

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Idee niedorzeczne chorych umysłowych. Podał D-r Erlicki. (Dalszy ciąg). O uleczalnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn, podał S. Goldflam. Dalszy ciąg. — Skurez głośni (Spasmus glottidis) jako objaw tężyczki. Podał Julian Kramsztyk. — List otwarty do Redakcyi Medycyny. — 78. **Trzeszczenia i wyciągi.** 79. Przypadek całkowitego urazowego porażenia wszystkich nerwów ruchowych oka, wyleczony na drodze odruchowej pod wpływem bodźców ośrodkowych. 80. Przyczynę do morfologii i patologii krwi u dzieci. 81. Dodatni wpływ upustu krwi przy groźnych objawach zapalenia nerek pochodzenia zakaźnego. 82. O operowaniu mięśniaków macicy. 83. a) O wycięciu całkowitem macicy przez cięcie brzuszne. b) O wycięciu całkowitem macicy przy jej mięśniakach przez cięcie brzuszne. 84. Chemosis menstrualis. 85. Uwagi praktyczne nad nerką wędrującą. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

Idee niedorzeczne chorych umysłowych.

Podał D-r Erlicki docent psychiatrii w Petersburgu.

(Dalszy ciąg. — Zobacz Nr. 18).

Mając na uwadze wyżej opisane charakterystyczne cechy pojęć niedorzecznych, jesteśmy w możności pod względem praktycznym racjonalnie zapatrywać się na owo zaburzenie. Człowiek, posiadający wyższe przyrodnicze wykształcenie, uległszy pewnemu cierpieniu umysłowemu, zaczyna wygłaszać bardzo dziwne poglądy w przedmiocie swej specjalności, lub w kwestyach pokrewnych a bezsprzecznie dokładnie mu znanych.

Obserwowałem np. pewnego oficera, chorego umysłowo, posiadającego dyplom z ukończenia Akademii Generalnego Sztabu. Chory ten wytworzył sobie własny, bardzo złożony systemat budowy wszechświata. Według jego zdania prawo rządzące sferą gwiazd nie jest jeszcze ustalone i nawet gwiazdy pierwszej wielkości mogą zmieniać miejsce w przestrzeni, przechodząc z jednego gwiazdozbioru do drugiego, wciągu bardzo krótkiego czasu, np. jednej doby. Przyczyny tej lokomocyi nie są jeszcze dotychczas zbadane, ale chory sądzi, że dzieje się to najprawdopodobniej za sprawą duchów, zapelniających całą bezgraniczną przestrzeń. Co się tyczy układu słonecznego, to istnienie tegoż jest ugruntowane na prawach stałych, ale ogólnie przyjęta rachuba czasu jest zupełnie fałszywa. Chory liczył czas o 10 dni wcześniej od kalendarza Gregoriańskiego i o 22 wcześniej od Juljańskiego.

Widzimy na tym przykładzie, jak ogromna istnieje różnica między pojęciami mylnymi i chorobliwymi. Wszak chory sam winien był natychmiast skonstatować niedorzeczność wyżej wyłuszczonych poglądów, mając rozległe wiadomości z astronomii, fizyki, mechaniki i t. p., tymczasem ani dawniejsza wiedza, którą doskonale zachował w pamięci, ani wiadomości świeżo ze specjalnych książek czerpane, nie wywierały żadnego wpływu na zmianę jego

chorobliwych wyobrażeń. O prawdzie swoich teorii chory nasz był tak głęboko przekonany, że wszelki dyskurs i przeczenia pod tym względem uważał, również jak wszyscy inni chorzy tego rodzaju, za obrazę osobistą, która go wprowadzała w stan silnego rozdrażnienia. A jednak w rozmowie o rzeczach zwykłych, np. o karierze służbowej, o sztuce wojennej, chory taki przez czas jakiś, niekiedy nawet dość długi, może nie zdradzić by najmniejszego umysłowego braku; wiadomości jego są dokładne, pamięć wyborna, wysłownienie nieraz ozdobne; często posiada dużo dowcipu; słowem jest jakoby zupełnie normalnym człowiekiem.

W innym przypadku, gdy u chorego umysłowo zjawiają się idee niedorzeczne z charakterem prześladowczym, wtedy wszystkie, nawet najbardziej przekonujące dowody życzliwości i dobrej woli ze strony osób przez chorego podejrzewanych, nie tylko że nic nie działają, ale często stają się nowym źródłem, powiększającym ilość już istniejących idei prześladowczych. Chory tego rodzaju podejrzewa własną rodzinę o godzenie na jego majątek, często bardzo nieznaczny a nawet czasem zgoła nieistniejący; inny, uważa się za ofiarę nienawiści zwierchników, gdy tymczasem ci składają wyraźne dowody swej ku niemu życzliwości; inny wreszcie, w zwykłym zachowaniu się swych znajomych upatruje intrygi uknowanej przez szajkę złoczyńców, na zgubę jego dobrej sławy, rodzinnego szczęścia lub nawet życia.

I u takich chorych ogólny obraz umysłowego stanu może przez czas mniej więcej długi nie ujawniać wyraźniejszych zaburzeń; u wielu takich chorych w owym okresie choroby nie ma nic nienormalnego ani w samym procesie myślenia, ani w pojęciach, leżących po za sferą idei niedorzecznej.

Rozumie się samo przez się, że istota rzeczy nie ulega żadnej zmianie wskutek różnicy w charakterze niedorzecznych idei. Wszystkie powyższe uwagi stosują się w całości do tych przypadków, w których u chorego rozwijają się idee niedorzeczne z odcieniem wielkości. Do tej właśnie kategorii należą liczni chorzy między pensjonarzami szpitali dla obłąkanych: są to reformatory, prawodawcy, uczeni, wielcy wodzowie i t. p.

Celem dokładniejszego poznania idei niedorzecznych, wypada nam zbadać ich źródło i sposób rozwoju.

Często idee niedorzeczne powstają z t. zw. idei natrętnych. Te znowu głównie się tem odznaczają, że wdzierają się do świadomości nagle i niespodzianie i goszcząc tamże przez czas jakiś, stają się przyczyną, co najmniej, silnego wzburzenia. Idee natrętne dla tego wywierają na człowieka wpływ niepokojący, że nie są one nigdy wyrobem własnej myśli danego osobnika, że są zupełnie obce jego duchowej treści, że się zjawiają wśród tej treści w sposób dla człowieka niejasny, że nie znikają wobec wszelkich wysiłków uwolnienia się od nich, i wreszcie, że prawie zawsze kłócą się z podstawowymi pojęciami intelektu i uczuciami moralnymi osobnika. Człowieka na przykład, wierzącego i religijnego nagle poczynają natrętnie trapić jakieś myśli bluźniercze; wzorowego męża i ojca opanowują myśli rozpustne; mężny żołnierz zaczyna się bać maleńkich, ostrych i błyszczących przedmiotów, np. szpilki, igły i t. d. Oczywiście, że idee takie są bardzo męczące dla każdego, w czym umyśle zagospzczą, jednakże w pewnych granicach nie są jeszcze poważniejszym zaburzeniem, a to dzięki temu, że absolutnie nie zmieniają prawidłowego działania władz naszego umysłu.

Dowód na to oczywisty: osobnik wszelki zachowuje się krytycznie wobec swych idei natrętnych, co nigdy nie ma miejsca przy istnieniu idei niedorzecznych. Człowiek, cierpiący na idee natrętne, doskonale rozumie całą ich bezsensowność i niewłaściwość, niepojawia się tylko skąd i dlaczego te idee powstały w jego umyśle i co sprzyja ich istnieniu. Tracąc siły w bezskutecznej walce ze swymi natrętnymi wyobrażeniami, chory wreszcie własnowolnie szuka lekarskiej pomocy.

Tak zwykle bywa w tych przypadkach, kiedy pojawia się jedna lub kilka idei natrętnych i kiedy krytyczne władze naszej świadomości mogą im nałożyć poddać t. j. wyosobnić owe idee z ogólnej naszej umysłowej treści i uznać w nich element obcy, postronny, który jakby przypadkiem znalazł się w naszym umyśle. Wyobraźmy sobie jednak, że idee natrętne zjawiają się w wielkiej liczbie, bądź jednocześnie, bądź stopniowo. Znając cechy tych idei, łatwo pojmujemy, jakie będą tego następstwa. Świadomość nagabywana przez tak liczną armię nieprzyjacielską, może nie wytrzymać impetu; osłabienie zaś energii naszej świadomości pociąga za sobą przede wszystkim obniżenie jej władz krytycznych, wskutek czego przestajemy uznawać idee natrętne za elementy postronne i obce; idee owe stopniowo nabywają prawa obywatelstwa w naszych posiadłościach umysłowych, przekształcając się tym sposobem w istotne już idee niedorzeczne.

Drugim źródłem idei niedorzecznych są omamy zmysłów, czyli t. zw. przywidzenia i złudzenia (halucynacje i iluzje). W tym przypadku powstawanie idei niedorzecznych jest nieuniknionym następstwem praw ludzkiego myślenia.

Dla zrozumienia tego dziwnego z pozoru faktu, winniśmy przypomnieć sobie, że wszystek materiał, z którego wytwarzają się konkretne nasze wyobrażenia, otrzymujemy z zewnątrz drogą pięciu zmysłów. Cały nasz zasób umysłowy, do którego należy również w całości dziedzina pojęć oderwanych, abstrakcyjnych, powstaje z pojęć konkretnych i wzrasta wskutek dalszego tychże pojęć opracowania; dokładność zaś tego opracowania zależy od t. zw. zdolności umysłowych, będących przeważnie wyrazem wrodzonej organizacji mózgu. Tym sposobem wytwory naszego umysłu, resp. wyobrażenia i idee, pomijając wszelkie inne wpływy, zależą bezpośrednio od treści otrzymywanej z zewnątrz i przyjmowanej przez świadomość t. j. od wrażeń, a zatem jakość, czyli charakter wytworów świadomości jest uwarunkowany przez jakość materiału dostarczanego psychicznemu aparatowi. Mówiąc innymi słowy: prawidłowe wyobrażenia mogą się wytwarzać jedynie z prawidłowych wrażeń. Jeżeli więc wyobrazimy sobie osobnika, ulegającego omamom zmysłów w stopniu patologicznym, którego świadomość nie odbiera wrażeń rzeczywistych, normalnych, ale rzekome i urojone, tedy łatwo zrozumiemy, że pojęcia tego osobnika, wytworzone z nieprawidłowego materiału, będą miały cechy chorobliwe i wytworzą idee niedorzeczne.

Chory, miewający halucynacje wzrokowe, spostrzega, że jego krewni, koledzy ze służby, znajomi, lub nawet ludzie obcy spoglądają nań jakoś dziwnie surowo, z wyrazem groźby na twarzach, że wykonywają podejrzanе ruchy i wreszcie widzi, że nawet w jego własnym mieszkaniu, gdzie szuka samotności i spokoju, zjawiają się urojone osobistości, ujawniające względem niego wyraźnie przestępne zamiary. Chory taki, tłumacząc sobie powyższe fakty, które dla niego nie ulegają żadnej wątpliwości, prostą drogą logicznego wywodu musi przyjść do niedorzecznego wniosku, do którego też rzeczywiście

dochodzi, a mianowicie, że istnieje spisek skierowany przeciw niemu. Innym razem chory z halucynacjami smaku i węchu, czując w każdej spożywanej potrawie smak ostry i nieprzyjemny, a wszędzie w otaczającym powietrzu silne i duszące wonie, tąż drogą logicznej działalności swego intelektualnego aparatu, wyprowadza niedorzeczny wniosek o istnieniu godzącej nań szajki trucieli. Również swoiste przywidzenia a złudzenia, powstające w jakiegokolwiek sferze, w pewnych wypadkach stają się źródłem niedorzecznych idei wielkości lub samoponiżania się, a rozumie się samo przez się, że halucynacje istniejące współcześnie w dziedzinie kilku, lub co więcej, wszystkich zmysłów wogóle, przyspieszają powstawanie idei niedorzecznych i przyczyniają się do wytwarzania się ich w większej liczbie.

Analogicznym jest sposób wytwarzania się idei niedorzecznych w tych przypadkach, w których rozstrój duchowy zaczyna się od zmian w ogólnej sferze uczucia. W szczególności chorobliwe przygnębienie, zwłaszcza jeżeli trwa przez czas długi, często staje się źródłem niedorzecznych wyobrażeń. Człowiek, będący pod wpływem nieokreślonego smutku, w miarę przygnębiającego działania tego uczucia, sili się wynaleźć przyczyny swego ciężkiego duchowego cierpienia, na mocy naturalnego dążenia do kojarzenia danych zjawisk z jakimiś przyczynami, ale w rzeczywistości, albo wcale tych przyczyn nie znajduje, albo też bierze pod uwagę jakiekolwiek błahie i drobne fakty, lub okoliczności ze swego życia, jak np. drobne niepowodzenia, pomyłki i t. d., które, racjonalnie rzeczy biorąc, w żaden sposób nie mogą wytłomaczyć odczuwanego przezeń silnego uczuciowego oddziaływania. Wtedy to poczynają się wyjaśnienia dopełniające, zwykle pod postacią samoobwinień, coraz dalsze od realnego gruntu i coraz mniej kontrolowane przez osłabione już wówczas krytyczne władze świadomości; wyjaśnienia owe są właśnie rzeczywistymi ideami niedorzecznymi.

Osobną wreszcie kategorię tworzą idee niedorzeczne, powstające na tle nieprawidłowej działalności mózgu, wywołanej przez organiczne zmiany w jego utkaniu. Oczywiście, nie będziemy się tu zastanawiali nad swoistym bredzeniem w przypadkach gorączki lub jakiegokolwiek ostrego otrucia, ile że objawy te do zajmującej nas kwestyi nie należą.

Powstawanie idei niedorzecznych w chorobach umysłowych na podkładzie organicznych zmian w mózgu, różni się pod wieloma względami od wypadków wyżej opisanych. Tutaj jako objaw podstawowy i najwcześniejszy występuje mniej lub więcej głębokie osłabienie wszystkich władz umysłowych, czyli mówiąc inaczej, proces myślenia staje się mniej lub więcej niewystarczającym, co pod względem anatomicznym jest następstwem zniszczenia mózgowych dróg komunikacyjnych t. j. t. zw. włókien kojarzeniowych, i zwyrodnienia ośrodków psychicznej działalności mózgu t. j. jego komórek. W takich przypadkach idee niedorzeczne są wytworem do gruntu zmienionych funkcji psychicznych ośrodków, a w treści swojej odznaczają się zupełną niezgodą ze wszelką możliwością i prawdopodobieństwem oraz bezsensowością, nieograniczoną ani przez czas, ani przestrzeń. Rozumie się, że wtedy idee niedorzeczne nie mogą ulegać korygującemu współdziałaniu ogólnej działalności umysłu, jako, że działalność owa znajduje się w stanie upadku i zwykle bardzo szybko ginie doszczętnie.

(D. n.)

O uleczałnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn.

Podał S. Goldflam.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 18).

Omawiane przypadki nie dają się zatem ująć w ramy którejkolwiek ze znanych form nozograficznych. Obecnie przytoczę spostrzeżenia, znane w literaturze, które są do naszych zbliżone, bodaj że nawet im równoznaczne, dla stwierdzenia, że istniejący materiał usprawiedliwia wniosek, że mamy do czynienia z cierpieniem *sui generis*. Przedewszystkiem wymienić należy Erb'a, który w tomie IX *Arch. f. Psych.*, str. 336 ogłosił 3 przypadki, stanowczo tu należące. Są one w skróceniu następujące:

1) 55-letni wyrobnik; początek choroby od bólów w karku; po 4-ch tygodniach nie może głowy prosto trzymać; następnie osłabienie mięśni żwaczy, jednocześnie bezwładność górnych powiek. Od 2-ch tygodni ociężałość języka, utrudnienie połykania. Okolica karku spłaszczona, usta zazwyczaj otwarte, nieznaczne obniżenie bezpośredniej pobudliwości faradycznej w mięśniach: kapturowych, żwaczach i kłębkowych. Po 60 posiedzeniach galwanizacji wyraźna poprawa; chory może trzymać prosto głowę, dobrze połykać i znacznie lepiej żuć. Po kilku miesiącach prawie uleczony, tylko niekiedy występuje osłabienie w ramionach.

Przeważne zajęcie mięśni karku, niedowład mięśni żwaczy jako główny objaw, ptoza, słaby stopień objawów paretycznych, mniej więcej jednakowo długie trwanie choroby, pomyślnie zejście, przekonywają stanowczo o ścisłym powinowactwie danego przypadku z naszymi. Jedynie rozdzwiek stanowi dość późny wiek chorego. Co się zaś tyczy spłaszczenia okolicy mięśni karku i mięśni żwaczy wraz z obniżeniem bezpośredniej pobudliwości faradycznej, to wspomnę tu zanotowane w naszym przypadku III, spłaszczenie okolicy mięśni żwaczy, zcieńczenie języka i zmniejszenie pobudliwości faradycznej miękkiego podniebienia.

2) 30-letnia wiejska dziewczyna. Początek obserwacji 30. X. 70. Przed 9-ma tygodniami lekkie drgania w twarzy, podwójnowidzenie, ociężałość górnych powiek. Następnie utrudnienie przy żuciu, sztywność w szczękach; prócz tego częste bóle głowy, niekiedy zawroty. W ostatnich czasach bicie serca, uczucie duszności, osłabienie w członkach.

Mruganie, wokoło ust tu i owdzie skurcze mięśniowe, oczy na pół przymknięte, wszystkie ruchy gałek ocznych w wysokim stopniu ograniczone, niema podwójnowidzenia, otwieranie i zamykanie ust leniwe, od czasu do czasu kruczowy ruch boczny żuchwy, usta stale otwarte. Istnieje w pewnym stopniu nieruchomości i opieszałość mięśni twarzy. W ramionach i nogach znużenie, osłabienie jednak stwierdzić nie można. Po leczeniu prądem galwanicznym pogorszenie. 4. XI. żucie bardziej utrudnione, męczy się przytem, dostaje bolesnego skurczu w żwaczach i musi często odpoczywać, połykanie utrudnione. Od kilku dni silniejszy ślinotok. 10. XI. niewielki rwący ból w prawej połowie twarzy, polepszenie w ruchach oczu i żuciu. Chora twierdzi, że od kilku tygodni czuje w głowie ociężałość i zmęczenie, że nie może przeszkodzić opadaniu jej ku przodowi, że doznaje uczucia zmęczenia w karku. 1. XII. 22. XII. Zanotowano postępujące polepszenie. 23 I. 71. Powieki podnosi dobrze, tylko niekiedy uczucie ociężałości. Podwójnowidzenia niema, Żucie prawidłowe, tylko czasami

przy pokarmach stałych i lepkich zmęczenie. Połykanie dobre. Slinotoku niema. Trzymanie głowy prosto, niekiedy utrudnione. Przy wykonywaniu niektórych zajęć uczucie zmęczenia w karku. Siła ramion i nóg większa.

17. II. Lekkie pogorszenie. Język wyraźnie wychudły. Dalszy przebieg cechuje się licznymi wahaniami w kierunku polepszenia i pogorszenia. W kwietniu po ospiance poprawa, w maju pogorszenie. 4. VII. Wyraźne pogorszenie: znowu wystąpiły skurcze wokół oczu, górne powieki opadają bardziej niż pierwiej, podwójnowidzenie we wszystkich kierunkach, żucie utrudnione, mięśnie żwacze zanikłe. Języczek zbacza na lewo, ruchomość miękkiego podniebienia zmniejszona. Mówi przez nos, mowa utrudniona, głos słaby, zamierający przy dłuższej rozmowie. Znaczne osłabienie i zmęczenie członków. Częste bicie serca; tętno 100. Pomimo to, znowu polepszenie. Pogorszenie na dwa tygodnie przed śmiercią, która nastąpiła 24. IV. po 8 miesięcznym blisko trwaniu choroby.

Spostrzeżenie powyższe jest typowe dla zajmującej nas postaci chorobowej i bardzo do moich przypadków podobne. Kończyny są tu także w znacznym stopniu dotknięte. Pareza jest szczególnego rodzaju: jest to znużenie i szybkie wyczerpywanie się funkcji mówienia, dobywania głosu, żucia, mięśni karku i kończyn. Spotykamy tu ten sam przebieg z wahaniami, zwolnienia i nasilenia. Kloniczne skurcze, uczucie duszności, przyspieszony puls, istniały tu zarówno jak w przypadku III, w którym jednak ruchy gałek ocznych były wolne, w danym zaś przypadku istniało znaczne ich ograniczenie. Nie należy jednak zapominać, że w naszym przypadku III na początku choroby przez krótki czas istniało podwójnowidzenie.

3) 47-letni kupiec; początek obserwacji 11. VII. 71. Od roku przemijające bóle w tyle głowy, sztywność i ociężałość w karku. Od 1. IV. rwące bóle w głowie i w karku, zawroty, przemijające zaćmienie wzroku. W końcu maja gwałtowny ból głowy i krzyża, ociężałość w ramionach i nogach do stopnia porażenia, chory pozostaje w łóżku, z trudnością głowę prosto trzymać może. Po kilku dniach powrót ruchów, od czasu do czasu ból głowy, ogólny stan zmienny, wzrok zły. W początku czerwca obustronna ptoza, bezsenność. W ostatnich tygodniach poprawa, lecz ptoza trwa, jak również opadanie głowy ku przodowi, osłabienie w członkach zmiennego natężenia.

St. pr. Tęgi mężczyzna, lekka pareza górnej gałęzi n. twarzowego (czoła dobrze marszczyć nie może), nieznaczne skurcze w mięśniach czołowych, głowa pochylona, powieki podnosi na chwilę, języczek zbacza, prawą połowę miękkiego podniebienia mniej ruchoma, połykanie prawidłowe, niekiedy zmęczenie w mięśniach żwaczach, szybkie znużenie przy niedługim chodzeniu, po dłuższym zaś niepewność, uczucie zawrotu głowy, zaćmienie wzroku. Po 14 posiedzeniach galwanizowania polepszenia nie było.

I w tej obserwacji wyraźnie występują najcharakterystyczniejsze objawy cierpienia, mianowicie znużenie i wyczerpywanie się dotkniętych mięśni, oraz zmienne zachowanie się parczy. Ociężałość kończyn dochodzi do porażenia, po kilku dniach ruchy powracają, nawet powieki mogą być na krótko podniesione. Już po niedługim chodzeniu występuje znużenie. W szczególności znajdujemy porażenie tych samych części ciała: mięśnie karku, żwacze, ptoza, niedowład górnej gałęzi nerwu twarzowego, pareza miękkiego podniebienia. Jedyną różnicę względem naszych przypadków stanowią tu zaburzenia wzrokowe i wiek pacjenta. Wspomnieć jednak należy, że w naszym przypadku III istniały pewne subiektywne parestezye wzrokowe.

ERB z niezwykłą kliniczną bystrością uznał, że tu chodzi prawdopodobnie o nowy zbiór objawów opuszkowych. Praca jego jednak nie zwróciła na siebie

należnej uwagi. Otóż w ostatnich czasach ogłoszono spostrzeżenia, w których istniejące za życia objawy opuszkowe zniewalały do przypuszczenia organicznych zmian w odpowiednich jądrach na dnie IV komórki, w których jednak najściślej badanie mikroskopowe żadnych zboczeń wykryć nie zdołało. Otóż uderzającym jest fakt, że obraz kliniczny tych przypadków przedstawia wielkie podobieństwo, w istotnych zaś objawach jest zupełnie zgodny z przypadkami ERB'a i mojemu. Pierwsza obserwacja tego rodzaju została ogłoszoną przez WILKS'a ¹⁾. (D. c. n.).

SKURCZ GŁOŚNI (SPASMUS GLOTTIDIS) JAKO OBJAW TĘŻYCZKI.

Podał **Julian Kramsztyk.**

Skurcz głośni, jak to pierwszy ESCHERICH zauważył, jest jednym z najstalszych objawów tężyczki u dzieci, mianowicie podczas epidemicznego występowania tej choroby. W epidemiach opisanych przez ESCHERICH'a w Grazu i GANGHOFNER'a w Pradze, można go było zauważyć u 80% wszystkich dzieci dotkniętych tężyczką. Podczas miesięcy wiosennych dwóch lat ubiegłych spostrzegałem również często bardzo skurcz krtani, towarzyszący tężyczce samoistnej u małych dzieci, jak to w artykule swoim w roku zeszłym zaznaczyłem ²⁾. Objaw ten spostrzegano niekiedy jeszcze przed kurczami kończyn, pozwalającymi rozpoznać chorobę.

W roku bieżącym w ciągu miesiąca marca i kwietnia widziałem znowu 3 przypadki tężyczki, objawiającej się charakterystycznymi kurczami palców rąk i nóg, dwom z nich towarzyszył również skurcz krtani. W tym samym czasie miałem w leczeniu 16 dzieci, do których wezwany byłem, albo też które przynoszono do ambulatorium szpitalnego jedynie z powodu skurczu głośni, przyczem żadnych napadów kurczowych w kończynach, ani innych objawów tężyczki rodzice u dzieci tych nie zauważyli. We wszystkich tych przypadkach od samego początku poszukiwałem innych objawów tężyczki, występującej w tym czasie epidemicznie, i w istocie, we wszystkich bez wyjątku udało mi się wykazać istnienie niewątpliwych objawów tej choroby mianowicie, stale znajdowałem objaw TROUSSEAU, w połowie przypadków również i objaw CHWOSTKA, a rzadziej jeszcze wzmózoną pobudliwość faradyczną i galwaniczną w nerwie twarzowym i promieniowym.

Wobec trwania jeszcze do tej chwili tej, jeżeli się tak wyrazić można, epidemii skurczu głośni, chciałbym zwrócić uwagę kolegów praktyków na tę postać chorobową. O ile sądzić można z opisów tężyczki występującej sporadycznie i z kilku w ostatnich latach ogłoszonych epidemii tężyczki, skurcz głośni daleko częściej towarzyszy tężyczce, w tej ostatniej formie się pojawiającej. Epidemie tężyczki, opisywane przez innych autorów, występowały również najczęściej w miesiącach wiosennych, w porze wilgotnej, deszczowej, i z tego powodu JAKSCH przypuszcza, że wywołane są

¹⁾ On cerebritis, Hysteria and Bulbar paralysis. Guy's Hospital reports vol. XXII.

²⁾ Medycyna. 1892. N-r 41 i 42.

one zapewne przez zarazek, dotąd jeszcze niewykryty. Pogląd BAGIŃSKIEGO na związek tężyczki z cierpieniem przewodu pokarmowego już z tego względu uważać należy za niesłuszny, że epidemie te występują, podobnie jak i bieżąca, przed okresem panowania chorób ostrych przewodu pokarmowego. Wszystkie przypadki, jakie dotąd spostrzegałem, rozpoczynały się nagle pośród zupełnego zdrowia, przeważnie u dzieci bardzo młodych, od 3 miesięcy do roku lub dwóch lat. Jak to już i w powyżej wzmiankowanej pracy mojej poprzednio zaznaczyłem, tak i w roku bieżącym wszystkie prawie spostrzegane przypadki odnosiły się do dzieci dotkniętych krzywicą w mniejszym lub większym stopniu. U dzieci młodszych stale prawie widywałem wielkie bardzo ciemie, a kości potylicowe cienkie, uginające się pod palcem (*craniotabes*). Znaną jest skłonność dzieci krzywicą dotkniętych, do skurczów głośni; ta okoliczność wyjaśnia prawdopodobnie niezwykłą częstość tego objawu tężyczki u dzieci. Od czasu wykrycia związku między skurczem głośni a tężyczką, zwracam w każdym przypadku uwagę na inne objawy, pozwalające w danym razie rozpoznać tężyczkę i nie widziałem od tego czasu ani jednego przypadku, w którymby tej choroby wykryć nie było można. Przypuszczam nawet, a dal-sze i liczniejsze spostrzeżenia mogą to jedynie sprawdzić, że skurcz głośni u dzieci występuje zawsze jako jeden z objawów tężyczki, a nie stanowi samostatnej choroby, jak to dotąd jeszcze wogóle przyjmują. W każdym razie skurcz głośni stanowi najważniejszy objaw rozpoznawczy tężyczki u dzieci. Jestto jednocześnie objaw najpoważniejszy, stanowi on istotne niebezpieczeństwo dla życia dziecka w tej w ogólności pomyślnie przebiegającej chorobie.

Dla przedstawienia obrazu choroby przytaczam poniżej opis jednego z przypadków spostrzeganych przezemnie, który przedstawiłem na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego dnia 24-go kwietnia r. b..

B. C., dziewczynka 1½ roczna, poprzednio zdrowa, karmiona przez matkę, odstawiona od piersi przed 4-ma tygodniami, zachorowała nagle w nocy dnia 11-go kwietnia. Dziecko obudziło się z płaczem, wśród którego zaniosło się, nie mogąc w ciągu minuty odetchnąć, twarz zsiniała, głowa w tył się wygięła. Po chwili dopiero dziecko zaczęło oddychać, wciągając z trudnością powietrze, co połączone było z gwiżdżącym szmerem krtaniowym. Podobne napady powtarzały się przez pierwsze trzy dni po 6—10 razy na dobę.

Przy badaniu znalazłem u dziecka wybitne ślady krzywicy na kościach czaszki, kończyn i klatki piersiowej. Brzuch wielki, wzdęty, śledziona wyczuwalna. Trawienie odbywa się w porządku, wypróżnienia codzienne. Podczas oglądania gardła dziecko rozkrzyczało się mocno i wystąpił charakterystyczny skurcz głośni, podobny do wyżej opisanego.

Objaw TROUSSEAU po ½ minutowym ucisku, jakoteż objaw CHWOSTK'a udało mi się wywołać z łatwością, wskutek czego rozpoznałem tężyczkę. Zaleciłem fosfor w ilości 0,001 dziennie i *kali bromatum* po 1,5 na dobę. Już po dwóch dniach ilość napadów zmniejszyła się znacznie, pojawiają się one przeważnie w nocy, przebiegają krócej i łagodniej. Stan ogólny dziecka wciąż dobry. Dnia 24 go kwietnia objaw TROUSSEAU wywołać się daje u obu rąk po 1½ do 2 minutach, CHWOSTK'a również trudniej, tylko mięsień okrężny powiek kurczy się natychmiast. Dnia 29 kwietnia objawów powyższych wywołać nie można, a pobudliwość elektryczna okazuje się prawidłową (pierwszy skurcz na nerwie promieniowym przy 10 RA i 3 MA, na twarzowym przy 5 MA). Skurcz głośni daleko słabszy, ma miejsce tylko w nocy, zwykle o jednej godzinie.

Wszystkie prawie spostrzegane przezemnie przypadki miały przebieg podobny, trwały od dwóch do czterech tygodni. Żaden nie zakończył się śmiertelnie. W epidemiach tężyczki, wzmiankowanych powyżej, zejście śmiertelne przy objawach skurczu głosiło miejsce 4 razy na 76 przypadków tężyczki.

List otwarty do Redakcyi Medycyny.

Kilka uwag z powodu artykułu D-ra FUNKA „O leczeniu rzeżączki“.

Autor zaleca leczenie poronne rzeżączki, polegające na penzlowaniu części wiszącej (*p. pendula*) cewki 4% roztworem lapisu, a to zapomocą penzla ULTZMANA, o twardem włosiu. Postępowanie to ma leczyć prawie bez wyjątku, nie powoduje odczynu zapalnego ani bólu, słowem, czyni zadość wszystkim wymaganiom *cito, tuto et jucunde*. „Słuszne, przeciw leczeniu poronnemu skierowane zarzuty, dotyczą sposobów starych“, „dawne leczenie wywoływało gwałtowny odczyn zapalny“ mówi autor, i dodaje, iż leczyć metodą poronną można z dobrym skutkiem w „okresie wstępnym“ trypra, kiedy niema ani obrzęku, ani zaczerwienienia, ani bólu, ani ropienia, ani objawów subiektywnych. Wątpię jednak, czy znajdzie się chory, który mimo braku powyższych objawów, jedynie na podstawie podejrzeń, iż odbył *coitus* z kobietą chorą na rzeżączkę, podda się takiemu tuszowaniu; przypuścimy jednak, iż subiekt taki przyjdzie we właściwym czasie i podda się penzlowaniu (które ma wygładzić fałdy błony śluzowej i zetrzeć nalot ze słuzoropy i gonokoków); przypuścimy też, iż objawy żadne po penzlowaniu więcej nie wystąpiły i chory uznanym został za wyleczonego. Na jakim wtedy kryterium oprzeć się można w danym przypadku, aby twierdzić, iż chory ów istotnie wyleczonym został i że miał rzeżączkę, skoro żadnych objawów tejże nie było? Autor bowiem ostrzega, iż przy objawach zapalnych leczenie poronne jest przeciwwskazaniem. Rodzi się więc powątpiewanie, czy istotnie była tu rzeżączka, lekka bowiem śluzo-ropna wydzielina, jedyny objaw, jaki autor w okresie poronnym dopuszcza (str. 142 w. 11), w żaden sposób nie upoważnia do rozpoznania rzeżączki.

Takie lekkie śluzo-ropne postacie, opisane wielokrotnie jako *urethritis leucorrhoeica*, powstają po spółkowaniu z kobietami cierpiącymi na upławy, białaczkę (*leucorrhoea*) lub podczas miesiączkowania. Objawy są tu wielce zbliżone do lekkich postaci rzeżączki, a pod drobnostwami znajdujemy masę diplokoków, które odróżnić można od gonokoków jedynie na drodze hodowli. AUBERT (De l'urethrite bacterienne, Lyon med. 1884) spostrzegał częste przypadki pseudo-rzeżączki, spowodowanej kokami i paciorkowcami. BOCKHARDT spostrzegał również kilkanaście przypadków zakażenia, nawet ropnego, drobnymi kokami, które wyhodował i dwukrotnie z dodatnim szczepił wynikiem. To samo opisał ULTZMAN (Ueber Eiterharnen, Wien. Klin. 1883), HOROWITZ (Zur Behan. chr. Blenorrh. Centralbl. f. Ther. 1884) i wielu innych. Nie ulega też kwestyi, iż lekkie śluzo-ropne wycieki i zlepienia otworu cewki są zwykłym zjawiskiem przy zapaleniu i obrzęku gr. krokowego, przeroście tegoż, nieżycie gr. Cowpera, nasieniotołu. Wreszcie LEE, VIDAL, DIDAY a nadewszystko TARNOWSKI (Vorträge über wener. Krankh. Berlin 1872) uważa lekkie śluzo-ropny wyciek z cewki za jeden z objawów przymiotu, zależny od drobnych płaskich łepięży okresu wtórnego.

Liczne więc i poważne nastroją wątpliwości, co do owego wycieku śluzo-ropnego, bez bólu i objawów zapalnych, oraz co do całego okresu wstępnego. Gdyby jednak i pod tym względem pomyłka usuniętą być mogła, to i w takim razie tuszowanie penzlem ULTZMANA musiałoby pozostać bez skutku. Jad bowiem rzeżączkowy, dostawszy się wraz z pewną ilością gonokoków do cewki, opuszcza niebawem, według BOCKHARDA (Beitr. zur Aeth. u. Pathol. des Harnröhr. 1883) błonę śluzową, gonokoki przebijają protoplasmę ciał nabłonkowych oraz prześlizgują się między niemi i całą masą osiadają w *stratum papillare*, skąd dostają się już między pasemka mięśni, do tkanki łącznej podśluzowej, ciał jamistych etc. W głębszych pokładach warstwy brodawkowej występuje fagocytoza, szczególnie w sieciach naczyń włosowatych, białe ciała, obłożone drobnoustrojami, przebijają się na powierzchnię błony śluzowej—ciałka nabłonkowe, silniej zaatakowane podlegają rozpadowi, następuje ropienie i inne objawy zapalne już po upływie 18—24 godzin, często już po 10 godzinach. Owe okresy tygodniowe a nawet miesięczne, opisane przez HACKERA i EISENMANA, upływające od zakażenia do pierwszych objawów, są mrzonką. Po upływie 20 godzin nabłonek podlega wprawdzie obrzękowi wskutek prądów komórkowych (Zellstrom), ale cała sprawa rozgrywa się już w warstwach głębszych tkanki podśluzowej, w której osiadają gonokoki koloniami rzędownymi i okrągławymi, tudzież w warstwie

*

brodawkowej, przesiąkniętej drobnokomórkowym naciekiem. Tuszowanie więc może zmniejszyć objawy zapalne nabłonka, ale bezsilnem będzie wobec zmian, odgrywających się w głębi, może więc skutkować jako środek poronny tylko w sprawach powierzchownych nieżytych, a nie rzeżączkowych. Pomimo tuszowania, ropienie trwa dalej, masy ziarnowców zostają dopiero z czasem wydalone, nacieki powoli giną, nabłonek stopniowo odradza się w ten sposób, iż z różnych jego miejsc wrasta w podłoże łącznotkankowe czop (Epithelzapfen VIRCHOW'a), poczem gonokoki czas jakiś pokazują się jeszcze, wreszcie sprawa gaśnie.

Metoda, polegająca na tuszowaniu roztworem 4% azotanu srebra, nie jest nową, albowiem już w 1786 r. SIMMONS, a w 1827 RATIER, stosowali tuszowanie, pierwszy całej cewki, drugi dołka łódkowatego. RICORD, DEBENCY (1843), CARMICHAEL, stosowali leczenie poronne roztworem różnego natężenia, a mianowicie, pierwszy używał 0,5—30,0, drugi 0,6—30,0, a trzeci 0,8—30,0. A więc używano i dawniej przeważnie roztworów 3—4%, t. j. takich, jakich i dziś używamy. RICORD reagować radzi zbyt rzadko roztworu 1% roztworem soli kuchennej, zalecać także spokój, zimne okłady, leżenie w łóżku. GUYON, ULTZMAN, FUERBRINGER używać radzą lapisu w stadium chronicznem, TARNOWSKI (l. c.) miał nawet 40% wyleczeń przewlekłej rzeżączki. SIMON ostrzega jednak, iż komplikacje przy leczeniu lapisem wogóle, a szczególnie wszelkich metodach poronnych bywają zbyt częste. VENOT przypisuje im ropnie okołocewkowe, BEITON zapalenie gr. COWPERA i przyjądrzy, SIMON *prostatitis i cystitis*; LANGLEBERT dla pewności wymyślił nawet szprykę *a jet recourrant*, zapomocą której stosował lapis tylko na dowolne odcinki cewki. Ujemne wyniki dały też i inne metody poronne, np. *zincum chloratum* (LLOYD), chloroform (VENOT), *Aqua Calcis i alumen* (KUECHENMEISTER), sublimat (MOSETIG v. MOORHOF, jodoform (WATSON CHEYNE), a nawet *Kubeba i Copaiwa*. W ostatnich czasach zarzucono zupełnie wszelkie próby poronne, a roztwór azotanu srebra stosowano albo w postaci słabych niezmiernie roztworów do spryskiwań i przemywań, lub do tuszowań pewnych odcinków cewki w mocniejszych dawkach, ale w tym ostatnim razie przyjęto za правило, aby je stosować pod kontrolą wzornika. Penzlowanie hurtowne od jednego do drugiego końca jest szablonowe, cewka bowiem podlega w różnych swych odcinkach niejednakowym zmianom; tusząc miejsca zdrowe, łatwo wywołujemy stan, usposabiający do zwężeń, a co najmniej drażnimy je niepotrzebnie. Aby wygładzić fałdy błony śluzowej, użyć winniśmy penzli o większej ilości włosia, które można zapomocą śrubki wysuwać dowolnie w aparacie penzlowym ULTZMANA, niema więc potrzeby używania twardego włosia, które zbyt mocno drażni.

Twierdzenie autora o antagonizmie między tryprem cewki a zajęciem głębszych narządów płciowych, wymaga pewnego omówienia. Sądzę, iż powstrzymanie wydzieliny z cewki nie jest powodem przerzutów na te narządy, lecz przeciwnie, zapalenie przyjądrza, jądra, gr. krokowego powoduje wstrzymanie tejże wydzieliny, jest ono więc następstwem tych przerzutów, i to w znaczeniu czysto symptomatycznem. Już NEISSER powątpiewał o związku przyczynowym różnych komplikacji przy rzeżączce z gonokokami, FINGER (Ueber Path. u. Ther. d. acut. u. chron. Uret. 1887) twierdzi, iż prawie wszystkie komplikacje przy rzeżączce zależą od zarazków wtórnych, są więc zakażeniem mieszanem. BOCKHARD (Ueber secundäre Infect. bei Harn. Trip. Monatsh. f. pract. Dermat. 1887) dowiódł, iż komplikacje te wywołuje gronowiec. LUSTGARTEN, MANNABERG (Ueber d. mikroorg. d. normal. männl. Ureth. etc. 1887), za nimi BOCKHARD i BUMM wykazali niezależność komplikacji od gonokoków. I w ropniach okołocewkowych (*absc. periurethrales*), okołomaciowych, oraz w ropie z pęcherza i z *bubo gonorrhoeicus*, na tle rzeżączki powstałych, znajdowano przeważnie *staphylococcus pyogenes aureus*, rzadziej streptokoki.

Wracając do terapii, nie widzę powodu hołdowania samemu tylko penzlowaniu, skoro mamy tyle innych mniej drażniących cewkę przyrządów. Autor pominął milczeniem przyrząd GUYONA, który również wygładza fałdy swem oliwkowatym zakończeniem, pozwala ściśle dozować płyn, który rozpyla się po cewce w ilościach małych, równomiernie po wszystkich jej ścianach. Bardzo wygodnem jest stosowanie wzornika, przez który można tamponikiem tuszować żądane miejsce, pod kontrolą światła; tamponik używa się za każdym razem świeży, a więc łatwiej tu uczynić zadość względem przeciwności. W okresie czynnym leczenia, autor radzi mieszanek RICORDA (było ich kilka, różnemi czasami, pierwsza najczęściej używana składała się: z Zinci sulf. 1.0—Plumbi acet. 2.0—Tr. Catechu—Laudani aa 4.0 na 200 gr. wody różanej) oraz olejek santalowy. Olejek ten, otrzymany w 1865 przez HANDERSONA i PANASA (z rośliny Syrium Myrtifolium), zupełnie był nieużywany, dopiero NIGON (Essentia Santali, Gaz. des hôp. 1875) odgrzebał go z zapomnienia. MEYER, ROSENBERG, LINHARDT (Das ol. Sant. indic. in d. Behand. etc. Wien. med. Pr. 1887) przemieślił go na grunt niemiecki, ale i tu długo nie popasał, gdyż drażni nerki i powoduje często zapalenie, a co najmniej groźne kongestye do tychże. Nie zasługuje więc na pierwszeństwo przed innemi środkami aromatycznymi, jak *Kubeba*, balsam GURJUNA (VIDAL), *Kawa-Kawa*, *Rhus aromatica*, *Piscidia* etc. etc.

Niedawno miałem okazję przypatrzenia się osobiście metodzie poronnej, stosowanej przez prof. GUYONA i D-ra JANETA, którzy oparli ją na bakteryobójczych właściwościach surowicy. Używają oni rozczyну nadmanganianu potasu 0.5 na 1000, którym wymywają cewkę do opuszeki, przez ściśnięcie we właściwym miejscu, po dwóch godzinach występuje wysięk surowiczy. W 5 godzin po 1-em następuje 2-gie przemywanie (1 : 1500), w 10 godzin po 1-em następuje 3-e rozczyne 1 : 1000, pauza 12 godzin, poczem przemywanie rozczyne słabszym (0.5—1000), znowu pauza 12 godzin i ostatnia manipulacja 0.5—1000. Pierwsze trzy są bolesnymi, dwa ostatnie już bezbolesnymi. JANET powtarza je jeszcze przez 4 dni, co 12 godzin, i dwa dni co 24 godz., poczem następuje absolutne wyleczenie. Cewkowy otwór jest często tamponowanym, wszelkie ostrożności antyseptyczne zachowane, moczu radzi GUYON oddawać kroplami, dyeta mleczna. Już po 2-m szprycowaniu gonokoki giną zupełnie.

Jakkolwiek metoda ta opierać się zdaje na pewnych podstawach, jednakże sprawdzić ją należy na licznych chorych. Dopóki to nie nastąpi, trzymać się musimy popartych doświadczeniami prawideł (których tu wyliczać nie sposób), oraz pamiętać o pewniku, iż tylko ocenienie każdego pojedynczego objawu i wyrobienie sobie jasnego o chorobie sądu pozwoli nam zastosować dobre leczenie w danym wypadku, i uwieńczy zabiegi nasze wyleczeniem.

M. Misiewicz.

Na powyższe uwagi otrzymujemy od kol. FUNKA co następuje:

Okres wylegania sprawy tryprowej wynosi 3 dni; po upływie trzech dni od zaszczepienia gonokoków do cewki powstaje nieznaczny, lepki, mętnawy wypływ i nieznaczne palenie przy oddawaniu moczu. Okres ten, który nazywamy wstępnym, trwa około 2 dni, niekiedy krócej, nie raz znacznie dłużej, do 10 dni według RICORDA. Wpływ składa się ze śluzu, nabłonków płaskich, ciałek ropnych w niewielkiej, lecz szybko wzrastającej ilości i gonokoków; te ostatnie znajdują się przeważnie wewnątrz ciałek ropnych i na powierzchni nabłonków. Obraz drobnowidzowy wypływu tryprowego, tak w okresie wstępnym, jak ostrym jest wysoce typowy; obrazu podobnego nie daje żadna z wydzielin chorobowych. Zdanie, jakoby gonokoków nie można było odróżnić od innych diplokoków, dowodzi zupełnej tych spraw nieznamości.

Zapewne, nielatwo rozpoznać pojedyncze gonokoki (jak to bywa w przewlekłym tryprze), kto jednakże badał ropę świeżego trypra, kto raz choćby widział napelnione, nabite nieraz gonokokami ciałka ropy, obeznał się z wielkością i ugrupowaniem gonokoków, ich barwieniem i odbarwianiem różniczkowem, ten nie omyli się w rozpoznaniu. Równie pewne, łatwe a szybkie rozpoznanie innych spraw zakaźnych byłoby tryumfem wiedzy. Ani inne drobnoustroje, znajdujące się w ropie tryprowej obok gonokoków, ani saprofity normalnej cewki nie dają powodu do omyłek w rozpoznaniu¹⁾. Tak więc rozpoznanie trypra w okresie wstępnym nie przedstawia trudności, podstawą zaś rozpoznania jest obecność gonokoków w wydzielinie.

Chciałbym kilka słów na tem miejscu poświęcić t. z. tryprom wrzekomym, nie zależnym od gonokoków. Czy istnieją prócz gonokoków drobnoustroje, zdolne wywołać nieżyt cewki? Czy innemi słowy, można nabawić się nieżyty cewki przez spółkowanie z kobietą zdrową t. j. nie dotkniętą tryprem? Jest to możliwe, nie ma jednak ani jednej pracy, któraby dowiodła niezbieżności istnienia tryprów niegonokokowych, określiła ich cechy i wyodrębniła ich zarazek. NEISSER²⁾ sądzi, że trypy wrzekome są bardzo rzadkie, badania zaś BOCKHARTA nad tryprami wrzekomymi³⁾ nasuwają niezliczone wątpliwości i przez późniejszych badaczy nie zostały potwierdzone. Zapewne istnieją nieżyty cewki, zależne od urazów mechanicznych lub chemicznych, samogwałtu, uraturyi i t. d., to są jednak sprawy odrębne, których przyczynę łatwo wykryć. Owe zaś trypy wrzekome, o których tyle mówiono dawniej, to przeważnie powroty trypra przewlekłego, lub nawet świeże najzwyczajniejsze trypy, rozpoznane błędnie skutkiem nieścisłego badania lub kłamliwych wywiadów (*omnis syphiliticus mendax*). Nie widziałem ani razu, by mężczyzna, który nie przebywał spraw tryprowych, nabawił się jakiegokolwiek nieżyty cewki przez obcowanie z własną a zdrową żoną, a wszakże tylko taki przypadek miałby jakąś wartość dowodową. Wiadomo od lat wielu, że ropa i wszelkie wydzieliny chorobowe, wprowadzone do cewki, nie wywołują sprawy tryprowej; ileż to znamy przypadków, w których ropa wydziela się w olbrzymiej ilości z nerek lub pęcherza przez cewkę, nie wywołując w niej żadnych zmian.

¹⁾ Patrz: Lustgarten i Mannaberg, (Archiv f. Derm. 1887 str. 905).

Steinschneider i Galewsky (Archiv. f. Derm. 1889 Ergänzungsheft).

M. Wasserman (Annales des maladies des organes génito-urinaires 1891).

Finger (Ueber Blenorhoe der Sexualorgane str. 65).

²⁾ Zjazd dermatologów niemieckich w Pradze. 1889.

³⁾ Bockhart. Ueber die pseudo-gonorr. Entzündung der Harnröhre und des Nebenhodens. Monatshefte f. prakt. Derm. 1886, Nr. 4.

Jakie zmiany wywołują gonokoki w okresie wstępnym trypra, nie wiemy, wobec zupełnego braku badań anatomicznych. Z obrazu jednakże klinicznego wnosić wolno, że zmiany tkankowe są w okresie wstępnym nieznaczne, umiejscowienie zaś gonokoków bardzo powierzchowne ⁴⁾). Przypomnieć muszę, że nie posiadamy żadnych zgoła danych o umiejscowieniu gonokoków przy tryprze cewki, jedyne bowiem badanie BOCKHART'a ⁵⁾ nie jest wolne od ciężkich zarzutów. B. szczepił czystą jakoby hodowlę gonokoków do cewki paralityka, który po 10 dniach zmarł, badanie zaś pośmiertne wykryło zmiany zapalne w cewce i pęcherzu moczowym i liczne ropnie w nerkach. Oczywiście, zmiany znalezione przy rozwinętym w pełni tryprze nie mogłyby przemawiać ani za, ani przeciw leczeniu poronnemu w okresie wstępnym, ale na pracy B. żadnych zgoła wniosków opierać nie wolno, niezwykle bowiem przebieg sprawy, opis hodowli, badanie skrawków nasuwa liczne, a poważne wątpliwości. B. znajduje gonokoki wyłącznie niemal w jądrach komórek wędrujących, co jest oczywistym błędem, na załączonych zaś rysunkach nie widzimy wcale drobno-ustrojów, lecz tylko ziarna w jądrach komórek i w „Mastzellen“ ⁶⁾). Zapewne, badania BUMMA, DINKLERA, FRISCHA, WERTHEIMA, dotyczące innych tkanek, dowiodły, że gonokoki zdolne są przenikać wgłąb tkanki łącznej, lecz ta właśnie okoliczność zachęciła winna do leczenia poronnego, które tamę kładzie pochodowi gonokoków wgłąb tkanek.

Oczywiście, podstaw dla oceny leczenia poronnego szukać należy wyłącznie w doświadczeniu klinicznym. Cała niemal szkoła francuska syfilidologów hołduje metodzie poronnej leczenia trypra. L. JULLIEN w jednym z najlepszych podręczników współczesnych ⁷⁾ mówi: „*il n'est pas un spécialiste, qui n'admette le principe de l'abortion*“. RICORD w znakomitych dziś jeszcze wykładach klinicznych ⁸⁾ określa ściśle po raz pierwszy zasady leczenia poronnego. Oto, co mówi ten doświadczony lekarz: „tryper jest w początku zapaleniem powierzchownym; stosując leczenie poronne, możemy przeszkodzić rozszerzeniu się sprawy zapalnej wgłąb i na powierzchni, uprzedzić objawy trypra. Metodę poronną stosować należy przy pierwszych oznakach, przed okresem ostrym, którego początek przypada na drugi do dziesiątego dnia choroby. Przy rozwinętym okresie ostrym stosowanie metody poronnej nie tylko jest bezowocne, lecz wywołać może bardzo poważne objawy“. Poglądy powyższe podziela cała szkoła francuska. Metoda poronna lekarzy francuskich polega wyłącznie prawie na wstrzyknięciu do przedniej części cewki kilku gramów 2—3 procentowego roztworu lapisu zapomocą zwykłej strzykawki i zatrzymaniu płynu w cewce w ciągu 3—5 minut ⁹⁾). Wstrzykiwanie opisane sprawiać ma gwałtowny ból i wywoływać silny odczyn zapalny. Już po upływie paru godzin ukazuje się surowiczno-ropna, później ropna obfita wydzielina; po upływie jednak 2 dni, a nawet wcześniej, wydzielina ginie bezpowrotnie. Powikłania występowały przy leczeniu poronnem w wyjątkowych tylko przypadkach, jedynie wskutek nieodpowiedniego postępowania. Wstrzykiwano wszakże do cewki chloroform, co musi być straszliwie bolesne, stosowano lapis *in substantia*, ba, nawet roztwory *Kali caustici*, ale skutki barbarzyństw podobnych nie powinny obarczać rozumnej metody poronnej.

Modyfikacją tylko metody opisanej jest przemycanie lub przestrzykiwanie cewki przedniej słabymi roztworami sublimatu, lapisu, nadmanganianu potasu i t. d., stosowane możliwie jak najwcześniej. Sposób ten leczenia, przez wielu lekarzy zalecany, między innymi przez NEISSERA ¹⁰⁾ i jego uczniów, jest wprawdzie łagodniejszy, ale niepewny; maskuje on często sprawę tryprą, nie lecząc jej zupełnie. Widziałem nie mało podobnych przypadków. Wszakże RICORD rozpoczął próby leczenia poronnego od słabych roztworów lapisu, a dojść musiał do 3% roztworu. Słabe roztwory, rzecz prosta, niewiele szkodzą gonokokom; WELANDER np. dowiódł ¹¹⁾, że gonokoki, zmieszane z roztworem sublimatu 1:10,000 i wprowadzone do cewki, wywołują sprawę tryprą. Natomiast przy ponownych, łagodniejszych tryprach udaje się często powstrzymać sprawę zapomocą łagodnych wstrzykiwań, od pierwszej chwili zastosowanych.

Rozwój uretrokopii nie został bez wpływu na metodę poronną. Na uwagę zasługuje tu praca COTES'a ¹²⁾, który leczył 42 przypadki trypra metodą poronną, przyzegając błonę śluzową

⁴⁾ Porównaj: Welander. Zur Frage von der abortiven Behandlung der Gonorrhoe. Monatshefte f. Derm. 1887 Nr. 4. Neisser. Zasady leczenia trypra. Drugi Zjazd Międzynarodowy Dermatologów w Wiedniu.

⁵⁾ M. Bockhart. Beitrag zur Aetiologie und Pathologie des Harnröhretrippers. (Vierteljahresschrift. f. Derm. 1883 str. 1).

⁶⁾ Porównaj u Fingera l. c. str. 76.

⁷⁾ L. Jullien. Traité pratique des maladies vénériennes, str. 68.

⁸⁾ Ch. Ricord. Traité des maladies vénériennes. 1853 (M. Robert) str. 46 i nast., str. 84 i nast.

⁹⁾ Szczegóły w wielu podręcznikach. Ścisły opis w Diday'a: La pratique des maladies vénériennes. 1886, str. 27.

¹⁰⁾ Neisser. Zasady leczenia trypra. Drugi Zjazd międzynarodowy dermat. w Wiedniu. Friedheim. Leczenie ostrego trypra. Zjazd Dermatologów niemieckich w Pradze. 1889.

¹¹⁾ Welander. Zur Frage von der abortiven Behandlung der Gonorrhoe. Monatshefte f. Derm. 1887 N. 4.

¹²⁾ Cotes. Lancet 1892, Nr. 3574.

cewki 2% roztworem lapisu przy pomocy uretroskopu; wszystkie przypadki badane były na gonokoki. COTES stosował metodę poronną i w pierwszych dniach okresu ostrego.

Z pewnym niepokojem przystępowałem przed laty kilku do pierwszych prób nad leczeniem poronnem trypra. Metodę przez francuzów stosowaną odrzuciłem, jako nie mającą przyszłości; dobra metoda poronna nie powinna wywoływać bólu, ani odczynu zapalnego; z doświadczenia zaś wiemy, że część przednia cewki nie znosi dobrze 2—3% roztworów lapisu w ilości większej nad kilka kropel (GUYON). Metodę uretroskopową również, jako mało przystępną, odrzuciłem. Do pierwszych prób leczenia poronnego użyłem penzla ULTZMANA, wyniki zaś zachęciły mnie do stałego stosowania tej metody. Penzlowanie nie trwa dłużej nad pół minuty; rękocyny uretroskopowe trwają znacznie dłużej, wymagają specjalnej wprawy, powinny wreszcie być dokonywane tylko na cewkach obytych z narzędziami. Z punktu anatomicznego penzlowanie ryczałtowe części wiszącej cewki jest też zupełnie uzasadnione, zmiany bowiem przy świeżym tryprze są rozlane; badania CORES'a dowiodły, że przy rozwiniętym już ostrym tryprze zmiany obejmują przestrzeń 8—10 centymetrów od otworu cewki. Roztwór 3—4% lapisu nie jest zbyt mocny; pamiętać należy, że dwie lub trzy krople, znajdujące się na penzlu, mieszają się z kilku kroplami gliceryny, którą zwilżone jest narzędzie. Penzlowanie może być wykonane tak szybko i sprawia tak mało przykrości, że znieczulanie kokainą błony śluzowej uważam za zbyt uczucie. Przy penzlowaniach odczyn zapalny nie występuje wcale, wydzielina zaś ginie zazwyczaj już po pierwszym przyżęgnięciu bezpowrotnie; leczenie tryprów 3—4 dniowych wymaga więcej czasu (bliższe szczegóły znajduje czytelnik w N. 8-ym „Medycyny“ 1893).

Metoda poronna leczenia trypra znajduje się jeszcze w okresie niemowlęstwa, działać bowiem może tylko w pewnych, bardzo ciasnych granicach. Dziś jeden zaledwie na kilkadziesiąt przypadków trypra może być metodą poronną leczony. Nie trudno jednak przewidzieć, że zajmie ona w niedalekiej przyszłości naczelne miejsce w leczeniu spraw tryprowych, i to nie tylko cewki, ale i szyi macicznej i t. d. Ale już dziś byłoby barbarzyństwem, mogąc zdusić chorobę w związku, spoglądać spokojnie na rozwój sprawy, której zejście i dalsze skutki są nieprzewidywalne. Wszakże słusznie RICORD mówi: „une chaudepisse commence, Dieu le sait, quand elle finira“.

Resztę zarzutów, w liście kol. M. zawartych, jako podrzędne mających znaczenie, pomijam milczeniem.

Funk.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

79. PFALZ. Przypadek całkowitego urazowego porażenia wszystkich nerwów ruchowych oka, wyleczony na drodze odruchowej pod wpływem bodźców ośrodkowych. Pewnemu slusarzowi podczas roboty ostrze pilnika przebiło dolną powiekę w bliskości kąta wewnętrznego. Krwawienie było nieznaczne; obrzęk powieki utrudniał wyprowadzić otwieranie oka, ponieważ jednak chory widział i odczuwał nieznaczny tylko ból, pracował dalej, i dopiero nazajutrz przybył po poradę, gdyż ból wzmógł się.

Podczas badania autor znalazł na dolnej powiece ranę długą na 8 do 9 mm., o brzegach już sklejoną. Żadnego podrażnienia skóry. Górna powieka zupełnie opadła, gałka nieruchoma, źrenica w najsilniejszym rozszerzeniu, nie oddziaływała na światło. Ucisk na wysadzoną nieco gałkę bolesny. Wrażliwość rogówki w porównaniu z okiem lewym zmniejszona. $V = \frac{1}{12}$. Pole widzenia zwężone o 10—15° stopni.

Obraz ten odpowiadał głęboko sięgającemu obrażeniu tkanek oczodołu: należało się obawiać zakażenia. Ponieważ jednak na razie objawów zapalnych nie było, ograniczono się na opasce, okładach lodowych i zupełnym spokoju. Nazajutrz przy zmianie opaski zauważono krwawe podbiegnięcia łącznicy oka, prawdopodobnie powstałe wskutek głębokiego wylewu krwi. Zresztą, po 8-iu dniach ból zupełnie ustąpił; wysadzenie gałki znikło; zostało tylko porażenie wszystkich nerwów ruchowych oka, *ophthalmoplegia externa et interna*. Wrażliwość rogówki powróciła. Ostrość widzenia podniosła się do $\frac{1}{5}$. W ciągu 14-tu dni stosowano elektryczność, przez 6 dni wstrzykiwano strychninę, stan pozostał bez zmiany. Wówczas autor postanowił zbadać, czy i o ile przeszkadzałoby choremu podwójne widzenie, gdyby mu na drodze operacyjnej usunięto opadnięcie (*ptosis*) górnej powieki. W tym celu do brzegu powieki przyklepiono kilka pasków plastra lepkiego

i, po podniesieniu powieki, przymocowano je na czole zapomocą paska poprzecznego.

Nazajutrz zauważono zwężenie źrenicy i wyraźne jej oddziaływanie na światło, oraz dowolne, choć ograniczone ruchy gałki. Ponieważ chory wcale nie miał podwójnego widzenia, postanowiono zostawić mu oko otwarte; należało jednak nałożyć świeże paski przylepca, ponieważ poprzednio nałożone rozluźniły się. Okazało się to jednak zbyt cennym, ponieważ powieka nie opadała i chory mógł swobodnie podnosić ją i opuszczać. Odtąd poprawa postępowała codziennie; po tygodniu chory wyszedł ze szpitala z nieznacznym tylko upośledzeniem akomodacji i ruchów oka. Dwa razy tygodniowo stosowano jeszcze prąd przerywany i po 2-ch tygodniach wszelkie zaburzenia ustąpiły.

Okoliczność, że przywrócenie prawidłowej działalności nerwu wzrokowego zbudziło energię w porażonym narządzie ruchowym oka, jest głównym powodem, dla którego autor przypadek ten ogłosił. Służy on za rodzaj fizyologicznego doświadczenia na poparcie przypuszczenia Erb'a, że wyleczenie porażen obwodowych następuje więcej na drodze odruchowej, przez drażnienie nerwów czuciowych elektrycznością, mięsieniem i kąpielami, aniżeli przez bezpośrednie działanie elektryczności na nerwy porażone. W danym przypadku bodźcem było światło, które, drażniąc siatkówkę w ciągu jednego dnia, sprawiło więcej, niż elektryzowanie i wola. Działając przez środki nerwowe, przewyciężyło ono opór w nerwach ruchów tak szybko, że już po upływie doby i wpływ woli na narząd ruchowy stał się widocznym.

Autor mniema, na podstawie tego przypadku, że u chorych z porażeniem mięśni ocznych nie należałoby wykluczać chorego oka z aktu widzenia i zaprzestać używania kłapek. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Februar. 1892.* S. P.)

80. GUNDOBIN. Przyczynek do morfologii i patologii krwi u dzieci. Autor opiera swoje badanie na klasyfikacji białych ciałek krwi, podanej przez EHRLICH'a, który wyróżnia 5 rodzajów białych ciałek, wedle ich ziarnistości, ilości protoplazmy i jakości jądra, a mianowicie: 1) Małe limfocyty. 2) Wielkie limfocyty. 3) Przejściowe formy z dużym jądrem, owalnym. 4) Przejściowe formy z zagłębieniem w jądrze i 5) Wielojądrowe limfocyty. Wedle miejsca ich powstania, dzieli EHRLICH białe ciała krwi na młodsze (*l i m f o c y t y*), które się tworzą w gruczolakach chłonnych i śledzionie, i starsze, dojrzałe formy (*neutrofile*), przeważnie w szpiku kostnym biorące swój początek. Te ostatnie są więc późniejszą fazą rozwoju białych ciałek. Badając krew u dzieci, fizyologicznie normalnych, autor znalazł, że jest ona bogatszą w białe ciała i że morfologicznie jest młodszą t. j. zawiera większą ilość ciałek w fazie młodych limfocytów, ilość zaś dojrzałych, neutrofilów, jest mniejszą niż u dorosłych.

Dalej autor badał zmiany krwi w zależności od niektórych czynników fizyologicznych. I tak, sprawa trawienia zwiększa ilość ciałek białych i zmiana ta tem wyraźniej występuje, im dłuższy czas dziecko nie przyjmowało pokarmu. W 5 godzin po jedzeniu występuje już we krwi leukocytoza, w której czasami ilość białych ciałek zwiększa się do 4000 na 1 ctm. sześć. To powiększenie odbywa się ze strony *neutrofilów*, a zatem morfologicznie krew staje się starszą. Co się tyczy innych czynników, jako to: pory dnia, wahań normalnych ciepłoty, pracy mięśniowej, to te przechodzą obojętnie dla białych ciałek krwi.

Ważniejszą rolę odgrywa stan odżywiania dziecka, którego miarą jest jego stosunkowa waga. Autor konstatuje, iż w razie przeszkody w normalnym przyroście wagi dziecka, w tej chwili zjawia się leukocytoza. Największy spadek wagi przypada na drugi dzień po urodzeniu i stan ten utrzymuje się przez parę dni, a dopiero od piątego lub 6-go dnia zaczyna się znowu normalny przyrost wagi. Największa też ilość białych ciałek krwi odpowiada drugiemu dniowi.

Co się tyczy czerwonych ciałek krwi u noworodków, to największe z nich są większe od tychże u dorosłych, a najmniejsze są mniejsze od najmniejszych u dorosłych. Czerwone ciała krwi noworodków są daleko wrażliwsze na zewnętrzne czynniki, połączenie ich z hemoglobina mniej trwałe, wogóle krew noworodków daleko większym podlega wahanom co do ilości ciałek, ich kształtu i t. d., niż u dorosłych. Wysoka ta zmienność krwi jest charakterystyczną dla noworodków. Barwa krwi ich jest ciemniejszą, ciężar gatunkowy większy, krew ich łatwiej się ścina i zawiera więcej soli niż u dorosłych. Co się tyczy krwi dzieci niedonoszo-

nych, to była ona przedmiotem niewielu badań drobnowidzowych. Zacytujemy tu wyniki badań autora, który znalazł, że cała ilość białych ciałek krwi u nich jest mniejszą niż u donoszonych. Ilość ich tak samo się zwiększa ze spadkiem wagi, i wogóle dalsze zmiany, jakim podlega krew ich, odpowiada zmianom u donoszonych.

Następnie autor przedstawia nam zmiany krwi ssawców pod wpływem stanów chorobowych.

Długotrwałe rozwołnienie powoduje absolutne powiększenie ilości białych ciałek krwi; zaparcie czasem żadnych zmian nie spowoduje, czasem zaś leukocytozę, która w obu przypadkach musi być uważana jako skutek toksycznego wpływu ptomain, które się tu wytwarzają. Przy chorobie angielskiej zmiany krwi redukują się do objawów zwyczajnej niedokrewności; to samo da się powiedzieć i o żółtaczach, które właściwych zmian nie wywołują. Co się tyczy przymiotu, to następujące zmiany dadzą się zauważyć: liczba czerwonych ciałek krwi zmniejszona, białych zwiększona, przytem górują limfocyty, a dopiero z biegiem choroby zwiększa się ilość dojrzałych elementów. Co się tyczy znaczenia tej metody badania krwi dla rokowania i rozpoznania, to autor twierdzi, że najlepsze jest rokowanie w przypadkach chorób ostrych, z leukocytozą umiarkowaną; najgorsze, gdy ilość białych ciałek jest absolutnie zmniejszona. Nie posiadamy dotąd pewnych danych drobnowidzowych do celów rozpoznawczych i, zdaniem autora, zmiany we krwi dłużej trwają, niż objawy kliniczne choroby, tak, iż tylko badanie krwi może orzec o zupełnym lub niezupełnym wyzdrowieniu.

(*Jahrbuch für Kinderheilkunde*. 1893. XXXV. 1. 2 Heft). Władysław Sawicki.

81. I. SAGAZE. **Dodatni wpływ upustu krwi przy groźnych objawach zapaleń nerek pochodzenia zakaźnego.** Autor podaje dwa przypadki tyfusu brzuszego powikłane zapaleniem nerek i jeden zapalenia ostrego nerek i mocznicy, przy których stosował upust krwi. W pierwszym przypadku upust krwi został zastosowany po siódmym napadzie drgawek. Upuszczonem zostało 160 ctm. sześć. krwi, poczem nastąpiło polepszenie nietylko ze strony układu nerwowego (ustąpienie drgawek), ale także ze strony tętna, oddechu i wydzielania się moczu.

W drugim przypadku ciężkiego tyfusu brzuszego mocznica przyłączyła się w pierwszym jego okresie. Tu po upuszczeniu 140 ctm. sześć. krwi napady drgawek i wymiotów zostały powstrzymane, osłabienie ustąpiło, tętno wzmocniło się, oddech zwolnił.

W trzecim przypadku zapalenia ostrego nerek z drgawkami mocznicowemi upuszczonem zostało 200 ctm. sześć. krwi, poczem nastąpiło szybkie wyzdrowienie, ustąpienie drgawek, zmniejszenie się ilości białka w moczu i zniknięcie obrzęków.

Krew, wypuszczoną chorej w drugim przypadku, autor zastrzyknął królikowi w ilości 9 ctm. sześć. na kilogram wagi królika. Już w 7 minut po zastrzyknięciu nastąpiły drgawki i bardzo szybka śmierć (normalnie podług BOUCHARD'a dla zabicia królika należy zastrzyknąć 25 ctm. sześć. krwi człowieka na kil. wagi królika). Te same objawy wywołał autor, zastrzykując królikowi mocz, wydobyty przez cewnik u chorej w pierwszym przypadku, przyczem królik po zastrzyknięciu 20 ctm. sześć. na kilo wagi moczu wydobytego przed upustem krwi i 30 ctm. sześć. moczu wydobytego po upuszczeniu, (normalnie podług BOUCHARD'a królika zabija dopiero zastrzyknięcie 45 ctm. sześć., a podług MAIRET BOSE 67 ctm. sześć.).

Na zasadzie tych doświadczeń autor przychodzi do wniosku, że przyczyną mocznicy jest zatrzymanie we krwi nienormalnej ilości produktów toksycznych, które powinny się wydzielać przez nerki. Upust krwi, zmniejszając ilość tychże produktów w ustroju, usuwa nietylko objawy wywołane przez nie (drgawki, śpiączkę, bredzenie, wymioty), ale poprawia ogólny stan chorego, wywołując wzmocnienie tętna, rzadszy oddech i t. p., dla tego też powinien być stosowanym przy wszystkich chorobach zakaźnych, jak to: tyfusie, szkarlatynie i innych, powikłanych zapaleniem nerek i mocznicą. Do usunięcia objawów wystarcza podług autora upust tak nieznacznej ilości jak 150—200 ctm. sześć. krwi, w razie potrzeby lepiej jest powtórzyć operację, (*Révue de Médecine*. 1893. Nr. I). Sylwestrowicz.

82. A. MARTIN. **O operowaniu mięśniaków macicy.** Autor dokonał w 135 przypadkach mięśniaków macicy, amputacji nadpochwowej tego narządu i otrzymał w 46 przypadkach wyniki niepomysłne. Traktował on z początku kikut zewnątrz-otrze-

wnowo, lecz otrzymawszy w pierwszych sześciu przypadkach zejście niepomysłne, traktował następnie kikut wewnątrz-otrzewnowo i drenował przez pochwę. Jakkolwiek wyniki były pomysłniejsze, autor jednak nie jest z nich zadowolonym. Przyczynę tego stanowi nie tylko wysoka śmiertelność, lecz trudność w traktowaniu kikuta i niebezpieczeństwa stąd wynikające zarówno przy sposobie zewnątrz-jak i wewnątrz-otrzewnowym, jako to: krwotoki, zakażenie i późniejsze niepożądane następstwa.

Autor, z tego powodu, jest zwolennikiem całkowitego wycięcia macicy wraz z guzem. Po wycięciu macicy wraz z szyją, rana w sklepieniu pochwy, na dnie miednicy powstała, znajduje się w tych samych warunkach, co po całkowitem wycięciu macicy przez pochwę. Spór w sprawie traktowania kikuta zostaje w ten sposób rozstrzygnięty, a zarazem rokowanie nawet w bardzo ciężkich przypadkach guzów macicy zostaje ustalone. Wychodząc z powyższego założenia, autor już od roku 1888 wykonywał ten rękoczyn w ten sposób, iż po otwarciu jamy brzusznej, wyciągnięciu guza na zewnątrz i założeniu podwiązki na szyję maciczną, wykonywał amputację nadpochwową macicy, a następnie, nałożwszy na pozostały kikut kilka szwów jedwabnych, podwijał więzadła szerokie, usuwał podwiązkę i po zaszcyciu rany brzusznej wyluszczał pozostały kikut przez pochwę ¹⁾.

Wkrótce atoli autor przyszedł do wniosku, iż ten podwójny zabieg operacyjny jest zbyt ciężki, gdyż macicę wraz z guzem usunąć można, operując od strony jamy brzusznej.

Rękoczyn ten wykonywa MARTIN w sposób następujący:

Zrobiwszy cięcie brzuszne, wydobywa guz wraz z macicą na zewnątrz, a objawszy podwiązką szyję maciczną, podwija więzadła szerokie, usuwa większą część guza, a następnie przystępuje do wyluszczenia pozostałego kikuta. W tym celu pod przewodnictwem palca, wprowadzonego przez pomocnika do tylnego sklepienia pochwy, autor przecina otrzewną w jamie DOUGLAS'a i ścianę tylnego sklepienia pochwy, a następnie zeszywa ścianę pochwy z otrzewną jamy DOUGLAS'a. W podobny sposób przecina i zapomocą 2—3 szwów obszywa autor boczne i przednie sklepienia pochwy, poczem wyluszcza szyję maciczną, a po zaszcyciu rany, powstałej na dnie miednicy, zapomocą szwu kuśnierskiego z katgutu zakłada dren do pochwy, zaś ranę brzuszną zeszywa zupełnie.

M. podaje opis 30 przypadków mięśniaków macicy, z których 10 operował podług pierwszego, pozostałe zaś przypadki podług drugiego sposobu; z tych niepomysłnie zakończonych było ośm, (3 wskutek niedokrwistości, 2 wskutek porażenia jelit, 1 wskutek wtórnego krwotoku, 1 wskutek zatoru tętnicy płucnej i 1 wskutek zakażenia gruzliczego ²⁾).

Pomimo niezbyt świetnych wyników, autor podaje zalety swego sposobu, który zabezpiecza od zakażenia i wtórnego krwawienia, a zarazem zapewnia warunki prawidłowego gojenia się rany na dnie miednicy i szybkiego wyzdrowienia. (*Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 20 Heft. 1).* A. Winawer.

83. a) M. GUERMONPREZ. O wycięciu całkowitem macicy przez cięcie brzuszne.

b) E. CAMELOT. O wycięciu całkowitem macicy przy jej mięśniakach przez cięcie brzuszne.

G. opisuje zwięźle sposób, podług którego macicę przy mięśniakach tego narządu całkowicie wycina, a C. krytycznie ocenia i podaje trzy przez G. operowane przypadki

G. wycina całkowicie macicę wraz z guzem od strony jamy brzusznej w sposób następujący:

Po otwarciu jamy brzusznej i wydobyciu guza wraz z macicą nazewnątrz, autor przecina więzadła szerokie (kikut więzowe zewnętrzne podwija, na we-

¹⁾ (Przypisek ref.) W podobny sposób operują we Francji Bouilly i Gouillond, a przeważnie Péan. (*Semaine méd.* 1892. p. 229).

²⁾ (Przypisek ref.) Podług tej metody Martin'a operowali Trendelenburg i F. M. Dixon Jones, a jak podaje Chrobak (*Zur Extirp. ut. myom. abd. Centralbl. f. Gyn.* 1891, Nr. 9), również Gersuny i Bolot (3 przypadki).

wewnętrzne zaś od strony macicy nakłada kleszcze), poczem przecina poprzecznie otrzewną w zagłębieniu pęcherzowo-macicznym, odluszcza na tępo pęcherz moczowy od szyi macicznej aż do przedniej wargi macicy i, zapomocą cięcia podłużnego 1 ctm. długości, przecina ścianę przedniego sklepienia pochwy. Następnie wprowadza autor zgłębnik rowkowany przez ranę w przednim sklepieniu w kierunku od przodu ku tyłowi i wyprowadza koniec po przebicciu tylnego sklepienia pochwy do jamy DOUGLAS'a. Po nałożeniu z obu stron na boczne ściany sklepień pochwowych kleszczy RICHELOT'a, autor pomiędzy nimi odcina macicę, następnie usuwa jajniki wraz z jajowodami, a po obszyciu otworu otrzewnowo-pochwowego ranę brzuszną zaszywa.

Z trzech w ten sposób operowanych przypadków, dwa zakończyły się niepomyślnie (jeden wskutek zatrucia sublimatem, drugi zaś wskutek zapalenia opon mózgowych). (*L'Abeille méd. 1891. Nr. 46*).

CAMELOT przyznaje, iż przy mięśniakach sposób całkowitego wycięcia macicy GUERMONPREZ'a ma większe zalety, aniżeli sposób PÉAN'a, polegający na amputacji nadpochwowej macicy wraz z guzem przez cięcie brzuszne z następczem wyłuszczeniem pozostałego kikuta przez pochwę.

(*Nouv. Arch. d'obstétr. et de gyn. 1892. Nr. 8.*) A. Winawer.

84. MUELLER. **Chemosis menstrualis.** A., osoba 32-letnia, miesiączkuje prawidłowo od 15-go roku życia. Do 24-go roku nie cierpiała nigdy na oczy. Od tego czasu jednak, na 8 dni przed, podczas lub w 8 dni po miesiączkowaniu odczuwa silne bóle w skroniach, po których występuje zaczerwienienie oczu i obrzęk łącznic. Objawy te występują początkowo na jednym oku, drugie zachorowują wtedy dopiero, kiedy objawy w pierwszym mają się ku końcowi. Kiedy A. miała lat 26, obrzęk łącznic był tak silny, że trzeba było je nacinać. W 28 roku chora wyszła za mąż. Podczas ciąży zwykle cierpienie oczu nie zjawiało się lub też ograniczało do lekkiego zaczerwienienia łącznicy, które występowało tylko w pierwszym i drugim miesiącu, w okresach czasu, kiedy miesiączkowanie powinno mieć miejsce. Ostatnie dziecko chorej ma 4 miesiące. Od urodzenia jego chora miała już dwa nawroty choroby oczu; przy ostatnim obrzęk łącznic był równie silny, jak wtedy, gdy chora miała lat 26.

(*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. Januar. 1893.*) S. P.

85. STIFLER. **Uwagi praktyczne nad nerką wędrującą.** Autor zebrał 100 przypadków (u kobiet). W 75 znalazł nerkę ruchomą prawą, w 15-lewą, w 10-obie. 10 przypadków dotyczyło kobiet bardzo młodych, 20 przypadków kobiet 20—30 letnich, 40 kobiet 30—40-letnich; reszta wieku późniejszego. W 3-ch przypadkach należało przypuścić wpływ dziedziczny, bo i matki miały nerki ruchome. Głównymi przyczynami zboczenia były: wzmożone ciśnienie wewnątrzpiersiowe i zmniejszone wewnątrzbrzuszne; otyłość i brzuch obwisły (15), mocne sznurowanie i wadliwe gorsety (14). Bezpośrednio wywołały chorobę: podnoszenie ciężarów (36), upadnięcie, skakanie, konna jazda (2). 5 osób wzmiankowało o dłuższy czas trwającym samogwałcie, u 18 było *perityphlitis* i *perimetritis*; u 8 znaleziono nerkę ruchomą przypadkowo i przyczyna pozostała niewyjaśniona.

Objawy: Gdy nerka mieściła się w okolicy pępka, to przeważały zaburzenia w trawieniu, odruchy ze strony nerwu współczulnego, podrażnienie nerwów naczynioruchowych. Gdy było przemieszczenie nerki w okolicy nadbrzuszej, następowało to zazwyczaj skutkiem spraw zapalnych; w tych więc razach nerka była ustalona i dawała przypadłości cięższe. Ból przy dotyku i ruchach istniał w 92 przypadkach, zwykle w okolicy żołądka, lędźwi i krzyża, a nawet w barku i stopie. W razie obecności nerki ruchomej prawej: mdłości, wymioty, zaparcie nawykowe, a 3 razy rozszerzenie żołądka. Po większej części objawy występowały napadowo: rzadko zdarzało się uwięźnięcie, częściej ostre, przemijające wodonercze, nawet z moczem białkowym i krwawym; napad kończył się zwykle obfitą dyurezą. W nerkach przyrośniętych objawy były więcej stałe: w razie uwięźnięcia istniało zapalenie miedniczek, ropa, śluz, krew i złogi w moczu. Nerka ruchoma wywierała wielki wpływ na układ nerwowy (histerya, ucisk w głowie, przyspieszone tętno) i krążenie brzuszne (nieprawidłowa miesiączka, upławy). W 12 przypadkach rozpoznano mylnie zapalenie kątnicze lub obokmaciczne. Zdarzało się również, iż brano nerkę wędrującą za enteroptozę i skręcenie kiszek. (*M. m. W. 28—92*). H. P.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— LEWIN przedstawił w Berl. Tow. Lek. Szpitala Charité, chorego z wągrymi (*Cysticercus cellulosae*) w rozmaitych miejscach skóry. Choroba ta bywa zapewne dość częstą, lecz nie zostaje rozpoznawaną. Spowodowane przez pasorzyta guzy na skórze rozpoznawane bywały jako gumaty przymiotowe i leczone czas długi zapomocą wcierań, bez żadnego wszelako skutku. Z drugiej strony brano je za kaszaki, nerwiaki, wilka, a nawet raka. Ze skóry wągry przenoszą się często na narządy wewnętrzne np. mózg. Już GRIESINGER i CRUVEILHIER zwrócili uwagę na zależność padaczki od wągry w mózgu. Okazywany przuz L. pacjent cierpiał na bóle głowy i przypadłości żołądkowe i leczony był przez wielu lekarzy. Przez wykrycie wągry w jego skórze L. poczytuje cały obraz chorobowy za wyjaśniony. Pacjent przed 6 laty miał tasiemca, który został wydalonym.

Z powodu powyższego przypadku, GERHARDT nadmieniał, że wągry nie są obecnie wcale zjawiskiem częstym, gdyż i tasiemiec (*Taenia solium*), jak się zdaje, staje się coraz rzadszym i zapewne wymiera. W ostatnich 3 latach G. nie spostrzegał w swej klinice ani jednego przypadku tasiemca, gdy dawniej napotykał go dość często. We Francji ustępuje on miejsca innemu tasiemcowi, mianowicie *Taenia saginata*. Natomiast G. częściej teraz spostrzega *T. mediocanellatam*. Tasiemiec ten znajduje się w mięsie wołowem. (Berl. kl. Woch. 16—93).

— MIYAKE i SCRIBA (w Japonii) wykryli nowego pasorzyta w moczu 37 letniego mężczyzny, skarżącego się na krwawomocz. Mocz miał barwę czerwoną, był zmętniałym i po krótkim czasie tworzyły się w nim liczne skrzepy włóknika, pośród których leżały także sprzepy krwi. Krwawomocz zjawił się u pacjenta po raz pierwszy w 25-ym roku życia i trwał przez 7 miesięcy; obecnie znów się powtórzył przed 7 miesiącami. Badanie drobnowidzowe moczu wykryło pasorzyta zwierzęcego, mającego 8 kończyn. Znalezione 23 egzemplarze, zarówno samców jako też samice; prócz tego 6 jajek. Pasożyt ten, odpowiadał wielkością swą świerzbowcowi (*Sarcoptes hominis* v. *Acarus scabiei*). Autorowie nazwali go *Nephrophages sanguinarius*. Po dawkach sporyszu ustał krwawomocz, a pasorzyta więcej nie znaleziono. Jest on zapewne przyczyną częstego pojawiania się fibry nuryi w okolicach podzwrotnikowych oraz w południowej części Japonii. (Berl. Kl. W. 16—93).

— HOPPE-SEYLER opisuje dwa przypadki, stanowiące ciekawy przyczynek do kwestyi stosowania soli bismutu i innych związków nierozpuszczalnych w przewo-

dzie pokarmowym. 1) Chora na biegunkę otrzymywała w ciągu miesiąca *Bism. subnit.* w dawkach 0,5 po kilka razy dziennie, oraz lawatywy z tlenku cynku. Na sekcji znaleziono w odbytnicy kamień wielkości jaja, którego ośrodek składał się z mieszaniny owych dwóch soli, warstwa zewnętrzna zaś z substancji organicznych w połączeniu z siarkiem bismutu i tlenkiem cynku. 2) Druga chora otrzymywała z powodu gruźlicy kiszek *Bism. subnit.* w ciągu 2 miesięcy. Sekcja wykryła na wrzodach kiszkowych liczne złogi siarku bismutu; toż samo było w piramidach nerkowych i kanalikach prostych. (Wien. m. Pr. 16—93).

— DUCOR opowiada o pewnej rodzinie, złożonej z 9 osób, która przed 2 laty zajęła mieszkanie po dwóch suchotnikach. Wkrótce wystąpiły objawy gruźlicy u dwójga dzieci, spijających w tym samym pokoju, w którym poprzednio sypiali suchotnicy. Badanie obić wykryło laseczniczki swoiste; również dodatnio wypadło szczepienie kawałków tych obić świnkom morskim. Dzieci jakoteż cała rodzina były przedtem zupełnie zdrowe. (Münch. m. W. 15—93).

— Do 30 zebranych z literatury przez MONOD'a i TERNILLON'a przypadków raka u dzieci, dołącza AUGEN swój przypadek. Dotyczył on 5 letniego chłopca, u którego wystąpiło obrzmienie lewego jądra, niebolesne i szybko się powiększające. Badanie drobnowidzowe wyciętego guza potwierdziło rozpoznanie. (Bull. med. 20—92).

— HERZ zastosował płukania z 2—3% roztworów ichtyolu przy zapaleniach gardzieli (*angina*) z doskonałym wynikiem. Już po upływie 24 godzin bóle ustępowały, obrzmienie zmniejszało się i chorzy mogli połykać. (Pest. med. chir. Presse 11—93).

— GRAWITZ, NORDTMANN i SCHEELE opisali przypadki nagłej śmierci u dzieci, których sekcyja nie wykryła innych zbroceń, prócz znacznego powiększenia grasicy. Zejście takie może być zależnem jedynie od uduszenia się dziecka przez grasicę. Znajomość tego faktu jest bardzo ważną, ponieważ dawać może powód do posądzenia o zbrodnię, jak dowodzi przypadek opisany przez SEYDEL'a. (Viertelj. f. gerich. Med. T. 5).

— KANDIDOW wykonał u osobników zdrowych badania nad wydzielaniem się w żołądku niektórych leków, wprowadzonych do odbytnicy. Jednocześnie badał on również mocz. Wyniki były następujące: 1) Jodek i bromek potasu, salicylan sodu, płyn FOWLER'a i antypiryna w roztworach 1% -wych) zjawiają się zarówno w żołądku, jakoteż w mo-

czu już po upływie $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny, a wydzielanie to trwa 36—48 godzin. 2) Chlorek chininy zjawia się w żołądku nieco później, niż w moczu; wydzielanie trwa 2—11 godzin. 3) Garbnik nie wydziela się ani w żołądku, ani w nerkach. (Wracz 13—93).

— Na zasadzie 3-ch własnych spostrzeżeń oraz odnośnej literatury, ZEISSL opisuje zapalenie otrzewnej w następstwie rzeźączki u mężczyzn. Autorowie francuscy są zdania, iż zapalenie przechodzi na otrzewną z pęcherzyków nasiennych. Znalaziono istotnie przy badaniu zwłok w kilku przypadkach (PETERS, GUYON, HOROWITZ) zmiany zapalne w pęcherzykach nasiennych. W przypadkach autora polucje krwawe dowodzą, zdaniem jego, również udziału w sprawie tej pęcherzyków nasiennych. Oprócz tego zapalenie otrzewnej rozwinać się może drogą naczyń chłonnych. Być może, iż początkowo ulega zapaleniu gruczoł chłonny, pozostający w związku z naczyniem chłonnem przewodu nasiennego (*vas defe-*

rens), który znajduje się w stanie zapalnym; z gruczołu przechodzi sprawa na pokrywającą go otrzewną. Trzecią wreszcie drogę stanowi może przejście zapalenia z sznurka nasennego, na co już HUNTER zwrócił uwagę. Niedokrewność i wąty ciążoskład, mogą wpływać usposabiająco na powstawanie rzeźączkowego zapalenia otrzewnej. (Allg. wien. med. Ztg. 92).

— Podług DELBECQ'a spostrzega się w kamicy żółciowej dość często ostre i przewlekłe zmiany zapalne w pęcherzyku. W formach lekkich powstają liczne fałdy błony śluzowej; w ciężkich błona ta zanika, a na jej miejscu zjawia się tkanka łączna. Następnie występuje zanik błony mięśniowej oraz nawarstwienie tłuszczowe dookoła błony surowiczej. Stwardnienie pęcherzyka posuwa się dość szybko na sąsiednią tkankę wątrobową; przewody żółciowe mogą ulegać rozszerzeniu, przyczem tworzą się małe gruczolaki lub torbiele. (C. f. kl. M. 16—93).

Wiadomości bieżące.

— W ubiegły wtorek t. j. dnia 9 b. m. D-r TROICKI, Inspektor urzędu lekarskiego miasta Warszawy, miał w sali ratuszowej odczyt, o stanie sanitarnym Warszawy, na podstawie materiałów zebranych w r. 1891, a opracowanych w ciągu roku następnego i bieżącego. Z powodu krótkości czasu, obszerniejsze sprawozdanie odkładamy do następnego numeru „Medycyny“.

— Plany budowy szpitala dla starozakonnych na Czystem już zyskały zatwierdzenie. Budowa rozpocznie się zapewne w r. b..

— Pisma codzienne donoszą, iż projekt zakładania szpitali przeznaczonych wyłącznie dla urzędników i oficyalistów kolejowych, pracujących na drogach żelaznych, zyskał aprobatę departamentu dróg żelaznych i ma być przedstawiony do zatwierdzenia. Szpitale „kolejowe“ będą w bezpośrednim zawiadywaniu ministerjum komunikacji.

— Izba sądowa poleciła Bogusławę Brzezičką, której sprawą przed paru miesiącami całe miasto nasze się zajmowało, poddać ekspertyzie lekarskiej, celem ostatecznego orzeczenia, jaki był stan psychiczny oskarżonej w chwili spełnienia przestępnego czynu, oraz jaki jest ten stan jej obecnie. W każdym razie z punktu widzenia sądu-lekarskiego, orzeczenie w mowie będące budzi ze wszech miar wysoki interes.

— Zwracamy uwagę Kolegów na artykuł prof. HOYER'a p. t. „Spostrzeżenia uzasadniające teorię o pasyżyniczem pochodzeniu chorób zakaźnych“, umieszczony we „Wszechświecie“ (dokończenie w N. 19-ym), który zarówno

przyrodnik jak i lekarz z pożytkiem odczytać może.

— Morfinomania wzrasta w Paryżu coraz bardziej. W r. 1883 FOVILLE obliczał liczbę morfinistów na 40,000; obecnie cyfra ich dochodzi podług DUBUT de LAFORET'a do 100 tysięcy.

— W Frankfurcie nad Menem wytrysło gorące źródło mineralne, którego woda, według dokonanego rozbioru, ma być wielce zbliżoną do karlsbadzkiego szprudla.

— W Anglii ustanowiono komisję, mającą opracować przepisy, któreby zniewalały do dokładniejszego określania przyczyny śmierci w świadectwach lekarskich. Lekarze mają również nadmieniać, jak długo leczyli pacjenta. Zdarza się bowiem, iż lekarz wydaje świadectwo, nie widząc chorego ani razu. (Lancet 93).

— Następny zjazd internistów niemieckich ma się odbyć w roku przyszłym w Monachium, pod przewodnictwem prof. QUINKE'go z Kiel.

— Rotszyl d wiedeński ofiarował pół miliona guldenów na założenie szpitala dla chorych na raka.

— Próbkę najbezwstydniejszej reklamy przytacza „Wiener med. Presse“ w N. 18: Pewien D-r RITSCHER ogłasza w jednym z pism codziennych wiedeńskich co następuje: „Liczne uzdrowienia, które osiągnąłem przy pomocy mego środka przeciw błonicy, skłaniają w ostatnim czasie wielu rodziców do wzywania mnie w najbardziej posuniętym już okresie choroby, gdy nastąpiła zgorzel i zatrucie krwi lub objawy za-

duśzania. Rozumie się, iż w tym okresie, gdzie znika wszelka nadzieja utrzymania życia, i mój środek pomódz więcej nie może. Z tego powodu upraszam rodziców, chcących obdarzyć mię swem zaufaniem, o wzywanie mnie w chwili, gdy zauważą, iż dziecko gorączkuje, ma zaczerwie-

nione i obrzmiałe migdały lub nalot biały czy żółtawy w gardle“.

— **Zmarli:** Jan KUNDRAT, prof. anatomii patologicznej na wszechnicy wiedeńskiej.

Prof. HARTMANN długoletni prosektor instytutu anatomicznego w Berlinie.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

1) RADZISZEWSKI ST. Obrazy fotograficzne mikroskopowe ważniejszych składników moczu i osadów moczowych. (Zdjęte z preparatów w pracowni chemiczno-rozbiorowej dla celów dyagnostyki lekarskiej D-ra St. Radziszewskiego). 2) D-r RUNDO H. Badanie położnicze (akuszeryjne) krótki przewodnik dla lekarzy, studentów i akuszerok z 4 drzeworytami przez prof. Credé i prof. Leopolda, tłumaczył D-r H. Rundo. 3) A. GADOMSKI. Wykaz prac Towarzystwa Lekarskiego Kaukaskiego za lat 25 istnienia onego (1864—1889) wydane w Tyflisie. 4) Zapiski Towarzystwa Lekarskiego Uralskiego, rok 3-ci, zeszyt 1-szy (Mémoires de la Société Ouralienne de Médecine à Ekathérinbourg, r. 1893). 5) WIERZBOWSKI WL. D-r. Poradnik lekarski w chorobach wenerycznych. Warszawa 1893. 6) CISZEWSKI A. Osuszanie wilgoci i tępienie grzyba drzewnego w budowlach 1893. 7) ROTHIE A. Dr. Rys dziejów psychiatryi w Polsce r. 1893, (Odbicie z Pam. Tow. Lek. Warsz.). 8) MINTZ S. Dr. Ein seltener Fall von einem Divertikel der Speiseröhre. D. med. Wnft. 1893. N. 10. 9) TRZEBICKY R. i KARPIŃSKI ST. W sprawie podwiązania żyły udowej 1893. 10) SOBIE-RAJSKI W. D-r. Uwagi krytyczne nad farmakologią żelaza 1893. Kraków. 11) TEGOŻ. O wchłoniwości skóry. (Odb. z Nowin Lekarskich 1893) 12) D-r S. ST. Syfilis, jego istota i środki zapobiegawcze, Warszawa. 13) OLTUSZEWSKI WL. Istota, przyczyny i leczenie jąkania oraz wadliwego wymawiania, Warszawa. 14) SANTIAGO RAMÓN y CAJAL Dr. Nuevo Concepto de la Histologia de los centros nerviosos. Barcelona. 1893. 15) BRIE Dr. Ueber Trional als Schlafmittel. Odb. z „Neurolog. Centralbl.“. Lipsk. 16) KOPP Dr. Ueber die Verwendung des Europhen in venereologischer Praxis. Odb. z Ther. Monhf. 1893. 17) GOLDSCHMIDT z Madery. Die Behandlung und Heilung der Lepra tuberosa mit Europhen. 1893. 18) Inowódz. Miejscowość klimatyczna leśna. Łódź 1893. 19) DRASCHE prof. Bibliothek der gesammten Medicinischen Wissenschaften. Część I, zeszyt 1-szy, Wiedeń r. 1893. 20) WOŁKOWICZ. O wartości leczniczej salolu w biegunce cholerycznej. Odb. z Gaz. Lek. 1893. 21) KELLOGG I. H. Methods of precision in the Investigation of Disorders of Digestion. 1893. 22) ZIELEŃJEWSKI M. Skorowidz ważniejszych zakładów zdrojowo-kąpielowych, wodolecznicznych, klimatycznych i t. d. i t. d. 1893, Kraków. 23) BERGERON L. Ubezpieczajmy się. 1893. 24) BALLANTYNE I. W. i WILLIAMS I. D. The structures in the Mesosalpinx. Edinburg 1893. 25) LIEVEN Dr. Weitere therap. Erfahrungen über d. Europhen in der Rhino-Otologie. Odb. z. D. m. Wft. 1893.

Redakcja Medycyny uwiadamia Sz. Kolegów, iż z wszelkimi interesami dotyczącymi administracji pisma, jako to: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem brakujących numerów i wydawnictw Medycyny, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy *nie do Redakcyi*, lecz do *Administracji* pisma pod adresem: **Dr. L. Guranowski, Marszałkowska 129.**

D-r M. Cereha

I-szy asystent kliniki chorób kobiecych Prof. Madurowicza, ordynować będzie od 10-go czerwca jak w roku zeszłym w **Krynicy**. Domek Szwajcarski.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава 28 Апрелья 1893 г.

Друк К. Ковалевскаго. Крѣлевска 29.