

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O chorobie Parkinson'a, podał Z. Bychowski. (Dalszy ciąg). — Ka-
zuistyka. Przypadek wyleczenia bliznowatego zwichnięcia odźwiernika na drodze operacyjnej, podał D-r
Wacław Stępiński. — **Wykłady kliniczne.** O nerwach serca i naczyń. — **Streszczenia i Wyciągi.** 84. Przy-
czynę do sprawy przenoszenia i powrotów rzeżączki. 85. Dalsze przyczynki do chirurgicznego leczenia
suchot krtaniowych na podstawie 270 przypadków. 86. Przypadek prawie wyleczonego, ciężkiego, od
dwóch lat trwającego wielorakiego zapalenia nerwów, z uwagami nad przebiegiem, rokowaniem i lecze-
niem. 87. O wstrzykiwaniu sublimatu do żył. 88. Woda chlorowa jako środek swoisty przeciw błonicy. —
Odcinek. W sprawie prostytucji. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** —
Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.
Sommaire des articles originaux: 1) D-r Z. Bychow-
ski — De la maladie de Parkinson. 2) D-r W. Stę-
piński — Un cas de retrecissement cicatriciel du
pylore guéri par l'operation.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.
Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Z. By-
chowski — Ueber Parkinson'sche Krankheit. 2)
D-r W. Stępiński — Ein auf operativem Wege ge-
heilter Fall von Narbenstrictur des Pylorus.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str., 5.

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O chorobie Parkinson'a

podał Z. Bychowski.

(Dalszy ciąg. — Zob. Nr. 27).

Taka sztywność w mięśniach tułowia i kończyn jest bardzo typowa dla choroby PARKINSON'a. Należy ona do wczesnych tego cierpienia objawów i na pierwszy rzut oka najbardziej na siebie zwraca uwagę. Bywają przy-
padki, gdzie cała sprawa chorobowa tylko na tem się ogranicza, a drżenie,
które niegdyś uważano za *conditio sine qua non* w chorobie PARKINSON'a, wcale
nie występuje. Widzieliśmy to dobitnie w przypadku piątym. Zasługują też
na uwagę z tego względu następujące spostrzeżenia.

VII. A. 36 l., 1½ roku temu zauważył osłabienie lewej ręki, a następnie i pra-
wej. Ponieważ jako krawiec musi wciąż pracować rękoma, zaczął pilnie się badać
i zauważył wkrótce, że nie może tak prędko, jak poprzednio, pracować. Ruchy
stały się bardzo powolne. Dziedziczności chorób niema. Jaka się od urodzenia,
ale teraz podobno mówi gorzej. Od kilku miesięcy dokuczają mu bóle głowy, pa-
lenie w plecach. Chory skarży się także na sztywność w karku, wskutek czego nie
może się odwrócić. Przymiotu nie przechodził.

Średniego wzrostu, nieźle odżywiany. Na twarzy, zupełnie prawie nierucho-
mej, maluje się cierpienie. Kark sztywny; mięśnie w kończynach napięte, zwtaszc-
za górna lewa jest typowo ułożona. Dłoń lewa jak *main d'accoucheur*; chory wy-
konywa wszystkie ruchy prawidłowo, lecz nadzwyczaj powoli; chodzi też powoli.
Ante-retro-lateropulsyi niema. Jaka się; mowa nosowa; odruchy kolanowe słabe.
Ze strony narządów wewnętrznych, ani ze strony czucia żadnych zmian nie zna-
lezioneo.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z wielu względów. Przedewszystkiem wiek chorego (choroba zaczęła się w 34-ym roku) przy stosunkowo niezłym odżywianiu. Ciekawe dla etyologii jest i to, że chory, jako krawiec, musiał ciężko pracować rękami. Ale, że praca fizyczna nie była głównym czynnikiem przyczynowym, widać z tego, że lewa ręka daleko więcej przedstawia zmian, aniżeli prawa. Do rzadkich należy przypadek ten i dla tego, że choroba miała charakter jakby *paraplegiae superioris*. Sprawa chorobowa z lewej górnej kończyny nie przeszła na odpowiednią dolną, jak to zwykle bywa, lecz na drugą górną. Pomimo że drżenia nie było, rozpoznanie choroby PARKINSON'a było niewątpliwe. Przemawiały za tem: twarz nieruchoma, ruchy wogóle powolne i skrępowane, palenie w plecach, ułożenie lewej dłoni i t. d.

Przytaczamy niżej jeszcze jeden przypadek typowej choroby PARKINSON'a, także prawie bez drżenia.

VIII. K. 62 l. Przeszło rok temu wystąpiło rozwolnienie; następnie osłabienie prawej nogi. Po silnym przestrachu przed rokiem nogi mocno osłabły; zaczęły choremu dokuczać także bóle; później wszystko to przeszło i na ręce. Obecnie skarży się na ogólne osłabienie, bóle w nogach od ud do podeszew, jakby były obręczami skrępowane. Przymiotu zaprzecza. Bezsenność z powodu osłabienia. Czuje, jak go coś ciągnie wtył.

Wygląd, postawa i ułożenie rąk typowe. Ruchy są bardzo powolne i ograniczone; zwłaszcza trudno choremu obrócić się, w łóżku jest to zupełnie niemożliwe. Kroki małe; ruchy głową także ograniczone, a bierne napotykają na opór. Odruchy kolanowe zachowane. Drżenie występuje tylko czasami i to w bardzo nieznanym stopniu.

Bardzo wybitna była sztywność połączona z drżeniem i w następującym przypadku.

IX. Z. P. 49 l. rolnik. Ojciec zmarł, mając 98 lat, matka w młodym wieku, na jaką chorobę—nie wiadomo. W rodzinie żadnych chorób nerwowych nie było. Ma 8 dzieci, wszystkie zdrowe; 6 lat temu chorował przez 15 tygodni i zmuszony był leżeć w łóżku. Nazwy tej choroby nie wie, pamięta tylko, że miewał silne bóle głowy, wymioty. Jaka się od urodzenia. Przymiotu zaprzecza.

Dwa lata temu zauważył, że mu się trzęsie prawa ręka, w parę tygodni potem drżenie przeszło i na lewą nogę. Drżenie to występowało powoli, tak, że chory nie może dokładnie określić, kiedy się zaczęło. Charakterystyczne jest opowiadanie chorego, że „jak się wziął do roboty i rozmachał się, drżenie ustępowało“. Póki było tylko drżenie, mógł jeszcze pracować, ale w zeszłym roku zaczęło go „ściskać“ w brzuchu około pępka, jakby mu kto „gwóźdź tam wbił“. Przykre to uczucie występowało najbardziej podczas siedzenia, potęgując się coraz bardziej, tak, że chory dłużej nad pół godziny nie mógł usiedzieć na jednym miejscu. Przy staniu, leżeniu i chodzeniu ból był mniejszy. Kilka tygodni potem do tego ściskania przyłączyły się bóle i sztywność w karku. Później potrochu zaczął się trzymać krzywo, zgięty ku przodowi. Od czasu, jak się zaczęło ściskanie, nie mógł już pracować.

Chory wzrostu więcej, niż średniego, dobrze rozwinięty i odżywiany. Wyraz twarzy poważny i nieruchomy. Bródka nosowargowa wyraźniejsza po prawej stronie, niż po lewej.

Podczas stania tułów i głowa chorego nachylone są ku przodowi, nogi nieco zgięte w kolanach i rozstawione. W położeniu leżącym głowy nie opiera o poduszkę, ale trzyma ją podniesioną. Nogi podczas leżenia zgięte są w stawie kolanowym. Palce prawej ręki wyprostowane, zbliżone do siebie i zgięte w stawach napiętkowo-palcowych; paluch zaś jest przeciwstawiony względem wskaziciela. Cała ręka w pronacji i zgięta nieco w stawie łokciowym. Mięśnie wywrotne (*supinadores*) rysują się pod skórą. Przy staniu wyraźnie się zarysowywa mięsień kapturowy. Po prawej stronie nad grzebieniem łopatki mięsień nadgrzebieniowy (*supraspinatus*) tworzy wypukłość, stosunkowo daleko większą, niż odpowiednia wypukłość z lewej strony. Prawa ręka wykonywa ruchy rytmiczne,

składające się z abdukcji i addukcji w stawie ramieniowym, pronacji i supinacji w stawie łokciowym, wyprostowywania i zginania w stawie szprychowo-nadgarstkowym. W palcach w stawach końcowych wyprostowywanie i zginanie. Paluch i wskaziciel zbliżają i oddalają się wzajemnie, wykonywając ruch podobny do robienia pigulek. Pod skórą widoczne drgania pęczkowe mięśni na ramieniu i przedramieniu. W lewej ręce dają się spostrzegać te same ruchy, lecz w mniejszym stopniu.

W kończynach dolnych bardzo słabo wyrażone drżenie, które prawie zupełnie znika, jeżeli chory na nie zwraca uwagę. Czasami widać rytmiczne drżenie w mięśniach czterogłowym uda i dwugłowym łydki z prawej strony. Obie stopy od czasu do czasu wykonywają ruchy odsiebne i ksobne. Paluch lewej nogi wykonywa rytmiczne wyprostowywanie i zginanie. Głowa drży, ale nie jest to drżenie samodzielne, lecz udzielające się od kończyn górnych.

Mięśnie zginacze głowy wybitnie zarysowują się pod skórą i są bardzo twarde przy dotykaniu. Język na dnie jamy ustnej drży, przy wysuwaniu go zaś drżenie staje się ledwo widzialne. Ruchy bierne w tułowie i kończynach napotyka na opór znaczny. Odruchy kolanowe bardzo wyraźne. Przy nagłym zgięciu nogi w stawie goleniowo-stopowym ścięno mięśnia piszczelowego przedniego wystaje pod skórą, a stopa bardzo powoli powraca do poprzedniego swego położenia (t. z. fenomen paradoksalny).

Ruchy dowolne może być, lecz nadzwyczaj powolne i z wysiłkiem wykonywane, przyczem drżenie znakomicie się zmniejsza, albo zupełnie znika. Objawów bezładu niema. Gruba siła znaczna. Chód bardzo powolny, lecz prawidłowy. Stawy kolanowe i goleniowe zeszywniałe i prawie nieruchome. Tułów, szyja i głowa przy chodzeniu są prawie zupełnie nieruchome.

Przy siadaniu chory rzuca się sztywnie tułowiem w tył. Skóra bardzo wrażliwa na podrażnienie mechaniczne, zwłaszcza na plecach i piersiach: nieznaczne podrapanie tępym narzędziem wywołuje dosyć długo trwające czerwone pręgi.

Odruchy podeszwowe i kremasterowe zachowane; zwieracze działają prawidłowo. Moc płciowa nie osłabiona.

Ruchy gałek ocznych nie odbywają się odrazu, lecz z przerwami; źrenice zwężone. Badanie oftalmoskopowe wykazało: naczynia siatkówki wąskie, tarcza białoróżowa z wyraźnymi obrysami. Naczyniówka silnie zabarwiona. Mowa niewyraźna od dzieciństwa; inteligencja zachowana. Ze strony innych narządów żadnych zmian niema. Tętno 80. Chory łatwo się poci.

Przypadek ten dowodzi, do jakich ogromnych rozmiarów może dojść w chorobie PARKINSON'a sztywność i napięcie mięśni. Chory wyraźnie opowiada, że drżenie mu nie przeszkadzało przy jego ciężkiej robocie, „rozmachał się” i mógł dalej pracować, lecz właśnie to ściskanie, powolność ruchów najwięcej go krępowały. O sile napięcia przednich mięśni szyi świadczy fakt, że chory nawet przy leżeniu nie mógł oprzeć się głową o poduszkę. Zasługuje także na uwagę wybitne zarysowywanie się różnych mięśni, zwłaszcza karku, dzięki czemu górna połowa była posągowo nieruchoma. Dalej zwracamy uwagę na znaczną pobudliwość naczynioruchową: świadczyło o tem silne pocenie się i czerwone smugi na skórze, które zostawały po lekkim podrażnieniu (autografizm). Ze względu na to, że ruchy gałek ocznych odbywały się z przerwami, trzeba przypuścić, że i mięśnie oka były zajęte. Jest to rzadko w chorobie PARKINSON'a napotykanie objaw, o którym później obszernie pomówimy.

Opisana wyżej postać chorego, dotkniętego chorobą PARKINSON'a, może w wyjątkowych przypadkach zupełnie inaczej się przedstawiać. WESTPHAL ³⁷⁾

³⁷⁾ Charité Annalen Bd. IV. Zur Paralysis agitans.

i HEIMANN³⁸⁾ opisali przypadek, gdzie głowa znacznie była przechylona w tył. GOWERS także widział dwóch takich chorych. GRASSET³⁹⁾ miał chorego, u którego znalazł wszystkie objawy choroby PARKINSON'a, ale ręce były skierowane wtył ku plecom. Niedawno BÉCHET⁴⁰⁾ opisał także kilka ciekawych pod tym względem przypadków. U jednego chorego górna połowa ciała przechylona była wtył, głowa zaś skierowana naprzód. Chory ten wciąż doznawał potrzeby ruchu, który wykonywał powolnymi krokami. Chcąc zachować się zupełnie spokojnie, tracił równowagę i padał.

Drugi przypadek BÉCHET'a tyczy się 30-letniej kobiety, której głowa była przechylona na prawo. Przy pewnym wysiłku chora tylko na krótki czas mogła wyprostować głowę, w której wtedy występowało drżenie. Ruchy bierne w karku były możebne, lecz trafiały na silny opór ze strony napiętych mięśni.

Jedyny w swoim rodzaju przypadek spostrzegał BIDON⁴¹⁾. Chory, dotknięty typową chorobą PARKINSON'a i zwykłą w tem cierpieniu postawą (tułów pochylony naprzód, dolne kończyny zgięte w kolanach i zbliżone do siebie i t. d.), po przebytej grypie z objawami płucnymi nie tylko wyprostował się zupełnie, lecz nawet wygiął się w tył, tak, że siadając w krześle, dotykał oparcia tylko przedramionami, ponieważ kręgosłup przyjął postać łuku zwróconego w tył. Nogi także wyprostowały się. Najlepsze wyobrażenie o postawie chorego daje ta okoliczność, że prostopadła, przeprowadzona od przedramienia do podłogi, jest dolnym swym końcem na 30 cm. od pięty oddalona. Głowa zaś przechylona została naprzód. BIDON z tego powodu przyjmuje nawet 4 typy w chorobie PARKINSON'a: 1) *Type de flexion*, 2) *Type d'extension* (RICHER), 3) *Type d'extension prononcée avec renversement de la tête en arrière* (DUTIL), 4) *Étension du tronc et des membres avec flexion du cou et de la tête* (BIDON)⁴²⁾.

Wszystkie przytoczone przypadki należą do wielkich rzadkości. Ale teoretycznie są one dowodem, że i typowa postawa w chorobie PARKINSON'a nie ma absolutnie patognomonicznego znaczenia i że postawa ta nie jest warunkowana pewnymi zmianami w danych grupach mięśniowych, lecz zależy od innych ogólniejszych czynników.

Właśnie w sztywności i napięciu wielu grup mięśniowych trzeba szukać jednej z głównych przyczyn tego jedyne w swoim rodzaju chodu i powolności ruchów wogóle, jakie spostrzegamy u dotkniętych chorobą PARKINSON'a. Powoli i niezgrabnie, a w dodatku z pewnym wysiłkiem, podnoszą się oni z miejsca i małymi drobnymi krokami zaczynają się posuwać naprzód. Znikła ta gracia i zwinność, która tak cechuje człowieka zdrowego w pełni sił. Lekkość i miękkość wielu stawów (w kończynach, w kręgosłupie) jakby nigdy nie istniała. Dzięki takiej skamieniałości wielu swoich członków, chory przesuwają się jak jedna całość, bardzo mało zmieniając wzajemny stosunek geo-

³⁸⁾ HEIMANN widział i jeszcze raz opisał ten przypadek po 11-u latach. Głowa jeszcze więcej była przechylona wtył. HEIMANN, Ueber Paralysis agitans p. 59.

³⁹⁾ Maladies du système nerveux p. 943.

⁴⁰⁾ Iconographie de la Salpêtrière N-r 4, 1892. Według MENDEL's Cblatt. 1892 p. 655.

⁴¹⁾ Changement de l'attitude du corps dans le cours de la maladie de PARKINSON. Revue de Médecine. 1891, pp. 75—82.

⁴²⁾ Typ zgięcia, typ wyprostowania, typ wyprostowania z głową odwróconą w tył, typ wyprostowania tułowia i kończyn z głową schyloną naprzód.

metryczny tych członków. Siadając na krześle, albo kładąc się do łóżka, chory, właściwie mówiąc, rzuca się, jak mówią francuzi, *tout d'une pièce*, jak automat, tak, że się słyszy uderzenie ciała jego o dany przedmiot. Z taką samą stratą czasu i energii chory naprzykład się ubiera i rozbiera. Podobną niezgrabność w ruchach spotykamy i w innych cierpieniach nerwowych (płasawica, bezwład górnych kończyn i t. d.); jest jednakże ogromna różnica pomiędzy jedną a drugą. Mówiąc językiem mechaniki, chorzy, dotknięci tylko co wymienionemi cierpieniami, wykonywając jakiś ruch, nie kreślą tej krzywej, jaką wykreślić zamierzają, czyli, że zamiast jednej krzywej otrzymujemy cały szereg mniejszych krzywych. Ruch zaś chorego, cierpiącego na chorobę PARKINSON'a, daje krzywe prawidłowe, — przypuszczając, że drżenia niema, — lecz za to strata na czasie jest tu większa.

W związku z powolnością ruchów u naszych chorych znajduje się ciekawy fakt, stwierdzony przez MENDELSON'a ⁴³⁾. Badając okres utajonego podrażnienia mięśni w różnych cierpieniach nerwowych, MENDELSON znalazł, że w chorobie PARKINSON'a okres ten trwa od 0,012 do 0,02 sekundy t. j. prawie 3 razy tyle, co w warunkach normalnych. Zwykle bowiem okres ten równa się 0,006—0,008 sekundy ⁴⁴⁾.

Gruba siła mięśniowa, szczególnie w początku, niewiele pozostawia do życzenia i w żaden sposób nie odpowiada spostrzeganemu zwolnieniu ruchów. Ścisłejsze badania dynamometryczne, przeprowadzone przez różnych autorów, niezupełnie są zgodne między sobą. CHARCOT ⁴⁵⁾ powiada, że dynamometr stwierdza zachowanie siły mięśniowej; BOURNEVILLE ⁴⁶⁾ zaś w uwagach swoich do dzieła swego mistrza, przytacza wyniki badania u 6-u chorych, którzy wszyscy zdołali przesunąć wskazówkę siłomierza na połowę tylko w stosunku do normy. Tego samego zdania jest i GRASSET ⁴⁷⁾. Według HEIMANN'a ⁴⁸⁾ „gruba siła mięśniowa, jak dowodzi siłomierz, nie jest upośledzona“. Różnica w przytoczonych poglądach zależy, zdaje się, od okresu choroby: im dłużej choroba trwa, tem mniejsza będzie siła mięśniowa. Ponieważ dana kończyna wskutek choroby mało funkcjonuje, następuje czasem wtórne osłabienie jej mięśni.

Że spostrzegana powolność ruchów, przynajmniej co się tyczy kończyn dolnych, nie pozostaje w stosunku prostym do siły mięśniowej, tego dowodzą jeszcze t. z. ante-retro-lateropulsye. Polegają one na tem, że chory dzięki nieznacznemu bodźcowi zewnętrznemu, a czasami zupełnie bez widocznego powodu, zostaje wyprowadzony z równowagi i mimowoli zaczyna się szybko posuwać w kierunku bodźca. Delikatne pchnięcie ręką naprzód czasami już wystarcza, żeby chory „poleciał“, i dopiero jakaś przeszkoda na drodze (ściana) zatrzymuje go. Jest to antepulsya (propulsya). Rzadziej daje się spostrzegać retropulsya, gdzie nieznaczne pociągnięcie chorego wtył wystarcza, żeby wykonał szybko 5 — 6 kroków wstecz; najrzadsza zaś bywa lateropulsya, t. j. mimowolne posuwanie się na prawo lub na lewo. (D. c. n.).

⁴³⁾ Arch. de Physiologie 1880. Według HEIMANN'a: Ueber Paralysis agitans p. 8.

⁴⁴⁾ Okresem utajonego podrażnienia nazywa się czas, jaki upływa między chwilą podrażnienia mięśnia, a początkiem jego skurczu.

⁴⁵⁾ Leçons sur les maladies etc. p. 174.

⁴⁶⁾ Ib. Uwaga I.

⁴⁷⁾ Ib. p. 944.

⁴⁸⁾ Ib. p. 6.

KAZUISTYKA.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU NA PRADZE.

PRZYPADEK WYLECZENIA BLIZNOWATEGO ZWĘŻENIA ODŹWIERNIKA NA DRODZE OPERACYJNEJ

podał D-r Wacław Stępiński,

b. pom. prosektora przy katedrze Anatomii Opisowej Uniwersytetu Warszawskiego, asystent oddziału.

Do oddziału chirurgicznego kol. RAUMA przeniesiono z oddziału chorób wewnętrznych d. 29 maja r. b. Szymona Demianiuka, włościanina 35 lat, z wyraźnymi objawami zwężenia odźwiernika żołądka. Sprawę nowotworową złośliwą wykluczyły wywiady i odpowiednie badanie, które stanowczo przemawiały za urazem zwężeniem odźwiernika.

Przed 9-u laty Demianiuk, pracujący przy robotach kolejowych pod Brześciem, uległ zgnieceniu okolicy brzucha buforami wagonów; natychmiast omdlałego odniesiono do lazaretu, gdzie wkrótce przyszedł do przytomności, wymiotował, skarżył się na bóle w brzuchu, ale tego samego dnia powrócił do swych zajęć. Od daty wypadku, w ciągu następnych 7-u miesięcy, ogólny stan zdrowia był zadawalniający, lecz odtał zaczyna się szereg zaburzeń żołądkowych: bóle, zwłaszcza po jedzeniu, gniecenie w dołku, przelewanie i wymioty. Stan taki ciągnie się latami, chory, nie znosząc żadnych stałych pokarmów, odżywia się w ostatnich czasach wyłącznie nieznaczными ilościami ogrzanego mleka z domieszką kaszy lub mąki, co nieraz też powoduje wymioty. Chory, wstępując do szpitala, mógł przyjąć na dobę kwartę mleka z kawałkiem bułki i to nie zawsze; innych pokarmów, jako też zimnej wody albo zup, absolutnie przyjmować nie mógł.

Chory prawidłowo zbudowany, wychudły i osłabiony, nie gorączkuje. Serce i płuca nie nieprawidłowego nie przedstawiają. Żołądek rozszerzony, dolna jego granica sięga do pępka. Przy naciskaniu ręką śródbrzusza chory odczuwa ból ostry w dołku. Leżenie na lewym boku zmniejsza lub znosi bóle; leżenie na prawym boku wywołuje bóle, czasami czkawkę i wymioty. W okolicy odźwiernika odporność zwiększona. Przy przemywaniu żołądka naczecz otrzymywano zwykle w płynie, zawierającym resztki niestrawionych z poprzedniego dnia pokarmów, duże ilości wolnego kwasu solnego. Chory ma stałe zaparcie stolca.

Wobec pewnego rozpoznania zwężenia i ciężkiego stanu chorego, kol. RAUM, po odpowiednim przygotowaniu pola operacyjnego i zachloroformowaniu chorego, przystąpił 4 czerwca do operacji.

Cięcie w smudze od wyrostka miczykowatego do pępka. W ranie ukazuje się ściana żołądka, pokryta zgrubiałą siecią, i brzeg wątroby, pokryty zgrubiałą otrzewną—ślady przebytych zapaleń. Odsunawszy nasuwające się kiszkę i oddzieliwszy sieć, ujęto ścianę żołądka i powoli wysunięto ją zewnątrz rany brzusznej, mając na widoku dotarcie do odźwiernika.

Wówczas uwidoczniła się historia powstania i przebiegu opisywanego cierpienia. Okolica między odźwiernikiem, dwunastnicą, dolnym brzegiem i powierzchnią wątroby przedstawia obraz i ślady przebytych tu spraw zapalnych. Liczne, stare zrosty między tymi narządami, a szczególnie znacznej długości pasmo ścięgniście, odchodzące od ściany zgrubiałej odźwiernika do pęcherza żółciowego, świadczą o naturze przyczyny, wywołującej te sprawy. Obok przyczepu wyżej wspomnianego pasma na przedniej

ścianie odźwiernika spostrzega się bliznę gwiazdową o średnicy 1,5 ctm. z lekko zagłębionem i zaczerwienionem dnem. Blizna ta powstała jako następstwo zapalenia, wywołanego przez uraz na ścianę odźwiernika, który właśnie w tem miejscu przedstawiał zgrubienie ścian i zwężenie. Odźwiernik i początek dwunastnicy mało są ruchome i przymocowane zapomocą starych zrostów do kręgosłupa. Cięciem, rozpoczynającem się na ścianie tuż przy odźwierniku, otwarto żołądek, a wprowadzony palec stwierdził w miejscu przejścia odźwiernika w dwunastnicę wyraźne zwężenie światła, nieprzepuszczające palca. Zgrubienie zajmuje przeważnie przednią ścianę odźwiernika. Postępując wedle metody HEINEKEGO-MIKULICZA, kol. RAUM przeciął w podłużnym kierunku ścianę przednią odźwiernika, zaczynając powyżej zgrubienia, i, przechodząc przez zwężenie, połączył poprzednie cięcie z dopiero co dokonancem. Długość całego cięcia wynosiła 8 ctm. Zeszycia brzegów otrzymanego otworu dokonano szwem 2-u piętrowym, węzełkowym, jedwabnym. Zbliżając krańcowo punkta rany z sobą, otrzymano poprzeczną linię szwów, co pociągnęło za sobą znaczne rozszerzenie zwężonego miejsca odźwiernika.

Operacja trwała około godziny. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy— ani podrażnienia otrzewnej, ani wymiotów nie było. Na drugi dzień po operacji ślinotok, który wkrótce ustał. Ciepłota nie wyższa nad 37,6°, stale trzymała się normy. Chory czuje się dobrze; chciałby jeść.

III dzień po operacji. Dostał lewatywę odżywczą.

VI dzień po operacji. W ciągu dnia dostał przez usta 6 łyżek zupy, którą za-trzymał. Pokasłuje. Stwierdzono lekkie zajęcie oskrzeli.

IX dzień. Zdjęto szwy z rany brzusznej, zagojenie doraźne; chory czuje się do skonałe.

XV dzień. Chory trawi dobrze przyjęte pokarmy (mięso i jarzyny).

XVII dzień. Chory wstał, uważa się za zdrowego, może wszystko jeść bez żadnych zaburzeń.

Nie podaję literatury daną kwestyi ze względu, że kol. MINTZ w swym treściwym odczycie (wydawnictwo „Gaz. lek.“): „O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka“ dał nam dokładny obraz poglądów ostatniej doby na terapię chirurgiczną chorób żołądka, do której to pracy interesujących się odsyłamy.

Pierwszy, który opisywaną operację obmyślił i wykonał, był HEINEKE w 1886 r. Opisana została w rozprawie doktorskiej przez FRONMUELLER'a. MIKULICZ niezależnie od HEINEKE'go podobną operację wykonał w 11 miesięcy później i ogłosił ją w XXXVI tomie „Archiv für kl. Chirurgie“, nadawszy jej nazwę pyloroplastyki.

Statystyka, tycząca się dokonanych operacji pyloroplastyki, podana w odczycie MINTZA, we wszystkich krajach wykazuje 31 przypadków, z tych 7 śmiertelnych.

Z dostępnej mi podręcznej literatury z ostatnich czasów dołączam nie podane 3 przypadki pomyślnie wykonanej pylorotomii, jako to: 2 przypadki LANGE'go („Annals of Surgery“ 1893), jeden przypadek J. LIMONT'a i F. PAGET'a („Lancet“ 1892 July) i wreszcie przypadek kol. RAUMA, pierwszy w naszej literaturze.

Nabytek do ogólnej cyfry wyzdrowień 4-ch pomyślnych przypadków pylorotomii znakomicie podnosi wartość operacji, która daje 85,1% wyzdrowień.

Wskazaniem do opisanej powyżej operacji będą — z wyjątkiem złośliwych — bliznowato zwężenia światła odźwiernika, powstałe na drodze spraw zapalnych.

WYKŁADY KLINICZNE.

DETERMAN.

O NERWICACH SERCA I NACZYŃ.

Najnowsze prace, dotyczące czynnościowych zaburzeń układu naczyniowego, wniosły nieco światła do tej dotąd tak ciemnej dziedziny i wywalczyły prawo obywatelstwa dla nowych nazw chorobowych: *neurastenia cordis*, *neurastenia vasomotoria*,—mimo to jednak rozpoznanie różniczkowo zaburzeń ustrojowych i czynnościowych układu naczyniowego—ze względu na liczne wspólne objawy—jest dotąd jeszcze niezmiernie trudne. Sumienna i dokładna kazuistyka wiele tu dopomódz może, dlatego też autor, wybrawszy z 241 przypadków neurastenii, spostrzeganych w ciągu dwóch lat, 54 z typowymi nerwicami układu naczyniowego, podaje ich szczegółowy opis wraz z poglądem własnym na przyczyny, objawy i leczenie nerwice serca i naczyń.

W 30 przypadkach miał autor do czynienia z typową neurastenią serca; w 6-iu z zaburzeniami towarzyszącymi chorobie Basedow'a; przyczyną 5 było zatrucie nikotyną, 4 przewlekły nieżyt żołądka i kiszek, 2 klimat górski; w 4 przypadkach nerwica wystąpiła w następstwie ostrych cierpień innych narządów, 3 przypadki dotyczyły typowej nerwicy naczyń.

Ogólnie biorąc, mają nerwice sercowe wspólną z neurastenią etyologię. Prócz dziedziczności, której znaczenie autor bardzo ogranicza, zaliczyć tu trzeba wzruszenia, zmartwienia, kłopoty wszelkiego rodzaju, nadmierną pracę umysłową w połączeniu z niedostatecznym odżywianiem i brakiem snu, gorączkowo życie. Silny gniew i prześtrach, nużące wycieczki górskie, nadużycie sportu welocypedowego, nadmierne palenie cygar, nadużycie alkoholu, herbaty i kawy, wreszcie ostre cierpienia narządów wewnętrznych stanowiły etyologię jednej kategorii spostrzeganych przez autora nerwic. W innej kategorii nerwica powstawała odruchowo wskutek cierpień tych narządów, których nerwy łączą się z nerwami układu krwionośnego; należą tu przede wszystkim narządy trawienia i płciowe, do których nerw błędny i współczulny śle liczno rozgałęzienia. Długotrwałe zaparcie stolca, nagromadzenie mas kałowych w odbytnicy, ucisk na jądra lub jajniki, wywołują zmiany w krążeniu; łatwo zrozumieć, że zmiany te mogą być bardzo poważne, jeżeli warunkujące je cierpienie usunąć się nie daje.

Przewlekłe cierpienia narządu trawienia, szczególnież te, którym towarzyszy obfite wytwarzanie się gazów, wywołują nerwowo osłabienie serca; towarzyszy ono wszystkim niemal przypadkom niestrawności nerwowej. Związek ten można objaśnić dwojako. Rozdęte gazami żołądek i kiszkę wypuklają przeponę silnie ku górze; wywiera ona ucisk na serce i drażni je. Przy wadach serca naprzykład jednorazowo nagromadzenie gazów w kiszce wywołuje już bicie serca. Jasne jest, że taki często powtarzający się bodziec może przy odpowiednim usposobieniu wywołać wreszcie nerwicę sercową. Autor spostrzegł dwa przypadki, gdzie to mechaniczne działanie stanowczo wykluczone być mogło. Nagromadzenia gazów w kiszce nie było, a mimo to co 2—3 dni powtarzały się napady przyspieszonej, nieprawidłowej czynności serca. Autor przypuszcza tu zatrucie ustroju przez ptomainy, wessane w przewodzie kiszkowym.

Choroby narządu płciowego wywołują znacznie rzadziej nerwice sercowo-naczyniowe. W opoce dojrzewania płciowego oraz podczas *climacterium* spostrzegł je autor stosunkowo często. W jednym przypadku nerwica serca rozwinęła się w czasie leczenia drogą nieoperacyjną wielkiego włókniaka macicy. Autor przypuszcza, że wskutek kureczenia się i zanikania nowotworu ciśnienie krwi podniosło się znacznie i spowodowało nerwicę.

Choroby umysłowe, *neurastenia spinalis*, wreszcie silne nerwobóle wywołują niekiedy odruchowo nerwice serca.

W dwóch przypadkach spostrzegł autor widoczny wpływ klimatu górskiego na powstawanie nerwicy sercowej. Jeden z nich opisuje szczegółowo. Młody, zdrowy, mieszkający w nizinach pacjent, przybywszy do St. Blasien na odpoczynek (772 m. n. p. m.), dostał w kilka dni po przyjeździe ataków sercowych, powtarzających się 2—3

razy dziennie; towarzyszyła im duszność, ogólne osłabienie, bicie serca, uczucie strachu i ból w okolicy serca; skóra stawała się blada i występował na niej zimny pot. Idąc za radą autora, chory opuścił niezwłocznie St. Blasien, ataki nie powtórzyły się więcej.

Przyczyną nerwicy naczyń bywa niekiedy nadmierne wydzielanie skóry, jak to autor spostrzegł u 56-letniej chorej, która, obawiając się przeziębienia, wystrzegała się od lat wielu zetknięcia z zimną wodą, wiatrem etc. Wskutek lekkiego przeziębienia powstał u tej chorej silny skurecz wszystkich naczyń skóry, która stała się zimną i nadzwyczaj bladą. Po kilku godzinach skurecz przeszedł, czynność serca wzmożła się, a naczynia rozszerzyły się nad miarę. Cały obraz chorobowy przypominał dusznicę bolesną naczyńnorchową, opisaną przez LANDOIS; brakło tylko towarzyszących jej stale zaburzeń czuciowych.

Przechodząc do opisu objawów nerwicy serca i naczyń, zaznacza autor na wstępie, że w niektórych przypadkach spostrzegać się dają przy nich zmiany przedmiotowe, towarzyszące stale ustrojowym chorobom serca: rozszerzenie tępości serca oraz szmery. Szmery to są jednak zawsze skurczowe, niezależnie od położenia ciała, niema wzmocnienia drugiego tonu, rozszerzenie tępości serca jest nieznaczne i przejściowe. Mimo to jednak w wielu przypadkach dopiero po kilkakrotnem badaniu w różnych położeniach ciała i porach dnia mógł autor stanowczo wykluczyć istnienie wady serca.

Ciekawy jest fakt, że pewne przyczyny wywołują stale to same objawy. Po ostrych chorobach wewnętrznych spostrzegł autor zawsze typową tachykardję z prawidłową i niezbyt osłabioną czynnością serca. Po zatruciu nikotyną natomiast—często przerywaną czynność serca lub znaczną arytmję oraz silny ból w okolicy serca. Niecóż żołądka i kiszki wywołuje trwające kilka godzin napady, których cechą jest przyspieszone, nieprawidłowe, ledwie wyczuwalne tętno i uderzenie wierzolkowe, ogólne osłabienie i niepokój. Według LEHR'a wszystkie objawy nerwicy sercowych podzielić można na: 1) objawy okresu pobudzenia i 2) objawy okresu porażenia. LEHR sądzi, że *neurastenia vasomotoria* powstaje zawsze odruchowo przez udział 1) spłotów nerwu współczulnego, 2) hamujących włókien nerwu błędnego i 3) rdzenia przedłużonego. Dzięki znacznej pobudliwości tych narządów rozwija się okres pobudzenia: bicie serca, 96 do 100 uderzeń tętna, kolor twarzy i rąk zmienia się ustawicznie, w rękach i nogach parastezje, okolica serca bolesna, oddychanie utrudnione, na twarzy chorego maluje się przestraszy i niepokój. Im słabszy jest dany układ nerwowy, im mniej sprawnie działają włókna hamujące, wyczerpane ustawicznym drażnieniem, tem częściej pod wpływem nieznacznych już bodźców występują podobne napady—cierpienie przechodzi w okres porażenia. Ilość uderzeń tętna wynosi 140 i wyżej, czynność serca słaba, nierówna, napięcie naczyń małe, kończyny i nos blade i zimne, ogólne rozdrażnienie, bezsenność, odżywianie upośledzone.

Do pierwszej kategorii należą przedewszystkiem przypadki bez zmian obiektywnych: tętno nie przyspieszone, normalne, czynność serca dobra. Mimo to chorzy skarżą się na bicie serca, na bóle w okolicy serca, promieniujące na obie strony, na ściskanie i ciągiły niepokój w piersiach. Stan ten potęguje się jeszcze podczas napadu, trwającego kilka minut lub godzin i przypominającego bardzo napad dusznicę bolesnej.

Należą tu dalej przypadki, gdzie oprócz wymienionych objawów subiektywnych, uderza niezwykła pobudliwość układu krwionośnego: bicie serca, 120 uderzeń tętna, niepokój, zawroty głowy.

Stale osłabienie *resp.* porażenie układu nerwowego serca spostrzegać się daje przy ciężkich nerwicach sercowo-naczyniowych. Przejawia się ono w nader przyspieszonym tętnie i w napadach bicia serca; ogólny stan chorych zły, twarz blada, wychudło, z wyrazem przerażenia. Głównym objawem tych ciężkich nerwic jest bicie serca: tętno uderza 120—160 razy; jest nitkowate.

Objawem znaczącym nerwicy sercowych jest nadzwyczajna zmienność liczby uderzeń serca: nadmiernie przyspieszona czynność następuje bezpośrednio po czynności zwolnionej; niema tu właściwych napadów, ponieważ niema przerw z prawidłową czynnością serca.

Mała liczba uderzeń serca jest objawem względnie rzadkim; tętno jest wówczas silne, nieco nieprawidłowe, 50—45 uderzeń na minutę. Chorzy narzekają na ściskanie i niepokój w piersiach. Niekiedy zwolnienie tętna jest tylko pozorne: serce działa tak słabo, że nie każdy skurecz wystarcza do rozszerzenia tętnicy promieniowej.

Nerwice naczyń można także podzielić na dwie kategorie. Czasowy skurecz naczyń pewnej okolicy ciała, któremu towarzyszy bladość kończyn i twarzy, oraz niedo-

krwistość mózgu i organów wewnętrznych, spostrzegali autor przy wielu postaciach norwiec sercowo naczyńiowych.

Objaw odwrotny—przepętnienie naczyń—jest także częste, towarzyszy mu uczucie gorąca i ucisku w głowie, szum w uszach, niezdolność do pracy umysłowej.

Przy nerwicach naczyńiowych szerokość naczyń i wypełnienie ich krwią ulegają ustawicznym wahaniom; prawdopodobnie bezsenność, trapiąca tak często chorych, zależna jest od nich. Podczas snu normalnie naczynia mózgu zwężają się, co powoduje względną niedokrwistość; przy nerwicy naczyń niedokrwistość ta trwa nader krótko: zaledwie chory zdołał usnąć, już wskutek wzmożonej czynności serca nowa fala krwi rozszerza naczynia mózgowo i budzi go.

Stan ogólny chorych pozostawia wiele do życzenia. Nerwica naczyń odbija się przedewszystkiem na układzie nerwowym, co znów źle wpływa na układ naczyńiowy, —słowem wytwarza się *circulus vitiosus*. Trawienie, a co zatem idzie, i odżywianie jest upośledzone. (D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

84. WERTHEIM. **Przyczynę do sprawy przenoszenia i powrotów rzeżączki.** Z polemicznej części pracy, skierowanej przeciwko FINGER'owi, wyjmujemy tu tylko fakty pozytywne. Autor twierdzi przedewszystkiem, że sposób GHEN'a i SCHLAGENHAUFER'a hodowania gonokoków na agarze moczowym niekiedy zawodzi, a w każdym razie jest gorszy od jego sposobu hodowania na agarze z surowicą ludzką, ponieważ hodowle rozwijają się słabiej i są mniej jadowite. Według FINGER'a przyczyną tego jest wrażliwość gonokoków na wysoką temperaturę, np. giną one jakoby przy 30°, z czem zgadza się znany fakt, że przy chorobach gorączkowych znika ropny wypływ rzeżączkowy. Autor zbija to mniemanie: gonokoki można przeszczepiać po wystawieniu ich na 40° — 43°, a nawet pozostają one przy życiu po wystawieniu na 45° w ciągu dwóch godzin. Nieprawdą jest również twierdzenie BUMM'a, że hodowle zamierają po 6-u dniach; W. miał hodowle żywe i przeszczepiane nawet po 45-u dniach. Błędy te objaśnia W. tem, że wszyscy wymienieni badacze używają do hodowli agaru moczowego, lub ściętej surowicy ludzkiej (BUMM). Znikanie wypływu ropnego podczas chorób gorączkowych polega według W. nie na wpływie temperatury, lecz na antagonizmie rozmaitych bakterii i ich toksyn. W sprawie zakażeń mieszanych jest W. zdania, że zdarzają się one rzadko, powikłania bowiem rzeżączki polegają prawie wyłącznie na zakażeniu gonokokami. Jest to prawdopodobne tembardziej, że w wydzielinie tryprowej z miejsc, które dzięki położeniu swemu obfitują w rozmaite bakterie, nie można ich znaleźć obok gonokoków dotąd, dopóki rzeżączka znajduje się w stanie ostrym; oczywiście gonokoki tak wyczerpują podłoże, że inne bakterie rozwijać się obok nich nie mogą.

Po takim wstępie przechodzi W. do zwalczania twierdzenia, że u kobiety może pojawić się rzeżączka od razu przewlekła (bez poprzedniego okresu ostrego), że zdarzać się to ma osobiście w małżeństwach, gdy mężczyzna jest dotknięty rzeżączką przewlekłą; gonokoki bowiem jego, straciwszy na jadowitości, mogą u kobiety wywołać jedynie sprawę przewlekłą. Zdanie to wypowiada tak poważny specjalista, jak FRITSCHE, opierając się jakoby na przekonaniu NEISSER'a. Tymczasem NEISSER w rzeczywistości uważa mniemanie, że rzeżączka przewlekła może również wywołać objawy przewlekłe, za niedowiedzione i sądzi, że polega ono na błędnem spostrzeganiu samego przypadku.

W. zgadza się z NEISSER'em zupełnie. Gdy zakażeniu ulegnie kanał szyi macicznej, to, czy dzięki małej wrażliwości błony śluzowej szyi, czy dzięki ukrytemu miejscu, kobieta może być przez dłuższy lub krótszy przeciąg czasu zupełnie nieświadoma swej choroby. Do ścisłego jednak wniosku, czy przy rzeżączce przewlekłej ma rzeczywście miejsce osłabienie zarazka, potrzeba doświadczeń. W tym celu, otrzymawszy czystą hodowlę gonokoków od jednego ze swych kolegów, cierpiącego od dwóch lat na rzeżączkę przewlekłą, zaszczepił mu W. do cewki też same bakterie i, jak się tego można było spodziewać, bez skutku, pomimo siedmiokrotnej próby. Gdyby wynik był inny, to trudnoby sobie wystawić, jakim sposo-

bem rzeżączka może się wyleczyć samowolnie i jakim sposobem podobny chory nie zaraża bezustannie samego siebie. Uznać zatem należy, że błona śluzowa przyzwyczaja się z czasem do swych własnych gonokoków.

Gonokoki z tej samej hodowli, zaszczerpię do cewki innego zdrowego mężczyzny, wywołały typową rzeżączkę ostrą ze wszystkimi jej objawami. A więc dwuletnie gonokoki nic nie utraciły na jadowitości, skoro wywołały pospolitą sprawę ropną. To samo W. widział przy przeszczepianiu do cewki gonokoków, pochodzących ze starych ropni jajowodowych i jajnikowych. Wynika stąd, że gonokoki nie tracą na jadowitości swej, dopóki znajdują się w ustroju ludzkim. Łatwiej tracą ją one w hodowlach sztucznych, choć fakt, spostrzeżony przez autora, że po 27-u dniach hodowania gonokoki jeszcze zachowały zupełną jadowitość, dowodzi, że i w sztucznych warunkach utrata ta łatwo nie następuje.

Dalsze doświadczenia skierowano w ten sposób, aby wyjaśnić szczególne zachowywanie się rzeżączki między małżonkami; wiadomo bowiem, że u mężczyzny z przewlekłą rzeżączką bez szczególnych objawów, wstępującego w związek małżeński, zjawiają się po pewnym czasie małżeńskiego pożycia objawy rzeżączki ostrej. Za przyczynę uważane jest pospolicie silne podrażnienie błony śluzowej, wywołujące zaostrzenie sprawy. Tak jednak nie jest; wiemy bowiem, że błona śluzowa nie zaraża się swymi własnymi gonokokami. Prawdopodobniejsze jest natomiast, że mężczyzna, zaraziwszy kobietę, sam się od niej zaraża.

W celu stwierdzenia takiej hipotezy, wyhodował autor gonokoki z powyższej ostrej rzeżączki i wtedy zaszczerpił je koledze, dotkniętemu rzeżączką przewlekłą: zjawily się wtedy objawy ostre ze swoistym wpływem, choć niezbyt obfitym, po zniknięciu którego wszystko powróciło do pierwotnego obrazu rzeżączki przewlekłej. Wynika stąd, że błona śluzowa nie zaraża się swymi własnymi gonokokami, ale staje się na nie wrażliwa, jeśli przejdą one choćby raz przez ustrój nowy. Wynikają stąd pewne praktyczne wnioski. Błona śluzowa, dotknięta gonokokami w całej pełni ich jadowitości, nie jest wolna od zakażeń nowymi pasorzytami. Kto choruje na rzeżączkę, może dostać jednocześnie drugiej. Niewrażliwość błony śluzowej, dotkniętej rzeżączką przewlekłą, na gonokoki, które ją wywołały, choćby i sztucznie wyhodowane, nie polega na odporności samej błony. Zaprzecza temu doświadczenie powyższe i codzienna praktyka. Bezskuteczność bezpośredniego zakażenia polega na przyzwyczajeniu wzajemnem błony śluzowej i gonokoków.

Jakże w takim razie wytłumaczyć zaostrzenia sprawy rzeżączkowej?

Być może, że nadużycia wywołują tak silne zmiany w podłożu, że wytworzone przyzwyczajenie błony śluzowej i gonokoków znika. Ale nie należy zapominać i o tem, że niewątpliwie większa część zaostrzeń polega na zakażeniu świeżem.

Z doświadczenia powyższego wynika dalej, że gonokoki, które przeszły przez ustrój nowy, stają się zakaźnymi dla starego nie dlatego, żeby stały się jadowitsze, boć jadowite były i przedtem, gdy wywołały na gruncie świeżym sprawę ostrą, ale dlatego, że po usunięciu ich z gruntu macierzystego znikło wzajemne przystosowanie podłoża i pasorzytów.

To samo ma miejsce w małżeństwie. Mąż z rzeżączką przewlekłą zaraża żonę; ta dostaje rzeżączki, oczywiście ostrej, i odwrotnie zaraża męża, u którego zjawiają się objawy również ostrej, świeżej rzeżączki.

Zgodność zachowywania się rzeżączki w małżeństwie z doświadczeniem, dokonanem przez autora, jest tak uderzająca, że rozszerzać się nad nią niema potrzeby. Zobopólna wymiana pasorzytów prowadzi wreszcie do tego, że przestają one wywoływać objawy ostre u obojga małżonków, co jest również znane w praktyce. Zato wszelkie usiłowania wyleczenia jednej tylko strony muszą spełznąć na niczem wobec groźby nowego zakażenia. Dlatego też uprawnione jest żądanie, za mało — co prawda — uwzględniane, aby oboje chorzy małżonkowie poddawali się jednocześnie leczeniu i zaniechali do czasu zupełnego wyzdrowienia stosunków płciowych. Oczywiście, gdy się trafi w takim małżeństwie ktoś nieproszony, zapłaci za to rzeżączką. Zwrócił na to uwagę jeszcze RİCORD, a w czasach nowszych FRITSCH.

Powyższe uwagi dadzą się streścić w ten sposób: 1) Każda błona śluzowa przyzwyczaja się do swych gonokoków. 2) Rzeżączka przewlekła mimo obecności gonokoków nie usuwa wcale możliwości zakażenia świeżego t. j. mającego inne pochodzenie; jednym słowem przeciw rzeżączce nie można nabyć odporności.

3) Gonokoki nie tracą na jadowitości podczas przebiegu rzeżączki przewlekłej. 4) Prawdopodobnie nie ma rzeżączek, zaczynających się przewlekłe. 5) Przypadki zaostrenia sprawy przewlekłej mogą zależeć od świeżego zakażenia. 6) Przyzwyczajenie wzajemne błony śluzowej i gonokoków, powstające przy rzeżączce przewlekłej, znika, o ile gonokoki przeszły przez ustrój świeży; w ten tylko sposób pasorzyty stają się zaraźliwe dla pierwotnego gospodarza.

(*Wien. Kl. Woch. 1894, N-r 24*).

A. Żurkowski.

85. D-r T. HERYNG. **Dalsze przyczynki do chirurgicznego leczenia suchot krtaniowych na podstawie 270 przypadków.** Autor na początku podaje krótką wiadomość o dalszym losie chorych, leczonych przez niego na drodze chirurgicznej do r. 1887 i podanych w pracy jego o wyleczalności suchot krtaniowych, drukowanej w tymże roku, jako też w drugiej pracy, drukowanej w roku 1890 w „Gazecie lekarskiej“.

Z 28 przypadków, podanych w r. 1887, do lipca 1890 r. zmarło 12 osób. Los 10-u chorych jest autorowi nieznany. Z pozostałych osób, które do 1890 r. żyły, do dnia dzisiejszego (1 II. 1894) żyje: Pani Goldschall przedstawiona w r. 1890 na sekcji laryngologicznej kongresu lekarskiego w Berlinie. Dalej żyła jeszcze do r. 1892 pani H. (sposzczenie N-r 30), u której w styczniu 1892 r. DOBRZYCKI stwierdził wyleczenie. U obu chorych nie nastąpiła recydywa, pomimo tego, że u pierwszej przed 6, u drugiej przed 4 laty przeprowadzone było leczenie chirurgiczne.

Z chorych, którzy zmarli do 1890 r., na wzmiankę zasługują 2 przypadki (sposzczenie N-r 8 i 17), w których nie nastąpiła recydywa, i pani Z. (sposzczenie N-r 23), której historia choroby szczegółowo została przedstawiona na kongresie lekarskim w Berlinie.

Z innych chorych, którzy zmarli, wyleczenie suchot krtaniowych trwało 36, 25, 24, 19, 16, 12, 11 miesięcy.

W dalszym ciągu autor zestawia 18 nowych spostrzeżeń, w których wyleczenie krtani trwa od 5½ do 1 roku. Kazyistka ta daje nam wyjaśnienie niedostatecznie dotąd jeszcze określonej sprawy, w jakich przypadkach powinno znaleźć zastosowanie leczenie chirurgiczne, i dostarcza nam pewnej ilości danych, dotyczących się ogólnego stanu chorych, rozszerzenia sprawy w płucach, umiejscowienia w krtani i t. p.

Niepodobna nam podać choćby w skróceniu wszystkich przypadków, podanych przez autora, dla lepszej jednak ilustracji wybieramy 2 bardziej na uwagę zasługujące.

(Sposzczenie VII). D-r med. S., od r. 1887 chory na gruźlicę płuc, w końcu r. 1889 i w początku 1890 r. zaczął skarżyć się na bóle przy polykaniu i ochrypl. W kwietniu 1890 r. autor znalazł w krtani na tylnej ścianie obszerne gruźlicze nacieczenie w postaci guza, szerzące się na chrząstkę SANTORINI'ego, na oba *lig. aryepiglottica*. Na 5-u posiedzeniach co 8—10 dni usunął autor wszystko, co się okazało chorobą zajętem. Zabliźnienie nastąpiło w miesiąc po ostatnim rękoczynie, a następstwem tegoż było ustąpienie dolegliwości przy polykaniu, głos stał się jasny, ogólny stan się poprawił. Chory wyjechał na Krym i w końcu roku 1893 tak sam jakoteż d-r HÖCHLEIN z Moskwy listownie zakomunikowali autorowi o dobrym stanie chorego. Chory ten w r. bieżącym przybył na kongres lekarski do Rzymu i przedstawiony był w sekcji laryngologicznej, gdzie liczni lekarze stwierdzili w pełni wyleczenie krtani.

(Sposzczenie XVIII). H. K. z Odesy, przysłany przez d-ra SCHMIDT'a, chory od 1889 r. na gruźlicę płuc. Chory od czasu do czasu z przyczyny przypadłości krtaniowych skutecznie był leczony zapomocą kwasu mlecznego. Gdy w końcu 1892 r. stan krtani zaczął się pogarszać, chory zwrócił się do autora, który znalazł: kaszel męczący, w płwocinie nieliczne laseczniki, głos ochrypl; w płucach nacieczenie gruźlicze. W krtani badanie wykryło: kolosalne nacieczenie gruźlicze całej lewej połowy krtani w postaci guza, przekraczającego linię środkową szpary głosowej. Na 5-u posiedzeniach w ciągu 3-ch miesięcy autor usunął wszystko, co uległo nacieczeniu. Po 4-ch miesiącach głos stał się silniejszy, a chory w maju 1893 r. wyjechał do domu zadowolony z wyniku leczenia. We wrześniu d-r S. z Odesy zakomunikował o dobrym stanie krtani chorego.

Wynik zatem energicznego leczenia chirurgicznego tak pod względem subiektywnym jak i obiektywnym był tak świetny, jakim nigdy nie może być w tak krótkim czasie w następstwie leczenia lekami lub na drodze higieniczno-dyetycznego leczenia.

W uwagach nad tą nową kazuistyką autor powiada, że w odpowiednich przypadkach przy pomocy chirurgicznego leczenia mogą ulec wyleczeniu gruźlicze owrzodzenia, gruźlicze nacieczenia i ich produkty w każdym miejscu krtani.

I gruźlicze cierpienia nagłośni, jakoto twarde nacieczenia, nie ulegające owrzodzeniu przez długi czas, zostają na drodze chirurgicznej ostatecznie wyleczone.

Jednostronne zajęcie nagłośni daje lepsze rokowanie, aniżeli całkowite, jak również zajęcie jednej połowy krtani.

Wyniki w 20-u przypadkach gruźlicy płuc i krtani (2 dawniejsze), osiągnięte zapomocą chirurgicznego leczenia, przedstawia następująca tablica.

Wyleczenie krtani trwało: I grupa (dawne spostrzeżenia z 1886 i 1887 r.): wyleczenie od 6 i 5 lat trwające w 2-ch przypadkach. II grupa (nowsza kazuistyka): wyleczenie od 4 lat w 6-u przypadkach. III grupa: wyleczenie od 3-ch lat w 3-ch przypadkach. IV grupa: wyleczenie od 2-ch lat w 5-u przypadkach. V grupa: wyleczenie od roku w 4-ch przypadkach.

Kazuistyka ta zniewala autora do wypowiedzenia jeszcze raz, że zwalczanie dysfagii przy gruźlicy krtani stanowi pierwsze i najważniejsze zadanie lekarza.

Autor protestuje przeciw pogładowi, jakoby leczenie klimatyczne suchot krtaniowych mogło zastąpić leczenie miejscowe gruźlicy krtani.

Pogląd ten jest tylko o tyle słuszny, że samodzielne wyleczenie łżejszych przypadków gruźlicy krtani, dotąd ogłaszane, należy do wyjątków. Samodzielne wyleczenie ciężkich, połączonych z dysfagią, przypadków zdarza się nadzwyczaj rzadko; na 3000 przypadków autor widział je tylko 14 razy, co w porównaniu z wynikami, osiągniętymi zapomocą chirurgicznego leczenia, nie może iść w porównanie.

Trudno rozstrzygnąć pytanie, dla czego w pewnych przypadkach otrzymuje się poprawę lub wyleczenie, w innych wyniki ujemne. Jest to prawdopodobnie zależne: 1) od charakteru cierpienia i jego rozszerzenia; 2) od ogólnego stanu chorego, jego odżywiania i siły; 3) od anatomicznego charakteru cierpienia; 4) od wieku chorego, jego budowy, zajęcia, materialnych warunków, temperamentu i charakteru; 5) od dokładności rękoczynu i zręczności operującego i od umiejscowienia cierpienia, umożliwiającego radykalne usunięcie chorych tkanek; 6) od starannego następczego leczenia i możliwości przeprowadzenia przy istnjącem współcześnie cierpieniu płuc higieniczno-dyetycznego *resp.* klimatycznego leczenia przez czas dłuższy. Faktem, nieulegającym wszelako wątpliwości, jest, że w niektórych przypadkach daje się osiągnąć zapomocą chirurgicznego leczenia zupełne, wiele lat trwające wyleczenie, że niemożność polykania, bezgłos, niekiedy duszność dają się usunąć zapomocą leczenia chirurgicznego i że dziś nie jesteśmy tak bezsilni, jak dawniej, wobec istnienia tych niebezpiecznych przypadłości.

Co się tyczy ujemnych stron chirurgicznego leczenia, autor rozberra 3 punkty: 1) bolesność rękoczynu, która jest dziś ograniczona do minimum przez odpowiednie użycie kokainy; 2) niebezpieczne krwotoki zdarzają się rzadko; autor na 270 przypadków widział dwa razy większe krwotoki, które tamował zapomocą mieszaniny *Liq. ferri sesquichl. ana* 80% kwasu mlecznego; 3) możliwość ogólnego zakażenia w następstwie chirurgicznego leczenia, podniesiona z niektórych stron. Nie mówiąc już o tem, że trudno nieraz dowieść, iż pogorszenie cierpienia płuc po chirurgicznym leczeniu gruźlicy krtani jest następstwem rękoczynu, na zaznaczenie głównie zasługuje to, że nieliczne dotąd były spostrzegane przypadki takiego pogorszenia w porównaniu z ogromną ilością przypadków gruźlicy miejscowej, leczonej na drodze chirurgicznej bez stwierdzenia następnie generalizacji (SREBRNY).

W końcu autor podaje przeciwwskazania do chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani, które podług doświadczenia jego są następujące: 1) całkowite gruźlicze nacieczenie krtani w połączeniu ze znacznem zwężeniem; 2) sprawy gruźlicze wrzodziejące w tchawicy; 3) prosówkowa gruźlica krtani; 4) daleko posunięte

suchoty płucne, przebiegające z gorączką trawjącą; 5) powikłania ze strony kiszek lub narządów moczopłciowych; 6) upadek odżywiania i charłactwo jakoteż wszystkie powikłania, które nie pozwalają spodziewać się dłuższej poprawy.

W końcu pracy znajdujemy dodatek, w którym autor podaje w krótkości wyniki dyskusji nad chirurgicznym leczeniem suchot krtaniowych na ostatnim kongresie lekarskim w Rzymie. Na 18-u członków sekcji laryngologicznej 15-u na mocy własnego doświadczenia przemawiało za chirurgicznym leczeniem suchot krtaniowych. Również przychylnie odzywał się o tej metodzie drugi referent GOTTENHEIM z Paryża, który stosował metodę tę w 58-iu przypadkach i w 25-iu otrzymał wyleczenie, a w 30-tu znaczną poprawę.

Tak więc nakoniec po 7-iu latach kwestya konieczności chirurgicznego leczenia pewnych postaci suchot krtaniowych została przez cały szereg specjalistów w dodatni sposób rozstrzygnięta.

(*Klin. Zeit und Streitfragen. Tom VIII zeszyt 2*).

F. Arnstein.

86. LEYDEN. **Przypadek prawie wyleczonego, ciężkiego, od dwóch lat trwającego wielorakiego zapalenia nerwów, z uwagami nad przebiegiem, rokowaniem i leczeniem.** Chora utraciła w pewnym stopniu pamięć; nie mogła używać dolnych kończyn zupełnie, a górnych prawie zupełnie. Ograniczona anestezja na obu udach. Objaw REMAKA. Zanik mięśni przeważnie w obwodowych częściach wszystkich kończyn. Brak odruchu kolanowego. Wzmoczone wydzielanie potu na dłoniach i stopach. Niektóre mięśnie z objawami reakcji zwyrodnienia. Etiologicznym momentem miał być w danym razie reumatyzm.

Przebieg wielorakiego zapalenia nerwów bywa rozmaity. Zaczyna się sprawa przeważnie w formie podostrej, rzadko w ostrej. Przedewszystkiem dotknięte zostają kończyny dolne, znacznie później górne. Pod względem dalszego przebiegu odróżniamy trzy formy. Cierpienie wciąż postępuje, grozi mózgowi i rdzeniowi przedłużonemu lub też ogranicza się na zajęciu kończyn, a nawet tylko ich dolnych odcinków, i w razie powrotu zajmuje te same okolice, jakkolwiek bardziej im się daje we znaki; wreszcie może po dojściu do poprawy zupełnej lub niezupełnej wykazywać obostżenia, które się mogą powtarzać. Rokowanie co do poprawy jest względnie dobre, co do życia niepewne. Najniepomyślniejszą pod względem rokowania jest pierwsza forma, druga lepszą, jakkolwiek i ta może się stać groźną, już to ze względu na jej natężenie i długotrwałość, już to ze względu na powikłania. Cierpienie może trwać miesiące, a nawet i lata. W wielu przypadkach można liczyć na zupełną poprawę; inne pozostawiają po sobie ślady w rodzaju utraty funkcji niektórych mięśni. Rokowanie jest w znacznej zależności od etiologii: dobre rokowanie mamy w przypadkach powstałych po błonicy, złe po otruciu ołowiem, względnie dobre w przypadkach pochodzenia wysokowego lub gośćcowego. Rokowanie możemy ustalić, biorąc pod uwagę oddziaływanie elektryczne. Przejścia w przewlekłe cierpienia rdzenia autor nie spostrzegał. Rozpatrując zabiegi lecznicze, autor uwzględnił leczenie zapobiegawcze, przyczynowe i swoiste. Po porażeniach neuralitycznych, powstałych po cierpieniach ostrych, należy się dobrze odżywiać, długo pozostawać w łóżku, wogóle nie nadwierać mięśni. W przypadkach pochodzenia wysokowego trzeba porzucić alkohol, w przypadkach pochodzenia ołowiowego — odpowiednio traktować otrucie; w przypadkach pochodzenia dyabetycznego — profilaktyka nie daje żadnych wyników. Salicyl, jodek potasu niewiele przynoszą korzyści. Więcej znaczenia mają środki kojące, *stomachica*, *roborantia*, *analeptica* odpowiednio do wskazań szczegółowych. Kąpieli najwłaściwiej używać w późniejszych okresach cierpienia, w początkowych są one dla chorych uciążliwe. Gorąco zaleca autor strychninę, wzmagającą pobudliwość porażonych mięśni i tą drogą wpływającą na powrót ich do normalnej funkcji i lepszego odżywiania; w przypadkach zagrożonego rdzenia przedłużonego jest ona wskazana zamiast elektryzacji; dawka do wstrzykiwań podskórnych 0,05:100 (*maximum* 0,01 *pro dosi*, 0,02 *pro die*). Ważnym warunkiem w pierwszych czasach jest spokój, może jednak pacjent od czasu do czasu zmieniać pozycję, siadać. Dobre odżywianie uwzględnione być powinno, zwłaszcza w późniejszych okresach. Pewien nacisk kładzie LEYDEN na leczenie psychiczne. Pacjent musi chcieć walczyć z cierpieniem i wykonywać przepisy. Najważniejsze znaczenie przypisuje autor elektryzacji i mechanoterapii. Nietyle znaczy masaż, ile ruchy czynne

i bierne. Należy chorego uczyć stopniowo wykonywać mniej i bardziej złożone ruchy.

(*Berl. klin. Woch.* 1894. N. 19 i 20).

Biro.

87. GUIDO BACCELLI. **O wstrzykiwaniu sublimatu do żył.** Wychodząc z zasady, że wstrzykiwania do żył są najbardziej energicznym, pewnym oraz najszybciej działającym środkiem w leczeniu chorób złośliwych, przedsięwziął autor szereg prób w tym kierunku. Wybór padł na zimnicę, którą B. leczył zapomocą zastrzykiwania chininy, upewniwszy się poprzednio o nieszkodliwości tego zabiegu na świnkach oraz psach. Zachęcony dobrymi wynikami, autor zastosował tę metodę u chorych dotkniętych przymiotem. Dwa pierwsze przypadki przymiotu mózgu i rdzenia dały wynik bardzo dobry, gdy wszystkie dotychczasowe próby leczenia swoistego pozostawały nieskuteczne. Od tego czasu metoda ta znalazła szerokie zastosowanie w klinikach włoskich. Rozczyn, jakiego używa autor, jest następujący: *Hydrarg. bichl. corr.* 1,0; *Natri chlorat.* 3,0; *Aquae dest.* 1000,0. Po poprzednim skrzętnem zdezynfekowaniu skóry oraz nałożeniu opaski, wkłada autor igłę szpryki w żyłę w zgięciu łokciowym lub w innym miejscu; brak bólu oraz podskórnego obrzęku jest dowodem, że igła weszła w światło naczyń. Po upływie sekundy chory odczuwa w ustach smak słonawy, który wkrótce przechodzi w smak metaliczny rtęci; po upływie 5—6 minut występuje ślinotok po zastrzyknięciu najmniejszych nawet dawek sublimatu.

Autor rozpoczyna wstrzykiwania od 1 mgr. rtęci dziennie t. j. od 1 ctm. sz. rozczyń 1:1000, podwyższa dawkę do 2, 3, 4 aż do 8 mrg. (dawka maksymalna). Przy 4 mgr. można stosować 2% rozczyń, aby nie wstrzykiwać zbyt dużej ilości. W przypadkach rozpaczliwych rozpoczyna autor od razu od 4 — 5 mgr. sublimatu. Zalety tej metody są następujące: 1) wprowadzamy małą ilość środka, 2) mamy możliwość zwalczać objawy, wskazujące bezpośrednie zatrucie krwi jadem przymiotowym, 3) działamy szybko i skutecznie na ściany naczyń.

Pod koniec wspomina autor o swej metodzie leczenia bąblowców wątroby. Zapomocą trójgrana oraz rurki o średnicy $2\frac{1}{2}$ mm. wypuszcza autor 30 ctm. płynu z torbieli; bezpośrednio po tem przez tę samą rurkę wstrzykuje 20 grm. rozczyń sublimatu 1:1000. Wyniki mają być również bardzo dobre.

(*Berl. Kl. Woch.* Nr. 13—1894).

St. Gutenlag.

88. SCHUBERT. **Woda chlorowa jako środek swoisty przeciw błonicy.** Środek ten przed 4 laty gorąco polecał DRES, lecz większość lekarzy dotychczas niezbyt chętnie uciekała się w błonicy do stosowania wody chlorowej. S. stale od trzech lat stosuje środek ten i podczas ostatniej małej epidemii w Reinerz na 17 chorych miał tylko jedno zejście śmiertelne i to w przypadku ciężkiej błonicy krtani, gdzie śmierć nastąpiła w 24 godziny.

W bardzo ciężkich przypadkach S. stosował jeszcze w początku choroby pendzlowania półtorachlorkiem żelaza. Działanie wody chlorowej występuje prawie od razu i wyraża się w szybkim spadku ciepłoty, poprawie stanu ogólnego, łaknieniu; gardziel oczyszcza się powoli z nalotów. S. przepisuje środek podług recepty: *Aq. chlori*—40,0, *aqu. dest.*—20,0 i w ciężkich przypadkach podaje go co godzinę po łyżeczce, a w mniej ciężkich co 2—3 po łyżeczce, zmniejszając dawkę w miarę tego, jak poprawa następuje. Prócz tego, innym zdrowym jeszcze dzieciom w domu, gdzie znajduje się chory na błonice, daje S. zapobiegawczo 2 — 3 razy dziennie po łyżeczce tegoż roztworu. Szybkie działanie wody chlorowej S. objaśnia w ten sposób, że przy przejściu przez gardziel, chlor przenika do jamy nosogardzielowej, do krtani i działa wszędzie zabójczo na laseczniki błonice. Małym dzieciom należy podczas przyjmowania tego lekarstwa nos zatkać, z powodu silnie drażniącego zapachu. Podczas epidemii radzi S. lekarzom mieć zawsze gotowy roztwór i natychmiast podawać go, aby zyskać na czasie. S. niema dość słów na to, aby zachęcić kolegów do stosowania i wypróbowania tego tak prostego, a tak skutecznego środka.

(*Deut. med. Zeit.* N-r 29).

L.

ODCINEK.

PUSCHMANN.

W sprawie prostytucyi.

„Powszechno austriackie stowarzyszenie kobiet“ podało do rady państwa petycję, wymiorzoną przeciw domom publicznym; przyłączyło się ono pod tym względem do szerokiego ruchu w Anglii, walczącego przeciw prostytucyi.

Żądania petycyi są tylko następujące: 1) policya winna zabronić otwierania nowych domów publicznych, a istniejące zamknąć; 2) należy..... znieść kontrolę sanitarno-policyjną kobiet publicznych; 3) działalność policyi winna być ograniczona tylko.... do przeciwdziałania przekroczeniom i skandalem publicznym, wywoływanym przez uprawianie prostytucyi.

Jak widzimy, „stowarzyszenie kobiet“ nie jest zbyt skromno w swych wymaganiach. Dla umotywowania żądań powyższych, przytoczone są strony ujemne, jakie wykazują domy publiczne, utrzymywane przez osoby prywatne, w porównaniu z prostytucyą wolną, i postawione jest twierdzenie, że przez to podtrzymuje się handel dziewczętami, że są one bardziej wyzyskiwane, niż prostytutki wolne, bo są zmuszone do napychania kieszeni gospodarza, a z powodu częstszego udzielania się zachorowują częściej, niż inne, i bardziej rozpowszechniają choroby weneryczne.

Niema wątpliwości, że większość tych zarzutów jest prawdziwa; polega to jednak nie na istnieniu domów publicznych, lecz na złem ich urządzeniu i braku odpowiedniego nadzoru. Handel dziewczętami i opłakano jego skutki można by łatwo usunąć przy pomocy środków policyjnych, gdyby państwo zawsze pamiętało, że do obowiązków jego należy opieka nad słabymi. Należałoby również wydać rozporządzenie, aby wymagania były miarkowane zdrowiem i zdolnością płciową kobiety; na wypadek zaś przekroczenia takich przepisów, należałoby wyznaczać wysokie kary pieniężne na właścicieli domów publicznych.

Jeżeli mieszkanki tychże są bardziej narażone na choroby weneryczne, to zależy to poczęści od zwiększonego zapotrzebowania, głównie jednak od tego, że rekrutują się one po większej części z dziewcząt, uprawiających nierząd oddawna, zarażonych również oddawna a niedokładnie wyleczonych; nawroty przeto choroby występują tu bardzo łatwo.

Drugi punkt petycyi wymaga, jak to wyżej powiedziano, zniesienia kontroli. Dla czego?!—zapyta chyba każdy. „Bo, jak to logicznie wyrozumowały wnioskodawczynie, pomimo kontroli, choroby weneryczne są jednak rozpowszechniane właśnie przez nierządnicę“. Należałoby zatem znieść i sądy, bo pomimo nich są jednak złodzieje i rozbójnicy. Zapewne, że trudno spodziewać się usunięcia możności przenoszenia chorób wenerycznych tam, gdzie kontrola odbywa się raz na tydzień, a prostytutki bez obawy kary mogą jej uniknąć, ale jest to pomysł co najmniej oryginalny, aby żądać właśnie dlatego usunięcia wszelkiej kontroli. Zdaje się, że każdemu nasunie się mimowoli myśl o wzmożeniu kontroli, o pociągnięciu obowiązkiem do niej wszystkich nierządnic, o powiększeniu liczby lekarzy do tego przeznaczonych i t. p. środkach. Cóż jednak zrobić..... Przy układaniu petycyi rozumuje się widocznie inaczej.

W celu lepszego uwidocznienia, że kontrola nie przynosi pożytku, lecz szkodę, dopuszczają się petentki kłamstwa, zniewag i podejrzeń. Według petycyi „kontrola ma zaręczać zabezpieczenie przeciw chorobom wenerycznym“. Jednak ani lekarze, ani urzędnicy nie zaniedbują przy każdej sposobności zaznaczać, że kontrola obecna nie odpowiada wymaganiom. Natomiast dostają się lekarzom zarzuty, że badanie dokonywa się powierzchownie i lekkomyślnie, że niedostatecznie oczyszczonymi przyrządami przenoszą one choroby, a już gromy ciskane są na tych, którzy pozwalają sobie wymagać zapłaty za zbadanie; zacytowano nawet słowa DODEL'a z Zürichu, że: „wyciskają oni z brutalną przemocą grzeszno groszo z pustych kieszeni“!

Dostają się tu i policyi: „Zażywa ona mniejszego poważania, niż inne organy nadzorcze“, zresztą „wszelkie usiłowania uporządkowania nierządu publicznego rozbiągają się o to, że organy, którym powierzono nadzór, po większej części używają pro-

stytucyi w swem życiu prywatnem". Zapewne, niejednen z urzędników policyjnych nadużywa swego stanowiska i zaniedbuje obowiązki, ale przecież to nie upoważnia do obarczania zarzutami wszystkich urzędników.

Prawdziwie natomiast wzruszy każdego czytelnika rozczulający niepokój i gwałtowna troska „stowarzyszenia kobiet“ o czystość obyczajów urzędników policyjnych (dla czegoż i nie lekarzy?). Petycja bowiem daje wyraz obawie, że wskutek ciągłego obcowania z pośrednikami i dziewczętami publicznymi, zepsują się oni, t. j. urzędnicy policyjni na nic. Biedni ludzie! A przecież nie to jedno niebezpieczeństwo im grozi. A złodzieje i mordercy? Chyba podać drugą petycję do rady państwa, aby uwolnić urzędników policyjnych od obcowania ze wszelkimi niemoralnymi istotami, jak złodzieje, rozbójnicy i t. d.

Kilka tkliwszych ustępów poświęcono i nierządnicom. Petycja powołuje się na pewną broszurkę, w której czytamy żądanie, aby „nasz świat kobiecy wywołał burzę najwyższego gniewu z powodu niegodziwości, wyrządzanej tej płci, istnieniem prostytutki kontrolowanej“. Pytanie tylko, co tu jest hańbą: czy istnienie kontroli, czy prostytutki?

Widzieliśmy już, czego żąda petycja. Zapomina ona jednak, że obowiązkiem państwa jest ograniczanie rozpowszechniania chorób zakaźnych. Zgadza się ona, co prawda, ze zdaniem MOHL'a, że każdy powinien sam siebie pilnować, zapomina jednak, że nie każdy może to uczynić, że wielu ludzi zostaje zarażonych przymiotem, nie prowadząc niemoralnego życia; dość przytoczyć żony zarażone przez mężów, dzieci przez rodziców, mamki przez dzieci. Wszystkie te osoby mają niewątpliwe prawo do obrony przeciw podobnym chorobom, choćby chciano go odmówić mężczyznom dlatego, że wiedzeni popędem naturalnym dążą do stosunku płciowego z kobietą.

Gdyby sposób rozumowania użyty w petycji zyskał aprobatę ogólną, to należałoby znieść nie tylko dozór sanitarny, ale dozór sądowy, a nawet wogóle wszelki dozór ze strony państwa w celach obrony publicznej.

Niepoślednią też wadą petycji jest, że ani słówka jednego nie spotykamy w niej, w jaki sposób zaradzić złemu, wyrządzanemu przez nierząd publiczny.

Wyraźniej odzywają się pod tym względem „stowarzyszenia kobiet“ w innych krajach, zwalczające prostytucję. KORNIG, chwalcący ten kierunek, wysławia korzyści, jakie czystość przynosi zdrowiu i nie zgadza się na to, aby zadowolenie płciowe było dla dorosłych niezbędne i że należy je zaspakajać; powiada natomiast, „że lekarz, doradzający płciowe stosunki po za małżeństwem, dopuszcza się niegodziwego występku“. W innym jednak miejscu swego dzieła zgadza się on na to, że wstrzemięźliwość płciowa źle wpływa na mężczyzn obdarzonych silną pobudliwością.

Chodzi tu zatem o rozstrzygnięcie pytania, czy dorośli mężczyźni mogą bez szkody dla zdrowia powstrzymywać się od stosunków płciowych? Niepodobna tu przytoczyć dowodów przekonujących, ponieważ żadne prawo ogólne nie istnieje, a różnice indywidualne są znaczne, ustrój zaś mężczyzn wogóle wymaga związku płciowego z kobietą w celu rozrządzenia się; ku temu istnieje w krajach ucywilizowanych forma zewnętrzna — małżeństwo.

Na nieszczęście dzisiejsze warunki socyalne często nie pozwalają młodym mężczyznom na zawieranie związków małżeńskich po dojściu do dojrzałości płciowej. Rzecz to znana, więc niema tu co rozwodzić się nad nią. Jeżeli jednak niepodobna skazać ich na absolutną wstrzemięźliwość, to należy obmyślić jakąś postać stosunków płciowych. Petycja zdaje się zalecać w tym względzie nałożnictwo t. j. konkubinaty, mający niewątpliwie w porównaniu z nierządem publicznym charakter szlachetniejszy; grają tu bowiem rolę bardziej osobiste skłonności, niż żądza zarobku.

Stoją tu jednak na przeszkodzie te same trudności finansowe. Kto nie ma środków na utrzymanie żony, nie ma ich również na utrzymanie nałożnicy. Zresztą taka forma pożycia płciowego bardzo szybko mogłaby zastąpić małżeństwo w klasie robotniczej, gdzie żona, przykładająca się do zarobku, nie potrzebuje tak dalece utrzymania od męża; a nastąpiłoby to choćby dla uniknięcia kosztów wesela. Zresztą czyż konkubinaty nie nasuwa poważnych wątpliwości etycznych i ekonomicznych, zważywszy na łatwość, z jaką mężczyzna może zerwać związek i uniknąć zobowiązań względem kobiety i dzieci, któremi musiałaby się wtedy zająć chyba dobroczynność publiczna?

Niektórzy wreszcie mężczyźni utrzymują w tajemnicy stosunki z kobietami, uchodzącymi za uczciwe, ale są to wyjątki. Gdyby to było prawidłem, nierząd wkraślby się do rodziny. A czyż to jedyny skutek? A choćby powiększenie liczby

urodzeń nieprawych, ukrywanie ich, spędzanie płodu i choroby kobiet, wywoływane wskutek tego.

Wynika stąd, że prostytutka jest tą postacią pozamałżeńskich stosunków płciowych, która kryje w sobie najmniej niebezpieczeństw dla pomyślności ogólnej. Należy ją tylko tak urządzić, aby ograniczyć do minimum jej szkodliwość. Najbardziej odpowiadająca życzeniom „stowarzyszenia kobiet“ prostytutka wolna jest najszkodliwsza, bo na rozcień otwiera bramę do rozpowszechniania zakażeń.

Z punktu widzenia higieny za usprawiedliwione należy uważać żądanie, aby kobiety publiczne podlegały jaknajczęściej i jaknajdokładniej oględinom lekarskim, aby nie miały możności uniknięcia ich, aby chore były leczone i aby im odjęto możność zarażania ludzi zdrowych. Żadnej zaś nie ulega wątpliwości, że łatwiej dokonać tego wszystkiego w domach publicznych, niż u kobiet rozproszonych po całym mieście; umieszczanie zatem kobiet po domach publicznych jest najodpowiedniejszą formą prostytucji.

Ale domy publiczne nie powinny być przedsiębiorstwem finansowem. Barbarzyństwem i niesumiennością jest, jeśli właściciel domu wypędza za drzwi kobietę, która mu napełniała kieszenie, wtedy, gdy z powodu wieku lub choroby przestaje być ona przynętą dla mężczyzn. Zdaje się, że zyski powinnyby chyba iść na korzyść kobiet, gdy tymczasem w tych przypadkach wyzysk dosięga takich rozmiarów, że go nawet nie warto porównywać z wyzyskiem pracy przez kapitał, o którym przecież tak się dużo mówi. Należy więc dochody, po potrąceniu kosztów utrzymania, oddawać prostytutkom, bo tylko w ten sposób można im w przyszłości zapewnić chleb, gdy z powodu wieku lub choroby nie mogą już zajmować się swem rzemiosłem.

Zadanie to jednak można wypełnić tylko wtedy, gdy władze przyjmą na siebie nadzór i kierownictwo domów publicznych. Nie może tu być mowy o jakimś poniżeniu władzy, skoro państwo zawiaduje więzieniami, domami poprawy i domami podrzutków. Zarzuty jakiegoś możnaby czynić wtedy, gdyby państwo ciągnęło zyski z prostytucji.

Taki sposób urządzenia prostytucji należałoby uważać za najodpowiedniejszy, albowiem byłby on najhumanitarniejszy i zarazem najbardziej odpowiadałby wymaganiom higieny.

W razie jego przyjęcia należałoby wszelkimi siłami przeciwdziałać prostytucji wolnej, a przekonano o nierząd kobiety umieszczać w domach publicznych. Zarazem należałoby ograniczyć prostytucję tajną, zamykając rozmaite zakłady, funkcjonujące głównie w nocy, jak np. podejrzane kawiarnie, piwiarnie i restauracje, gdzie dziewczęta narzucają się odwiedzającym, tembardziej, że w praktyce zakłady te są najmniej bezpieczne dla młodzieży.

Bardzo ważnym wreszcie środkiem przeciwdziałającym rozpuceniu publicznej jest odpowiednie wychowanie młodzieży; a więc unikanie wszystkiego, co może wcześniej rozbudzić zmysłowość, rozumne wskazówki o znaczeniu życia płciowego, zwracanie uwagi na niebezpieczeństwa, jakie pociąga za sobą nadużycie i zalecanie w tym względzie umiarkowania. Należy zwalczać wszelkie objawy życia publicznego, wykraczające przeciw obyczajności, a więc walczyć z produkcją literacką i artystyczną, dążącą do rozpanoszenia się namiętności popularyzacji. Niema tu naturalnie mowy o mistrzowskich dziełach sztuki, wykazujących najwyższą piękność ciała ludzkiego, lecz ganionych przez zapalczywą świętoszkowatość. Wtedy dopiero zmniejszy się rozpusta, wyszlachetnią myśli i podniesie poziom etyczny ludzkości.

(*Wien. Klin. Woch.* 1894 N. 21).

A. Ż.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= D-r C. BRUNNER. Nowy przypadek błonicy przyrannej. Do trzech swych poprzednich spostrzeżeń przypadków błonicy przyrannej, w których obok gronkowca złocistego i białego i paciorkowca ropotwórczego wyhodował laseczniaka LOEFFLER'a, dołącza autor niniejszy. W październiku r. z. zgłosiła się do

autora 13-letnia dziewczyna, która przed trzema tygodniami lekko zadrasnęła się w palec. Autor znalazł na tylnej powierzchni palca owrzodzenie, pokryte brudno-szarym nalotem. Z wydzieliny z pod błony wyhodował autor laseczniaka LOEFFLER'a, gronkowca złocistego i paciorkowca. Autor przyjmuje to zakażenie

za pierwotne, gdyż nikt w rodzinie ani w sąsiedztwie w tym czasie nie chorował na błonię, błona zaś śluzowa gardła była lekko zaczerwieniona, bez śladu nalotu. (Berl. kl. Woch. N. 13 1894).

S. G.

== MARCHAND znalazł w przypadku zapalenia płuc włóknikowego nowego laseczniuka w otoczce. Jest on długości bardzo rozmaitej, niekiedy krótki w postaci koka, niekiedy bardzo długi, wężykowaty; otoczka jest bardzo szeroka, a lasecznik dość wązki. Hoduje się dobrze na zwyczajnych pożywkach, najlepiej zaś na agarze przy zwyczajnej i przy podwyższonej temperaturze. Wywołuje miejscowe i ogólne zakażenie u myszy, morskich świnek, kotów i psów.

== COLIN opisuje 34 przypadki nieżyty pęcherza, leczone za pomocą wkraplań sublimatu; w 12-u nastąpiło wyleczenie, w 9-u znaczna poprawa, w 9-u poprawa, w 4-ch przypadkach leczenie było bezskuteczne. Wkraplania sublimatu okazywały znakomite działanie w tych przypadkach, w których bezskuteczne były przemycania roztworem azotanu srebra, kwasu bornego lub słabymi roztworami sublimatu. W nieżytych rzeżączkowym jak również i w nieżytych gruźliczym bóle prędko ustępowały, w najbardziej nawet zadawnionych przypadkach nieżyty wkraplania sublimatu działały pomyślnie, zmniejszając bóle i częstość oddawania moczu, oraz poprawiając sprawność pęcherza moczowego. Wkraplania sublimatu najlepiej wykonywać początkowo co dwa dni, później codziennie, stopniowo zwiększając koncentrację roztworu sublimatu; zaczynać należy od roztworu 1:4000, zaś roztwory 1:1000 do 1:500 stosować można tylko przy nader zadawnionych nieżytach. Ilość wkroplonego płynu wynosiła 5 do 10 grm. do pęcherza moczowego i 10 do 15 kropel na szyję pęcherza i tylną część cewki. Rozczyn sublimatu powinien być wodny, alkoholu nie należy dodawać, albowiem domieszka ta wywołuje podrażnienie; GUYON dodaje kwasu winnego. Przed wykonaniem wkroplenia chory powinien oddać mocz. Autor zaznacza, że pierwsze wkraplania sublimatu sprowadzają ból. (Thèse de Paris. G. Steinheil 1894. Ref. Ctbl. f. Chirurgie. 1894, N-r 22). T. Solman.

== GUIFFRÉ zarażał gołębie karbunkulem i przekonał się, że próby miały wynik dodatni, gdy zarażano narządy, których związek nerwowy z ośrodkami został poprzednio zniszczony; w przeciwnym razie próby zakażenia były ujemne. Takich wyników nie można wytłumaczyć ani żadną z teorii chemicznych, ani teorią fagocytozy, lecz należy przyjąć, że istnieje pewien wpływ troficzny układu nerwowego na zakażenie. (Z Kongresu w Rzymie).

== BERNHEIM osiągnął odporność przeciw gruźlicy u niektórych zwierząt przez zastrzyki-

wania produktów laseczniaka gruźliczego, wypuszczał im krew i co 2 dni zastrzykiwał 2—3 ctm. surowicy ludziom chorym na gruźlicę; takie leczenie, bez żadnych środków pomocniczych, ciągnęło się 3—5 miesięcy u 300 chorych. Wszyscy doznali poprawy, a z lepszymi objawami przyszli zupełnie do zdrowia.

== W medycynie Indusów sok psianki pospolitej jest znany jako doskonały lek moczopędny i przeistaczający, również jako dobry środek przeciw obrzmieniom przewlekłym wątroby. Według spostrzeżeń lekarza z Indyi Angielskich DHARGALKAR'a, sok ten, użyty w dawkach od 30 do 60 gram., ma bardzo skutecznie działać w chorobach: *psoriasis et pityriasis rubra*. Ostatnimi czasy DHARGALKAR wyleczył sześćdziesięcioletnią kobietę, podlegającą przypadłościom tej ostatniej choroby, trwającej już od lat 12-u, a połączonej z wielkim swędzeniem, namaszczając całe ciało sokiem świeżo wyciśniętym z psianki, kataplazmując części ciała, najwięcej dotknięte chorobą, jagodami tej rośliny i wywarem z jej liści i łodyg. DHARGALKAR przypuszcza, że psianka pospolita ma własności lecznicze w wysypkach łuszczących się wogóle. (La Semaine med. N-r 33).

Psianka pospolita (*solanum nigrum*) od dawna znana jest i w naszej medycynie ludowej. Oto co pisze o jej zastosowaniu leczniczym Krzysztof KLUK w swoim „Dykejonarzu roślinnym“ z roku 1788. Tom III str. 89: „Prawda, że niektórzy lekarze i tej rośliny (t. j. *solanum nigrum*) do leków zażywali: z liści i jagód sok wyciśnięty zewnętrznie na popadany język, na głębokie wrzody, na zanokicę na palcach; wewnętrznie wodę z prętem gotowaną na szkorbut, z liśćmi na raka i łamania w boku; z tem wszystkiem, osobliwie wewnętrzne zażycie jest zawsze niebezpieczne. Z wielu bowiem doświadczeń pokazuje się, że ta roślina czyniła sen gwałtowny, zawrót głowy, bóle w żołądku, osłabienie wzroku, niejakie majaczenie, palenie w wnętrznościach, puchliny wielu części brzydkie i płynące“. Roślina rośnie w ogrodach między warzywem.

A. Wojnicz.

== VALENTIN chwali kwas sulfanilowy (paraanilinosulfonowy) jako środek szybko działający przeciw niektórym objawom przy ostrych katarach. W ciągu dwóch godzin zmniejsza się szybko lub nawet znika przy katarach nosa obrzęk muszli nosowych i woduista wydzielina, błona śluzowa szybko błednie; mniej pewne jest działanie przy *laryngitis acuta*, czerwonosć jednak również zmniejsza się; przy zapaleniu ucha średniego działa kojąco; po jednej lub dwóch dobach należy dawkę powtórzyć. Maksymalna dawka wynosi 8 grm. *pro die*. 1—2 grm. kwasu sulfanilowego, podawane codziennie, nie wywołują w ciągu 6 tygodni żadnych złych następstw. Przy katarze nosa najlepiej poda-

wać: Rp: Ac. sulfanilici puriss. 10,0, Natri bicarbonici 8,5, Aq. dest. 200,0. MDS. 3 łyżki raz lub dwa razy dziennie. (Corresp.-Blatt. f. Schw. Aertz. 1894. 223).

== EWALD zaleca bardzo migrenę OVERLACH'a (z dodatkiem *höchst*) przeciw migrenom; należy podawać ją w dawce 1,1; pospolicie po godzinie, często jeszcze prędzej usuwa ona ból zupełnie. Ubocznego działania ujemnego E. nie zauważył nigdy, chorzy również nie przyzwyczajają się do niej. Gdy jeden proszek nie pomoże w ciągu półtorej godziny, należy podać drugi. Najlepiej przyjmować migrenę od czczego, o ile możliwości, żołądka i w ciągu dwóch godzin po przyjęciu nic nie jeść i nie pić i zachować spokój w łóżku. (Berl. Kl. Woch. 1894. N-r 21).

== Jak wiadomo, hodowle płytkowe mają tę wadę, że charakterystyczne kolonie powierz-

chowne są znacznie mniej liczne, niż kolonie głębokie, co dość często utrudnia poszukiwania bakterii chorobotwórczych, jeśli te są w małej ilości. Aby tej niedogodności uniknąć, zaleca KRUSE powleknięcie gotowej płytki płynem badanym zapomocą pędzelka wyjąłowego. W celu dostatecznego rozcieńczenia można albo rozcieńczać badany płyn, albo jednym pędzelkiem powlec kilka płytek. (Centr. f. Bakt. XV. N-r 12).

== BIANCHINI stosuje przy błonicy okłady na szyję z 2%-go karbolu, a w cięższych przypadkach i smarowanie glicerynowo-alkoholowym roztworem kw. salicylowego i rezorcyny. (Ac. salicylici 3,0, Resorcini 2,0, Spir. rectificatis. 20,0, Glycerini 10,0). Na 45 przypadków miał tylko 2 przypadki śmiertelne. (Gaz. d. Osp. 1894).

Wiadomości bieżące.

— Od 15 do 30 zeszłego miesiąca liczba chorych, zapadłych w Warszawie na cholere azyatycką, nieco się zmniejszyła. Świeżo zapadłych w tym czasie było 31, z których zmarło 13, wyzdrowiało 22, pozostało na miesiąc następny 27. Chorzy pochodzili z następujących miejscowości i ulic Warszawy: Stawki 22, Muranowska 22, Rybaki 29, Grójecka 6 (2 przypadki) i 15, Nowo-Dzika 3, Krochmalna 6 (2 przypadki), Browarna 10, Czerniakowska 89 i 2, Ś-to Krzyżka 7, Plac Krasiński 3, Prosta 52, 7 flisaków ze statków na Wiśle, oraz Sielce, Mokotów, Ochota, Wola, Zegrze i miasto Nowy-Dwór.

J. Sz.

— Na konkursie, ogłoszonym przez Tow. lekarskie warszawskie z zapisu KOCZOROWSKIEGO, otrzymali nagrodę: Z. DMOCHOWSKI za pracę na temat: „Zbadać pod względem anatomicznym sprawy zapalne w zatokach HIGMOR'a“, MAJEWSKI za pracę na temat: „Oznaczyć nieszkodliwy stopień skręcenia szyi noworodków“, MARKOWSKI za pracę na temat: „Histologiczna budowa jajowodów.“

— VII Zjazd lekarzy i przyrodników w polskich we Lwowie od 23 do 26 lipca r. b. W dalszym ciągu zapowiedziano wykłady: W sekcji medycyny wewnętrznej: D-r Henryk KOWALSKI (z Tarnowa): Jaki sposób leczenia błonicy gardła daje najlepsze wyniki? D-r JERZYKOWSKI (z Poznania): Przyczynę do nauki o cierpieniach rdzenia pacierzowego w następstwie tyfusu. W sekcji okulistycznej: 1) D-r Juliusz MUTTERMILCH

z Warszawy: O leczeniu jaglicy środkami farmaceutycznymi. (Referat). 2) D-r Adam SZULISIAWSKI ze Lwowa: O leczeniu operacyjnym jaglicy. (Referat). 3) D-r Zygmunt KRAMSZTYK z Warszawy: O sposobach dążących do usunięcia jaglicy. 4) D-r Emanuel MACHEK ze Lwowa: Statystyka jaglicy w Galicji i w W. Ks. krakowskiem według dat urzędowych. 5) D-r ZIEMIŃSKI z Warszawy: Wskazania i przeciwwskazania do operacyjnego leczenia jaskry. (Referat). 6) D-r MACHEK ze Lwowa: O operacji zaćmy bez irydektomii. 7) D-r ZIEMIŃSKI z Warszawy: O operacyjnym leczeniu wysokich stopni krótkowzroczności. 8) D-r SROCZYŃSKI z Krakowa: W sprawie racjonalnego przepisywania szkieł w nierównej refrakcji ocz. 9) D-r Teodor BAŁABAN ze Lwowa: Demonstracja instrumentarium okulistycznego, zestawionego podług najnowszych zasad aseptyki. Dalej zapowiedzieli odczyty (tytuły podadzą później): 10) D-r Walenty KAMOCKI z Warszawy, 11) D-r Juliusz STEINHAUS z Warszawy, 12) D-r Zygmunt KRAMSZTYK z Warszawy i 13) D-r Tytus KICKI ze Lwowa.

— D-r SOKOŁOWSKI, zaproszony będąc na referenta z literatury polskiej do *Centralbl. f. Laryngologie*, wydawanego przez prof. SEMON'a w Londynie, uprasza kolegów o przysyłanie mu odbitek z odpowiednich działów (choroby nosa, gardzieli, krtani, przełyku i gruczołu tarczowego), wydawanych w czasopismach naszych, poczynając od 1 lipca r. b.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава 30 Іюня 1894 г.

Друк К. Ковалевського. Крѣлевска 29.