z żalem, że była tak krótką. Polecamy ją nie tylko dla zadowolenia umysłowego czytelnika, dla uzupełnienia i uporządkowania w głowie teoretycznych wiadomości. Ma ona niewątpliwie i bezpośrednie praktyczne znaczenie: po przeczytaniu jej czytelnik widzi w nowem, ogólniejszem oświetleniu swe codzienne, drobnotkowe zajęcia. Każdy z czytelników Gazety, którego te kilka słów o dziele BIEGAŃSKIEGO skłoniłoby do przeczytania tej pracy, niezawodnie wdzięczny nam będzie za informację.

Po za tą, że tak powiem, praktyczną wartością dzieło to pod względem naukowym stanowi w naszym piśmiennictwie niezwykle wydarzenie. Pomi- jam już, że podziwiać trzeba umysł tego lekarza z miasta prowincjonalnego, który, walcząc z najnieprzyjajniejszymi warunkami dla pracy naukowej, pokonywa je z żywiołową niemal siłą, i rozwijając się stopniowo, dochodzi do ostatecznych uogólnień. Rozbierana praca nie tylko w naszych warunkach, ale w każdej literaturze zajęłaby zaszczytne miejsce ze względu na śmiałość i oryginalność poglądów autora. Już wyżej wspominaliśmy, że całe to dzieło jest skończonym w sobie poglądem na zagadnienia biologiczne umysłu filozoficznego i oryginalnego. Za wyłączną jednak własność BIEGAŃSKIEGO, za własną jego teorię choroby, konsekwentnie rozwiniętą, należałoby, zdaniem naszym, uznać ostatnie rozdziały książki, poglądy na pojęcie choroby, mechanizm jej powstawania, na choroby czynnościowe i organiczne, na znaczenie zmian anatomicznych w patologii, na celowość choroby, wreszcie na le-

czenie. Nie będziemy tu rozbierali teorii B., z którą można się zgodzić lub ją odrzucić, nie będziemy też doszukiwali się usterek w szczegółach tej niepospolitej pracy, usterek, od których całkiem wolną nie jest.

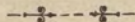
Zostawiamy to innym krytykom.

Na zakończenie wspomnę jeszcze, że oryginalność i szerokość umysłu autora przebija się nawet w krótkim wstępie, w którym kilku śmiałymi rysami scharakteryzował stanowisko naszej medycyny i rolę w niej CHALUBIŃSKIEGO.

Chelchowski.

---

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOW REDAKTORZE!RZE!

Pisząc do Gazety Lekarskiej „listy z Paryża“, nie miałem bynajmniej na celu opracowywanie szeregu monografii, z uwzględnieniem historii przedmiotu, wyczerpującej statystyki wyników operacyjnych i t. d.. Zadaniem mojem było krótkie sprawozdanie z tego, co mnie podczas podróży najwięcej zainteresowało. Nie więc dziwnego, że, pisząc o wycinaniu nerwu współczulnego, wprost powołałem się na drugi tom CHIRPAULT'a *Chirurgie opératoire*. Niestety chciało, żem nie przeczytał od deski do deski numeru 13-tego *Centrallblatt f. Chirurgie* i że na Zjeździe w Moskwie nie byłem.

W każdym razie bardzo mi przykro, żem pominął kolegę BARĄCZA, o którego pracy na razie nie wiedziałem.

Obawiam się, czym też nie pominął i prac innych autorów, którzy o tym samym przedmiocie pisali. Powtarzam, żem, pisząc „listy“, nie studyował wcale historii pomysłu wycinania nerwu współczulnego i dla tego zmuszony jestem przeprosić kolegę BARĄCZA, jak również innych autorów, jeśli istnieją, że o nich nie wspomniałem.

Z drugiej strony cieszę się szczerze z tego, że tak doniosły pomysł należy do sympatycznego i dzielnego kolegi naszego BARĄCZA, który już niejednokrotnie przyczynił się do uświetnienia historii chirurgii polskiej swemi pięknymi pracami.

Nadmieniam tylko, że kolega BARĄCZ wykonał resekcyę nerwu współczulnego 27 stycznia 1889, a więc niezależnie i w nieświadomości o pracach ALEXANDER'a, którego „*The treatment of Epilepsy*“ [Edyburg, Pentland, 1889] wyszło dopiero w kwietniu tegoż roku.

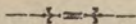
Wszelako w owej pracy ALEXANDER'a czytamy, iż nie w 1889 roku, ale w 1883 wykonał takich operacji dziewięć, w 1884 kilka, w 1885 także kilka i t. d.. Musimy więc na tę sprawę zapatrywać się w ten sposób, że kolega BARĄCZ wpadł na pomysł, który na kilka lat przedtem był już przez ALEXANDER'a niejednokrotnie stosowany i prawdopodobnie na rozmaitych posiedzeniach Towarzystw lekarskich przezeń opisywany, tylko że ani kolega BARĄCZ, ani ja nie czytaliśmy nigdzie sprawozdań z owych posiedzeń, a raczej nigdzie tych sprawozdań nie szukaliśmy przed rokiem 1889 ym.

Ileż to razy zdarza się w ten sposób przeoczyć rzecz, gdzieindziej znaną!

Nicea 7 Grudniu 1897.

R. Jasiński.

## Wiadomości bieżące.



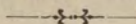
— W Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem zostali na r. 1898 wybrani na prezesa prof. MACIEJ JAKUBOWSKI, na wiceprezesa lekarz powiatowy D-r GUSTAW BIELAŃSKI, na sekretarza dorocznego D-r KSAWERY GÓRSKI, na skarbnika D-r JAN GWIAZDOMORSKI, na redaktora „Przeglądu Lekarskiego“ D-r AUGUST KWAŚNICKI.

— Docent D-r KAROL ŻUŁAWSKI mianowany został profesorem nadzwyczajnym psychiatrii w uniwersytecie Jagiellońskim.

— Zmarł w Ciechocinku w 57 r. życia D-r ALFONS PAJEWski, lekarz zdrojowy, tamże od lat kilkunastu zamieszkały, wychowaniec uniwersytetu Kijowskiego. Otwartość i szczerłość charakteru, gotowość do usługi, uczciwość w postępowaniu i nigdy niezamącony humor zjednały nieboszczykowi licznych przyjaciół tak w sferze lekarzy, jak i publiczności. W chwilach wolnych od zajęć zawodowych zabawiał się piórem, a specjalnie balneologią, z dziedziny której napisał [aż do litery F] cały szereg artykułów do wychodzącej obecnie „Wielkiej encyklopedyi ilustrowanej“. Prócz tego wspólnie ze ś. p. ROGOWICZEM napisał artykuł do „Medycyny“: O cierpieniu kiszki grubej pochodzenia zimniczego“.

---

## Od Wydawcy.



„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1898 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1898 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

---

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów kartę tytułową i spis rzeczy do Tomu XVII Gazety Lekarskiej za 1897 rok.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Ценаурою, Варшава 11 Декабря 1897. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.