

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O skrytych postaciach zakażenia septycznego (*Pyo-septicaemia cryptogenetica*), napisał Władysław Biegański. (Ciąg dalszy). — O stosunku rozwoju mowy u dziecka do jego inteligencji, napisał d-r Władysław Ołtuszewski. (Dokończenie). — Przypadek zapalenia około- i przymaci-
cznego połogowego (*perimetritis et parametritis puerperalis*) wyleczony zapomocą sposobu Fochier'a, podał Zygmunt Podziemski. — Praktyczne wyniki odkrycia Röntgen'a. — **Streszczenia i wyciągi.** 20. Postacie
urazowe zwichnięć kości stopy. 21. O odkażaniu palców i rąk przed badaniem i zabiegami położniczymi.
22. Urobilina w moczu prawidłowym i patologicznym 23. Przyczynek do nauki o czynności gruczołu tar-
czowego. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wł. Bie-
gański — Sur les pyo-septicémies cryptogénétiques.
2) D-r Wł. Ołtuszewski — Sur la relation entre le
développement de la parole chez l'enfant et son in-
telligence. 3) D-r Z. Podziemski — Un cas de péril-
métrite et paramétrite puerpérales guéries par les
injections du D-r Fochier.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Wł. Bie-
gański — Ueber cryptogenetische Pyo-septicaemien.
2) D-r Wł. Ołtuszewski — Ueber das Verhältniss
der Entwicklung der Sprache beim Kinde zu seiner
Intelligenz. 3) D-r Z. Podziemski — Ein Fall von
Peri- und Parametritis puerperalis mit Erfolg durch
die Fochier'sche Methode behandelt.

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

O SKRYTYCH POSTACIACH ZAKAŻENIA SEPTYCZNEGO

(*Pyo-septicaemia cryptogenetica*),

napisał Władysław Biegański.

(Podług wykładu wypowiedzianego na zebraniu lekarzy prowincjonalnych w maju 1895 r. w Częstochowie).

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 6).

Fakt, że w końcowym przebiegu tyfusu brzuszego występuje bardzo często powikłanie z zakażeniem ropnem, był już dawno spostrzegany. Pierwszy DUNIN dowiódł obecności takiego zakażenia szeregiem badań bakteriologicznych ropy z ognisk ropnych, powstających w końcowym okresie tyfusu brzuszego. Zakażenie takie ujawnia się często rozmaitemi przerzutowemi sprawami ropnemi, jakoto: zapaleniem ropnem gruczołu przyusznego, zapaleniem tkanki łącznej podskórnej, zakrzepem i zapaleniem żył, zapaleniem okostnej, tkanki okółostawowej i t. p. Niezawsze jednak tak bywa; często-
kroć zakażenie takie ujawnia się sprawami przerzutowemi, nie prowadzącemi do ropienia, np. zapaleniem stawów surowiczem, zapaleniem wsierdza, opłucnej i t. p. Nakoniec w postaciach tych zakażenia septycznego najczęściej spraw
przerzutowych nie spotyka my, lecz tylko pewien właściwy, ogólny przebieg choroby. Otóż, gorączka w przypadkach takich przedstawia typ przestankowy, z mocnymi, wstrząsającymi dreszczami, z obfitymi potami przy spadku ciepłoty. Napaady gorączki przestankowej powtarzają się bądź codziennie, bądź w nieprawi dlowych przestankach, i trwają niekiedy przez kilka tygodni. Ten właściwy przebieg końcowego okresu tyfusu brzuszego zdarza się dość często i daje powód, ze względu na podobieństwo objawów, do przypuszczenia, że powikłany on jest zimnicą. Najprawdopodobniej jednak jest to zakażenie

septyczne; z owrzodzeń w kiskach następuje co pewien czas wessanie znacznej ilości toksyn ropienia do obiegu krwi, czem objaśnić sobie możemy nagłe wzniesienie ciepłoty z dreszczem i nagły jej spadek po wydzieleniu toksyn z ustroju. Chcąc być konsekwentnym, należy i gorączkę zwalniającą lub przestankową trzeciego okresu tyfusu brzuszego uważać za przejaw wikłającego zakażenia septycznego. Przemawia za tem ta okoliczność, że nieraz zdarzają się przypadki tyfusu brzuszego z zakończeniem choroby prawie krytycznym, lub fakt, zauważony już oddawna przezemnie, że po obfitych krwotokach, powstających z wczesnego odpadania strupów zgorzelinowych w końcu trzeciego lub w czwartym tygodniu tyfusu, okres zwalniający gorączki bardzo często nie występuje. Powierzchnowe ropienie na owrzodzeniach odkrytych nie sprzyja widocznie wessaniu wytworzonych toksyn. Opisują (H. NEUMANN, LAUFER¹¹⁾) przypadki tyfusu brzuszego z wysypką różycową w końcowym okresie tej choroby. W przypadku NEUMANN'a znaleziono łańcuszkowce w moczu chorego, a w przypadkach LAUFER'a były spostrzegane równocześnie z wysypką ropnie w tkance podskórnej i nerkach.

Dodać wszakże winniśmy, że całej powyższej teorii zakażenia mieszanego w tyfusie brzuszym bezwzględnie przyjmować nie można. W ostatnim czasie mnożą się spostrzeżenia, dowodzące, że i lasecznik tyfusowy może wywołać ropienie. Znajdowano nieraz w ropie ognisk ropnych, powstających po tyfusie, tylko laseczniki tyfusowe bez drobnoustrojów ropotwórczych. A zatem nie wszystkie ropnie przerzutowe w tyfusie brzuszym są następstwem zakażenia septycznego.

Co do owrzodzeń gruźliczych, to możemy tu powtórzyć *mutatis mutandis* wszystko to, co już wspominaliśmy przy opisie zakażenia septycznego w gruźlicy płuc. I owrzodzenia gruźlicze kisek, podobnie jak jamy płucne, mogą prawdopodobnie być źródłem ogólnego zakażenia septycznego, przejawiającego się w postaci gorączki hektycznej, ropni przerzutowych lub innych powikłań.

Owrzodzenia dysenteryczne mogą także być punktem, skąd drobnoustroje ropotwórcze przenikają do obiegu krwi. Oddawna już znany był fakt, że po dysenterji powstawać mogą ropnie wątroby. To samo źródło wska, zać możemy w wielu przypadkach ropni podprzeponowych, ropnia gruczołów krezkowych i t. p. W przypadkach ciężkiej dysenterji przewlekłej spostrzegano nieraz liczne ropnie podskórne, ropienie w śliniankach przyusznych. STOLL i HEUBNER opisują przypadki dysenterji przewlekłej, gdzie w przebiegu choroby wystąpiło zapalenie stawów w postaci gośćca wielostawowego.

Kończąc rzecz o zakażeniu septycznym, gdzie punktu wyjścia zakażenia szukać należy w przewodzie pokarmowym, musimy jeszcze wspomnieć o miejscowych sprawach ropnych dróg wątrobowych, skąd nieraz może także wystąpić ogólne zakażenie ustroju. Takie zapalenie ropne dróg wątrobowych występuje najczęściej jako następstwo kamieni bądź w pęcherzyku, bądź w innych przewodach żółciowych. W zawartości pęcherzyka żółciowego przy kamieniach znajdowano liczne drobnoustroje chorobotwórcze, że tu wspomnę tylko o *bacterium coli*, pneumokoku FRAENKEL'a, oraz o gronkowcach (CANON, DUPRÉ, ORTNER) i łańcuszkowcach (LEYDEN, DUPRÉ). Drobnoustroje te przenikają prawdopodobnie do pęcherzyka i dróg żółciowych z przewodu pokarmowego, czemu sprzyja w wysokim stopniu zastój żółci i roz-

¹¹⁾ Patrz art. FUEBRINGER'a w Encyclopädische Jahrbücher, 1892 r.

szerzenie przewodów wątrobowych. Jeżeli teraz zważymy, że kamienie spowodzają często poważne zmiany anatomiczne w drogach żółciowych, poczynając od mniej więcej powierzchownych owrzodzeń, a kończąc na zaniku błony śluzowej, okolicznych zapaleniach zlepnym, przedziurawieniach i t. p. (JANOWSKI), to wobec takich zmian przenikanie drobnoustrojów chorobotwórczych do obiegu krwi staje się łatwym do pojęcia.

Takie przenikanie drobnoustrojów lub ich toksyn do obiegu krwi wyraża się rozmaicie pod względem klinicznym. Oddawna znany był fakt, że przynajmniej w 60% napadów kolki wątrobowej występuje gorączka. Gorączka ta może niekiedy zjawiać się peryodycznie pomiędzy napadami kolki. Posiada ona wszystkie cechy gorączki przestankowej ropniczej, z mocnym wstrząsającym dreszczem w okresie jej występowania i z obfitymi potami przy spadku. Otóż gorączkę tę uważano do ostatniego prawie czasu jako występującą na drodze odruchowej wskutek podrażnienia obwodowych nerwów dróg żółciowych przy przejściu kamienia. Tymczasem obecnie większość autorów (ORTNER) skłania się do pojmowania gorączki tej jako przejawu zakażenia ropnego, jako następstwa wessania toksyn ropotwórczych drobnoustrojów, znajdujących się zwykle, jak już wspominaliśmy, w znacznej liczbie w zawartości dróg żółciowych przy kamicy wątrobowej.

Niekiedy zakażenie septyczne objawia się tylko powyżej wspomnianymi napadami gorączkowymi; w wielu jednak przypadkach występują też i zapalenia przerzutowe. Tutaj wspomnieć musimy o ropniach wątroby, spotykanych dość często przy kamieniach żółciowych, o ropniach płuc (BRIEGER), o zapaleniu wsierdza (AUBERT, NETTER, ROTHMUND), o zapaleniu opon mózgowych (FÜRBRINGER, ORTNER), o krwotocznym ostrym zapaleniu nerek, jako następstwie tej sprawy ¹²⁾. Słowem, spotykamy w pewnych przypadkach kamicy wątrobowej typowy obraz ogólnego zakażenia septycznego, za źródło którego uważać jedynie należy miejscową sprawę ropną, zachodzącą w drogach żółciowych.

Z kolci przystępujemy do dróg moczowych, które także w pewnych, względnie rzadkich, przypadkach mogą być powodem ogólnego zakażenia septycznego ustroju. W warunkach prawidłowych drogi moczowe nie zawierają żadnych drobnoustrojów, o czym przekonano się, badając bakteriologicznie mocz ludzi zdrowych. Drobnoustroje chorobotwórcze dostać się jednak mogą do dróg moczowych w warunkach patologicznych, bądź z krwi przez nerki (znajdowano bakterie w moczu chorych na rozmaite choroby zakaźne), bądź z jamy brzusznej i kiszek (daty zresztą niepewne, tyżące się obecności *bacterii coli* w pęcherzu — przy niezycie pęcherza). Tak lub owak, faktem jednak jest, że w drogach moczowych zachodzić mogą sprawy miejscowe ropne, które stają się ogniskiem, skąd przy szprzysajających okolicznościach wytworzyć się może ogólne zakażenie septyczne ustroju. Najczęściej spotykamy powikłanie takie przy ropnym zapaleniu miedniczek nerkowych (*pyelitis*). Podobny przypadek spostrzegalem przed 2-ma laty w praktyce prywatnej.

8) Pani L., żona urzędnika kolejowego, lat 26 licząca, zachorowała na mocne bóle w prawej okolicy podżebrowej, bóle napadowe z przestankami mniej więcej długotrwałymi. Przy pierwszym badaniu (w tydzień po wystąpieniu bólów) znalazłem osobę dobrze odżywioną, bez żadnych zmian w narządach wewnętrz-

¹²⁾ Szczegóły patrz w pracy GUMPRECHT'a. Neuere Fortschritte in der Kenntniss d. Cholelithiasis Deutsche med. Wochenschrift, 1895 r.

nych, znajdującą się w 4-ym miesiącu ciąży (poprzednio dwa razy pomyślnie rodziła). Z opisu bólu sądzić można było, że mamy do czynienia z kolką nerkową i dlatego przystąpiłem przedewszystkiem do zbadania moczu. Otóż mocz był bledy, odczynu kwaśnego, mocno mętny, o niskim ciężarze gatunkowym (1010). Po odsączeniu mocz zawierał ślady białka, w osadzie zaś znaleziono pod drobnowidzem liczne ciała ropne, nabłonek z górnych dróg moczowych i zupełny brak walczków. Na zasadzie badania tego rozpoznanie zapalenia miedniczek nerkowych nie ulegało żadnej wątpliwości. Przyczyny jednak tego zapalenia oraz czasu trwania choroby nie można było określić. Mając na względzie mocne bóle napadowe w prawej okolicy lędźwiowej i podżebrzowej, przypuściłem, jako najprawdopodobniejszą przyczynę tej sprawy, kamienie moczowe w prawej miedniczce nerkowej. Przepisano więc wody alkaliczne, dyetę mleczną i opaskę hydriatryczną. Wkrótce jednak do powyższych objawów przyłączyły się napady gorączki przestankowej, napady powtarzające się często, codziennie lub nawet 2 razy dziennie, z mocnym dreszczem wstrząsającym, z potami przy spadku gorączki. Podczas dreszczu gorączka dochodziła do 40,5°, po potach spadała do 37 lub 37,5°.

Stan taki z objawami powyższymi, mianowicie ze słabym już, chwilowo tylko nasilającym się bólem w okolicy lędźwiowej prawej, z gorączką przestankową i ropomoczem z opisanymi już właściwościami, trwał bez zmiany przez 4 tygodnie. Siły chorej ogromnie się wyczerpywały. W okolicy lędźwiowej nie można było odnaleźć ani obrzmienia, ani wyraźnego chęłbotania głębokiego. Mając na względzie ciężki stan chorej, nalegaliśmy razem z kol. WASSERCUGIEM z Zawiercia, na wywiezienie jej do Warszawy w celu dokonania wycięcia nerki prawej. Ostatecznie rodzina chorej zdecydowała się na wyjazd do Warszawy. Jeszcze na kilka dni przed wyjazdem nastąpiło poronienie, stan chorej jednak pozostał bez zmiany. W Warszawie operacji nie dokonano ze względu na ciężki, beznadziejny stan chorej; po dwóch tygodniach coraz większego upadku sił nastąpiła śmierć.

W przypadku powyższym mieliśmy do czynienia z ciężkim ogólnym zakażeniem ustroju, którego źródłem było niewątpliwie zapalenie miedniczek nerkowych. Podobne przypadki nie zdarzają się często, nie należą jednak do wyjątków, jak o tem świadczy opisany przez PRUSZYŃSKIEGO przypadek ¹³⁾.

Do zakażenia septycznego należy prawdopodobnie olbrzymia większość przypadków t. zw. gorączki moczowej (*la fièvre urineuse*—francuskich autorów). Już oddawna zauważono (VELPEAU, CIVIALE), że po operacjach w drogach moczowych (katetyzacja, litotrypsja) albo nawet i bez operacji, w przewlekłych rozległych nieżytach dróg moczowych, jakie spotykamy przy przerostie gruczołu krokowego, kamieniach, nowotworach pęcherza, — występuje często gorączka. Czas trwania tej gorączki bywa rozmaity: od jednego dnia do kilku i kilkunastu tygodni. Gorączka ma najczęściej typ przerywany z dreszczami i potami, lub mocno zwalniający, rzadziej stały. Równocześnie z gorączką występuje dość znaczny upadek sił, zaburzenia w trawieniu, bredzenie. W rzadszych przypadkach spotykamy przerzuty: zapalenia stawów, niekiedy ropne, zapalenie tkanki łącznej podskórnej także ropne, zapalenie gruczołu przyusznego i t. p. Gorączka moczowa może w ciężkich, długotrwałych przypadkach sprowadzać zejście śmiertelne, w lżejszych kończy się wyzdrowieniem. Co do pojmovania tej sprawy, zdania do ostatniego czasu były podzielone. GUYON wylicza w swoim podręczniku ¹⁴⁾ kilkanaście teorii tej gorączki, ogłoszonych przez samych tylko autorów francuskich; sam zaś uważa sprawę tę za zatrucie ustroju rozkładowym moczem (*l'empoisonnement urineux*). Co do gorączki efemerycznej, która występuje nieraz po

¹³⁾ PRUSZYŃSKI. Posocznica przy zapaleniu miedniczek nerkowych, *Gazeta Lekarska* 1894 r.

¹⁴⁾ GUYON. *Leçons sur les maladies des voies urinaires* 1881 r.

cewnikowaniu, to większość autorów uważa ją do dnia dzisiejszego za sprawę czysto odruchową, nerwową. Najprawdopodobniej jednak olbrzymią większość wszystkich podobnych przypadków odnieść należy do zakażenia septycznego. Źródło takiego zakażenia upatrywać należy bądź w zapaleniu ropnem dróg moczowych (*pyelocystitis*, *pyelonephritis*, *cystitis*), bądź w przeniesieniu zarazka zzewnątrz przez niedokładnie odkażone narzędzia.

Mówiąc o zapaleniu dróg moczowych, jako o źródle ogólnego zakażenia septycznego, musimy jeszcze wspomnieć o rzeżączce (*gonorrhoea*), w przebiegu której spotykamy nieraz powikłania i przerzuty. Wiadomo już oddawna, że w przebiegu rzeżączki wystąpić mogą zapalenia stawów (t. zw. *rheumatismus gonorrhoeicus*), zapalenie wsierdza, zapalenie gruczołu przysadczowego, tkanki łącznej podskórnej i t. p. Gościec rzeżączkowy, najczęstsze powikłanie tej sprawy, odznacza się pewnymi właściwościami, a mianowicie: zajmuje najczęściej jeden tylko staw duży (kolanowy, łokciowy, stopowy), jest niezmiernie uporczywy, trwa tygodnie całe, miesiące niekiedy, nie ustępuje od działania przetworów salicylowych. Dotąd była to w nauce sprawa sporna, czy wspomniane powyżej powikłania rzeżączki zależą od zakażenia ustroju gonokokami NEISSER'a, czy też jest to zakażenie mieszane, t. j. zakażenie septyczne, przylączające się do pierwotnego, rzeżączkowego zakażenia. Sprawa ta i dzisiaj nie jest jeszcze dostatecznie rozwiązana, coraz jednak częściej ogłaszane są spostrzeżenia, gdzie w wysiękach stawowych, w ropie ropni przerzutowych, w złogach na zastawkach przy zapaleniu wsierdza—znajdowano tylko gonokoki NEISSER'a [BUJWID ¹⁵⁾, DAUBER u. BORAT ¹⁶⁾]. A zatem gonokok należy prawdopodobnie do rzędu tych drobnoustrojów (pneumokok FRAENKEL'a, *bacterium coli*, lasecznik tyfusowy), które mogą wywołać nie tylko miejscowe zapalenie ropne, ale i sprawy przerzutowe na podobieństwo tych, jakie spotykamy przy zakażeniu gronkowcami i paciorkowcami.

Pozostaje nam teraz ostatni dział zapaleń miejscowych, jako przyczyn ogólnego zakażenia septycznego, dział zapaleń ropnych w drogach płciowych. Mamy tu na myśli głównie narządy płciowe kobiece, te bowiem, ze względu na swój obszar i częstość zapaleń miejscowych, odgrywają niepoślednią rolę w etyologii omawianej obecnie sprawy. A zatem, *a priori* już należało się spodziewać, że nieżyty ropne pochwy i macicy, zapalenia ropne jajowodów i t. p., dość często spotykane sprawy, powinny nieraz powodować rozmaite przejawy ogólnego zakażenia septycznego. I w rzeczy samej, źródło to dość często odnaleźć można w rozmaitych lżejszych lub cięższych obrazach klinicznych *pyosepticemiae*. Jako przykłady podać mogę następujące spostrzeżenia własne:

9) A. K., prostytutka, zapisała się do szpitala w czerwcu 1892 r. z powodu obfitych upławów, trwających już od 10 dni. Przy badaniu znaleziono obfitą wydzielinę ropiastą z narządów płciowych. Część pochwowa macicy obrzmiała, zaczerwieniona; z macicy również wydziela się obfity odpływ ropiasty. Zresztą, w innych narządach zmian żadnych nie znaleziono. Przepisano letnie przestrzykiwania z alunu i kwasu bornego. W kilka dni po przybyciu do szpitala, chora dostała nagle dreszczów, ciepłota odrazu podniosła się do 39,5°, równocześnie prawie wystąpiła obfita wysypka na kończynach dolnych i górnych, oraz na twarzy. Wysypka przedstawiała wszystkie cechy różycy wysiękowej i na kończynach trzymała się głównie powierzchni wyprostnych. Na tułowie wysypki nie było. Nazajutrz

¹⁵⁾ BUJWID. Przypadek ropnicy rzeżączkowej. „Medycyna“ 1895 r.

¹⁶⁾ DAUBER u. BORAT. Maligne Endokarditis im Anschluss an Gonorrhoe. Deutsches Arch. für klin. Med. 1895 r.

po pojawieniu się wysypki i gorączki, chora zaczęła się uskarżać na bóle w stawach palców; rzeczywiście, przy badaniu na obydwóch rękach znaleziono obrzęknięcie kilku stawów drobnych, oraz bolesność ich przy ucisku. W narządach wewnętrznych nie znaleziono zmian żadnych, w moczu tylko spostrzeżono ślady białka. Gorączka w przypadku tym trwała 4 dni, powoli *per lysin* spadając. Ślady wysypki na kończynach można było spostrzedz jeszcze po dniach 10-iu; zajęcie stawów przeszło bez śladu zaraz po spadku gorączki.

Podobnych przypadków spotykałem bardzo wiele. Co rok prawie w oddziale dla chorób wenerycznych naszego szpitala spotykam po jednym lub po kilka nawet podobnych przypadków. Wszystkie te przypadki dotyczą jedynie prostytutek z obfitymi upławami ropiastymi, z zapaleniem jajowodów i t. p. sprawami miejscowymi. We wszystkich przezemnie spostrzeganych przypadkach znajdowałem stale różycę wysiękową, mniej więcej rozległą, z gorączką trwającą kilka dni do tygodnia, gorączką różnego zresztą natężenia. Inne powikłania nie były tak stałe. Samą różycę bez innych powikłań spotykałem 4 razy; różycę i zapalenie stawów 3 razy; różycę, z zapaleniem stawów i zapalenie wsierdza—1 raz; różycę i zapalenie opłucnej—1 raz; różycę i samo zapalenie wsierdza—1 raz. Wszystkie wzmiankowane przypadki przebiegały szczęśliwie; nawet zapalenie wsierdza, spostrzegane 2 razy, nie pozostawiło po sobie żadnych trwałych zmian w zastawkach.

(D. n.).

O stosunku rozwoju mowy u dziecka do jego inteligencji,

napisał D-r Władysław Ołtuszewski.

(Dokończenie.—Zob. N. 6).

Należy jeszcze nadmienić kilka słów o *p i e r w o t n y m j ę z y k u* dziecka, poprzedzającym właściwy rozwój ośrodków mowy. Pierwotne głosy, przeważnie samogłoski, w pierwszych tygodniach życia, podobnie jak krzyk, należą do zjawisk odruchowych, i dzieci wydają je bezwiednie — zwykle jako oznakę cierpienia. Wyrażają one nam tylko wrodzoną zdolność do funkcji obwodowego narządu mowy (artykulacji) i nie mają nic wspólnego z ośrodkami pamięci mowy, rozwijającymi się znacznie później. We wczesnych okresach powstaje również możność kojarzenia wrażeń i uczuć ze sferą ekspresyjną, t. j. miny i pantominy (w następstwie wyraz twarzy i giesty), za pomocą których dziecko wyraża swe uczucia, wrażenia i wzruszenia.

Zgodnie z tem, cośmy dotychczas powiedzieli, rozróżniamy trzy okresy rozwoju mowy u dziecka: 1) język pierwotny, to jest oddzielne głosy i mowę niemą; 2) rozwój ośrodków pamięci słownej mowy; 3) okres łączenia pojęć z wyrazami (mowa samodzielna).

Podstawą psychofizyologiczną najniższego stopnia rozwoju mowy, to jest jej rozumienia, jak i duchowego rozwoju wogóle, jest *p a m i ę ć* nieodczuwana do kojarzeń. Zarówno, jak dla przejawu najelementarniejszej inteligencji, to jest postrzegania jakiegokolwiek przedmiotu, a więc jego kształtu, oddalenia i t. d., potrzeba kojarzyć sferę wzrokową kory z czuciami ruchów w mięśniach oka, tak również dla najniższego szczebla rozwoju mowy, to jest rozumienia, konieczna jest asocjacja dźwięków i szmerów ze sferą wzrokową lub inną zmysłową, przyjmującą udział w powstawaniu pojęć. W miarę roz-

woju woli i pamięci, powstają wyższe stopnie rozwoju mowy, t. j. powtarzanie i mowa samodzielna.

Wyjaśnienie warunków, od których zależy porządek występowania oddzielnych dźwięków oraz tworzenia się wyrazów i sylab, mające ważne znaczenie dla rozumienia bełkotania fizyologicznego, patologicznego oraz niemoty wrodzonej, — ograniczeni brakiem miejsca, musimy pominąć. Również dla tego samego powodu nie możemy się zatrzymywać nad pytaniem, w jaki sposób dziecko uczy się mówić oraz kształci swój język, lecz przechodzimy do porównania rozwoju umysłu dziecka z okresem początków wiązania jego pojęć z wyrazami.

Z przedstawionego rozwoju duchowego dziecka dowiedzieliśmy się, że do początków używania choćby kilku wyrazów ze zrozumieniem, to jest mniej więcej do 21-go miesiąca, posiada ono już do pewnego stopnia rozwinięte poznanie, uczucie, wolę i świadomość. Przykłady, szczegółowo opisane w spostrzeżeniu, w okresie czasu, kiedy dziecko nie potrafi jeszcze powtórzyć ze zrozumieniem dwusylabowego wyrazu, a mimo to uzdolnione jest do sądów, doświadczeń, uogólnień i porównań, w zupełności dowodzą, że dziecko bez właściwej mowy może objawiać swoje uczucia, życzenia, postanowienia, że więc proces myślenia, w przyszłości związany z mową, odbywa się w początkach niezależnie od niej. Odwrotnie znów, spostrzeżenie nad rozwojem języka u dziecka, przekonało nas, że jego podstawą psychofizyologiczną jest ten sam czynnik, od którego zależy rozwój poznania, to jest pamięć, że rozwój mowy postępuje równolegle z rozwojem pamięci i że proces myślenia nie jest zależny od wyrazów, lecz odwrotnie, pamięć warunkuje pierwsze ich rozumienie. Powolniejszy rozwój woli, jak widzieliśmy, jest przyczyną, że dzieci wcześniej rozumieją mowę, aniżeli mogą ją naśladować i samodzielnie mówić. Nareszcie nie ulega wątpliwości, że i trzeci czynnik świadomości, to jest uczucie, również przyczynia się do rozwoju mowy, gdyż język początkowy dziecka jest przedewszystkiem językiem jego uczucia, a tylko stopniowo staje się środkiem komunikowania wyobrażeń i pojęć.

Porównawszy teraz rozwój duchowy dziecka z rozwojem jego mowy, widzimy, że choć mowa stanowi najdoskonalsze narzędzie do kształcenia naszego umysłu i jedynie sama zdolna jest wytwarzać pojęcia oderwane, nie stwarza jednak inteligencji, lecz przeciwnie, jest jej wytworem dziejowym, podobnie jak inne nabytki cywilizacji. Uzdolnienie umysłowe człowieka doprowadziło go do utworzenia języka, a nie odwrotnie, gdyż powstał on nieświadomie i stanowi tylko jeden z objawów jego inteligencji. Rozum nasz nie zależy od znajomości wyrazów, lecz od bogactwa wyobrażeń i myśli. Mowa jest tylko środkiem do wyrażania naszych pojęć, a wyrazy są jej symbolami.

W zakończeniu niniejszego, możliwie najzwięźlejszego streszczenia wyżej pomienionej pracy, pozwolę sobie choć w kilku słowach wskazać ważność tego rodzaju badań. Spostrzeżenia nad rozwojem mowy u dzieci dają nam przedewszystkiem bardzo ważny punkt oparcia do rozważania mowy jako czynności psychicznej. Badania w tym kierunku albo się przyczyniły, albo też potwierdziły obecne nasze zapatrywanie na mowę, rozważaną pod względem psychicznym, jako zbiór kojarzeń między ośrodkami kory bądź czuciowymi, bądź ruchowymi, a impresyjną i ekspresyjną stroną mowy. Zgodnie z temi badaniami, jak również z wyni-

kami spostrzeżeń nad zmianami strony psychicznej człowieka, a przedewszystkiem jego mowy przy różnego rodzaju uszkodzeniach substancji mózgowej, ośrodki mowy uważamy obecnie za zakończenia korowe nerwów zmysłowych i ruchowych, służące jednocześnie do przyjmowania i innych wrażeń, oprócz odnoszących się do mowy, a więc pamięci dźwięków, pamięci ruchowej i wrażeń wzrokowych wogóle wziętych. Zapoznanie się z podstawami psychofizjologii mowy ułatwia zrozumienie wielu jej zбочeń. Opierając się właśnie na danych, z podstaw tych wypływających, a wykazujących, że uzdolnienie umysłowe człowieka wytwarza zarówno mowę niemą, jak znakową, możemy uogólnić obecne nasze zapatrywanie na niemotę, jako częściowe zaburzenie pamięci nieodzownych do kojarzeń, zachodzących podczas różnych aktów mowy, oraz wyjaśnić sobie patogenezę belkotania i niemoty wrodzonej³⁾.

Badanie rozwoju mowy tłumaczy nam również usposobienie do jåkania oraz wadliwego wymawiania. Pierwsze bierze początek w występującym na początku 3-go roku niestosunku między chęcią mówienia, a sprawnością narządów artykulacyjnych wyrażania tego słowami, co samo przez się lub łącznie z innymi sprzyjającymi warunkami powoduje tę nerwicę; drugie w braku wprawy narządów artykulacyjnych (osłabienie pamięci ruchowej), przeciągającej się do czwartego roku, co, przy istniejącym złym wzorze mowy lub niedbalstwie ze strony otoczenia, może przyczynić się do powstania stale utrzymującego się wadliwego wymawiania. Zrozumienie podstaw wszystkich wyżej pomienionych zбочeń ułatwia nam stworzenie racjonalnej higieny mowy⁴⁾.

Dokładne zdanie sobie sprawy ze stosunku umysłu do mowy ma również ważne znaczenie dla pedagogiki choćby z tego względu, aby, zgodnie z tem, że wyobrażenia nasze poprzedzają symbole, dzieci nie uczyły się wyrazów, których nie rozumieją, i nie zaznajamiały się zbyt wcześnie z pojęciami abstrakcyjnymi, zupełnie dla nich nieprzystępnymi. Odnosne badania niemniej są interesujące i dla lingwistów, rzucając poniekąd światło na filozofię mowy, a więc jej stosunek do umysłu, początek oraz rozwój.

O ile badanie nad rozwojem mowy przyczynia się do wytworzenia racjonalnego poglądu na jej psychologię, stanowi korzyść dla lekarza, pedagoga i lingwisty, o tyle znów wyniki pracy w kierunku psychobiologicznym, śledząc genezę trzech składników życia duchowego w najwcześniejszych okresach rozwoju człowieka, mogą się stać niezmiernie cennym przyczynkiem do racjonalnej podwaliny psychologii ogólnej. Jedynie poznanie owego rozwoju w zaraniu życia umysłowego może nam ułatwić odpowiednie modyfikowanie jego składników stosownie do potrzeb naszych i stworzyć należytą higienę duchową.

Mniemam, że część tych motywów powinna by już zachęcić do tego, aby jaknajszersze koło lekarzy skuteczniało podobne spostrzeżenia, tembardziej, że praca ta, aczkolwiek zmuđna i mozolna, oprócz wiadomości elementarnych z fizjologii mowy oraz psychologii dziecka, żadnego szczególnego przygotowania nie wymaga. Tylko wspólnymi siłami możemy dojść do bardzo ciekawych i cennych uogólnień w zajmującej nas tu sprawie.

³⁾ Patogenezę tę omówiliśmy w trzecim przyczynku do nauki o zбочeniach mowy. „Medycyna“. 1895 r.

⁴⁾ Praca poświęcona temu przedmiotowi znajduje się już w druku.

PRZYPADEK ZAPALENIA OKOŁO- I PRZYMACICZNEGO POŁOGOWEGO

(*perimetritis et parametritis puerperalis*)

wyleczony zapomocą sposobu Fochier'a,

podał Zygmunt Podziemski (Zduńska Wola).

Podzielając najzupełniej zdanie kolegów PAWŁOWICZA i ZALESKIEGO, że tylko znaczna ilość spostrzeżeń pozwala wyprowadzać pewne wnioski co do wartości leczniczej danej metody, podaję wynik leczenia spostrzeganego przezemnie przypadku gorączki połogowej, leczonego zastrzyknięciem pod skórę olejku terpentynowego.

Majta S., lat 30 mająca, po czteroletniej przerwie urodziła po raz wtóry czasowe nieżywe dziecko, przy pomocy lekarskiej, d. 29 października r. z.

Przed wezwaniem lekarzy, akuszerka usiłowała wykonać obrót płodu na nóżki, co się jej jednak nie udało. W czasie operacji zachowane były przepisy antyseptyki; łóżysko odeszło bez pomocy lekarskiej. Następnego dnia chora skarżyła się na bóle w dolnej części brzucha, brak snu i łaknienia. Tętno małe, 100 uderzeń na minutę, ciepłota 38,8° C. Badanie macicy przez powłoki brzuszne sprawiało ból dosyć znaczny; dno jej wyczuwano na wysokości pępka; badanie przez pochwę niebolesne; odchody krwawe, nieco cuchnące.

Przemyto pochwę i jamę macicy; zalecono dwa razy dziennie przemywanie aseptyczne pochwy; wewnątrz dano fenacetynę z chininą. Stan podobny z pewnymi wahaniami ciepłoty ciała trwał przez dni 4; następnie chorej nie widywałem.

Dnia 9 listopada, wezwany do niej wieczorem, znalazłem co następuje: tętno bardzo drobne, 112 uderzeń na minutę; ciepłota 40,5° C.; język mocno obłożony, suchy; głos słaby; oczy zapadłe; skóra sucha, pałająca. Badanie przez pochwę niezbyt bolesne; sklepienia nie wypełnione, odchodów niema. Badając przez powłoki brzuszne, znalazłem twarde, guzowate obrzmienie, wypełniające prawy dół biodrowy i przestrzeń okołomaciczną aż do wysokości poprzecznej linii pępkowej. Obrzmienie to tak dalece było bolesne, że najmniejsze dotknięcie wywoływało czkawkę i nudności. W innych okolicach brzuch wzdęty, mało bolesny. Chora uskarżała się na klucie w prawym dole biodrowym i zupełną bezsenność.

Od otoczenia dowiedziałem się, że chora od 2-ch dni miewa dreszcze po parę razy na dzień, połączone z wysoką gorączką i następnymi potami; że nie ma najmniejszego łaknienia, ani pragnienia, przyjmując tylko pod przymusem cokolwiek wina i koniaku z kawą czarną; że na pół godziny przed moim przybyciem, po postawieniu 4 pijawek w okolicy prawego dołu biodrowego, miała obfite wymioty żółciowe i często miewa czkawkę.

Na zasadzie powyższych danych rozpoznałem *perimetritis et parametritis (dextra) puerperalis* z rokowaniem, ze względu na rozległą przestrzeń, przez sprawę chorobową zajętą, i groźne choroby przejawy, bardzo wątpliwem.

Zachowawszy przepisy aseptyki, zastrzyknąłem pod skórę zewnętrzną strony uda prawego 1 ctm. szśc. olejku terpentynowego (*ol. terebinthinae communis*). W nocy (z dnia 9 na 10. XI) chora miała pięć wodnistych wypróżnień, nad ranem wymioty; na miejscu zastrzyknięcia terpentyny spostrzegamy wyraźnie zaczerwienione, twarde nacieczenie; *perimetrium* i *parametrium* mniej bolesne; język wilgotny, obłożony; ciepłota 38,8° C.; tętno drobne 100, zresztą stan bez zmiany. Chora na-

rzeka na uczucie silnego palenia na miejscu dokonanego rękoczynu, które ustąpiło dopiero dnia 12 listopada.

Rozwolnienie powtórzyło się jeszcze 11 listopada, lecz pod wpływem salicylanu bismutu szybko ustąpiło. Do dnia przecięcia ropnia terpentynowego, ogólny stan chorej pozostawał bez zmiany, za to obrzmienie około- i przymaciczne wyraźnie się zmniejszało w miarę dojrzewania wspomnianego ropnia.

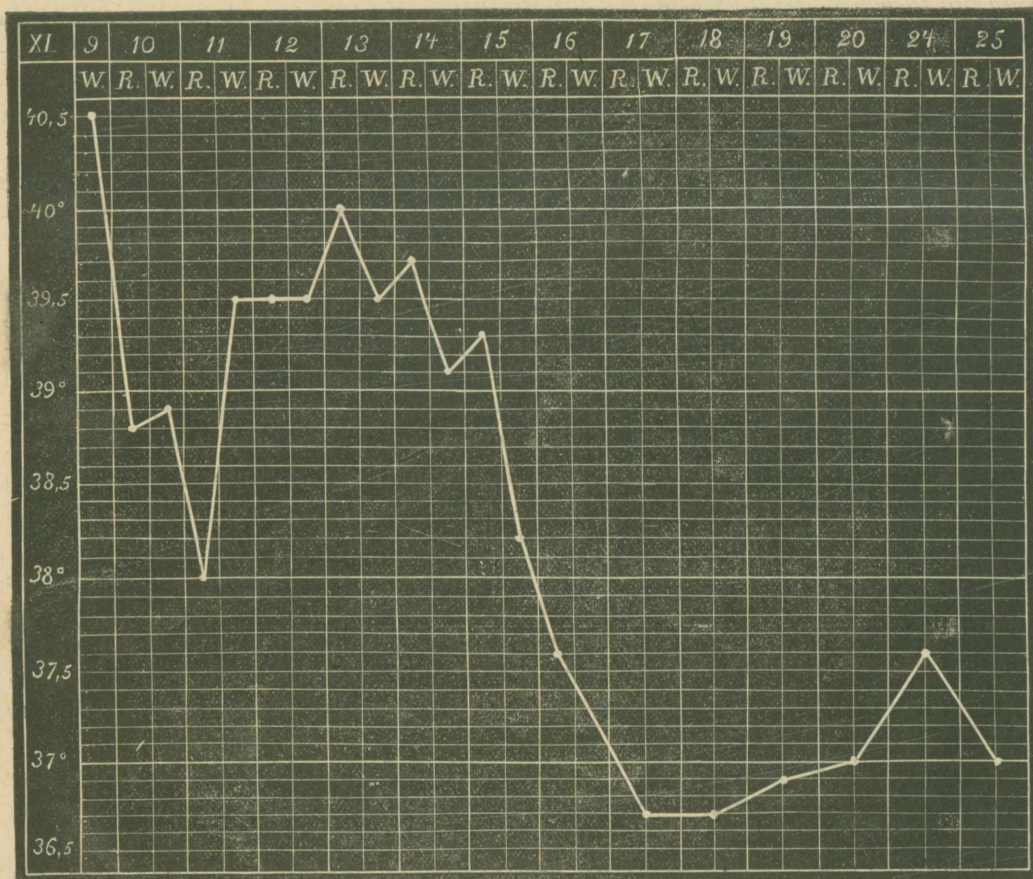
Ropień otworzyłem dnia 16 listopada; z rany wypłynęła gęsta, białozielonawa ropa z wyraźnym zapachem terpentyny.

Dnia 17 listopada. Chora spała w nocy doskonale; dopomina się o jadło; *perimetrium* zupełnie wolne, w prawym *parametrium* pozostało jeszcze nieznaczne, niebolesne przy ucisku nacieczenie; język znacznie oczyszczony; ciepłota 36,7° C.; tętno dość drobne, 92.

Zaleciłem wcieranie maści szarej w okolice dołu biodrowego prawego; po założeniu rany stosowałem kąpiele słone.

Obecnie chora może już chodzić o własnej sile; oprócz osłabienia, nic z przebytej choroby nie pozostało.

Załączona tablica wyjaśnia przebieg ciepłoty ciała.



Opisany przypadek różni się od przypadku kol. PAWŁOWICZA (patrz N. 29 „Medycyny“ rok 1895) rozległością przestrzeni, zajętej przez sprawę chorobową, przebiegiem gorączki; w przypadku zaś kol. ZALESKIEGO (patrz N. 29 „Medycy-

ny“ rok 1895) sprawa chorobowa nie doszła do utworzenia guza w *para-* i *perimetrium*.

Badanie bakteriologiczne dokonane nie było; pomimo tego, przytoczone objawy aż nadto świadczą o złośliwym, zakaźnym charakterze choroby, a pomyślny skutek leczenia jest nowym dowodem pomyślnego działania sposobu FOCHIER'a w t. zw. gorączce połogowej.

Praktyczne wyniki odkrycia Roentgen'a.

Wiadomości o zastosowaniu odkrycia ROENTGEN'a w celach dyagnostycznych tak się niemal z dniem każdym mnożą, że bez względu na stopień pożytku, jaki stąd wyniknąć może, już choćby z obowiązku kronikarskiego niepodobna ich nie zaznaczyć.

Jak to zwykle w takich razach bywa, jedni odkrycie owo nad miarę przeceniają, gdy drudzy go niedoceniają. Tymczasem od rzeczy w zawiązku będącej, niepodobna żądać, aby już dziś na wszelkie pytania mogła dać odpowiedź. To tylko jest faktem pewnym, że tak dla samej fizyki, jak i dla celów czysto praktycznych, odkrycie R. posiada niemałą doniosłość. Przedewszystkiem spodziewać się można, iż ono pociągnie za sobą szereg innych, pokrewnych odkryć i prawdopodobnie teorię zjawisk elektrycznych na nowe popchnie tory. Co się zaś tyczy zastosowania onego do celów praktycznych, to gdyby w tym względzie nic nie przybyło po nad to, co dotąd mamy stwierdzone, jużby fakta zdobyte były dostateczne do wydania o odkryciu R. jaknajkorzystniejszej opinii.

Ponieważ w artykule kol. M. FLAUMA*) strona fizyczna kwestyi została należycie wyczerpana i w sposób jasny przedstawiona, przeto, nie poruszając tu jej ponownie, zaznaczymy tylko jej stronę praktyczną. Przedewszystkiem, aby dać czytelnikowi pojęcie o ekranowej fotografii zapomocą promieni R., podajemy fotografię ręki samego wynalazcy. (Patrz str. 156). Przyjrząwszy się danej reprodukcji, bez trudności dostrzeżemy, że im warstwa, przez którą przechodzą promienie R., jest grubsza, tem ona na fotografii jest ciemniejsza; i że, im stan skupienia danego ciała jest znaczniejszy, tem stopień barwy czarnej jest silniejszy. Tym sposobem obrączka, jako grubą warstwę metalu przedstawiająca, odznaczyła się zupełnie czarno, jako promieni wcale nie przepuszczająca; kości zaś przedstawiają się w stanie szarawym o różnem natężeniu: środek kości, t. j. część ich osiowa jest najciemniejsza, części brzeżne jaśniejsze, sam brzeg zaś przedstawia się jako wyraźnie zarysowany kontur, gdyż części z niemi sąsiadujące, mianowicie: mięśnie, tkanka łączna podskórna i skóra, jako najwięcej światła przepuszczające, na obrazie prawie nie istnieją. Występuje to na rysunku w sposób wydatny na palcu z obrączką, która robi wrażenie, jakby się znajdowała w powietrzu. Zewnętrzne kontury kości są tak wyraźne i ściśle, że najmniejsze na kościach tych zgrubienie, guzowatość lub jakabądź nieprawidłowość, z pewnością na rysunku byłaby się uwidatniła.

Z dziedziny kazuistyki, dotyczącej spożytkowania odkrycia R., zaznaczyć wypada następujące przypadki: w Guy's Hospital w Londynie, przy pomocy promieni R. wykryto ciało obce, białe pomiędzy ostatnim kręgiem grzbietowym a pierwszym krzyżowym, które, uciskając rdzeń, wywołało bezwład kończyn. Po usunięciu ciała obcego przez d-ra WILLIAMSON'a, zjawiska uciskowe niebawem ustały, i chory, który od kilku miesięcy nie chodził, po kilku dniach chodzić zaczął. W innym

*) Patrz N. 516 „Medycyny“ z r. b.

przypadku znaleziono głęboko osadzoną igłę, której poprzednio napróżno szukano. Prof. NEUSSER w Wiedniu miał wykazać przy pomocy promieni R. kamienie w pęcherzyku żółciowym i w pęcherzu moczowym. Prof. VINCENTINI w Padwie fotografował szereg rąk, należących do różnych kalek, uwidoczniając tym sposo-



dem zboczenia anatomiczne i punkt ich wyjścia. Tenże, zadawszy myszy kilka kropel rtęci, oznaczył miejsce, w którym się rtęć ta w przewodzie pokarmowym myszy zatrzymała.

D-r M. JASTROWITZ (patrz N. 5. Deut. med. Wchft z r. b.) bardzo wiele sobie obiecuje z nowego odkrycia. Przypuszcza on, iż będzie można wyróżnić wątrobę od tkanki tłuszczowej lub śluzowej, i twierdzi, iż możność wykrycia ciała obcego, nerw drażniącego, zapomocą tej metody, stanowiłaby już tak ważną zdobycz, iż po nad nią więcej żądać—byłoby zbyt szkodliwym. Opisuje on przypadek, w którym zapomocą promieni R. wykryto w końcu stawowym jednego z członków palcowych odłamek szkła, jaki przed laty wielu posługaczowi w „Uranii“ skutkiem pęknięcia butelki w rękę uwiązał. Dodany do tego przypadku rysunek nie jest jednak dostatecznie wyraźny, aby go jako przekonywający uważać.

Wogóle, w niejednym kierunku można się będzie spodziewać jakichś wyników: bliższe określenie siedliska nowotworów lub ropni mózgowia, zmiany krzywice i osteomalacyjne w kościach, badanie wyrostków sutkowych w cierpieniach, których punktem wyjścia są sprawy toczące się w narządzie słuchowym, badanie jam HIGHMOR'a, jamy sitowej, klinowej i zatok czołowych, zmiany zachodzące w kościach wogóle, mianowicie zagadkowe złamania i pęknięcia, nowotwory kostne, zmiany w chrząstkach i t. d. i t. d.; wreszcie, z udoskonaleniem metody, może się uda wykryć zmiany w szpiku kostnym i stwierdzić ich związek z cierpieniami konstytucjonalnymi. Bliższe oznaczenie okresów ossyfikacyjnych pod względem fizyologicznym, również zyska na ścisłości przy zastosowaniu promieni ROENTGEN'a. I okulistyka niewątpliwie w różnych celach z odkrycia R. korzystać będzie. Podobno już czynią się próby wzbudzania wrażliwości siatkówki u ociemniałych. Jednem słowem, trudno niezauważyć, iż dążność do wyzyskania nowego odkrycia jest bardzo silna.

Aczkolwiek przy dzisiejszem użyciu pocisków stalowych, w miejsce dawnych ołowianych, metoda elektro-magnetyczna może wystarczyć, niemniej jednak w danym razie zyskuje się jeden sposób więcej. Okoliczność to ważna, gdyż odnalezienie kuli stanowi nieraz dla chirurga trudne bardzo zadanie. Z tego to powodu, pruskie ministerium wojny poleciło specjalistom bliżej się zająć tą sprawą, a w szczególności zbadać, o ile odkrycie R. dla celów chirurgii wojennej spożytkowane być może.

Lecz nietylko w dyagnostyce chirurgicznej lub poszukiwaniach patologicznych promienie R. dają interesujące wyniki. I anatomia lub zootomia mogą z nich osiągnąć pewne korzyści. Liczne poszukiwania między innymi robi obecnie prof. A. BATTELLI w Pizie, badając przeświecalność różnych narządów jamy brzusznej u zwierząt, oraz badając spojenia części szkieletu u tworów drobniejszej budowy. Bardzo zajmujące wyniki w tym kierunku otrzymał również M. PERRIN, preparator przy laboratorium fizykiem szkoły Normalnej w Paryżu. Otrzymuje on fotografie szkieletów niektórych ryb w tak dokładny sposób, że odtąd kosztowne bardzo i zmusne niezmiennie preparowanie kości rybich lub zwierząt delikatniejszej budowy, okaże się zbędnym.

Spora wiązanka faktów, na różnych polach zebrana, każe oczekiwać dalszych i dokładniejszych wyników, gdyż te, jakie dotąd otrzymane zostały, jeszcze nie mało pozostawiają do życzenia. Ulepszeń trzeba wiele. Do jednego z takich ulepszeń, i przyznać należy bardzo ważnych, przyczynił się prof. E. KLUPATHY z Pesztu, który czas potrzebny do otrzymania obrazów na kliszach znakomicie skrócił; gdy bowiem przy metodzie, stosowanej przez samego R., potrzeba było sporo czasu na otrzymanie obrazu, to przy sposobie KLUPATHY'ego 5 minut ma na to wystarczać. Czekajmy więc, co będzie dalej.

H. D.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

20. Ferdinand BAEHR. **Postacie urazowe zwichnięć kości stępu.** Zwichnięcia kości stępu nie są tak częstem zjawiskiem, jak tego chcą różni autorowie. Przyczyny niezgodności zdań pod tym względem szukać należy w tej okoliczności, że pod miano „zwichnięcia“ podciągają nieraz przypadki, w których mała kość, pod wpływem urazu, zostaje przesuniętą z właściwego miejsca, nie tracąc przytem związku z sąsiednimi kośćmi. Staje się to częściej dzięki złamaniu, aniżeli wskutek istotnego zwichnięcia. W wielu też przypadkach istnieje tylko nadwichnięcie. Znaczna bowiem, zdaniem HUETER'a, musi być siła urazowa, ażeby była w stanie rozerwać mocne nadzwyczaj więzy, otaczające powierzchnie stawowe danej kości ze strony grzbietowej i podeszwowej. Zazwyczaj więc, skutkiem rozerwania jednego z więzów, mamy do czynienia z częściowem zwichnięciem (*subluxatio*) lub ze zwichnięciem nie jednej kości, lecz części stopy, przed tą kością leżące. Wyłomaczy to najlepiej przykład: Jeżeli spotykamy uniesienie ku górze kości łódkowej w stawie nadpięto-łódkowym (*art. talo-navicularis*), a stosunki prawidłowe względem kości klinowatych zostały zachowane, to mówić można o zwichnięciu lub nadwichnięciu w stawie nadpięto-łódkowym, z tem zastrzeżeniem, że za zwichniętą uważać będziemy nie samą kość łódkową, lecz część stopy obwodową, t. j. przed tym stawem się znajdującą. Zdaniem autora, tę postać zwichnięcia z równem prawem nazwać można zwichnięciem śródstopowem (*medio-tarsal*) lub częściowem—w stawie CHOPART'a. Mianem tedy właściwego zwichnięcia kości łódkowej oznaczyć należy przypadek jednoczesnego rozerwania związku tej kości zarówno z kośćmi klinowemi, jak z kością skokową. Takich czystych przypadków zwichnięcia kości łódkowej w piśmiennictwie naliczyć można zaledwie 5. Co się tyczy odosobnionych zwichnięć kości klinowych, to, według autora, zwichnięcie pierwszej kości klinowatej było spostrzegane w 9 przypadkach, drugiej w 5, trzeciej zaś zaledwie w 1-y. Pozostałe przypadki zwichnięcia kości klinowatych były już właściwie zbiorowe, obejmowały bowiem zwichnięcia dwu lub trzech kości klinowatych w połączeniu lub bez innych kości stopy (najczęściej łącznie z kośćmi śródstopia—*metatarsus*). Zwichnięcie kości sześciennnej autor spostrzegł w dwóch przypadkach, aczkolwiek MALGAIGNE twierdzi, że wzmiankowana kość właściwemu zwichnięciu nie ulega.

Własne autora spostrzeżenia obejmują trzy następujące przypadki.

W jednym chory, schodząc ze schodów, źle stąpnął prawą stopą. Natychmiast pojawiło się ogólne obrzmienie grzbietowej powierzchni stopy, które po pewnym czasie znikło i utrzymało się tylko w jednym punkcie bolesnym, nad stawem piętowo-sześciennym (*calcan-cuboid*). W miejscu tem wyraźnie wyczuć się dawało pewne wystawanie powierzchni stawowej kości sześciennnej ponad przedni koniec kości piętowej (prawidłowo bywa stosunek przeciwny). Rozpoznano *subluxatio in art. calcan.-cuboid*. Zapomocą odpowiedniego buta utrudnienie w chodzeniu zostało usunięte. W przypadku drugim chory zeskoczył z wysokości 1,5 m., na części miękie w okolicy stawów śródstopopalcowych (*metatarsophalang.*). Stwierdzono nadwichnięcie prawej stopy, z uniesieniem ku górze kości sześciennnej, przy czem rozerwane zostały więzy pomiędzy tą kością a kością piętową z jednej strony, łódkową i kością śródstopia IV— z drugiej. Ostry brzeg powierzchni stawowej kości sześciennnej na 0,5 ctm. nad kością piętową się unosi. Łatwo też odgraniczyć się udaje kąt tej kości, do kości łódkowej przylegający. Ze strony *os. metatar.*

IV. kość sześcienna również jest ku górze podniesiona. Prawdopodobnie więc nastąpiło, jednocześnie, z urazem, działającym ze strony podeszwowej, pewne, acz nieznaczne, skrócenie stopy w osi podłużnej, co spowodowało większe wystawanie części stopy wewnętrznej, aniżeli zewnętrznej. Chory otrzymał but z płytką metalową, przebiegającą całą prawie podeszwę. W celu zaś utrzymania w należytem położeniu kości sześcienniej, nałożono w tem miejscu na stopę obrączkę gumową.

W przypadku trzecim chory wpadł prawą nogą w dołek głęboki około 0,4 m. Przy badaniu okazało się, że grzbiet stopy prawej mocno ku górze był uniesiony, sklepienie natomiast okazało się bardziej wklęsłe, stopa zaś krótszą. Środkowa i zewnętrzna kość klinowa razem z odpowiedniami kośćmi śródstopia przesunięte ku górze. Stopa w położeniu koślawem (*talipes valgus*), ruchy w stawie goleniostopowym znacznie ograniczone. Zapomocą buta, jak w przypadku drugim, starano się czynność kończyny doprowadzić do porządku. Rozpoznanie było następujące: *sublux. partial. art. scaphoid.-cuneif. (cun. II et III) ku górze*.

Co się tyczy sposobu powstawania podobnych obrażeń, to siła urazowa działać może w sposób dwojaki: bezpośrednio i pośrednio. W pierwszym razie, jak to bywa np. przy przejściu koła przez stopę lub przy spadnięciu ciężaru, sklepienie stopy wskutek ucisku spłaszcza się, więzy ze strony podeszwowej rozrywają się lub odrywają od przyczepu, więzy powierzchni grzbietowej, jako słabsze, też ulegają w części rozdarciu, rzadko jednak na tyle, by pojedyncza kość zupełnie z wszelkich połączeń wyszła. Stąd pochodzi różnorodność obrazów, jakie podobne urazy dają. Jeżeli jednak uraz spowodowany został przez ostry brzeg, np. nierówność podłogi przy skoku z wysokości, to umiejscowienie zmian jest bardziej wydatne. Przy skoku z wysokości na równą powierzchnię, mogą też powstać obrażenia kości stopy, siła w tych razach działa jednak pośrednio.

Spotykamy się tu z trzema możliwościami pośredniego działania siły urazowej. Chory skacze ze stopą w lekkim zgięciu grzbietowym, a więc na pięty. Jako skutki, zjawiają się przeważnie zmiażdżenia (*Compressionsbrüche*) kości piętowej i pęknięcia kości skokowej. Gdy chory skacze, trzymając stopę w zgięciu podeszwowym (uderza zatem główkami kości śródstopia — *Fussballen*), wtedy stwierdzić można zwichnięcie w stawie stępo-śródstopowym i śródstępowym; zdarzają się też złamania tych kości. Gdy jednak chory pada jednocześnie na piętę i przód stopy, to, prócz dużych kości stopy, najgłośniej ucierpieć tu mogą te z pomiędzy małych kości stępu, które stanowią wewnętrzny rząd ROSENUELLER'a. Naturalnie, w tym wypadku stwierdzić się dają wszelkie skutki, przewidziane w poprzednich dwóch z osobna.

Istnieje jeszcze cały szereg przypadków pośredniego powstawania zwichnięcia, lecz w każdym razie siła urazowa nie jest tu tak znaczna. Przypadki te dotyczą potknięcia się przy schodzeniu. Zdaniem autora, spotykamy się tu raczej z nadwichnięciami, zwłaszcza w połączeniach kości klinowych, właściwych jednak zwichnięć kości klinowych prawdopodobnie stwierdzić się nie uda. Co się zwichnięć kości łódkowej tyczy, to z istniejących w piśmiennictwie opisów wynioskować trudno, czy mechanizm pośredni może na powstanie tego zwichnięcia wpłynąć. Inna rzecz — zwichnięcia w zewnętrznej części stawu CHOPART'a, w stawie piętowo-sześciennym i kości sześcienniej. Tu najczęściej uszkodzenia następują wskutek gwałtownego ruchu wywrotnego (*supinatio*) stopy. Wiadomo bowiem, iż przy schodzeniu stopa jest nieco zgięta w podeszwie (zgięcie podeszwowe), przyczem koniec stopy znajduje się w położeniu lekko wywrotnem, tylna zaś część z przednią u wewnętrzznego brzegu stopy tworzy wówczas wklęsłość. Przednia powierzchnia przedudzia tworzy kąt z przednią częścią stopy, nazewnątrż

otwarty. Przy takim ustawieniu możliwe są uszkodzenia (*sublux., lux., distorsio*) zewnętrznej części stopy, gdy ciężar ciała działa jako siła urazowa w sposób pośredni. Okoliczność, że rozerwanie lub naderwanie więzów nie ogranicza się jedynie do przemieszczonej kości, wpływa na to, że ostre objawy urazowe, po za głównem siedliskiem, obejmują zwykle całą prawie stopę. Stąd trudność rozpoznania, gdyż obrzęk i bolesność, nie w jednym tylko punkcie ześrodkowane, nie pozwalają na ściśle umiejscowienie urazu. Zboczenie kości, które zwykle po ustąpieniu obrzęku stwierdzić się daje, następuje najczęściej ku górze. Tłumaczy się to z jednej strony tem, że kości stopy są przeważnie kształtu klinowatego, z szeroką podstawą ku górze zwróconą; z drugiej zaś tą okolicznością, że powierzchnia podszwowa, prócz mocnych nadzwyczaj więzów, posiada jeszcze grubą i mało podatną warstwę części miękkich. Wyjątek stanowią kości: łódkowa i klinowa pierwsza, które wywichnięte być mogą ku górze, nawewnątrz i ku dołowi. Kształt stopy zmienia się, naturalnie, rozmaicie, co już zależy od tego, jakie kości zostały przemieszczone, od ich położenia wzajemnego i liczby. Rozpoznanie w każdym pojedynczym przypadku opiera się na wskazaniu, jakie mianowicie kości zostały uszkodzone.

Leczenie podobnych urazów polega przedewszystkiem na usunięciu obrzęku (wysokie położenie stopy, miśnienie), w celu chociażby rozpoznawczym. Gdy rozpoznanie jest już pewne, należy nastawić zwichnięte kości; powinno się pamiętać tu o ogólnej zasadzie, że przy nastawianiu starać się trzeba, o ile można, o powiększenie otworu, z którego wyszła kość, mając na uwadze postać i obecne tejże kości położenie. W razie nieudania się tego rękoczynu zapomocą zgięcia, ruchu kśobnego i t. d., pozostaje zabieg operacyjny; starać się jednak należy, zanim do wyłuszczenia przystąpimy, kość w należytem położeniu zapomocą szwów kostnych utrzymać. Nastawienie kości z ostrymi brzegami jest rękoczynem wogóle niełatwym. W razie pomyślnego usunięcia przeszkód, pozostaje jeszcze trudność utrzymania przemieszczonych kości w właściwem położeniu. Przy zwichnięciu pojedynczych kości polecić można zwyczajny plaster lepki, który łatwo odmienić, gdy dla utrzymania większej ilości zwichniętych kości bardziej odpowiednią jest dobrze przystosowana szyna. Nałożenie opatrunku gipsowego, ze względu na to, że za dni kilka zmienić go wypadnie, mniej korzyści przedstawia. Zastarzałe zwichnięcia kości stopy, którym towarzyszą znaczne zaburzenia (przeszkody) czynnościowe, najlepiej usunąć na drodze operacyjnej zapomocą wyłuszczenia, a nawet wypiłowania (resekcji), w każdym jednak razie zachować się należy możliwie konserwatywnie. Przy zastarzanych nadwichnięciach jedynie dobrze przystosowany but z odpowiednią podporą, w celu utrzymania sklepienia w warunkach, do stanu prawidłowego zbliżonych, nadać się może. Na miejscu wystawiania kości, skórę uchronić należy przed uciskiem zapomocą kółka gumowego.

Rokowanie nie jest pomyślne, gdyż omawiane uszkodzenia ciągną za sobą zwykle długotrwały, jeżeli nie ciągły, brak sprawności danej kończyny.

(*Sammlung klin. Vorträge N. 136. Oktober. 1895.*) *H. Wassermann.*

21. Prof. F. AHLFELD. **O odkażaniu palców i rąk przed badaniem i zabiegami położniczymi.** Niezwykle ważna i zajmująca ta sprawa weszła w ostatnich czasach na tory, które nas coraz bardziej zbliżają do zupełnego a tak pożądanego jej rozwiązania. Podjął ją na nowo ZWEIFEL, przekonawszy się, jak niedostateczne, a po części niewykonalne są wszystkie prawidła, mające na celu odkażanie rąk i zawarte w niemieckich podręcznikach dla akuszerok. Z jego to inicjatywy sprawdził REINICKE wszystkie te przepisy i doszedł do tego smutnego przeświadczenia, że ani jeden z pomiędzy powszechnie używanych chemicznych środków odkażają-

cych, użyty w stężeniu, któreby nie obrażało skóry, nie odkaża bezwzględnie rąk zanieczyszczonych.

Prócz tego dowiódł REINICKE, że jeżeli jednak użyjemy w tym celu najpierw wody gorącej, mydła i szczotki w ciągu 5 minut, a następnie wyszczotkujemy ręce w ciągu 3—5 minut w wysoku (90% alkohol), to istnieje wszelkie prawdopodobieństwo, że ręce będą jałowe.

Takie uproszczenie, a jednocześnie rozwiązanie całej tej tak ważnej sprawy musi przejść jednak próbę ogniową. Tej pracy podjął się właśnie autor niniejszego artykułu, dyrektor jednej z większych szkół dla akuszerów w Marburgu. Przerobił on odpowiednie próby z 215 osobami, pomiędzy którymi było 121 akuszerów, 84 praktykantów (studentów), 4 lekarzy z miasta, 5 lekarzy miejscowych i dyrektor, ogółem przeszło 1000 doświadczeń.

Ponieważ sposób wykonywania tych prób ma dla całej sprawy wcale nieposłednie znaczenie, pozwolę sobie szczegółowiej omówić wszystkie uwzględniane warunki.

Prawie wszystkie doświadczenia wykonywane były na nowej sali dla rodzących, urządzonej według wszelkich prawideł aseptyki. Sala ta posiada 6 miednic do mycia, do których dopływa zimna i gorąca woda zdrojowa. Ta ostatnia wypływa z rur, mając ciepłość 50° — 70° C. Ponieważ jednak ogrzewana bywa ona poprzednio w kotłach conajmniej do 80° C., jest więc zwykle, jak wykazały liczne doświadczenia, jałowa. Ta właśnie woda, ostudzona do 35° — 40° C., była stale używana do mycia rąk.

Wodę wyjałowioną otrzymywał autor z przyrządu FRITSCH'a po półgodzinnem jej gotowaniu (100° C.). Miednice, używane do mycia rąk, odkażania i t. d., były każdorazowo wyjaławiane i wyjmowane z odpowiednich pokryw, w których były wyjaławiane, bezpośrednio przed samem użyciem. Tak samo postępowano ze szczotkami, gazą, płatkami flanelowymi, używanymi do doświadczeń.

Osoby, z którymi wykonywano doświadczenia, ubrane w świeżo wyprane fartuchy lub ubrania, nie używały poprzednio żadnych środków odkażających do mycia rąk.

Co się tyczy samego sposobu badania rąk odkażonych, to polegał on na następującem postępowaniu: przedewszystkiem ta lub inna czynność, służąca do odkażania, była wykonywana pod bezpośrednim nadzorem starszych akuszerów i kontrolowana co do czasu i ścisłości przez samego autora. Następnie zeszkrobywał autor zapomocą wypalonego nożyka z odkażonej ręki kawałki skóry i wyskrobywał pozostały brud z pod paznokci i wokoło łożysk paznokci zapomocą wyjałowionych, twardych, ostro zakończonych drewniek (FUEBRINGER), odcinał wyjałowionymi nożyczkami końce tych drewniek i przenosił je wraz z zeszkrobanymi kawałkami skóry do odpowiednich pożywek. W ciągu doświadczeń okazało się, że skóra ręki daleko łatwiej daje się odkazić, z łatwo zrozumiałych powodów, niż brzegi łożyska paznokcia i przestrzeń podpaznokciowa, tak, że w końcu autor posługiwał się wyłącznie tylko drewniekami FUEBRINGER'a.

Ponieważ przy bakteriologicznem badaniu rąk odkażonych nie chodziło autorowi bynajmniej o jakość i ilość pozostałych na ręce bakterii, lecz wyłącznie o ich obecność lub nieobecność, zarzucił on wkrótce używane początkowo miseczki PETRI'ego i żelatynę i używał później wyłącznie probówek z bulionem wyjałowionym, do których przenosił odcięte końce drewniek.

Właściwe doświadczenia rozpoczął autor od sprawdzenia działania sublimatu w roztworze 1:1000, po uprzedniem wymyciu rąk mydłem. 59 przerobionych w tym kierunku prób doprowadziło do wniosku, że jedynie osoby bardzo wprawne

w tego rodzaju rękoczynach wyjaławiały swe ręce w zupełności; większość prób była jednak ujemna. Natomiast użycie alkoholu wywierało niezwykle doniosły wpływ pod tym względem.

Następnie przeszedł autor do sprawdzenia działania fenolu i równoznacznego z nim kresolu zmydlonego (*Seifenkresol*), które bądźco bądź najczęściej bywają używane w praktyce przez akuszerki.

Doświadczeniom tym poświęcił autor najwięcej czasu, a że są one istotnie niezmiernie ciekawe, więc i my im cokolwiek więcej miejsca poświęcimy. Należy nam również umówić się co do niektórych terminów, których w dalszym ciągu często używać będziemy.

Pod „myciem rąk i oczyszczeniem paznokci” będziemy rozumieli czynność, polegającą na wymyciu rąk zwykłym mydłem toaletowym przy pomocy szczoteczki, przechowywanej stale w alkoholu; w czasie tej czynności obcinamy paznokcie możliwie krótko, równamy je zapomocą pilnika i wyskrobujemy z pod nich brud zapomocą ostro zakończzonego twardego drewnianka. Wycieranie rąk watą, następnie gazą, a w końcu płatkami flanelowymi, przepojonymi i przechowywanymi w 96% alkoholu, będziemy zwali „odkażaniem w alkoholu”. Szczotkowanie rąk w 3% roztworze fenolu, względnie kresolu zmydlonego, — „odkażaniem w karbolu, względnie w kresolu zmydlonym”. Wreszcie opłukiwanie rąk w gorącej wyjałowionej wodzie, czynność, mającą na celu usunięcie resztek płynów odkażających, któreby mogły wywierać pewien wpływ przy późniejszym badaniu bakteriologicznem — „opłukaniem rąk”.

W pierwszym szeregu doświadczeń zastosował autor następujące postępowanie: mycie rąk i czyszczenie paznokci—5 minut, odkażanie w alkoholu—2 minuty, odkażanie w kresolu zmydlonym—3 min., opłukiwanie rąk—5 min.; wyniki dodatnie wyrażają się odsetką 70%, przyczem praktykanci dali odsetkę 79%; uczennice, które świeżo przyjęte zostały do zakładu, dały przy pierwszych próbach 42%, przy następnych 82%. Widoczne więc jest, jak wiele zależy tutaj od wprawy.

Następnie wyłączył autor z całej tej czynności odkażania, odkażanie przy pomocy kresolu zmydlonego; odsetka rąk jałowych podniosła się do 90%; natomiast wyłączenie odkażania w alkoholu, z pozostawieniem odkażania przy pomocy kresolu, działało w kierunku ujemnym; odsetka rąk jałowych spadła do 66%.

Dodatni wpływ alkoholu staje się więc niezaprzeczonem; chodzi tylko o to, co stanowi podstawę w tego rodzaju odkażaniu rąk. W tym celu polecił autor uczniom i praktykantom odkażać ręce tylko zapomocą mycia rąk i oczyszczenia paznokci. Na 389 w tym kierunku wykonanych prób tylko w 14,1% otrzymano ręce jałowe, przyczem studenci dali odsetkę wyższą (20%) od uczennic (13,3%). W tej ogólnej jednak odsetce uczennic, znajdujemy 2,7% przy pierwszych próbach i 25% przy końcowych. Że wszystko tutaj tylko na wprawie i staranności polega, dowodzi to, że sam autor, narówni z lekarzami i z główną akuszerką, otrzymywali przy tego rodzaju odkażaniu w 82% ręce odkażone.

Doszedłszy do wniosku, że odkażanie zapomocą kresolu zmydlonego jest zupełnie zbyteczne, przestał go autor używać i jednocześnie szukał sposobu uproszczenia całej czynności odkażania, które w następnej seryi doświadczeń polegało na: obcięciu paznokci i wyskrobaniu z pod paznokci brudu bez użycia wody, na myciu w ciągu jednej minuty rąk mydłem bez użycia szczotki, na płukaniu rąk w ciągu dwóch minut w ciepłej wodzie, wycieraniu rąk alkoholem w ciągu dwóch minut zapomocą płatków gazy, wreszcie na płukaniu rąk w ciągu pięciu minut w wodzie jałowej. Odsetka rąk jałowych wyniosła przy tego rodzaju postępowaniu 90,7%; stąd wniosek, że użycie szczotki przy myciu jest zupełnie zbyteczne,

a samą czynność mycia można skrócić do trzech minut. Następnie autor wyłączył z tej czynności użycie mydła, pozostawiając inne rodzaje odkażania bez zmiany; odsetka rąk jałowych spadła do 33,3%, a więc mydło okazało się nieodzownem przy odkażaniu rąk. W innej znowu seryi doświadczeń przedłużył czas mycia rąk mydłem i wycierania ich alkoholem o jedną minutę (a więc do trzech minut) i otrzymał 98,1% rąk jałowych.

Metoda ta ma te dobre strony, że usuwa z użycia szczotki i takie środki odkażające, jak karbol, trójkresol, kresol zmydlony, które przy częstem używaniu czynią ręce nadzwyczaj szorstkimi i utrudniają wskutek tego następne odkażanie. Wprawdzie i alkohol nie jest zupełnie od tej niedogodności wolny, ale działanie jego daje się znacznie osłabić przez następne dokładne mycie mydłem w ciepłej wodzie i wytarcie rąk suchym ręcznikiem. Wypróbował autor metodę tę wielokrotnie i zawsze z dobrym skutkiem; nawet po znacznem zanieczyszczeniu rąk gnijącymi płynami, ropą, fekaliami przy badaniu *per rectum* i t. d., otrzymywał stale te same wyniki (97,4%).

We wszystkich wyżej podanych próbach badał autor przeważnie tylko jeden palec; dokładne zbadanie całej ręki zniewoliło autora do przedłużenia czynności mycia mydłem i wycierania alkoholem do 5 minut; pomimo to jednak odsetka całych rąk jałowych spadła do 87,5%.

Po tem, cośmy powiedzieli wyżej, sądzi autor, że jest uprawnionym do podania przepisów następujących. Zwyczajne oczyszczenie rąk polega na obcięciu, opiłowaniu i oczyszczeniu paznokci, poczem należy myć ręce w ciągu 3 minut mydłem w bardzo ciepłej wodzie przy pomocy lub nawet bez użycia szczotki. Opłukujemy następnie ręce w czystej wodzie i wycieramy je, a szczególnie palec, który ma być użyty do badania, 96% alkoholem przy pomocy płatków flanelowych wielkości ręki. Należy przytem zwrócić szczególną uwagę, żeby alkohol dostał się pod wystający koniec paznokcia. Sposobu tego używamy przy badaniu położyć jednym palcem.

Ścisłe oczyszczenie rąk polega na tem, że myjemy ręce i ramiona mydłem co najmniej w ciągu 5 minut w bardzo ciepłej wodzie, oczyszczamy dokładnie przed i w czasie mycia paznokcie i wycieramy szczoteczką ręce i ramiona 96% alkoholem w ciągu 5 minut, przyczem każdy palec należy myć i szczotkować z osobna. Używać należy tego sposobu wtedy, gdy posiadamy skórę grubą i szorstką, przy zanieczyszczeniu rąk bakteriami ropotwórczymi i przy badaniu położyć ręką całą.

W zakończeniu swej pracy zwraca się autor do wszystkich kolegów, którzy będą mieli sposobność wypróbowania jego sposobu mycia rąk, z prośbą, o poddanie tej metody surowej krytyce. Tylko tym sposobem dojdziemy do poznania błędów i ugruntowania tej tak prostej, a ważnej metody, która odrzuca wszelkie środki chemiczne odkażające i zastępuje je alkoholem.

(*Deutsch. medicin. Wochenschrift* N. 51. 1895).

Wacław Orłowski.

22. Ad. JOLLES. **Urobilina w moczu prawidłowym i patologicznym.** W sprawie urobiliny, odkrytej przez JAFFE'go w moczu gorączkowym, a następnie i prawidłowym, dotąd niema zgody między badaczami. Większość autorów skłania się ku zdaniu MALY'ego, według którego barwnik ten przedstawia produkt odtlenienia głównego barwnika żółci—bilirubiny, dzięki działaniu wodoru *in statu nascendi*. Urobilina więc ma być identyczną z hydrobilirubiną. Głównem źródłem urobiliny jest, zdaje się, barwnik żółci, gdzie pod wpływem bezustannie powstającego wodoru wytwarza się hydrobilirubina (urobilina). Znaczenie kliniczne tego barwnika wciąż wzrasta. Barwnik ten spotykamy w obfitych ilościach

w żółtaczce, przy zjawiskach zastoinowych, a wybitni klinicyści, jak LEUBE, spostrzegali żółtaczkę, przy której mocz zawierał nie bilirubinę, lecz urobilinę (*Urobilinikerus*). Według JAKSCH'a urobilinuria jest ważnym objawem nie tylko cierpienia wątroby, lecz i wielu innych chorób, zależnych od nieprawidłowej przemiany materii. Rozpoznanie urobiliny w moczu opiera się na dwu jego własnościach: 1) po silnem zalkalizowaniu moczu zapomocą amoniaku i po dodaniu chlorku cynku daje zieloną fluorescencję; 2) daje wyraźną smugę absorpcyjną w zielonej i niebieskiej części widma między liniami δ i F . Wobec ważnego znaczenia, jakie przedstawia rozpoznanie urobiliny, nasuwa się pytanie, czy w moczu niema nadto innych barwników, które posiadałyby obie powyżej wspomniane własności. Wiadomo, że przy zetknięciu się moczu żółtaczkowego z kwasem saletrzanym, powstaje szereg obrączek rozmacie zabarwionych; na miejscu zetknięcia zielona, dalej niebieska, fioletowa, czerwona, brunatna, wreszcie żółta. Barwy te zależą od rozmaitego stopnia utlenienia bilirubiny. Czerwone i brunatne produkty dają fluorescencję przy działaniu amoniakiem i chlorkiem cynku, a także przedstawiają smugę absorpcyjną w zielonej i niebieskiej części widma, t. j. posiadają cechy, które właśnie charakteryzują urobilinę. Nadto zaś, zarówno czerwony i brunatny produkt, jakoteż wszystkie inne (oprócz najwyższego) dają się utleniać i redukować. Następnie autor poddał badaniu barwniki moczu prawidłowego. Z moczu prawidłowo zabarwionego udało się autorowi wyodrębnić barwnik, który ze względu na swe własności, jak i skład, uważać należy za identyczny z najwyższym produktem utlenienia bilirubiny. Z moczu zaś prawidłowego, zabarwionego czerwono, względnie brunatno, wyodrębnił barwnik, który posiada dwie charakterystyczne cechy urobiliny, a więc jest identyczny z produktem redukcji bilirubiny. Dowodzi to, że w moczu występują produkty nie tylko utleniania, lecz redukcji bilirubiny. Stąd wysnuwa się wniosek, że właściwa urobilina (produkt redukcji bilirubiny), którą autor nazywa urobiliną patologiczną, różni się znacznie od urobiliny fizyologicznej t. j. identycznej z wyższymi produktami utlenienia bilirubiny. Obok różnego charakteru chemicznego, dwa te rodzaje urobiliny różnią się tem, że urobilina fizyologiczna po utlenieniu jej alkoholowym roztworem jodu i kwasem saletrzanym nie daje już ani fluorescencji, ani charakterystycznego widma, tymczasem urobilina patologiczna, pod wpływem powyższych odczynników, własności swe zachowuje niezmiennie. Dla wykazania urobiliny patologicznej w moczu, należy ją przedewszystkiem z moczu wydzielić. Osiąga się to w sposób następujący: do 50 ctm. szśc. moczu w cylindrze dodajemy 5 ctm. szśc. rozcieńczonego, świeżo przyrządzonego roztworu mleka wapiennego i 10 ctm. szśc. chloroformu, poczem całą mieszaninę wstrząsamy silnie, przez kilka minut, a następnie cylinder zostawiamy, dopóki się ciecz nie ustoi. Chloroform i osad opada na dno. Następnie osad zlewamy do szalki porcelanowej, wyparowujemy na kąpieli wodnej do sucha, a do pozostałości dodajemy 5 ctm. szśc. rozcieńczonego wysoku (30%) z paru kroplami stężonego kwasu saletrzanego, poczem mieszaninę przesączamy. W razie obecności urobiliny patologicznej, przesącz posiada zabarwienie czerwono-brunatne do granatowego, nadto zaś przy odpowiedniem rozcieńczeniu daje charakterystyczne widma między liniami FRAUNHOFER'a δ i F' (bliżej F), a także zieloną fluorescencję po dodaniu chlorku cynku do roztworu amoniakalnego.

Co się tyczy pochodzenia urobiliny patologicznej, to bezwątpienia, według JOLLES'a, najważniejszem źródłem jest barwnik żółci, a przedewszystkiem bilirubina, z której pod wpływem redukcji w przewodzie kiszki powstaje urobilina (hydrobilirubina). Obok tego jednak urobilina prawdopodobnie powstawać może z barwnika krwi, także przez redukcję. Zdanie takie wyraził między innymi

MAC MUNN. JOLLES wielokrotnie badał mocz mętny z nieznaczną zawartością krwi, która dawała odpowiednią smugę w widmie; tymczasem po kilku dniach stania na powietrzu widmo krwi znikło, natomiast zjawiała się charakterystyczna dla urobiliny smuga.

(*Centralblatt für innere Medicin. N. 48 1895*). W. Męczkowski.

23. Emanuel FORMANEK i Ladislaus HASKOVEC. **Przyczynek do nauki o czynności gruczołu tarczowego.** Badanie krwi przy charłactwie, występującem w następstwie wycięcia gruczołu tarczowego, lubo przez różnych autorów dokonywane, nie doprowadziło jednak do żadnych pewnych wyników z powodu zbyt powierzchownego traktowania sprawy. Nawet najgłówniejsze pytanie: czy przy charłactwie ma miejsce zmniejszenie się ilości czerwonych ciałek krwi, różną u różnych badaczy znajduje odpowiedź.

To skłoniło FORMANEK'a i HASKOVEC'a do przedsięwzięcia systematycznego badania krwi, co do ilości ciałek, żelaza, zawartości barwnika i t. d. Doświadczenia robione były na 20 psach różnego wieku, różnej płci i rasy, przyczem, prócz badania krwi, badano także pod drobnowidzem śledzionę, gruczoły chłonne i inne narządy. Nim przystąpiono do doświadczenia, podawano psom pokarm mieszany i przez kilka dni z rzędu badano krew. Następnie wycięto całkowicie gruczoł tarczowy (w jednym tylko przypadku wycięto połowę gruczołu), poczem znów przez kilka dni dokonywano rozbioru krwi. We wszystkich przypadkach, prócz jednego, w którym tylko połowę gruczołu wycięto, po pewnym czasie nastąpiła śmierć po wycięciu gruczołu, bądź z powodu daleko posuniętego charłactwa, bądź z powodu tężyczki. Przy badaniu krwi po wycięciu gruczołu tarczowego zawsze spostrzegać się dawało zmniejszenie ilości czerwonych ciałek. W jednym tylko przypadku, zakończonym śmiercią przy objawach tężca, zauważono po operacji znaczne powiększenie ilości czerwonych ciałek krwi (z 6,100,000 i 5,580,000 do 7,550,000), co stało się po każdym napadzie tężca. Przypuszczając, że napad drgawek jest powodem powiększenia się ilości ciałek czerwonych, autorowie badali w tym kierunku krew zwierząt, u których sztucznie wywoływali drgawki zapomocą otrucia strychniną, i przekonali się w samej rzeczy o prawdziwości swych przypuszczeń. Po każdym napadzie drgawek ilość czerwonych ciałek krwi okazała się znacznie większą.

Tym sposobem łatwo daje się tłumaczyć fakt, że jedni badacze znajdowali ilość czerwonych ciałek krwi po wycięciu gruczołu tarczowego zmniejszoną, inni zaś powiększoną. Zależało to bowiem od przebiegu pooperacyjnego: jeżeli po operacji miały miejsce częste napady drgawek, nie spostrzegano zmniejszenia się ilości czerwonych ciałek; jeżeli zaś występowały odrazu objawy charłactwa, niewątpliwie zauważyć się dawało znaczne zmniejszenie się ilości tych ciałek. Nie można przypuścić, że zmniejszanie się ilości ciałek czerwonych jest w związku z utratą krwi podczas operacji, lub powstaje wskutek złego odżywiania, lub też z powodu ropienia, jakieby po operacji mogło mieć miejsce, gdyż zwierzęta po czasie operacji prawie że krwi wcale nie traciły; przy złym odżywianiu zaś ilość czerwonych ciałek krwi, jak to nieraz spostrzegano, raczej się powiększa, a ropienia w żadnym przypadku stwierdzić nie było można.

Żelazo jakoteż barwniki krwi stale znajdowano w ilości zmniejszonej, z wyjątkiem przypadku, który zakończył się śmiercią przy objawach silnej tężyczki. Przy badaniu śledziony i gruczołów chłonnych wykryć można było ziarnka żelaza, swobodnie leżące w tkankach, lub też zawarte w białych ciałkach krwi; co świadczy o rozpadzie czerwonych ciałek krwi, jaki ma miejsce po wycięciu gruczołu tarczowego.

Na zasadzie więc doświadczeń swoich autorowie dochodzą do następujących wniosków: 1) przy charłactwie, występującem w następstwie wycięcia gruczołu tarczowego, ma miejsce stałe zmniejszanie się ilości czerwonych ciałek krwi; jednocześnie ilość ciałek białych się zmniejsza; 2) ilość żelaza, względnie barwnika, jest mniejsza, niż w stanie prawidłowym; 3) w razie śmierci zwierzęcia podczas napadu tęcza, lub też przy częstem występowaniu takich napadów, ilość czerwonych ciałek krwi nie zmniejsza się; zauważyć się nawet daje powiększenie się ilości tychże ciałek, spowodowane zgęszczeniem krwi wskutek drgawek; 4) ziarnka żelaza, powstałe z powodu rozpadu czerwonych ciałek krwi, odkładają się w narządach, szczególnie w śledzionie i gruczołach chłonnych; 5) z powodu zmniejszenia się masy barwników, spostrzegać się daje przyspieszenie oddechu i tętna, które zwalnia się dopiero w czasie daleko posuniętego charłactwa; 6) gruczoł tarczowy jest narządem, przyjmującym udział w wytwarzaniu krwi; 7) stan ogólny operowanych zwierząt poprawia się przez wstrzyknięcie pod skórę wyciągu z gruczołu tarczowego, gdyż ilość czerwonych ciałek krwi się powiększa; 8) możliwe jest, że zmiana we krwi powoduje pewną zmianę w wytworach przemiany materii, i że w ten sposób tworzą się trucizny, wywierające szkodliwy wpływ na ustrój.

(*Klinische Zeit-una Streitfragen. IX. Bd. III. u. IV. Heft.* L. Krauze.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Niema dotychczas zgody co do tego, jaki udział przyjmuje układ nerwowy w wytwarzaniu pewnych stanów chorobowych żołądka, a szczególnie rozszerzenia żołądka. Wobec tego pewne dane, jakie zdobyli doświadczalnie CARION i HALLION, zasługują na uwagę. Autorzy ci w rozmaitych celach przecinali nerwy błędne na rozmaitej wysokości i między innymi zboceniami stałe spostrzegali rozszerzenie żołądka, jako skutek przecięcia nerwów błędnych. Po przecięciu obydwu nerwów błędnych psapowżej przepony, spostrzegano bardzo znaczne rozszerzenie żołądka i części przełyku (dolnej), którą w nerwy zasila nerw błędny, jakkolwiek zwierzę (w ciągu kilku miesięcy) jest pozornie zupełnie zdrowe. Jeżeli tedy przecięcie nerwów błędnych jest w stanie wywołać zupełną atonię i stałe nawet rozszerzenie żołądka, nie będzie dziwnem, że te same zmiany chorobowe żołądka mogą być wywołane przez zmiany w ośrodkach nerwów błędnych bez najmniejszego udziału tkanek samego żołądka. (Semaine médecine 1895 № 43).

Gr.

Przed wystąpieniem jeszcze objawów ogólnego zapalenia otrzewnej, rozpoznać można, zdaniem GLUZIŃSKIEGO, przez dziurawienie kiszek. W przypad-

kach tych przy wysłuchiwaniu jamy brzusznej słyszeć można wyraźnie tony serca, zarówno jak wdech i wydech, wskutek obecności gazów z kiszek, wypełniających jamę otrzewnej. Jest jednakże cecha daleko ważniejsza, mianowicie: charakter tętna. Początek takiego przedziurawienia odznacza się przyspieszeniem tętna, które po upływie kilku godzin zwalnia się znacznie. Zwolnienie to, zależne od działania na serce gazów gnilnych wchłoniętych z jamy otrzewnej (w tym razie działają one jak inne jady sercowe), miałoby tedy niepoślednie znaczenie z punktu widzenia chirurgicznego, wskazywałoby bowiem czas najwłaściwszy do zabiegu operacyjnego. (Przegląd Lekarski N. 43 1895).

Gr.

= W odczycie, wygłoszonym w Lubce, HENNIGS zwraca uwagę, że tuczenie według metody WEIR-MITCHELL'a wydaje doskonałe wyniki, o ile stosowane jest właściwie i we właściwych przypadkach. Metoda ta wskazana jest tylko wówczas, gdy mamy do czynienia z cierpieniem czynnościowem, gdy niema zaburzeń psychicznych i gdy wreszcie przebieg nerwicy jest ciężki. Dwa czynniki metody: forsowne odżywianie i ścisła izolacja chorego—winny być stale i jedno-

częście stosowane. Ważny wzgląd stanowi wybór osoby dozorującej: obok usługi i towarzystwa, jakie daje choremu, powinna ona umieć skierować wszystkie myśli jego ku jednemu punktowi: przyjmowaniu pokarmów i zyskiwaniu na wadze. Żywność należy przyjmować pięć razy dziennie, a nadto w przerwach w małych ilościach mleko 1—1½ litra dziennie. Wyskok, kawę i herbatę należy wyłączyć. Jako środki pomocnicze zaleca się: mięsienie i faradyzację. Leczenie to winno trwać 6 tygodni. Przejście do zwykłego życia może być dość szybkie. Chory może się znaleźć w dawnym swym otoczeniu wówczas dopiero, gdy po 2 — 3 tygodniach można się było przekonać o skuteczności leczenia.

(Deut. Med. Ztg.—Centr. f. ges. Ther. 1895 N. XI).

W. M.

= WELANDER leczył w 330 przypadkach szankier mięki zapomocą wysokiej ciepłoty (41°C.). Zawsze otrzymywał najlepsze wyniki, uzdrowienie w cią-

gu 2—3 dni bez tworzenia się dymienic. Jeśli dymienic już były, wówczas metoda ta dawała bardzo dobre wyniki. Czas leczenia szankra i jego powikłań z 26,3 dni spadał do 7,7. Równie dobre działanie wywierało ciepło na nadżarcia przymiotowe, nadto stosowanie tej metody w przypadkach *ulcera cruris* wpływało na szybkie oczyszczanie się wrzodu. Natomiast na rzeżączkę, względnie na gonokoki ciepło nie wywierało żadnego wpływu. Przy stosowaniu metody powyższej W. posługiwał się hydrotermosem BERLIEN'a. (Nord. med. Arkiv. 1895 N. 12).

W. M.

= Na posiedzeniu towarzystwa biologicznego w Paryżu GIARD w imieniu CURTIS (Lille) podaje, że w nowotworze śluzakowym znaleziono pasorzyt. Pasorzyt ten ma postać koka; hodowla najlepiej się udaje na kartoflu. Daje się szczepić szczurom i wywołuje guz umiejscowiony. (Le progr. médic. 1895 N. 47).

W. M.

Wiadomości bieżące.

— Stan sanitarny Warszawy po niepomysłnych dosyć miesiącach jesiennych (we wrześniu r. z. śmiertelność 26,80‰, października 23,42‰) uległ znacznej poprawie w listopadzie (19,40‰), trzymając się w grudniu i styczniu r. b. na niezbyt znacznej wysokości, około 21‰. W pierwszym tygodniu bieżącego miesiąca śmiertelność wynosiła tylko 19,79‰. Z chorób epidemicznych często bardzo spostrzegano grypę o charakterze dosyć łagodnym, ale wyraźnie epidemicznym. Występowała ona przeważnie w postaci oskrzelowej, bardzo uporczywej, i często w postaci brzusznej, rzadziej natomiast w nerwowej. U dzieci szkarlatyna i błonica znacznie rzadziej, odra w ostatnich tygodniach bardzo często się wydarza. Tyfus wysypkowy, biegunka krwawa i róża o wiele rzadziej występowały, tyfus brzuszny i ospa częściej nieco. Zanotować należy również różyczkę, ospę wietrzną, zapalenie gruczołów przyszyjnych i tężyczkę, która w obecnym czasie epidemicznie występuje. Jak zwykle, widzimy ją najczęściej u dzieci krzywicą dotkniętych, u których również niezwykle często napady drgawek ogólnych obecnie się wydarzają.

J. K.

— „Syn Ojczyzny“ przypuszcza, że Petersburg powinienby iść za przykładem Warszawy, gdzie urząd lekarski opracowywa projekt o nadzór lekarskim nad służbą domową. Według zdania wyżej wzmiankowanej gazety, nadzór ten winien być urządzony w ten sposób, iżby służba razem z paszportem przedstawiała zupełnie świeżo wydane, t. j. dnia poprzedniego, zaświadczenie lekarskie. — „Wracz“ od siebie dodaje, iż doprowadzenie do skutku podobnego nadzoru w zasadzie chyba wtedy byłoby możliwe, gdyby i państwo najmujący sługę, również obowiązani byli służyć podobne świadectwo o stanie swego zdrowia przedstawiać, jeżeliby ogłędziny lekarskie nie zamieniły się w ciężkie jarzmo, i jeżeliby wydatki potrzebne na urządzenie podobnego nadzoru, obciążały nie służbę, która i tak w dostatki nie opływa.

— Podobnie, jak we Włoszech, tak i we Francji wydane zostało prawo, obowiązujące właścicieli statków parowych do utrzymywania lekarzy. Każdy statek parowy francuski, na którym przewożą niemniej, niż 100 pasażerów, i będący

w drodze 48 godzin, powinien mieć swego lekarza. Wobec zdarzających się przypadków na statkach parowych kursujących po Wiśle, byłyby do życzenia również pasażerom opiekę lekarską zapewnić.

— W tych dniach otwarty został w Żyrardowie szpital fabryczny kosztem właścicieli osady. Zakład urządzony na wzór berlińskiego Moabitu, odpowiada wszelkim wymaganiom techniki szpitalnej, a pod względem wygod i komfortu mało ma sobie u nas równych.

— Akademia lekarska w Paryżu przyznała prof. LASKOWSKIEMU z Genewy nagrodę, za jego atlas anatomiczny.

— XIV zjazd internistów odbędzie się w roku bieżącym od 8 do 11 kwietnia w Wiesbaden. Prezydium obejmuje D-r BAEUMLER. Pomiedzy tematami znajdują się: wartość środków lekarskich obniżających ciepłotę ciała (*antipyretica*), oraz lecznicze zastosowanie przetworów gruczołu tarczowego.

— Minister oświaty w Austrii utworzył pod swoim przewodnictwem komisję, składającą się z przedstawicieli wydziałów izb lekarskich, w celu opracowania reformy nauczania na wydziałach lekarskich w Austrii. Komisja oświadczyła się za zachowaniem dotychczasowego terminu trwania nauk, 10 semestrów, i za wyłączeniem z programu wykładów przedmiotów przyrodniczych. Natomiast proponuje wprowadzić do kursu nauk ogólne zasady biologii. Niektórzy członkowie komisji proponują nadto, aby, niezależnie od obowiązkowej półrocznej pracy w szpitalu wojskowym, studenci przed otrzymaniem dyplomu odbywali roczną praktykę w szpitalach.

— Wzrost liczby lekarzy, co się co-rocennie daje spostrzegać w państwach zachodnio-europejskich, szczególnie wybitnie zaznaczył się w Belgii. Jak dowodzą urzędowe dane statystyczne, w ubiegłym roku było 2,956 lekarzy i chirurgów t. j. 1 lekarz na 2,100 mieszkańców, a w Brabancie nawet 1 lekarz na 1,574 mieszkańców. Jak wszędzie, tak i w Belgii szczególny napływ lekarzy daje się zauważyć w miastach.

— Rząd włoski przedstawił parlamentowi projekt zmonopolizowania chininy przez państwo. Proponuje się sprzedawać środek ten w sklepach z tytoniem w paczkach po 3,0 i 2,0 za 50 cent. Uzasadnienie projektu powyższego stanowi fakt, że rocznie umiera na zimnicę 16,000 osób, a tymczasem dotąd przeszło 3,000 gmin nie posiada aptek. W ten sposób urządzona sprzedaż chininy będzie dobrodziejstwem dla ludności ubogiej.

— Amerykański związek lekarski rozesłał do wszystkich towarzystw lekarskich Stanów Zjednoczonych Ameryki zaproszenie, aby przysłali petycję do senatorów i członków Kongresu, przekonywającą o konieczności utworzenia ministerium zdrowia publicznego.

— Francuski minister oświaty COMBES podjął silną walkę z alkoholizmem. Wezwawszy na naradę ciało nauczające z wszelkich instytucji naukowych, począwszy od najwyższych do najniższych, polecił wykładającym, aby słuchaczom w sposób wyczerpujący i ścisły wykazywali zgubne skutki alkoholizmu. We wszystkich gałęziach wiedzy, które w jakikolwiek sposób z kwestyą alkoholu stoją w związku, ma być zwrócona szczególniejsza uwaga na alkoholizm, oraz ma być opracowany *ad hoc* traktat, sprawę gruntownie przedstawiający: fizyologia, farmakologia, klinika chorób wewnętrznych, dział chorób umysłowych, ekonomia polityczna i t. d. stanowią każda ze swej strony pole do uwyrażnienia zgubnego wpływu nadużycia alkoholu, prowadzącego zarówno do materyalnej, jak i moralnej ruiny społeczeństw.

— W Bordeaux od Nowego Roku zaczął wychodzić nowy dziennik „La Défense médicale”, wyłącznie poświęcony profesjonalnym sprawom lekarzy. Nowe pismo wydawane jest przez grono lekarzy, którego prezesem obecnie jest d-r ARMAIGNAC.

— W Charkowie zaczęło wychodzić dwa razy na miesiąc nowe pismo lekarskie p. t. „Wiestnik Medycyny” z obszernym programem, w cenie rs. 5 rocznie. Wydawcą jest BREITIGAM księgarz, redaktorami zaś prof. DANILEWSKI i ORŁOW.

Sprostowanie. Ś. p. kol. RAŻNIEWSKI zmarł we Wrocławiu, a nie w Warszawie, jak to mylnie w № 6 „Medycyny” wydrukowano.

WYDAWCA Dr. L. Gurański.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 1 Февраля 1896 г.

Друк К. Ковалевского, Warszawa, Mazowiecka 8