

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do chirurgicznego leczenia ropnego zapalenia otrzewnej i niedrożności jelit. Podał prof. Dr. J. Kosiński.—**Streszczenia i wyciągi.** 18. Pierwsze wycięcie wątroby. 19. O zastosowaniu kwasu salicylowego i salolu przy ostrym gościec stawowym. 20. Przypadek promienicy. — **Odczyty kliniczne.** Praktyczne uwagi o chorobach serca. Odczyt prof. d-ra B. Stiller'a. (Ciąg dalszy). — **Odcinek. v. Krafft-Ebing.** Zboczenia umysłowe na tle zaburzeń płciowych. Opaczne czucie płciowe. (Ciąg dalszy).—**Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.**

PRZYZYNEK DO CHIRURGICZNEGO LECZENIA **ropnego zapalenia otrzewnej i niedrożności jelit.**

Podał Prof. Dr. Jul. Kosiński.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Towarzystwa lekarskiego d. 29 Listopada 1887 r.)

Dnia 13 Września r. b. kol. HERTZ powiedział mi, że ma od paru dni pacjentkę z objawami niedrożności jelit, i, że niespodziewając się aby choroba dała się inaczej usunąć jak tylko na drodze operacyjnej, prosił o przyjęcie chorej do kliniki chirurgicznej. Zgodziłem się na to chętnie i tego samego jeszcze dnia pacjentka była w klinice umieszczona.

Chora (Rojza Rosenberg) dziewczynka lat 14, budowy ciała miernej, szczupła i wynędzniała. Twarz blada, nosi na sobie wyraz ciężkiego cierpienia. Łącznica przekrwiona, błona śluzowa warg sinawo blada. Oddychanie przyspieszone o typie żebrowym. Puls bardzo częsty—140, drobny. Brzuch miernie wzdęty, udziału w oddychaniu niebierze. Ciężota ciała mierzona pod pachą 37,6; kończyny górne i dolne zimne. Głos słaby, przytłumiony; chora niechętnie odpowiada na pytania, jęczy i na ból brzucha się uskarża. O powstaniu choroby i o anamnezie więcej mogliśmy się dowiedzieć od rodziny jej, niż od niej samej.

Opowiadano nam tedy, że pacjentka od dwóch lat była cierpiącą na rozmaite zaburzenia kanału pokarmowego. Bóle w brzuchu, rozwolnienie i obstrukcyje przychodziły na przemian. Od czasu do czasu pojawiały się wymioty, bez wyraźnego powodu. Przypadkościami tym towarzyszyła nieraz gorączka. Olej rybinowy, kataplazmy na brzuch i dyeta były środkami, do których się zwykle uciekała i najczęściej z dobrym skutkiem.

11 września r. b. poczuła niezmiernie silny rwący ból w brzuchu; jednocześnie wystąpiły wymioty męczące i podnoszące ból brzucha. Zażyty olej rybinowy i następnie zalecony przez lekarza kalomel i pijawki na brzuch nie przyniosły żadnego skutku. Lekarstwa i napoje zrzucała zaraz po przyjęciu. Stolec całkowicie zaparty. Ławatywy odchodziły nie wywołując stolca, a chociaż gwałtowny ból brzucha nieco złagodniał, przy dotknięciu był on jednak za-

wsze bardzo mocny. W takim stanie chorą przywieziono do kliniki, jak powiedzieliśmy dnia 13 września. Zanim jeszcze pacjentkę widziałem, ordynator kliniki zalecił jej proszki makowca i lód do połykania. Wielkie ławatywy sposobem Hegara nie sprowadziły stolca. Nazajutrz 14 września pacjentkę przeniesiono do sali operacyjnej dla ścisłego zbadania jej stanu. Oprócz wyżej wyszczególnionych objawów znaleźliśmy brzuch miernie wzdęty i niezmiernie bolesny. Ściany jego były bardzo naprężone co uniemożliwiało badanie. Opuukiwanie wykazało w górnej części po nad pępkiem i na parę cali poniżej pępka odgłos tympanityczny; od tego miejsca w dół ku miednicy stępienie. O ile od chorej dowiedzieć się mogliśmy, moczu oddawała bardzo mało. Wypuściliśmy za pomocą cewnika około 300 kub. cent. moczu i dla bliższego wymacania brzucha oraz badania przez stolec i ewentualnie przez pochwę zachloroformowaliśmy pacjentkę. Gdy ściany brzucha zwolniały, mogliśmy naciskaniem na nie przekonać się, że wszędzie odporność jest jednostajną. Nigdzie żadnej twardości lub guzowatości nie było, natomiast wyczuwaliśmy charakterystyczne tarcie, jakie niektórzy autorowie opisują jako symptom zapalenia otrzewnej, a które wyraźnie świadczyło o świeżych włóknikowych zrostach otrzewny ściennych z kiszkami lub pętlic tych ostatnich pomiędzy sobą. Nadto, wprowadziwszy palec jednej ręki bądź do kiszki stolcowej bądź do pochwy (ku czemu żadnej przeszkody nie było) a drugą ręką naciskając ściany brzucha, mogliśmy stwierdzić obecność płynnego wysięku w jamie miednicy i dalszej części brzucha. Po zastosowaniu lejka Hegara w stanie uśpienia chorej wypłókaliliśmy nieco płynu fekalnego i z objawu tego skłonni byliśmy wnosić, że zupełnej niedrożności jelit niema, nie wykluczając jednak możliwej inwaginacji lub przecięcia jelita, albo nareszcie zwężenia światła jego po jakiegobądź sprawie owrzodzenia i tworzenia się blizn. Dwuletnie zaburzenia w czynnościach jelit upoważniały nas do tego ostatniego przypuszczenia. Najbardziej prawdopodobnem zdawało się zaciśnięcie kiszek skutkiem wrzodów gruzliczych powstałe. Wreszcie można też było przypuszczać, że nie zaciśnięcie jelita, lecz przedziurawienie przez wrzód gruzliczy przypadłości zapalenia otrzewny sprowadziły. Postanowiliśmy w obec tego jeszcze 24 godzin poczekać, mając niejaką nadzieję, że skoro się w małej ilości fekalne masy pokazywać zaczęły, może do jutra nastąpią jeszcze wypróżnienia.

Nazajutrz jednak wypróżnień nie było, tak samo jak i dni poprzednich. Stan ogólny chorej oczywiście nie tylko że się nie poprawił, ale raczej gorzej się nam przedstawił, bo przy temperaturze dość niskiej 37 (dnia poprzedniego było 38) i 34 oddechach na minutę, puls jeszcze się stał częstszym i do 150 uderzeń na minutę dochodził. Ból w brzuchu i naprężenie ścian jego były wprawdzie w mniejszym może stopniu, ale za to wysięk się powiększył. Biorąc pod uwagę te objawy, nie mogliśmy niewidzieć grożącego niebezpieczeństwa zgorzeli kiszek.

Postanowiliśmy więc bezzwłocznie przystąpić do wykonania laparotomii. Chora była uśpioną za pomocą chloroformu. Cięcie poprowadzono po linii środkowej brzucha długie, od pępka do spojenia łonowego, a jak tylko otrzewna została naciętą, płyn z jej jamy jak z fontanny strumieniem wysokim zaczął

się wylewać. Była to posoka tak silnie cuchnąca, że w parę minut cała prawie sala była napełniona septyczną wonią. Po rozszerzeniu rany otrzewny do wielkości rany skórnej, gdy rzadka część posoki koloru żółtawego mętnego się wylała, dostrzegliśmy przymieszkę ropiastą oraz cząstki włókniaka nasiąkniętego ropą. W sam zaś otwór zaczęły się wciskać rozdęte pętlice kiszek pokryte rozmaitej grubości warstwą takiegoż włóknikowatego nalotu i pozlepiane pomiędzy sobą.

Oblewając obfitym strumieniem roztworu kwasu bornego z irygatora splókiwaliśmy płynny wysięk. Po wprowadzeniu ręki do jamy brzusznej przekonałem się, że zlepy pomiędzy pętlcami kiszek oraz tych ostatnich z otrzewną ścienną były bardzo liczne, a nadto кишки bardzo wzdęte gazami i że przy tych warunkach nie da się odszukać miejsca zaciśnięcia lub owrzodzenia i przedziurawienia. Rozszerzyłem więc cięcie ścian brzucha na kilka centymetrów wyżej pępka i wyciągając pętlcę za pętlcą wszystkie jelita cienkie wyłożyłem na zewnątrz rozlepiając je i zdejmując z ich powierzchni grubemi i obszernymi płatami pokrywający nalot. Ta część operacji robiła się literalnie pod wodą, gdyż strumień roztworu kwasu bornego nieprzestawał obmywać kiszek. Po rozlepieniu pętlic, obmyciu ich i jakimś takim oczyszczeniu od nalotu, przykrywały się one serwetkami zmaczanymi w ciepłym roztworze sublimatu (1:3000). Gdy jelita znajdowały się na zewnątrz i jama brzuszna gąbkami wyczyszczoną została, dostrzegliśmy rodzaj grubej fałdy otrzewny prostopadle krzyżującej jelita biodrowe (*intestinum ileum*) tuż przy samem wejściu jego do кишки grubej. Ponieważ całe dno jamy brzusznej oraz dół Douglasa i organa miednicy pokryte były grubym nalotem ropno-włóknikowym, a nadto, pomimo szerokiego cięcia ścian brzusznych, z powodu zupełnej prawie nierozciągliwości ich niełatwo było rozszerzyć otworu i wygodnie obejrzeć okolice кишки ślepej i w niej manipulować, musieliśmy zrobić jeszcze jedno cięcie poprzeczne, zaczynające się tuż pod pępkiem przez całą szerokość prawego mięśnia prostego brzucha. Dopiero zrobiwszy to cięcie, mogliśmy dostatecznie odkryć dół biodrowy prawy i przekonaaliśmy się, że owa pozorną fałdą był to wyrostek robaczkowy (*proc. vermicularis*) mocno zgrubiały przerzucony końcem swym wolnym ku górze wpoprzek кишки biodrowej leżący tak, że koniec jego wolny po nad brzeg górny tej кишки sięgał i całkowicie był zrośniętym z powierzchnią jelita biodrowego i otrzewną stanowiącą kreskę кишки grubej (*mesocolon*). Jelito biodrowe oczywiście było pod wyrostkiem ściśnięte i tu tkwiła niedrożność i przyczyna następnego zapalenia otrzewny. Po odlepieniu i zmyciu nalotu przystąpiliśmy do oddzielenia wyrostka robaczkowego, co się dało skutecznie z niewielką trudnością. Był on bardzo zgrubiały, formy sierpowatej; grubość jego u podstawy równała się grubości palca; budowa mięsista; nie łatwym byłby do poznania, gdyby nie stosunek jego do кишки ślepej. Po odczepieniu jego od кишки biodrowej z powierzchni кишки i odpowiadającej powierzchni wyrostka, z rozerwanych włoskowatych nowo wytworzonych naczyń, powstało niewielkie nieznaczające krwawienie. Jelito na tem miejscu przedstawiało obrączkowate zakłęśnięcie. Część jej górna była nieco rozrzuconą. Z dopełnieniem czynności odczepienia wyrostka robaczkowego uciskającego jelito od powierzchni кишки

i sprowadzenia tego wyrostka na właściwe miejsce, zrobiliśmy wszystko, czego od operacji wymagać można było. Pozostało oczyścić jeszcze i starannie wymyć jamę brzuszną roztworem sublimatu i wszystkie organa z cząstek włókniaka, ropy i krwi odprowadzić do jamy cały zwój jelit cienkich, które przez cały czas operacji były starannie obwijane ciepłymi serwetkami i założyć szew na ranę ściennej. Zwrócić tu muszę uwagę na to, że otrzewna tak ścienna jak i trzewiowa była wszędzie bardzo mocno zmieniona; przekrwienie było bardzo znaczne, zgrubienie również widoczne. Jelita miejscami były barwy wiśniowej; powierzchnia ich do aksamitu była podobna i niezmiernie łatwo od dotknięcia krwawiła. Szczególnie te pętlące jelit były zmienione, które niżej w miednicy się znajdowały, części dalsze bliżej przepony, mniejszej uległyby zmianie. Niepodobna było z całej powierzchni trzewiów i ścian jamy brzucha nalotu całkowicie pozdejmować. Tam gdzie włókniakowaty wysięk mocno był przyrośnięty i stanowił już poniekąd zorganizowaną błonę ruchomą, gdzie nieco forsowniejsze odrywanie jego sprowadzało znaczne krwawienie, tam pozostawiliśmy mniejsze lub większe płatki na miejscu. Nadawało to pstrokaty wygląd całej jamie brzusznej z jej zawartością, szczególnie, że białe-żółtawe plamy mocno odbijały od ciemno-czerwonego tła.

Zeszyście rany przedstawiało znaczne trudności. Pochodziło to stąd, że przez zgrubienie jelit objętość ich niełatwo się mieściła we względnie małej jamie brzusznej. Ściany bowiem brzucha, jak wspomnieliśmy były prawie niepodatne z powodu tejże samej przyczyny—zapalenia i zgrubienia otrzewny i tkanki komórkowatej podotrzewnowej; przytem przecięty mięsień prosty brzucha skracał się i końce jego oddalały od siebie. Złączenie więc brzegów ran połączone było z wielką trudnością i mieliśmy uzasadnioną obawę, aby rana na całej długości nie rozeszła się. Szew daliśmy piętrowy, a miejscami osobno zeszyłem otrzewną, mięśnie i skórę. W środku, w okolicy pępka, gdzie się rana podłużna stykała z poprzeczną, pozostawiliśmy otwór przez który wprowadzony był sączek gruby, końcem swoim opierający się o dół Douglasa. Opatrunek jodoformowy.

W pierwszej godzinie po operacji chora znajdowała się w stanie zapaści, blada na twarzy, oddech powierzchowny, puls 154 z trudnością dający się liczyć, drobny, temperatura 36,4. Na ból nie skarżyła się. Następnie wymioty wodnistosłuzowate, zielone i czkawka. Ku wieczorowi stan prawie ten sam, tylko zaczyna się skarżyć na ból w brzuchu, który po zastrzyknięciu morfiny ustąpił. W nocy spała i nazajutrz czuła się nieco rażniej. Co trzy godziny uryna się wypuszczając i ilość jej w przeciągu doby wynosiła 535 kub. centymetrów. Oprócz wina i herbaty, oraz w chwilach mgłościi kawałków lodu, nie chora nie dostała. Ciepłota ciała podniosła się do 37. Stolca jeszcze nie było.

Lecz tego samego już dnia, koło południa chora miała pierwszy stolec, nieobfity dość płynny, a przed wieczorem oddała znacznie większy. Po trzech dniach przebiegu choroby, stan pacjentki dopiero wyraźniej zaczął się poprawiać i prognoza zaczęła być pewniejszą.

Dwa razy dziennie opatrunek na ranie był zmieniany, przy czem starannie wypłókiwaną była jama brzuszna przez rurkę drenu roztworem kwasu bor-

nego, brzuch na zewnątrz obmyty wodą karbolową; dren poruszany, a co kilka dni zmieniany. Ropienie było z początku dość obfite, czwartego dnia po operacji chora zaczęła skarżyć się na ból silniejszy w brzuchu i trudność oddychania oraz kaszel. Ciepłota ciała podniosła się do 38 przy tętnie 110—116, a dnia następnego wykryliśmy zajęcie prawego, dolnego zraza płuc zapaleniem. Chora stała się niespokojną, jęczącą i kaszlała wiele. Plwociny zawierały ślady wyraźne krwi. Uważając pneumonię jako hypostatyczną daliśmy chorej do wewnątrz napar waleriany z eterem i posmarowaliśmy kilkakrotnie cały bok mocną nalewką jodową. W parę dni objawy pneumonii zaczęły znikać.

Co się zaś tyczy rany, to po zdjęciu na 3 dzień większej części szwu, pokazało się, że chociaż skóra i mięśnie tu i owdzie nieco się rozszerzyły, wszelako połączenie otrzewny trzymało wszędzie. Ropy z jamy brzusznej, a przeważnie z miednicy coraz było mniej i powoli przy lepszym apetycie i spokojnym śnie, gdy stan ogólny począł się poprawiać, rana na drodze granulacyi szybko ku zabliznieniu podążała. Po upływie 12 dni dren został usunięty, gdyż ropienie stało się nieznaczające, a wydzielina przybrała postać śluzowatą. Stolce stawały się coraz bardziej prawidłowe i chora mogła już być uważaną za wyleczoną. Do zupełnego i ostatecznego zabliznienia rany upłynęło jeszcze kilka tygodni czasu i dopiero pacjentka opuściła klinikę 22 Października.

Na uwagę zasługuje ta okoliczność, że po tak szerokiem cięciu krzyżowem ścian brzucha pomimo uzasadnionego przewidywania naszego, że łatwo się w tem miejscu utworzy znaczne wypuklenie i wypadnięcie trzewiów, dotąd nie widzieliśmy wyraźnej ku temu dążności. W ogóle chirurdzy unikają cięcia w poprzek brzucha, przyczem mięśnie przecięte z trudnością się zrastają tak trwale, aby w miejscu blizny nie powstała przepuklina. Jeżeli w naszym przypadku dotąd tego następstwa nie widzimy, to korzystny ten objaw muszę tłómaczyć przyrośnięciem jelit na całej powierzchni do otrzewny ściennej i zniesieniem w ten sposób wszelkiej dążności jelit do wypierania słabszej części ściany (*resp.* blizny) i tworzenia przepukliny. Czy jednak z czasem, kiedy zrośty poginą i jelita od ściany całkowicie się odczepią, niezacznie się tworzyć wypuklenie, pozostaje do czasu niepewnem.

Rozważając zmiany jakie znaleźliśmy w jamie otrzewny naszej pacjentki nasuwa się nam pytanie z kąd powstało opisane przerzucenie się wyrostka robaczkowego i przyrośnięcie jego w ten sposób, że stosunek ten spowodował niedrożność jelita i co właściwie w przypadku tym było przyczyną a co skutkiem. Zdaje się, iż wątpliwość ta da się w następujący sposób wyjaśnić: pacjentka musiała kiedyś i to zapewne dość już dawno przebyć zapalenie otrzewny; (prawdopodobnie w ten czas kiedy poraz pierwszy przed dwoma laty zachorowała na zaburzenia organów brzusznych, poczem częstym recydywom ulegała). Jaka zapalenia tego była przyczyna stanowczo powiedzieć niemożna. Mając jednak na względzie, że najwybitniejsze zmiany powstały w okolicy kiszki ślepej można by się domysleć że ten organ był punktem wyjścia. Niemożna zresztą wykluczyć i organów płciowych, macicy lub jajników, tem bardziej że przypało to w epoce właściwej rozpoczynającego się miesiączkowania. Bądź jak bądź sądzę, że przebyta dawniej *peritonitis* przy przypadkowem niekorzy-

stnem położeniu wyrostka robaczkowego była przyczyną jego przyrośnięcia. Niezmierne zgrubienie wyrostka przez wytwarzanie się grubej dobrze wytworzonej nowej tkanki zmusza nas tę sprawę odnieść do dawniejszej już epoki. Dalszy przebieg jaki z anamnezy choroby znamy, w zupełności odpowiada temu objaśnieniu. Pacjentka często zapadała na rozwolnienie, wymioty, bóle w brzuchu, poczem wracały habitualne obstrukcye, które po upływie mniej lub więcej długiego czasu sprowadzały nowy szereg ostrych zaburzeń. Przyrośnięcie wyrostka w poprzek jelita biodrowego niemogło zrazu sprawić fatalnego całkowitego zaciśnięcia kiszki i zupełnej niedrożności, zaburzenia jednak powyższe mogło i musiało sprawiać. Na skutek kurczenia się nowowytworzonej w około wyrostka tkanki i przeistoczenia się jej w bliznę, zaciśnięcie kiszki stawało się coraz większem i zakończyło się może skutkiem przypadkowego niezwykłego przepełnienia jelita biodrowego zupełną niedrożnością, wywołując ostre i rozlane zapalenia otrzewny z wysiękiem włóknikowo-ropnem, który prędko charakter posocznicy przybrał. W ten więc sposób powstałe pierwszy raz zapalenie otrzewny z przyczyny niedającej się napewno objaśnić, spowodowało skutek (wadliwe przyrośnięcie wyrostka robaczkowego), który w następstwie stał się przyczyną zaciśnięcia kiszki i niebezpiecznego zapalenia otrzewny, to ostatnie zaś tylko i jedynie dzięki chirurgicznej pomocy usuniętą zostało.

Wyrostek robaczkowy często jest punktem wyjścia śmiertelnego zapalenia otrzewny, lecz niewiem czy jest w literaturze przypadek podobny do przytoczonego przez nas, gdzie tego rodzaju zaciśnięcia przez ów wyrostek spowodowane zostało.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

18. Dr. LANGENBUCH. *Pierwsze wycięcie wątroby (Die erste Leberresection)*. Przypadek powyższy dotyczył 30-letniej kobiety, przybyłej do szpitala wskutek róży, która przebiegała dosyć ciężko, tak że chora dopiero po upływie kilku tygodni zaczęła powracać do zdrowia. Podczas gdy dnia pewnego zwrócił się autor do chorej, zalecając opuszczenie szpitala, ta wyjawiała L. inne jeszcze cierpienie, a mianowicie guz w brzuchu, trapiące chorą już od lat ośmiu, z którego konieczne radaby się wyleczyć. Bóle w brzuchu, zdaniem chorej, występowały głównie przy leżeniu na wznak, podczas gdy leżenie na brzuchu mniej było bolesne. Nadto przy leżeniu na wznak przyłączało się uciążliwe bicie serca, przelotne palanie w głowie i w nogach i straszny niepokój. Dokonane wówczas badanie wykazało, rzeczywiście, obecność mało wyczuwalnego przez powłoki brzuszne guza w górnej części jamy brzusznej, pośrodku okolicy nadpępkowej, zajmującego przestrzeń od wyrostka mieczykowatego aż do miejsca położonego na 6 ctm. ponad pępkiem. W oznaczonym miejscu wyczuć można było gładki, sprężysty, niechłobocący, nieco ruchomy guz, którego brzeg dolny był gruby i gładko zaokrąglony. Opukiwanie wykazało pośrodku guza odgłos tępy, zlewający się ku górze z stępieniem wątroby, w kierunku zaś ku dołowi, na prawo i na lewo odgłos stawał się bębnistym. Przy ruchach oddechowych guz wyraźnie się przesunął.

Autor, przeprowadzając rozpoznanie różniczkowe, przychodzi do przekonania, że w danym przypadku guz mógł zależeć albo od bąblowca, albo też od odwężenia wątroby (*Schmürleber*), jakkolwiek guzy w ten sposób powstałe, mieszczą się zazwyczaj w prawej połowie jamy brzusznej. Wobec tego postanowił autor dokonać cięcia próbnego, będąc atoli przygotowanym do zupełnego wy-

łuszczenia guza, jeżeliby się to okazało możebnem. Dokonane cięcie wykazało odwęzenie wątroby na znacznej przestrzeni, którego punktem wyjścia był głównie lewy zraz wątroby.

Właściwie z odwęzieniem wątroby spotykamy się przeważnie w prawym zrazie, czem poniekąd tłumaczyć sobie można brak znaczniejszych przypadłości, po prawej bowiem stronie nie znajdujemy takich narządów, których ucisk mógłby pociągać za sobą objawy chorobowe, podczas gdy z lewej strony zwłaszcza przy położeniu chorej na wznak, odźwiernik żołądka, dwunastnica, pętlice cienkich kiszek, poczęści okrężnica poprzeczna, trzustka, aorta obok wielu innych większych tętnic i żył, nerwy, sploty nerwowe wystawione są na ciągły ucisk ze strony guza i to tem więcej, że guz utworzony wskutek odwęzenia wątroby, w następstwie zastoju krwi ulega z czasem przerostowi, twardnieje, staje się cięższym i więcej ruchomym.

Wobec takiego położenia rzeczy postanowił autor usunąć omawianą część wątroby, co się mu też w zupełności udało, jakkolwiek w kilka godzin po operacji wskutek wystąpienia groźnych objawów, cechujących krwotok wewnętrzny, zmuszony był powtórnie otworzyć jamę brzuszną, podwiązać krwawiące naczynie i wyczyścić jamę brzuszną, wypełnioną krwią, poczem zabliźnienie nastąpiło bez wszelkich powikłań.

Przypadek powyższy, w którym dokonano wycięcia części wątroby ludzkiej (370 grm.) jest pierwszym w literaturze lekarskiej. Dowodzi on, że w tych rzadkich przypadkach odwęzenia wątroby, pociągających za sobą poważne przypadłości, w których wszelkie środki lecznicze pozostają bez skutku, cel w zupełności osiągnięty zostaje na drodze operacyjnej.

(Wien. Mediz. Blätt. N. 3.—1888). A. F.

19. Dr. AUFRECHT. O zastosowaniu kwasu salicylowego i salolu przy ostrym gościeu stawowym. (*Ueber die Anwendung von Salicylsäure und Salol beim acuten Gelenkrheumatismus*). Każdy, komu się zdarzało leczyć ostry gościec stawowy do czasu wprowadzenia przez STRICKER'a kwasu salicylowego, ten bez wątpienia, stosując środek powyższy, potrafił ocenić dzielne usługi, jakie środek ten oddaje. Pomyślne wyniki stąd otrzymane dadzą się streścić w sposób następujący. Dotychczasowe uciążliwe cierpienia chorych zredukowane zostały do minimum; okres trwania choroby został przez wprowadzenie kwasu salicylowego znacznie skrócony, wady serca, towarzyszące tak często omawianym cierpieniom, występują obecnie daleko rzadziej; gorączka, obrzmienie stawów i bóle znikają już po upływie kilku dni. Zazwyczaj chorzy otrzymują w pierwszych 2—3 dniach 6 grm. kwasu salicylowego w dawkach gramowych, podczas 8—10 dni następnych—4 albo nawet 3 grm. Atoli ten sposób leczenia napotyka nie rzadko, niestety, trudności niczem nieprzezwyciężone. Dzieje się to z tej przyczyny, że pod wpływem przyjętego kwasu salicylowego występuje dość silne palenie w żołądku, wymioty, gwałtowny szum w uszach, a nawet i duszność, które zmuszają zaprzestać dalszego jego użycia. Wobec takich okoliczności z jednej strony, wobec doniesień SAHLI'ego o pomyślnem działaniu salolu z drugiej strony, postanowił autor zastąpić kwas salicylowy salolem i oto do jakich wniosków doszedł. W przypadkach gościa przewlekłego bezwarunkowo należy oddać pierwszeństwo salolowi, podczas gdy bowiem kwas salicylowy w razach takich żadnego nie okazuje działania, to salol sprowadza polepszenie, a nawet zupełne wyleczenie. Natomiast przy ostrym gościeu kwas salicylowy działa szybciej niż salol, usuwając gorączkę w ciągu 24 godzin, gdy tymczasem salol daje także wyniki dopiero po upływie 3—4 dni, wobec czego przysięga należy, że salol, w porównaniu z kwasem salicylowym, słabiej działa na czynnik chorobotwórczy. Wreszcie, co się tyczy wpływu powyższych środków na pojawianie się zapalenia wsierdza i jego następstw, to z zebranych przez autora 600 przypadków ostrego gościa stawowego, leczonych kwasem salicylo-

wym, tego rodzaju powikłań autor nie spostrzegał, natomiast w 40 przypadkach, leczonych wyłącznie salolem, zapalenie wsierdzia miało częściej miejsce. Zdaniem więc autora, kwas salicylowy należy stosować aż do zupełnego ustąpienia gorączki, co się zazwyczaj zdarza po upływie 2-ech dni, poczem dopiero przejść można do salolu, podając go z początku w ilości 6 grm. dziennie, zmniejszając następnie ilość do 4 grm. (*Deutsch. Medizin. Wochen. 2 - 1888*). A. F.

20. O. ISRAEL. **Przypadek promienicy** (*Fall von Aktinomykose*). Chora, u której rozpoznano przymiot mięśni wewnętrznej powierzchni uda, oddaną została do oddziału chirurgicznego, gdzie dokonano stosownej operacyi. W dalszym jednak przebiegu pojawiły się na rozmaitych miejscach skóry małe ropnie, pozwalające rozpoznać rzeczywistą chorobę. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono w mięśniach modzele takie same, jakie za pierwszym razem wyłuszczone; w sąsiedztwie ich mięśnie uległy zanikowi. Z narządów wewnętrznych przyjmowały udział w chorobie: serce, płuca, śledziona, w których można było wykazać obecność grzybków. Pierwotnego źródła nie można było wykazać, a to dla tego, że sprawa powyższa, zdaniem autora, okazuje wielką skłonność do zabliźniania się. Swoisty wygląd przedstawiały ogniska, znajdujące się w śledzionie, gdzie na przebiegu większego naczynia spostrzedz można było cały szereg prosówkowych lub nieco większych ognisk, przyczem grzybki miesciły się nie w samej tkance zbitej, ale każdy w oddzielnym małym ropniu. Nadto istniało znaczne nowotworzenie się tkanki ziarninowej. Zmiany w wątrobie przedstawiały zupełnie te same cechy, oprócz tego istniały dwie blizny, mające wiele podobieństwa do blizn przymiotowych. (*Deutsch. Mediz. Zeit. 4—1888*). A. F.

ODCZYT Y KLINICZNE.

Praktyczne uwagi o chorobach serca

Odczyt prof. d-ra Bertholda STILLER'A z Budapestu

łomaczenie z niemieckiego.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 4).

Rozpoznanie obrzęku, mianowicie przyczynowe, w największej liczbie wypadków jest bardzo łatwe, szczególnież wtedy jeżeli chorego znamy i mogliśmy śledzić rozwój choroby. Istnieją jednak przypadki, w których przy rozwiniętej ogólnej wodnej puchlinie, jeżeli ją widzimy po raz pierwszy, możemy mieć wielką trudność ze względu na pierwotne miejsce występowania obrzęków. Szczególniej często trudnem jest rozstrzygnięcie w podobnych razach, czy mamy do czynienia z obrzękiem pochodzenia sercowego czy nerkowego; czy puchlina najprzód wystąpiła na nogach lub gdzieindziej, nie zawsze może być przez chorego określone w sposób zasługujący na wiarę. Mocz zawiera białko, po największej części w obudwóch razach. W obu chorobach napotyamy zmniejszoną ilość uryny, wyższy jej ciężar gatunkowy i ciemniejsze zabarwienie. Z drugiej strony woskowo blade kolory brightików i większa odporność puchliny żyłnej nie jest zawsze wyraźna, a często napotyka się i u chorych na serce. Napotykane także po największej części u chorych z puchliną pochodzenia nerkowego, obrzęki górnej części ciała mogą przytrafić się czasami i przy puchlinach pochodzenia sercowego. Nawet przedmiotowe określenie choroby serca, za wyjątkiem wad zastawkowych, nie decyduje o wszystkim, ponieważ powiększenie serca równie często występuje następco przy chorobach nerek, jak te ostatnie w postaci nerki zastoinowej występują przy cierpieniu serca, tak że objawy obydwóch chorób mieszają się ze sobą. W podobnych razach powstają tylko dwa zasługujące na zaufanie

znaki, mianowicie powiększenie wątroby przemawia za sercowem pochodzeniem obrzęków, a z drugiej strony stałe znajdowanie w moczu ziarninowych wałeczków które świadczą za nerkowem pochodzeniem wodnej puchliny. Nadto ciężar garunkowy moczu przy przewlekłym nephritis w ogólności jest mniejszy, aniżeli przy zastoinowej nerce, w pierwszym wypadku, według mego doświadczenia, rzadko przechodzi 1020, w drugim zaś po największej części pomiędzy 1020 i 1030. Zanik ziarninowy nerek charakteryzuje dostatecznie jasny kolor moczu, wielka jego ilość, bardzo mały ciężar gatunkowy i czysty biały kolor warstwy białka strąconego kwasem saletrzanym. O tej chorobie jednakże może być mowa tylko w jej końcowym okresie, ponieważ dopiero wtedy występuje wodna puchlina, która zresztą osiąga bardzo rzadko wyższego stopnia. Istnieje jeszcze jedna postać wodnej puchliny, przy której nawet powiększenie wątroby nie przemawia za chorobą serca. Tutaj przy wodnej puchlinie, niewątpliwie nerkowego pochodzenia, stale spotykamy także obrzęk wątroby. Jest to mianowicie przeistoczenie mączkowate. W tym przypadku musimy szukać w celu rozpoznawczym innych punktów powiększonej wątroby, powiększenie śledziony tej samej natury, wyniszczające rozwolnienia, mączkowate przeistoczonych kiszek, a nadewszystko istnienie choroby podstawowej lub jej pozostałości.

U chorego spuchniętego nie chodzi nam wyłącznie o rozstrzygnięcie czy mamy do czynienia z chorobą serca lub nerek. Nie pragnę tutaj wspominać o puchlinie wskutek wodnistości krwi (*hydraemia*), albo wskutek wyniszczenia (*marantica*), ponieważ one zaledwo mogą rozwinąć się do wysokości ogólnej wodnej puchliny, a tem samem tylko rzadko dają powód do rozpoznania różniczkowego. Za to niektóre przypadki marskości wątroby mogą wprowadzić nas w kłopot. Jeżeli mianowicie zobaczymy chorego dopiero wtedy, gdy puchlina brzucha, zależna od cierpienia wątroby, dosięgnie już wielkich rozmiarów i rozwinie się silna puchlina dolnych kończyn i całego ciała, to zdaje się nam, że mamy do czynienia z ogólną wodną puchliną, która wskazuje cierpienie serca lub nerek. Nie jest to jednak wcale ogólna wodna puchlina, która pochodzi z jednolitego źródła, lecz właściwie dwie miejscowe puchliny, mianowicie pierwotna puchlina brzuszna, jako następstwo utrudnienia krążenia w wątrobie i wtórna ogólna puchlina, jako skutek ciśnienia przez puchlinę brzuszną. Ciśnienie to sprowadza miejscowy zastój w zakresie wszystkich korzeni żyły głównej dolnej. Orientowanie się zresztą rzadko jest bardzo trudnem, nietylko z powodu braku choroby serca lub nerek, lecz i dla tego, że chory prawie zawsze z pewnością umie wskazać, że brzuch pierwszej, aniżeli nogi, obrzękł. Nadto wskazują właściwą przyczynę: wywiady, żółtaczkowe zabarwienie skóry, dominująco rozwinięta wodna puchlina brzucha, brak przesieków do jamy opłucnej i sercowej, jeżeli badanie wątroby i śledziony są zupełnie niemożliwemi z powodu wielkości puchliny brzucha. Potrzeba i tutaj jednakże uniknąć pewnych błędów, jak np. przyjęcia uciśniętego dolnego płatu płuca przez podniesioną przez *ascites* przeponę, za przesiek do opłucnej. Zupełnie podobnie jak marskość wątroby mogą także naśladować ogólną puchlinę wielkie guzy brzucha, szczególnie obrzęki jajnika, ponieważ one obok ich właściwej objętości, jeszcze przez wtórna puchlinę brzucha, sprowadzają silną ogólną wodną puchlinę.

Nakoniec według mego doświadczenia, mogą się zdarzyć wypadki, w których u obrzękniętych nie możemy na pewno wykazać żadnej zmiany w sercu, przy czem jednakże jesteśmy w stanie wykluczyć i wszystkie inne powody wodnej puchliny. Wtedy pomimo braku przedmiotowego cierpienia serca, tak samo będziemy się czuć usprawiedliwionymi przyjąć ukryte cierpienie serca, tylko na zasadzie nie dających się inaczej wyjaśnić skutków, podobnie jak cza-

sami bez wykazania guza, tylko z pozostałych objawów pozwalamy sobie przyjąć istnienie raka żołądka, lub innego organu brzuszego.

Ze względu na puchlinę pochodzenia sercowego mam jeszcze do zrobienia osobliwą uwagę, o której wspomniałem już w jednej z poprzednich moich prac ¹⁾. Mogę mianowicie, według mego doświadczenia, twierdzić, że czasami łatwiej jest wyleczyć wodną puchlinę u ludzi niskiego stanu, aniżeli u ludzi zamożnych.

To dziwne twierdzenie nie może mieć pretensyi ogólnego znaczenia, jeżeli nie ma być po prostu absurdem, ma ono tylko tyle oznaczać, że ogólna wodna puchlina u biednego robotnika czasami nie jest wyrazem ostatecznej utraty siły serca, jak u człowieka wyższego stanu. Ośmielałem się twierdzić, że w szpitalu częściej byłem w możności usuwać wodną puchlinę na czas dłuższy, aniżeli u bogatych i wykształconych ludzi w praktyce prywatnej. To uderzające spostrzeżenie tłumaczę w następujący sposób: U robotnika, który cierpi na wadę serca zewnętrzne wpływy, wysiłki cielesne, niedostatek i nieumiarkowanie, mogą czasami nagle obniżyć zdolność pracy serca, tak, że cały łańcuch zaburzeń wyrównawczych tak szybko i w takim stopniu występuje, że nie odpowiada on wcale rodzajowi i obrazowi wady serca. Wtedy spokój w szpitalu, odpowiedni sposób życia, brak szkodliwych czynników w połączeniu z używaniem naparstnicy bardzo prędko rozwija swoje zbawienne działanie i siłę serca znowu na czas dłuższy przywraca; przeciwnie zaś u zamożnego i wykształconego chorego, który ochrania się starannie i ciągle znajduje się pod stałą opieką lekarską, tak że najmniejsze początkowe zaburzenia zostają zwalczane, gdy się rozwinię powoli powiększająca się ogólna wodna puchlina, potrzeba ją uważać za znak porażenia serca, po którym już nie może nastąpić trwała poprawa. Naturalnie nie dowodzi to ażeby biedny chory na serce mógł liczyć na dłuższe życie, aniżeli bogaty, gdyż właśnie bywa przeciwnie, lecz przeto ma się tylko rozumieć to, że u biednego łatwiej występują zaburzenia wyrównawcze w wysokim stopniu, które jednak w wielu wypadkach także są łatwiejsze do zwalczania.

Pozwalam sobie ze względu na wodną puchlinę, jeszcze na ostatnią uwagę. Widziałem niejednokrotnie chorych na serce, którzy przy objawach osłabienia serca w połączeniu z najcięższą dusznością, z nieregularnością, niedostatecznością, a przytem gwałtowną czynnością serca, męczyli się całe tygodnie, miesiące i nakoniec umierali bez rozwinięcia się puchliny, z asługującej na to miano. W takich przypadkach stawiałem sobie za każdym razem pytanie, dla czego przy tej niewątpliwiej i długotrwałej niedostateczności serca, nie powstała wodna puchlina, która przecież jest naturalnym końcowym wynikiem postępującego osłabienia serca. Spostrzegamy i pojmujemy to u takich chorych, którzy cierpią na niedokrwistość w wysokim stopniu, u których także zarazem brakuje materiału do znacznych przesieków. Mówię jednakże tutaj o chorych, u których nie było tej zasługującej na uwagę przyczyny, która by spowodowała brak wodnej puchliny. Stanowczej odpowiedzi na powyższe pytanie nie mógłbym dać, jednakże uważam za słuszne skonstatować, że u takich chorych stale ma miejsce znaczne powiększenie lewego serca, po większej części w skutek niedostateczności zastawek aorty, ale także i z innych powodów. I tak zdaje się prawie jak gdyby lewa komórka początkowo silnie przerosła, nawet w swoim okresie osłabienia, jeszcze tak wiele sił rozwijała, aby zapobiedz znacznym zastojom i śmierć w końcu następuje wskutek nerwowego wyczerpania bardzo gwałtownie pracującego serca, a zatem wskutek powolnego paraliżu tegoż. To nie jest

¹⁾ Ueber Convallaria majalis bei Herzkrankheiten. Wiener Medic. Wochenschrift 1882.

naturalnie zadawalające wyjaśnienie, a jest właściwie niczem innem, jak próbą, aby to uderzające zjawisko wyjaśnić.

Rozpoznanie organicznych chorób serca było by bardzo niedokładnem, gdybyśmy chociaż w krótkości nie wspominali o tych cierpieniach serca, które polegają jedynie na chorobliwym unerwieniu serca. Byłoby zbyt szkodliwym wskazywać jak konieczną jest rzeczą ich znajomość i różnica od organicznych wad serca. Jak to samo się przez się rozumie zamiana organicznych z nerwowymi cierpieniami możliwą jest w ogóle tylko przy wyrównanych organicznych chorobach serca. Jako pewnik można przyjąć, że nerwica serca jako taka nie prowadzi do rzeczywistych zaburzeń wyrównawczych. Wcale nie możemy przypuścić np. u chorego spuchniętego prostej nerwicy serca. Z drugiej jednak strony wie to tylko doświadczony lekarz, jak trudnem może być w niektórych wypadkach rozróżnienie tych obydwóch pokrewnych form chorobowych.

Możemy tutaj z dwóch powodów pominąć chorobę BASEDOWA, chociaż przedstawia ona niewątpliwie nerwicę serca: 1) ponieważ nie jest ona żadną wyłączną nerwicą serca lecz charakteryzuje się dostatecznie prócz tego dwoma innymi zasadniczymi znakami, chociaż spotykają się tutaj postaci nierozwinięte, które umożliwiają błędy, 2) ponieważ po dłuższem trwaniu zwykle prowadzi ona do organicznych zmian w sercu ze wszystkimi ich następstwami. Moglibyśmy nie wspominać także o duszniczy bolesnej (*Angina pectoris*), która sama przez się jest nerwicą serca, lecz zawsze w związku z organicznem cierpieniem. Tutaj przecież kładę nacisk na to, że istnieje także czyste nerwowa, czynnościowa dusznica serca bez jakiegokolwiek podstawy organicznej. Postać, która przez francuzów została oznaczona jako fałszywa dusznica bolesna. Rozróżnienie tej ostatniej od prawdziwej stenocardii jest czasami zadaniem tem trudniejszym, ponieważ przedmiotowe objawy serca przy dusznicy prawdziwej często są bardzo nieznaczne i ciemne, a nawet zupełnie może ich brakować. Prawdziwa dusznica piersiowa zależy, jak wiadomo, po największej części, chociaż nie wyłącznie od zwężenia śródteniczego, a nawet zamknięcia światła tętnic wieńcowych, wskutek czego powstaje z jednej strony niedostateczne odżywianie, tłuszczowe albo innego rodzaju przerodzenie mięśnia sercowego, z drugiej strony ogniska zapalenia albo rozmiękczenia mięśnia serca. Wszystkie te ważne dla życia zmiany zdradzają się w wielu przypadkach tylko napadem duszniczy; najwyższej istnieje niemiarowość tętna (*arytmia*). Przedmiotowe zmiany można wykazać tylko rzadko, szmerów brak, a wyraźne powiększenie serca występuje dopiero późno, lub wcale nie. Ponieważ czyste czynnościowy napad duszniczy piersiowej podobny jest zupełnie do prawdziwego, to powstaje pytanie w jaki sposób możemy w pojedynczym przypadku rozpoznać i rozróżnić obiedwie formy chorobowe, których znaczenie dzieli pomiędzy sobą całe niebo. Na szczęście fałszywa dusznica napotyka się prawie wyłącznie w kwitającym wieku życia, gdzie nie można przypuszczać procesów zwyrodniających w naczyniach serca. Nadto napady są o wiele dziwniejsze, częste i nie zależą od tych samych okolicznościowych przyczyn, szczególnie nie od ruchów ciała, jak prawdziwa stenocardia. Spostrzegalem w roku zeszłym 30-letnią niedokrwistą kobietę z wysoko rozwiniętą nerwową niestrawnością. Pomiedzy rozmaitymi objawami obrazu chorobowego, na pierwszy plan występowały najbardziej napady duszniczy, które prawie regularnie rozwijały się po przyjęciu pokarmu, kiedy przy prawdziwej dusznicy, jak wiadomo, przepełniony żołądek usposabia do napadów. Widziałem wiele przypadków, w których należało zabronić jakiegokolwiek ruchu w ciągu 3—4 godzin po głównem jedzeniu, ponieważ sprowadzał on natychmiast stenocardjalną ciężkość, lecz u wspomnianej kobiety nie szło wcale o przeładowanie lub napełnienie żołądka, lecz najmniejszy pokarm, kilka łyżek zupy lub mleka,

kilka kęsów zimnego mięsa wystarczały, aby wywołać napady. Właśnie w ostatnim tygodniu spostrzegalem młodą panienkę, która wzrosła pod moją lekarską opieką, która zaręczyła się ze śladami wieloletniej blednicy, dostała, wskutek wzruszeń zaręczynowych, wyraźnych napadów duszniczy. Widziałem fałszywą dusznicę w ogóle przeważnie u młodych osób płci żeńskiej, u których ułatwia nam rozpoznanie także obecność innych nerwowych objawów częściej neurastenicznego, aniżeli histerycznego charakteru. W pojedynczych przypadkach widziałem tę nerwicę także u starszych wrażliwych kobiet przed albo po nastąpieniu lat przechodowych (*climacterium*). W tym ostatnim razie rozpoznanie jest o wiele trudniejsze, i daje się postawić tylko po dłuższej obserwacji. Są również wypadki, w których jest zupełnie niemożliwem odróżnienie fałszywej od prawdziwej duszniczy. (d. c. n.)

ODCINEK.

v. Krafft-Ebing.

Zboczenia umysłowe na tle zaburzeń płciowych (*Psychopathia sexualis*) — Opaczne czucie płciowe.

(Ciąg dalszy — Zobacz Nr. 4 .

III. Ogólna (neuro i psycho) patologia ¹⁾.

U człowieka cywilizowanego funkcye płciowe bardzo często bywają nieprawidłowe. Fakt ten znajduje swe objaśnienie poczęści w rozlicznych nadżyciach narzędzi rozrodczych, częścią w tej okoliczności, że takie czynnościowe zboczenia są często oznakami, pospolicie dziedzicznie chorobliwych skłonności ośrodkowego układu nerwowego („czynnościowe oznaki zwyrodnienia“). Ponieważ zaś narządy rozrodcze pozostają w wybitnym związku funkcyjnym z całym układem nerwowym i to zarówno z jego cielesnemi, jak i duchowemi sprawami, łatwo zrozumieć częstość ogólnych nerwic i zboczeń umysłowych pochodzących z płciowych (czynnościowych lub organicznych) zaburzeń.

Schemat nerwic płciowych.

I. Nerwice obwodowe.

1) Czuciowe

a) Znieczulenie (*Anaesthesia*). b) Nadczułość *Hyperaesthesia*. c) Nerwoból (*Neuralgia*).

¹⁾ Literatura. PARENT-DUCHATELET, *Prostitution dans la ville de Paris* 1837.—ROSENBAUM, *Entstehung der Syphilis* Halle 1839.—TENZE, *Die Lustseuche im Alterthum*. Halle 1839.—DESCURET, *La médecine des passions*. Paris 1860.—CASPER, *Klinische Novellen* 1863.—BASTIAN, *Der Mensch in der Geschichte*.—FRIEDLAENDER, *Sittengeschichte Roms*.—SCHERR, *Deutsche Cultur und Sittengeschichte*. Bd. I.—TARDIEU, *Des attentats aux mœurs*. 7-me Edit. 1878.—EMMINGHAUS, *Psychopathologie* p. 98, 225, 230, 232.—SCHÜLE, *Handbuch der Geisteskrankheiten* p. 114.—MARC, *Die Geisteskrankheiten* übert. von Ideler II p. 128.—v. KRAFFT, *Lehrb. d. Psychiatr.* 2 Aufl. I p. 80.—*Lehrbuch der Psychopathologie* 2-te Aufl. p. 234.—Arch. f. Psychiatrie VII, 2.—MORREAU, *Des aberrations du sens génésique*. Paris 1880.—KIRN, *Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie* 39 Heft.—LOMBROSO, *Geschlechtstrieb und Verbrechen in ihren gegenseitigen Beziehungen*. (GOLDTAMMERS Archiv Bd. 30).—TARNOWSKY, *Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtsinnes*. Berlin 1886.

2) Wydzielnicze

a) Brak nasienia (*Aspermia*). b) Nadmiar nasienia (*Polyspermia*).

3) Ruchowe

a) Polucye (Skurcz). b) Nasieniotok (Porażenie).

II. Nerwice pochodzenia rdzeniowego.

1) Cierpienia ośrodka erekcyjnego.

a) Podrażnienie. (*Priapismus*) powstaje odruchowo pod wpływem bodźców czuciowych obwodowych (np. tryper), bezpośrednio przez organiczne podrażnienie szlaków przewodniczych od mózgu do ośrodka erekcyjnego (choroby rdzenia w dolnej szyjowej i górnej grzbietowej części), albo samego ośrodka (niektóre jady), albo wreszcie przez bodźce psychiczne.

W tym ostatnim razie istnieje tak zwana *satyriasis*, t. j. nadmiernie długo trwające erekcje z lubieżnym popędem. Przy odruchowym jedynie albo bezpośrednio organicznym pobudzeniu może popędu nie być wcale, a nawet priapismowi towarzyszą wtedy uczucia przykre, nieraz bolesne.

b) Porażenie przez zniszczenie ośrodka albo szlaków przewodniczych (*nervi erigentes*) przy chorobach rdzenia (niemoc płciowa paralityczna).

Łagodniejszą postać stanowi zmniejszona pobudliwość ośrodka w skutek uprzedniego podrażnienia (nadużycia płciowe, a zwłaszcza samogwałt) albo przy zatruciu wysokiemi, solami bromowemi i t. p. Może jej towarzyszyć nieczułość mózgowego pochodzenia, jakoteż i znieczulenie samych części płciowych zewnętrznych. Częściej wszakże spotykamy tu przeciwnie mózgową nadezułość (wzmocniony popęd płciowy, lubieżność).

Odrębną postać zmniejszonej pobudzalności przedstawiają te przypadki, przy których ośrodek oddziaływa tylko na niektóre bodźce i na nie tylko erekcją odpowiada. I tak: są mężczyźni, dla których obcowanie płciowe z własną, wstydliwą żoną nie stanowi dostatecznego bodźca erekcyjnego, kiedy tymczasem wzwód następuje doskonale gdy obcowanie odbywa się z ladacznicami, albo pod postacią sprzecznych z naturą aktów płciowych. Jeżeli przytem bodźce psychiczne główną rolę grają, przyjsie może do tego, że ośrodek odpowiada jedynie na podniety całkiem opaczne (patrz niżej paraestezje i spaczenie płciowych czynności).

c) Zahamowanie czyli powściągnięcie. Ośrodek erekcyjny może stać się do czynności niezdolnym pod działaniem wpływów pochodzących z mózgu. Ten wpływ tamujący należy do wzruszeń, jest jak mówimy sprawą emocyjną. Należą tu: wstręt, obawa zarażenia, albo wyobrażenie o nieudolności płciowej i t. p. W pierwszym położeniu znajduje się często wielu mężczyzn, gdy obcuja z kobietą, do której mają wstręt nieprzezwyciężony, albo obawiają się zarazy, albo wreszcie dotknięci są opaczem czuciem płciowem; ostatnie odnosi się przedewszystkiem do chorych nerwowych (neurasteników, hypochondryków), często zaś osłabieni płciowo (onaniści), którzy istotnie mają pewne powody niedowierzania swojej potencji płciowej. Wspomniana sprawa psychicznej prosto natury, działa jako wyobrażenie hamujące i czyni stosunek płciowy z daną osobą czasowo lub na stałe niemożliwym.

d) Osłabienie z podrażnieniem (*Reizbare Schwäche*). Istnieje tu bardzo wielka wrażliwość, ale zarazem szybkie wyczerpanie energii ośrodka. Może tu chodzić o czynnościowe zaburzenie w samym ośrodku, albo o osłabienie innerwacji nerwów wzwodowych (*nn. erigentes*), albo wreszcie o słabość mięśnia opuszko-jamistego. Jako przejście do zboczeń następnej kategorii,

wspomnieć wypada o tych przypadkach, w których zbyt wczesny wytrysk nasienia staje się przyczyną niedostatecznej erekcji ¹⁾.

2) Cierpienia ośrodka ejakulacyjnego.

a) Nieprawidłowo łatwa ejakulacja w skutek niedostatecznego powściągu mózgowego, przy wielkiej wrażliwości psychicznej, albo wskutek osłabienia z podrażnieniem ośrodka. W takim razie niekiedy dość jest samego wyobrażenia jakiegokolwiek nieprzyzwoitej sytuacji, aby wyzwolić czynność ośrodka (wysokie stopnie neurastenii rdzeniowej, przedewszystkiem po nadużyciach płciowych). Trzecią możliwością jest nadczułość cewki moczowej, wskutek czego dostające się do niej nasienie wywołuje natychmiastową i gwałtowną czynność zwrotną ośrodka wytryskowego. Tutaj niekiedy samo zbliżenie się do części płciowych kobiety, wystarcza do spowodowania (*ante portam*) ejakulacji.

Przy istnieniu nadczułości cewki jako przyczyny sam wytrysk nasienia odbywać się może raczej z bólem niżeli z uczuciem roskoszy. Pospolicie w przypadkach, w których się z taką nadczułością cewki spotykamy, istnieje też drażliwość z osłabieniem ośrodka. Dwa te zaburzenia czynnościowe ważne są ze względu na polucyeienne i nadmierne (*Pollutio diurna et nimia*).

Patologicznie może wytryskowi i wogóle spółkowaniu nie towarzyszyć wcale właściwe uczucie roskoszy. Zdarza się to zarówno u mężczyzn jak i u kobiet z pewnem usposobieniem dziedzicznym (znieczulenie, brak nasienia?), dalej wskutek chorób (neurasthenia, hysterya), albo wreszcie (u kobiet publicznych) wskutek przedrażnienia i wywołanego przez to stępienia czułości. Od natężenia lubieżnego uczucia zależy stopień towarzyszącego spółkowaniu psychicznego i ruchowego pobudzenia. Przy pewnych patologicznych warunkach podrażnienie to może wzmódzić się do tego stopnia, że ruchy spółkowania przybierają zupełnie mimowolny kurczowy charakter, lub poprostu zamieniają się w ogólne drgawki.

b) Nieprawidłowo trudna ejakulacja. Zależy ona od niepobudliwości ośrodka (brak lubieżnego uczucia, porażenie ośrodka, organicznie przez choroby mózgu lub rdzenia, czynnościowo przez nadużycia płciowe, przy uwiąznięciach starczym, cukrzycy, morfinizmie), a wówczas pospolicie w połączeniu ze znieczuleniem części płciowych i porażeniem ośrodka erekcyjnego. Albo też może ona być skutkiem obrażenia na przebiegu odruchowego łuku (*arcus diastalticus*), obwodowego znieczulenia (cewki) lub też aspermii. Wytrysk nie następuje wcale, albo bardzo późno, jużto jeszcze podczas spółkowania, już też dopiero później w postaci polucyi.

III. Nerwice pochodzenia mózgowego.

1) Paradoxya t. j. płciowe podrażnienia po za czasem anatomofizjologicznych spraw w zakresie narzędzi rozrodczych.

2) Znieczulenie (brak popędu płciowego). Tutaj wszelkie organiczne podniety pochodzące z narządów płciowych, jakoteż wszelkie wyobrażenia oraz wrażenia zmysłowe, wzrokowe, słuchowe i węchowe pozostawiają danego osobnika płciowo zupełnie nieczułym. Zjawisko to w wieku dziecięcym i w późnej starości jest całkiem normalnem, fizjologicznem.

3) Nadczułość (nadmierny popęd, aż do satyriazy). Istnieje tu nie-

¹⁾ Ciekawy przykład zahamowania erekcji przez wyobrażenie (przymusowe) wcale nie lubieżnej treści opowiada MAGNAN (*Ann. méd.-psych.* 1885): Student 22 lat mający, z silnie dziedzicznym usposobieniem psychopatycznym, dawniejszy onanista, musiał się ciągle borykać w myśli z liczbą 13 jako wyobrażeniem przymusowem. Gdy chce spółkować, to wyobrażenie zjawia się w jego umyśle, hamuje erekcją i uniemożliwia akt płciowy.

prawidłowo silna wrażliwość sfery płciowej na organiczne, psychiczne i zmysłowe podniety (nadmierna lubieżność, pożądliwość, sprośność). Podnieta może być ośrodkową (*nymfomania, satyriasis*) albo li też obwodową, czynnościową lub organiczną.

4) **Paraestezya.** (Spaczenie popędu płciowego, t. j. pobudzalność sfery płciowej podniętami niewłaściwymi *inadaequat*). Ta nieprawidłowość płciowa w sferze mózgowej należy już do zakresu psychopatologii. Mogą jej towarzyszyć zboczenia rdzeniowe i obwodowe. Pospolicie jednak te ostatnie spotykają się u zupełnie zmysłowo zdrowych. Zdarzać się mogą w najrozmaitszych kombinacjach i być powodem do wykroczeń oraz występków płciowych. Z tej też przyczyny wymagają bliższego rozbioru w następującym rozdziale. Najważniejszymi wszakże są zboczenia pochodzące z mózgowia, gdyż najczęściej prowadzą do opacznych, często nawet wprost zbrodniczych czynności.

A. Paradoksya. Popęd płciowy po za czasem spraw anatomicznych.

1) Popęd płciowy w wieku dziecięcym.

Każdy lekarz chorób nerwowych zarówno jak i każdy pediatra wie doskonale, że u małych dzieci zdarzać się mogą pewne przejawy życia płciowego. Godne uwagi w tym względzie są doniesienia ULTMANN'A o samogwałcie w wieku dziecięcym ¹⁾. Należy tu odróżnić te przypadki bardzo liczne, w których wskutek stulejki (*phimosis*), zapalenia żołądki, czerwii w kiszce stolcowej lub pochwle u małych dzieci powstaje swędzenie w częściach rodných, skłania do drapania i w ogóle dotykania tych części, przez co wywołanem zostaje pewnego rodzaju poczucie przyjemne (roskoszne?) wiodące do samogwałtu, od innych przypadków, gdzie bez takich obwodowych przyczyn na zasadzie spraw mózgowych powstają u dziecka płciowe przeczucia i popędy. Tylko wtedy może być mowa o przedwczesnem obudzeniu się popędu płciowego. Zawsze niemal chodzi tu o objawy należące do obrazu ogólnego neuro-psychopatycznego usposobienia (dziedzicznego). Jedno spostrzeżenie MARCA (*Die Geisteskrankheiten übers. von IDELER*) dobrze rzecz tę objaśnia. Chodziło o 8-o letnią dziewczynkę z zacnej rodziny, która, pozbawiona wszelkich dziecięcych i moralnych uczuć, od 4-go roku życia oddawała się onanizmowi, a obok tego obcowiała z chłopcami 10-cio i 12-sto letniemi. Roskoszowała się ona wciąż myślą zamordowania rodziców, aby wzięwszy po nich spadek, mieć stosunki z mężczyznami.

W tych też przypadkach przedwcześnie obudzonego popędu płciowego, dzieci ulegają samogwałtowi, a mając w wysokim stopniu usposobienie psychopatyczne zapadają często w ogłupienie (*idiotismus*), albo w ciężkie zwyradniające nerwice i psychozy.

2) Popęd płciowy budzący się ponownie u starców ²⁾.

Istnieją rzadkie przypadki, w których popęd płciowy trwa aż do późnej starości. „*Senectus non quidem annis sed viribus magis aestimatur*“ (ZITTMANN). OESTERLEN (MASCHKA, *Handb.* III) donosi nawet o 83-letnim mężczyźnie, skazanym przez wirtemberski sąd przysięgłych na trzyletnie zamknięcie w domu

¹⁾ LOUYER-VILLERMAJ donosi o onanizmie u dziewczynki 3 do 4-o letniej, a tak samo MOREAU (*Aberrations du sens génésique* 2 edis. par. 209) o trzyletniej. Patrz też: MAUDSLEYA, *Physiologie und Pathologie der Seele übers. v. BÖHM*; HIRSCHSPRUNG z Kopenhagi w *Berlin. klin. Wochenschr.* 1886. N. 38.

²⁾ A. KIRN, *Zeitschr. f. Psychiatr.* Bd. 39. — LEGRAND du SAULLE, *Annales d'Hygiène* 1868. Octob.

karnym za przestępstwo przeciwko moralności publicznej. Szkoda, że z tego doniesienia nie można się dowiedzieć ani o rodzaju przestępstwa, ani też o psychicznym stanie sprawcy.

Istnienie objawów popędu płciowego w późniejszym wieku samo przez się wcale patologicznem nie jest. Natomiast potrzeba przypuszczać warunki patologiczne, jeśli dany osobnik wogóle już jest wycieńczony i zawiedły, gdy życie płciowe dawno już wygasło, a dopiero teraz u człowieka dawniej wcale nie nazbyt zmysłowego, popęd zjawia się z wielką siłą i nieprzeparcie, bezwstydnie, a często nawet opacznie zaspokojenia wymaga.

W takich razach nawet prosty, chłopski rozum przypuszczać będzie coś chorobliwego. Nauka lekarska zaś zna dobrze fakt, że tak określony popęd polega na chorobliwych zmianach w mózgowiu, wiodących do starczego ogłupienia. To chorobliwe zjawisko w sferze płciowej bywa niekiedy zwiastunem demencji starczej i może występować na dość długi czas przed objawami wyraźnymi zniechęcenia umysłowego. Zawsze wszakże baczny, a świadomy rzeczy spostrzegacz już w tym okresie zwiastunów dojrzeć potrafi przemianę usposobienia i charakteru na gorsze, oraz osłabienie zmysłu moralnego wraz z niewłaściwymi objawami płciowymi.

Popęd płciowy u zagrożonych starczem ogłupieniem, demencyą, objawia się przedewszystkiem sprosniemi rozmowami i giestami. Najbliższym przedmiotem napaści tych starców cynicznych ulegających zanikaniu mózgu i psychicznemu zwyrodnieniu, bywają dzieci. Zapewne łatwiejsza sposobność ich spotkania, a głównie może poczucie niedostatecznej siły lub nawet niemocy płciowej ten smutny i zdrożny fakt do pewnego stopnia tłumaczy. Niedostateczna potencja i głęboko podupadły zmysł moralny objaśniają też dalej, dla czego płciowe akta u starców bywają pospolicie opaczniemi. Są to poprostu (patologiczne) równoważniki niemożliwej fizyologicznej sprawy.

Roczniki medycyny sądowej zapisały jako takie między innemi wystawianie na widok publiczny części płciowych ¹⁾, lubieżne obmacywanie części rodnych u dzieci ²⁾, nakłanianie tych ostatnich do samogwałtu, onanizowanie ofiar ³⁾, chłostanie tychże. W tym okresie inteligencja sprawców może być jeszcze do tyła nienaruszoną, że potrafią oni ukrywać się i ująć czujności otaczających, chociaż ich sfera moralna tak nisko podupadła, że już nie zdolni są oceniać zdrożności swego postępku, ani też oprzeć się tej bezecnej pokusie. W miarę rozwijania się demencji, uczynki stają się coraz bezwstydniejsze. Już wówczas znika i wątpliwość we własną siłę płciową—starzec taki poszukuje już i dorosłych kobiet do obcowania, aczkolwiek niemoc płciowa zniewala go przedewszystkiem do aktów zastępujących istotne spółkowanie. Wtedy to nierzadko przychodzi do pederastyi biernej ⁴⁾, a nawet do sodomii, przyczem, jak to zaznacza TARNOŃSKY (*op. cit.*), przy używaniu gęsi, kur i t. p. widok konającego zwierzęcia i jego drgań przedśmiertnych *inter actum sexuale* zaspakaja choroego całkowicie.

Nie mniej wstrętne i obrzydliwe, ale psychologicznie zrozumiałe bywają całkiem opaczne uczynki z dorosłemi.

Tak np. TARNOŃSKY (p. 76) podaje następujący przypadek: „Znałem chorego, który w jasno oświetlonym pokoju kładł w bałową dekolowaną suknię ustrojoną kobietę na niskiej sofie, poczem sam stawał u drzwi drugiego, ciemnego pokoju. Po niejakiś czasie przyglądania się obnażonym częściom swo-

¹⁾ Przypadki u LASÈGUE'A: „*Les Exhibitionistes*”. *Union méd.* 1877.

²⁾ LEGRAND du SAULLE, *La folie devant les tribunaux*.

³⁾ KIRN, u MASCHKI, *Hdbch der geriehtl. Med.* p. 373—374.—TENŻC, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*. Bd. 39.

⁴⁾ SCHOPENHAUER, *Die Welt als Wille und Vorstellung* 1859. II.

jej towarzyszkę wpadał w rozdrażnienie, rzucał się na kobietę i.... wypróżniał się na jej piersi, przyczem uczuwał coś w rodzaju rozkosznej ejakulacji.“ Że przy takich opacznych czynnościach wrażenia węchowe mogą wywoływać pobudzenie i zaspokojenie płciowe tego uczył „*Renifleurs*“ (obwąchiwacze) TARDIEGO. W jego „*Étude médicolégale sur les attentats aus moeurs*“ na str. 206 czytamy: „*qui in secretos locos inmirum circa theatrorum posticos convenientes, quo complures feminae ad micturiendum festinant, per nares urinam odore excitati, illico se invicem polluant.*“

Spostrzeżenie KRAFFT-EBINGA (*Lehrb. der gerichtl. Psychopathol.*) dowodzi do jakiego stopnia dojść może zbłąkanie chuci płciowej w przebiegu *dementia senilis*. Stary rozpustnik zamordował z zazdrości własną córkę i rozkoszował się widokiem rozplatanej piersi umierającej dziewczyny.

W ciągu choroby przyjść może zarówno podczas epizodów maniakałnych jak i bez nich do szału erotycznego i napadów prawdziwej satyriazy, jak tego uczy następujący przypadek zapisany u LEGRAUD de SAULLE (*la folie devant les tribunaux* p. 533):

Spostrzeżenie 1. J. R. oddawna oddany zmysłowym i płciowym rozkoszom, ale zawsze zachowujący zewnętrzną przyzwoitość, okazywać zaczął od 76 roku życia postępowe słabnięcie inteligencji, a współcześnie i stopniowy upadek poczucia moralnego. Dawniej skąpy, obyczajny (pozornie!), teraz przeszedł całe swoje mienie w towarzystwie ladacznic, wałęsał się po domach publicznych, żądał od każdej kobiety na ulicy aby go poślubiła lub przynajmniej zgodziła się na spółkowanie i tak dalece wykraczał ciągle przeciw obyczajności, że musiano go zamknąć w domu obłąkanych. Tutaj rozdrażnienie płciowe wzmogło się jeszcze aż do istotnej satyriazy, trwającej do samej śmierci chorego. Onanizował się bezustannie, nawet przy świadkach, obłądne myśli obracały się ciągle w sferze sprośnej, uważał on otaczających go mężczyzn za kobiety i prześladował ich ciągle lubieżnymi propozycjami.

Coś podobnego zdarzyć się może i u niewiast. Widziano uległe demencji starce, dawniej najmoralniejsze i najpoważniejsze matrony wpadające w stan najwyższego rozdrażnienia płciowego (*Nymphomania, Furor uterinus*).

B. Znieczulenie płciowe (Brak popędu płciowego).

1) Jako zboczenie wrodzone.

Jako niezaprzeczone przykłady braku popędu płciowego z przyczyn mózgowych służyć mogą takie tylko przypadki, w których, pomimo prawidłowo rozwiniętych i funkcjonujących narządów rozrodczych (wytwarzanie nasienia, miesiączkowanie) brak zupełnie i ciągle wszelkich pobudzeń płciowych. Te czynnościowo bezpłciowe osobniki należą do wielkich rzadkości i są chyba zawsze istotami zwyrodniałymi, u których i inne czynnościowe zaburzenia mózgowe, oraz stany degeneracji psychicznej, a nawet anatomiczne zboczenia wykazać można.

Klasyyczny przypadek tego rodzaju opisuje LEGRAND du SAULLE (*Annales médicopsychol.* 1876).

Spostrz. 2. D. lat 33 pochodził z matki cierpiącej na obłąd prześladowczy. Podobnież i ojciec tej kobiety cierpiał na tę samą postać obłąkania i zakończył życie samobójstwem. Jej matka była obłąkana, a babka uległa manii pógowej. Troje rodzeństwa chorego zmarło w wieku niemowlęcym, pozostałe przy życiu okazywało moralne zboczenia charakteru. D. już od 13-go roku życia cierpiał na to, że ciągle myślał o obłąkaniu. W 14-tym roku usiłowanie samobójstwa. Potem wałęsał się bez celu, w wojsku częste wykroczenia przeciw dyscyplinie, całkiem waryackie sprawki. Ograniczonej inteligencji, nie okazuje wszakże żadnych oznak zwyrodnienia, części płciowe prawidłowe, w 17-tym i 18-tym roku życia miał polucye, nigdy nie oddawał się samogwałtowi, nie uczuwał nigdy popędu płciowego i nigdy nie poszukiwał obcowania z kobietą.

Od tych przypadków pochodzenia mózgowego odróżnić należy takie,

w których brak lub zmarnienie, niedokształcenie narzędzi rozrodczych stanowi przyczynę ich bezczynności, jak to się dzieje u niektórych hermafrodytów, idiotów i kretynów. Tego rodzaju przypadek znajdujemy w MASCHKI Podręczniku medycyny sądowej.

Spostrz. 8. Pewna kobieta podaje skargę o rozwód z powodu niemocy płciowej męża, który z nią jeszcze nigdy nie spółkował. Ona ma lat 32, *virgo intacta*. Mąż cokolwiek duchowo niedołączny, cieleśnie silny, części rodne dobrze zbudowane. Podaje, że nigdy jeszcze nie miał dostatecznej erekcyi, ani też odpływu nasienia i twierdzi, że obcowanie z kobietą jest dlań rzeczą całkiem obojętną.

Ze znieczulenie płciowe zależy nie tylko od braku nasienia (*Aspermia*), dowodzą spostrzeżenia ULTZMANN¹⁾, podług których nawet przy takiej wrodzonej aspermii, życie płciowe (pobudzenie) i potencya mogą być całkiem zadawalające, jako dowód dalszy, że brak popędu płciowego *ab origine* zależy od warunków mających swój punkt wyjścia w mózgu.

Łagodniejszym stopniem znieczulenia odznaczają się tak zwane usposobienia zimne „*naturae frigidae*“ Zachiasa. Spotykamy je częściej pośród kobiet, niżeli wśród mężczyzn. Mała skłonność do obcowania płciowego, aż do wyraźnej niechęci, naturalnie bez płciowego równoważnika, (onanizm), brak wszelkiego, psychicznego pobudzenia lubieżnego przy spółkowaniu, spełnianiem niejako tylko obowiązkowo, stanowi cechę tej nieprawidłowości, na którą niejednokrotnie mężowie się uskarżają. W takich razach chodzi zwykle o kobiety już od urodzenia neuropatycznie usposobione, niekiedy zarazem wyraźnie hysteryczne.

2) Znieczulenie nabyte.

Nabyte osłabienie popędu płciowego, aż do zupełnego wygaśnięcia polegać może na najrozmaitszych warunkach.

Mogą to być przyczyny organiczne i funkcyjne, psychiczne, zarówno jak i somatyczne, ośrodkowe albo obwodowe.

Fizyologicznem jest słabnięcie popędu stale w miarę starszego wieku; czasowo zaś znika on po spółkowaniu. Różnice co do czasowego trwania popędu płciowego są osobniczo bardzo wielkie. Wielki wpływ na jego natężenie wywiera wychowanie i sposób życia. Usilna praca umysłowa (poważne studia), wysiłki cielesne, smutki i zgryzoty, wstrzemięźliwość płciowa stanowczo popęd osłabiają. Wstrzemięźliwość zrazu działa nawet podniecająco. Ale stopniowo, to wcześniej, to później, stosownie do konstytucjonalnych warunków osobnika, czynność narzędzi rozrodczych słabnie, a z nią i popęd płciowy czasowo wygasa.

W każdym razie u płciowo dojrzałego osobnika pomiędzy czynnością jego gruczołów rodnych, a stopniem namiętności płciowej istnieje ścisły stosunek. Ze jednak czynność rzeczona sama przez się jeszcze o sile popędu nie rozstrzyga, tego uczy doświadczenie co do bardzo zmysłowych kobiet, które długo jeszcze po nadejściu pory krytycznej (*climacterium*) obcowaniu płciowemu chętnie się oddają, a nawet przedstawiać mogą stany podniecenia płciowego (oczywiście mózgowego pochodzenia). Również i u rzezańców przekonać się można, że popęd płciowy długo trwać może, pomimo że już nasienie się niewytwarza.

Z drugiej strony wszakże doświadczenie uczy, że jednak chęć płciowa głównie zależy od czynności gruczołów rodnych i że wymienione powyżej fakta zawsze tylko wyjątek stanowią. Jako o b w o d o w e przyczyny zmniejszenia lub zupełnego wygaśnięcia popędu płciowego wymienić wypada kastracyę, zwyrodnienie gruczołów rodnych (jąder lub jajników), charłactwo ogólne, nadużycia płciowe zarówno w postaci spółkowania jak i samogwałtu, wreszcie alkoholizm. W podobny sposób należałoby zapewne objaśniać znikanie płciowego

¹⁾ *Ueber männliche Sterilität. Wiener med. Presse 1878. Nr. 1. Ueber potentia generandi et coeundi. Wiener Klinik 1885.*

popędu przy ogólnych zaburzeniach w odżywianiu (cukrzyca, morfinizm i t. d.).

Wreszcie pamiętać należy o zaniku jąder, który niekiedy spostrzegano w skutek ogniskowych cierpień mózgowia (przedewszystkiem mózdzku).

Oslabienie płciowego życia wskutek zwyrodnienia szlaków przewodniczych oraz ośrodka rodno-rdzeniowego spotykamy przy chorobach rdzenia i mózgowia. Ośrodkowe naruszenie popędu płciowego może być wywołane organicznie przez choroby kory mózgowej (*Dementia paralytica* w późniejszych okresach), czynnościowo przez hysteryę (znieczulenie ośrodkowe?), oraz przez choroby umysłowe (zaduma, hypokondrya i t. p.). (d. c. n.)

Wiadomości bieżące.

Zagraniczne. W dniu 19 Stycznia r. b. odbyła się w Krakowie, jak było zapowiedziane uroczystość jubileuszowa prof. MADUROWICZA.

— Prof. VIRCHOW odbędzie w początkach Lutego w towarzystwie SCHLIEMANNA podróż do górnego Egiptu. Powrót nastąpi dopiero w Maju.

— Kongres medycyny wewnętrznej odbędzie się w dniach od 9-go do 12 Kwietnia r. b. w Wiesbaden pod prezydencją prof. LEUBE'go z Würzburga.

— Dr. ROSENBUSCH donosi tymczasowo o świetnych wynikach, jakie otrzymał przy podskórnem zastrzykiwaniu kreozotu przy suchotach płucnych. Zastrzykiwanie 3% roztworu kreozotu (w olejku migdałowym) w 2—3 dniowych odstępach łagodzi kaszel, a nawet zupełnie go wstrzymuje, zmniejsza ilość wydzielanej płwociny i powoduje obniżenie się ciepłoty. Jako miejsce do zastrzykiwań wybiera autor 2-ie międzyżebro lub jamę nadgrzebieniową.

— STOCQUART, zaleca chlorek apomorfiny, jako miejscowy środek znieczulający przy chorobach oczu, przy nerwobólach żołądka, przy zapaleniu jamy ustnej i t. d. Średnia dawka wewnętrzna wynosi 0,003—0,004, zewnętrznie stosuje 0,5—1% roztwór.

— WARVINGE podaje 5 przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych, wyleczonych za pomocą wcierań maści jodoformowej, tak gorąco zalecanych przez Moleschott'a i Nilson'a. Jakkolwiek autor wyznaje, że mogła zaistnieć omyłka w rozpoznaniu, to jednakże nie przypuszcza, ażeby we wszystkich 5-ciu przypadkach rozpoznanie miało być mylnem. Leczenie polegało na wcieraniu w ogoloną uprzednio głowę maści jodoformowej (1:5 wazeliny) i na ściśle przylegającym opatrunku. Ilość dni, potrzebna do zupełnego wyleczenia wynosiła 17—32. Chorzy dotknięci powyższem cierpieniem, były to przeważnie dzieci w wieku od 3—14 lat. W każdym razie sposób ten zasługuje na uwagę.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 3. ADAMKIEWICZ. O zjawiskach klinicznych i zmianach anatomicznych w zwyrodnieniu wtórzorzędnem rdzenia pacierzowego (c. d.). MARS. O zachowaniu się pochwy podczas ciąży i porodu (c. d.). ŚWIECICKI. Wyluszczenie szerokopodstawnego śródściennego mięśniaka szyjki macicznej. SEIFMANN. Kilka uwag w kwestyi zaraźliwości wścieklizny. *Sprawy Towarzystw lekarskich.* XIV i XV zwyczajne posiedzenie Sekcyi lwowskiej z d. 3 grudnia.—Posiedzenie Tow. lek. krak. z d. 21 grudnia. W N-rze 4. ADAMKIEWICZ. O zjawiskach klinicznych i zmianach anatomicznych w zwyrodnieniu wtórzorzędnem rdzenia pacierzowego (dok.). BYCICKI. Kilka słów o wycinowaniu macicy i przypadek wyleczenia go (dok.). MARS. O zachowaniu się pochwy podczas ciąży i porodu (c. d.). BRAUN. O cięciu cesarskiem wykonanem na karlicy według metody Porry (c. d.). W *Odcinku*. RYDYGIER. W sprawie chirurgii dróg żółciowych.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 5. PAWIŃSKI. Przypadek choroby Addison'a (dok.). ZIEMIŃSKI. O rażeniu krwawem ciałka szklistego u osób dorastających (dok.). PRZYBYLSKI. Kilka przypadków kosmków żrenicowego brzegu tęczęwki.

W Zdrowiu. W N-rze 28. MERUNOWICZ. Epidemia dysenterji w Galicyi w ostatnich latach według dat urzędowych.

BIBLIOGRAFIA.

- Azam*, Le caractère dans la santé et dans la maladie. Paris 1887. Fr. 4.
Bock C. E. Hand-Atlas der Anatomie des Menschen. Leipzig 1887. M. 1 50.
Borysiekiewicz M. Unters. üb. den feineren Bau der Netzhaut. Wien 1887. M. 4.
Bouloumié. Traitement du diabète. Paris 1887. Fr. 2.
Bourgoïn E. Traité de pharmacie galénique. Paris 1887. Fr. 15.
Bourneville. Rech. clin. et thér. sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Paris 1887. Fr. 6.
— Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière. Paris 1887. Fr. 5.
Brückner A. Die Aerzte in Russland bis zum Jahre 1800. St. Petersburg 1887. M. 2 50.
Chiari O. Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals- u. Nasenkrankheiten. Wien. M. 2. 50.
Cowles E. Les hôpitaux. Construction et organisation. Paris 1887. Fr. 2.
Cruard T. Hygiène de l'enfance. Paris 1887. Fr. 2.
Demange E. Das Greisenalter. Dtsch. v. Spitzer. Wien 1887. M. 3.
Du Mesnil O. La variole à Paris. Paris 1887. Fr. 1.
Eichhorst H. Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie. Wien 1887. M. 11.
Friedinger C. Denkschrift üb. die Wiener Gebärd- u. Findelanstalt. Wien 1887. M. 3.
Heizmann C. Die descriptive u. topographische Anatomie des Menschen. Wien. M. 30.
Hofmann Ed. R. v. Lehrbuch der gerichtl. Medicin. Wien 1887. M. 11.
Hollaender L. H. Die Extraction d. Zähne. Leipzig 1887. M. 2. 50.
Hensel J. Das Leben. Seine Grundlagen u. die Mittel zu seiner Erhaltung. II. Unsere Krankheiten und unsere Heilmittel. Berlin 1887. M. 1.
Keetley C. B. An Index of surgery. London 1887. sh. 10 1/2.
Kocher Th. Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. Stuttgart 1887. M. 17.
Kratschner Fl. Die wicht. Geheimmittel u. Specialitäten. Wien 1887. M. 6.
Klencke H. Diätische Kosmetik od. Schönheits- u. Gesundheitspflege zur Erhaltg. der äusseren Erschzng. d. Menschen. Leipzig 1887. M. 6.
Labadie-Lagrange F. Urologie clinique et maladies des reins. Paris 1887. Fr. 18.
Landois L. Lehrbuch der Physiologie d. Menschen. Wien 1887. M. 5.
Lindsay J. A. Climatic treatment of consumption. London 1887. sh. 5.
Müller P. De la toux utérine. Paris 1887. Fr. 3.
Neisser Cl. Ueber die Katatonie. Ein Beitrag zur klin. Psychiatrie. Mit Holzschn. u. 4 Taf. Stuttgart 1887. M. 4.
Paul. D'un moyen pratique de photographier le fond de l'oeil. Paris 1887. Fr. 2.
Pepper J. Grundzüge der chirurgischen Pathologie. Deutsche Ausg. v. Pollack. Leipzig 1887. M. 8.
Potter S. O. L. Handbook of materia medica. Philadelphia 1887. sh. 15.
Rieger C. Grundriss der medicin. Electricitätslehre. Jena 1887. M. 2. 50.
Romanes G. J. L'intelligence des animaux. Paris 1887. Fr. 12.
Rychna Jos. Ueb. Schüler-Epidemien. Prag 1887. M. 1. 20.
Simon J. Public Health Report. London 1887 sh. 36.
Snell K. Vorlesungen üb. die Abstammung d. Menschen. Leipzig 1887. M. 2. 50.
Uffmann J. Ueber die Temperatur unserer Speisen und Getränke. Wien 1887. M.—75.
Ygouf. De la rage paralytique. Paris 1887. Fr. 4.
Ziegler G. A. Die Analyse des Wassers. Stuttgart 1887. M. 3.

W pracowni O. BUJWIDA od 20 Lutego do 10 Marca będą miały miejsce zajęcia praktyczne z bakterjologii klinicznej dla lekarzy. Brakuje 3 do kompletu. *Wilcza Nr. 12.* Zgłaszać się od 11—1 i od 5—7. 2—:

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. **Gustaw Fritsche** Adres Redakcyi: **Aleja Jerozolimska N 80.**

Дозволено Цензурою. Варшава 29 Января 1888 г.—Друк Michala Ziemkiewicza
 Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).

PEPTONY PEPSYNOWE CHAPOTEAUT

Z CZYSTEGO MIĘSA WOŁOWEGO

dozwolone w Rossyi.

Są one obojętne, nie zawierają ani glikozy, ani chlorku sodu, ani winianu sodu

PROSZEK Z PEPTONU CHAPOTEAUT

Jest zupełnie rozpuszczalny, dana jego waga odpowiada pięć razy większej co do wagi ilości mięsa; z powodu swej czystości, jest on wyłącznie używanym w **laboratorium Pasteur'a do kultur mikroorganizmów**. Podawać go można w rosole, herbach, w opłatkach, lub w ławatywach.

WINO Z PEPTONU CHAPOTEAUT

Smak ma bardzo przyjemny, zaleca się je po jedzeniu, w ilości 1—2 kieliszków. Dawka zawarta w 1 kieliszku odpowiada 10 grammom mięsa.

Peptonami można żywić chorych ciężko przez całe tygodnie i miesiące, bez stosowania innych pokarmów.

Skład w Paryżu 8 rue Vivienne i we wszystkich aptekach.

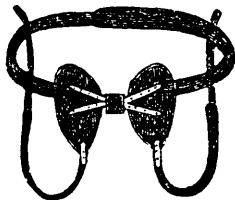
FABRYKA NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

ORAZ

BANDAŻY RUPTUROWYCH

F. BALUKIEWICZA

Ulica Bielańska w Hotelu Paryzkim Nr. 9.



Poleca wielki wybór narzędzi Chirurgicznych, Gynekologicznych, Anatomicznych, oraz Termometrów maximalnych wypróbowanych po rs. 1 kop. 50, poleca się łaskawym względem WW. PP. Doktorom. (52)—6—3

GŁÓWNY SKŁAD WYROBÓW GUMOWYCH

Do użycia lekarskiego i przedmiotów opatrunkowych sprzedaje takowe po cenach fabrycznych **Julian Weissblum** Optyk i Mechanik, Ulica Nowo-Senatorska Nr. 477a. 2—1

Perły żelatynowe

składu: Kreosoti fagi 0,05, Bala. toluatan. 0,2 niemające zapachu i smaku—a obecnie z wielkiem powodzeniem, w chorobach piersiowych zalecane, wyrabia **J. Dąbrowski**, Krucza 23 w Warszawie. Są do nabycia we wszystkich aptekach. (963—91)—6—1

APTEKA J. RUTKOWSKIEGO

dawniej E. WERNERA

w Warszawie, ul. Długa Nr. 16.

poleca:

Rabarbar chiński w proszku w najwyższym gatunku.

Wina lecznicze: rabarbarowe, chinowe, chinowo-rabarbarowe, pepsynowe i inne przygotowane na wyborowych winach.

Ekstrakt Słodowy do Zupy Liebiga dla dzieci.

Łyzeczka kawiana tego ekstraktu rozpuszczona w filiżance ciepłego niezbieranego mleka stanowi t. z. Zupę Liebiga, znakomity środek odżywczy, przewyższający swemi własnościami inne znane sztuczne pokarmy, zalecany przez wielu lekarzy jako pokarm dla niemowląt i dzieci osłabionych długotrwałą chorobą.

Wszelkie nowowprowadzone do lecznictwa środki.

Barwniki D-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie przetwory używane przy badaniach mikroskopowych.

12—1

KEFIR LECZNICZY.

Specjalny zakład prawdziwego kefiru leczniczego **K. Sigaliny** z Kaukazu, oprócz wielu medali za kefir i grzybki nagrodzony został pochwałą I-ej klasy na wystawie higienicznej w Warszawie w 1887 r., obecnie zaś **medalem srebrnym** na wystawie wszechruskiej wiejsko-gospodarskiej w Charkowie. Zakład mieści się przy ul. Królewskiej N. 31 nowy (między ul. Marszałkowską a skwerem kościoła ewangelickiego). Filia w Łodzi ul. Kolejna dom Fiszera. 3—2

Słownik lekarzów polskich

obejmujący

oprócz krótkich życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografią lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej

ułożył **Stanisław Kościński**

Członek czynny i bibliotekarz Warsz. tow. lek., członek związkowy Wileńskiego tow. lek.

Zeszyt I, II i III.

Warszawa nakład Autora 1883 można nabyć w Redakcyi Medycyny — Cena: 1 rs. 50 k.
z przesyłką pocztową 1 rs. 80 kop. za zeszyt.

REDAKTOR i WYDAWCA **DR. G. Fritsche.**

Дозволено Цензурою. Варшава 28 Января 1888. Друк М. Зіемківicza Krak.-Przed. N. 17.