

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Cięcie przełyku (Oesophagotomia), podał prof. Julian Kosiński. — O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia, podał d-r med. H. Higier. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 25. O leczeniu a właściwie o wartości wczesnego operowania przy zapaleniu wyrostka robaczkowego (processus vermiformis). 26. O wartości rozbioru wód mineralnych. 27. O dziedzicznym zaniku nerwów wzrokowych. 28. Leucoderma syphiliticum. — Zjazd syfilidologów w Petersburgu. Z urzędowych sprawozdań ułożył J. Majkowski. — Notatki bibliograficzne. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **Prof. J. Kosiński** — Un cas d'oesophagotomie. 2) **D-r H. Higier** — Sur des formes rares de maladies héréditaires et familiales du cerveau et de la moelle épinière.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **Prof. J. Kosiński** — Ein Fall von Oesophagotomie. 2) **D-r H. Higier** — Ueber seltene Gestalten hereditärer Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten.

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

Cięcie przełyku

(*Oesophagotomia*),*)

podał prof. **JULIAN KOSIŃSKI.**

Dnia 7-go grudnia 1896 r. w klinice chirurgicznej wypadło mi wykonać u czteroletniego chłopczyka cięcie przełyku w celu wyjęcia połkniętego i uwięzionego w przełyku guzika, który pozostawał w miejscu w ciągu 38-iu dni, nie wywoławszy ani przedziurawienia, ani żadnych innych zmian niebezpiecznych dla życia. Przypadek powyższy jest z wielu względów bardzo ciekawy i pouczający, dla tego też spieszę kilka słów o nim powiedzieć. Jest to trzecia *oesophagotomia* przezemnie zrobiona; o dwóch innych dokonanych także z powodu utkwionych w przełyku ciał obcych w swoim czasie pisałem, tu wspomnę tylko, że jeden przypadek dotyczył dziecka 3-letniego, które połknęło duży guzik rogowy; drugi — osoby czterdziestokilkuletniej, która się udławiała przyrządem sztucznych zębów.

Chłopak 4-letni Mikołaj Dublenko, syn żołnierza policyjnego, połknął przed 38-iu dniami podczas nieobecności rodziców guzik od munduru swojego ojca. Guzik utkwiał w przełyku, wywołując krztuszenie, kaszel, ciągłe uczucie dławie-

*) Spostrzeżenie komunikowane w Tow. lekarskiem na ostatniem grundniowem posiedzeniu 1896 roku,

wienia i bólu oraz trudność połykania nie tylko stałych pokarmów, lecz i płynów. Gdy jednak objawy te po przebyciu ostrego okresu nieco złagodniały, matka chłopca nie uważała za konieczne udać się po poradę do lekarza, lecz postanowiła czekać w mnieniamu, że guzik przeszedł do żołądka i ze stolcem wyjdzie. Ponieważ w ciągu kilku dni tak się nie stało, a dziecko pokarmów połykać nie mogło, doznając ciągłego zakrztuszania i bólu w przełyku, matka udała się z niem po poradę do lekarzy, którzy, przekonawszy się o bezskuteczności środków farmaceutycznych, poradzili jej szukać pomocy w szpitalu, gdzie mogłyby być zastosowane środki chirurgiczne dla zbadania, czy guzik znajduje się jeszcze w przewodzie pokarmowym, oraz, w razie gdyby tam był, dla usunięcia go drogą operacji. Usłuchawszy rady lekarskiej, rodzice udali się do szpitala dla dzieci przy ulicy Aleksandrya, gdzie poradzono, aby tam chłopca zostawić. Malec pozostawał w szpitalu w ciągu dwóch tygodni, poczem był oddany napowrót rodzicom. Guzik wyjęty nie był. W ten sposób upłynęło już cztery tygodnie od chwili połknięcia guzika; dziecko zmizerniało, wychudło, jak matka mówi, do połowy poprzedniej swojej tuszy, gdyż nie mogło nic połykać oprócz wody, herbaty i mleka — a i te płyny tylko w części dostawały się do żołądka, większa ich część bowiem była wyrzucana przez ciągłe zakrztuszanie się dziecka. Znow upłynęło 10 dni w wyczekiwaniu poprawy, zamiast której stan dziecka tylko stale się pogarszał. Wobec tego ojciec dziecka udał się do mnie i opowiedziawszy wyżej przytoczone wiadomości o swoim synu, prosił o radę. Polecilem mu przynieść nazajutrz chłopca do kliniki dla obejrzenia i zbadania. Rodzice stawili się z dzieckiem w oznaczonym czasie w klinice i uzupełnili powyżej podane wiadomości jeszcze następującymi szczegółami: podczas pobytu dziecka w szpitalu było ono starannie badane; po wprowadzeniu zgłębnika żołądkowego guzika jakoby nie znaleziono; dziecko było noszone dwa razy do d-ra BRUNNERA i badane zapomocą prześwietlania promieniami RÖNTGEN'a, lecz i tą drogą, jakoby, do żadnych stanowczych wniosków lekarze nie przyszli. Znalezione podobno ciemniejszy punkt pod lewym obojczykiem na wysokości 2-go żebra. Mówiono jakoby, że guzik nie jest w drogach pokarmowych, lecz w drogach oddechowych, a może go i zupełnie w ciele niema, a ciemna plamka może pochodzić od gruczołu oskrzelowego. Dziecko było blade, miało wygląd marny, chociaż nie nadmiernie wychudzone, z brzuszkiem wciągniętym; wciąż popłakiwało, nietyle zdaje się z powodu bólu, ile ze strachu i pokaszliwało. Na zapytanie, czy je co boli, wskazywało ręką na brzuszek w dołku (*scrobiculum cordis*), co mogło wrzekomu naprowadzać na myśl, że ciało obce znajduje się w żołądku, chociaż, jak się prędko pokazało, nie tam ono było. Uważałem za stosowne i konieczne zbadać przedewszystkiem zapomocą omacania rękami, wysondowania zgłębnikiem, czy guzik znajduje się w przełyku lub w żołądku, lecz widziałem, że w tym stanie, w jakim się dziecko znajdowało, badanie bez poprzedniego uspiania zapomocą chloroformu byłoby bezowocne, a nawet może niebezpieczne. Na zapytanie moje, czy dziecko było chloroformowane podczas badania w szpitalu dziecinnym, dowiedziałem się, że tam go nie usypiano, co tembardziej skłoniło mnie do zachloroformowania chłopca. I w istocie w przypadku tym, jak i w wielu innych, chloroform okazał się znakomitym środkiem rozpoznawczym, gdyż po uspieniu dziecka wszelkie wątpliwości odrazu zostały rozstrzygnięte. Obezwładnione mięśnie pozwoliły odchylić głowę dziecka mocno ku tyłowi i z całą dokładnością omacać szyję, przyczem oka-

zało się, że guzik znajduje się w przełyku ponad samą rękojęścią mostka i daje się wyczuć jako okrągławe płasko-wypukłe ciało, przesuwające się na kręgach poza tchawicą w jedną i drugą stronę, bardziej wyczuwalne z lewej, niż z prawej strony. Określiwszy obecność guzika prostem omacaniem palcami, niepotrzebowałem już wprowadzać zgłębnika do przełyku, a nawet obawiałem się użycia tego sposobu badania; obawiałem się dla tego, że tak długie pozostawianie guzika w przełyku mogło wywołać zmiany w ścianie jego tak znaczne, iż podczas sondowania mógłbym spowodować przedziurawienie lub rozdarcie przełyku. Zresztą wprowadzenie zgłębnika było w danym przypadku zupełnie zbyteczne, skoro wątpliwości nie było, że guzik w przełyku się znajduje. Ten sam wzgląd nieuszkodzenia przełyku oczywiście trzeba było mieć na uwadze, wybierając sposób usunięcia guzika z jego miejsca uwięzienia. Dla tego stanowczo wyrzekłem się próbować uchwycić guzik zapomocą szczypcyków, lub innych odpowiednich narzędzi i wyciągnąć go przez jamę ustną, a mniej jeszcze próbować zepchnąć do żołądka. Jak jeden tak i drugi sposób uważałem z wyżej przytoczonych powodów za niebezpieczny i prawdopodobnie nie dający się skutecznie pomyślnie. Postanowiłem zatem bez jakichkolwiek bądź poprzednich prób usunięcia guzika sposobem niekrwawym przystąpić wprost do przecięcia przełyku od zewnątrz. Ponieważ jednak tak poważna operacja nie mogła być zrobiona sposobem ambulatoryjnym, musiałem więc ją odłożyć do następnego dnia, poradziwszy rodzicom, aby dziecko z matką ulokowały się w klinice. Nazajutrz też po powtórnem zachloroformowaniu chłopca dokonałem operacji w sposób następujący. Ponieważ guzik dawał się wyczuwać bardziej z lewej strony tchawicy niż z prawej, co zresztą jest rzeczą zwyczajną, zależną od normalnego anatomicznego położenia przełyku nieco z lewej strony, przeto cięcie po tej stronie było również wskazane. Miejsce uwięźniętego guzika znajdowało się na wysokości 4-go—5-go pierścienia chrząstki tchawicy, zatem w części szyjowej bardzo nisko; wskutek tego cięcie musiało być nisko robione, tak że dolnym końcem cięcia musiałem wejść na okolicę mostka. Cięcie skóry odpowiadało brzegowi wewnętrznemu m. mostko-obojczyko-sutkowego (*sterno-cleido-mastoideus*) w kierunku włókien tego mięśnia. Po przecięciu powięzi powierzchownej i odsunięciu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego na zewnątrz, ukazał się na dnie m. *sterno-hyoideus* i *sterno-thyreoides*, a u górnego kąta rany, przebiegającej skośnie, m. *omo-paltohyoideus*; pogłębiając się dalej wypadło przeciąć jeszcze listek powięzi szyjowej głębokiej i obnażyć brzeg przełyku. Ta część operacji winna być bardzo ostrożnie robiona; najlepiej tępe narzędziem rozdzielać tkankę komórkowatą, rozsuwając na boki ważne naczynia i nerwy, gdyż oprócz blizkiego sąsiedztwa wielkich naczyń szyjowych—*carotis et vena jugularis int.* łatwo można skaleczyć w tej małej przestrzeni *art. thyreoides inferiorem*, *art. vertebralem* i *nervum recurrentem*. Aby działać z całą pewnością i bezpieczeństwem operator musi naczynia te i nerw widzieć i zsunąć na stronę, wprzód zanim przystąpi do przecięcia przełyku. Jeżeliby tętnica tarczycowa (*thyreidea*) przeszkadzała w wykonaniu nacięcia przełyku, lepiej będzie ująć ją dwoma szczypcami i podwiązać, a następnie przeciąć, aniżeli wikłać operację w sposób nader niepożądany krwotokiem, wynikającym skutkiem przypadkowego zranienia tego naczynia. Odszukanie krwawiącego naczynia na dnie tak głębokiej rany jest rzeczą i trudną i pozostawiającą niemiłe następstwa, gdyż w luźnej tkance komórkowatej, bardzo obfitej w tej okolicy, łatwo powstać może na-

cieczenie krwi, mogące dać powód do rozległego ropienia (*phlegmone*). Po obnażeniu brzegu przełyku, na przedniej powierzchni którego przebiegał nerw wsteczny (*n. recurrens*), wprowadziłem do przełyku przez jamę ustną gałkę średniej grubości zgłębnika żołądkowego TROUSSEAU'a do miejsca, w którym znajdował się guzik i na tej gałce przeciąłem przełyk, a ująwszy szczypczykami PEAN'a brzegi otworu i kąt górny, usunąłem gałkę, trzymając temi szczypczykami otwarty przełyk w ranie. Przez otwór dostatecznie wielki dla przejścia guzika wprowadziłem do przełyku szczypce używane do polipów nosa, a odszukawszy niemi guzik, ująłem go temiż szczypcami i ostrożnie wyciągnąłem na zewnątrz. Zwrócić tu muszę uwagę na jeden moment operacyjny, mianowicie na przecięcie przełyku, które w pewnych okolicznościach bywa dość trudne. Jeżeli ciało obce sterczące w przełyku jest dość duże, na przykład duża sztuka monety, lub guzik większych rozmiarów i znajduje się w części przełyku takiej, że cięcie na szyi odpowiada położeniu połkniętego przedmiotu, natenczas rozpierając przełyk, ono samo służy za przewodnik, na którym łatwiej jest utworzyć przełyk w głębi rany cięciem poprowadzonym wzdłuż osi jego. Lecz jeżeli ciało jest niewielkie i leży głębiej tuż nad śródpiersem, albo już w klatce piersiowej, to koniecznem jest dla przecięcia przełyku wprowadzić doń gałkę grubą na zgłębniku TROUSSEAU'a, gdyż inaczej utworzenie przełyku przedstawiać może wielkie trudności, ściany bowiem jego, gdy znajduje się on w stanie próżnym, przylegają do siebie bezpośrednio i przecięcie jednej ściany bez zranienia przeciwległej, jak również ujęcie szczypczykami brzegu przeciętego przełyku, bez obrażenia błony śluzowej na ścianie przeciwległej, może się okazać bardzo niełatwem, tembardziej, że zawsze prawie wypada otwierać przełyk nie na przedniej jego ścianie, lecz na bocznej, z powodu leżącego na przedniej ścianie nerwu wstecznego, którego zranienie nie jest rzeczą obojętną. Wprowadzenie gałki do przełyku nie tylko chroni od niebezpieczeństwa, lecz i ułatwia niezmiernie wykonanie operacji.

Wyjęty guzik miał wielkość zwykłych guzików mundurowych, jakie noszą przy mundurach wojskowi, studenci i t. p.; był to guzik od munduru policyjnego ojca chłopca—metalowy, biały, wypukły, z uszkiem dużem. Od dłuższego znajdowania się w przełyku guzik zczerniał i na wklęsłej powierzchni pokryty był cząstkami pokarmu i obumarłymi cząstkami nabłonka. Podejrzewając powierzchowne owrzodzenie błony śluzowej, rodzaj odleżyny (*decubitus*) powstałej przez tak długie zetknięcie z uwięzionym guzikiem, wprowadziłem łyżeczkę ostrą do przełyku i ostrożnie zeszkrobałem skąpą ziarninę i obumarły nabłonek, a następnie oczyściwszy ranę wacikami, umaczanymi w słabym roztworze sublimatu, zaszyłem otwór przełyku 4-ma węzełkowatymi jedwabnymi szwami. Szew założyłem w ten sposób, aby błony śluzowej węń nie wziąć. Końców nitek nie odcinałem krótko, lecz wyprowadziłem je na zewnątrz; miały one służyć za sącze, w razie, gdyby zrośnięcie rany przełyku nie nastąpiło przez rychłozrost. Na skórze połączyłem ranę szwem tylko u dwóch końców rany, środek zostawiłem wolny i tu właśnie 4 nitki łączące ścianę przełyku były wyprowadzone. Następnie przeciwnym opatrunkiem przykryłem ranę i umocowałem bandażem. Opatrunek ten pozostał na ranie niezmienny przez cały tydzień.

Nie uciekałem się do dłuższego głodzenia dziecka po operacji i odżywiania go ławatywami odżywcze (tylko w dzień operacji dostał trzy ławatywy, jedną przed operacją i dwie po niej), lecz już nazajutrz pozwoliłem poda-

wać mu przez usta pokarmy płynne, jak herbatę, mleko, a na trzeci dzień kawę i jajko na miękko; karmienie takie trwało przez cały tydzień. Chłopak połykał bez żadnego bólu lub krztuszenia się; przez ranę niepokazała się ani razu najdrobniejsza część przyjętego napoju lub strawy. Po tygodniu zmieniłem cały opatrunek, przyczem wszystkie cztery nitki szwu przełykowego oddzieliły się same przez się. Stan ogólny dziecka poprawił się i wszystkie objawy niepokojące, jakie zauważyliśmy przed operacją, ustąpiły. Połykanie od pierwszej chwili po operacji stało się łatwe, kaszel w ciągu tygodnia znikł, a wygląd chłopca tak widocznie się poprawiał, że już w pierwszym tygodniu przybyło mu ciała dużo. Sen był dobry, płaczliwe usposobienie znikło, chłopak bawił się i chętnie na zapytania odpowiadał. Do zupełnego zagojenia rany potrzeba było tylko zmienić jeszcze kilka opatrunków. Kąty rany zagoiły się przez rychłozrost, środkowa część wypełniła się ziarniną i w parę tygodni pokryła się trwałą blizną.

(D. n.).

O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia.

Podał D-r med. **H. HIGIER.**

(Ciąg dalszy—Zob. N. 8).

Jeżeli sobie jeszcze raz uprzytomnimy dopiero co nakreślone obraz choroby, to natychmiast rzuci nam się w oczy ogromne podobieństwo, zachodzące pomiędzy nimi, dotyczące zarówno objawów zasadniczych, jako też podrzędnych. Przedewszystkiem należy stwierdzić fakt zupełnego braku danych dziedzicznych pomimo wybitnych cech rodzinnych cierpienia. Ani u blisko spokrewnionych rodziców, ani też u innych członków rodziny naszych chorych nie udało się przy wywiadach i przy bliższem badaniu zauważyć czegokolwiek bądź patologicznego w ruchach, w mowie i w inteligencji. Również nie można było wykazać żadnych pośrednich momentów etyologicznych, powodujących usposobienie dziedziczne: nie było bowiem w rodzinie ani chorób nerwowych lub umysłowych, ani przewlekłego zatrucia.

Cierpienie omawiane u żadnej z sióstr nie jest wrodzone, ani też nie istnieje od wczesnego dzieciństwa; początek choroby miał miejsce w 12-ym, 10-ym, 9-ym i 7-ym roku życia i poprzedzany był przez dłużej, lub krócej trwający okres utajony. U żadnej z sióstr cierpienie to nie wystąpiło bezpośrednio po przebyciu jakiejś choroby gorączkowej, ani też po urazie psychicznym, lub cielesnym. Matka chorych wspomina jedynie, że najstarsza chora przechodziła ospę na 1½ roku przed wystąpieniem choroby, druga z rzędu—zapalenie płuc na 5 lat przed początkiem choroby, a najmłodsza — krzywicę w dzieciństwie. Mamy więc do czynienia z usposobieniem rodzinnem, które niczem się nie zdradzało aż do 7-go, względnie 12-go roku życia i dopiero wtedy wystąpiło bez żadnej zewnętrznej przyczyny.

Pierwszy objaw chorobowy u wszystkich siostr stanowiło uczucie osłabienia i sztywności w nogach, które zwolna, ale stale się powiększało i doprowadziło do wybitnej paraplegii spastycznej kończyn dolnych wraz z przykurczeniami zginaczy goleni oraz mięśni ksobnych i zginaczy uda. U wszystkich 4-ch chorych widzimy, że nogi mają postać nieckowatego *pes aequinovarus*, przyczem duży palec jest silnie wyprostowany, a pozostałe palce zgięte ku poduszkom. U każdej z nich stwierdzamy również zaburzenia naczynioruchowe, jako to obrzęki, sinicę i nieprawidłowości w odżywianiu skóry. Wskutek przykurczeń spastycznych i zniekształcenia kończyn dolnych większość siostr nie jest w stanie chodzić ani stać, a siedzieć może z wielką trudnością. U jednej tylko (III-ciej) chorej, która jeszcze jako tako chodzić może, chód jest obecnie spastyczno-paretyczny, a przez wiele miesięcy był spastyczno-ataktyczny.

Zaburzenia w kończynach górnych występują pozornie w 3—4-tym roku trwania choroby, poczęści jako osłabienie i niezgrabność, poczęści jako drżenie rąk zamiarowe (*Intensionszittern*) (u III -iej i IV-ej). Charakter pisma jest gorszy, szyć zaś, haftować i robić szydełkiem chore prawie całkiem nie mogą. U wszystkich chorych można zauważyć wadliwe ułożenie rąk i palców (*Zwangsstellung*), a oprócz tego u najstarszej siostry wybitny zanik mięśni, który dotyka zwłaszcza mięśni dłoni i ramienia, w mniejszym zaś stopniu mięśni łopatki i przedramienia; zanik ten przypomina poczęści zanik mięśni pochodzenia rdzeniowego, poczęści zaś myopatyczny. W stanie zaniku znajdują się u tej samej chorej mięśnie dolnych kończyn zarówno na udach, jak i na goleniach. Niedowłady i zaniki z obydwóch stron jednakowe.

O zachowywaniu się odruchów ścięgnistych w późniejszych latach wieku dziecięcego nic nie wiemy; obecnie są one na górnych kończynach po części prawidłowe, po części zaś wzmożone, na dolnych kończynach odruchy okostnej piszczeli i odruchy kolanowe są patologicznie wzmożone. U chorej, dotkniętej zanikiem mięśni uda, odruch kolanowy w ostatnich latach stał się słabszy. Odruchy skórne nie przedstawiają żadnych wybitnych zбочeń.

Ze strony nerwów czaszkowych należy zauważyć: częste zaburzenia w połykaniu u większości siostr, bradykalia i monotonna wymowę nosową (u II i III-ciej), zez (u IV-ej), nadwzięcie szczęki dolnej przy nadmiernych ruchach szczękami oraz w słabym stopniu wyrażone drżenie gałek ocznych, podobne do *nystagmus* (u III-iej).

Z pomiędzy narządów zmysłów ucierpiały tylko oczy, których siła wzroku u wszystkich siostr znacznie się zmniejszyła wskutek postępującego pierwotnego zaniku nerwów wzrokowych. U wszystkich siostr stwierdzić się daje w mniejszym lub większym stopniu zwężenie pola widzenia i częściowa ślepota barwna, spowodowana prawdopodobnie przez zanik nerwów. Dwuskroniowe, kilkakrotnie stwierdzone zwężenie pola widzenia znajduje się u jednej z chorych (u III-iej).

Wszystkie siostry, poprzednio bardzo przystojne i rozumne, obecnie mają wyraz twarzy osób mało pojętnych i w rzeczywistości są też mało inteligentne, zwłaszcza najstarsza i najmłodsza.

Natomiast nie można stwierdzić u żadnej nieprawidłowości żrenic, zaburzeń wczuciu oraz w czynności pęcherza i odbytnicy, ruchowych i czuciowych objawów podrażnienia, tonicznego napięcia mięśni kończyn górnych, jak również zgrubienia lub wrażliwości na ucisk pni nerwowych.

Należy zwrócić uwagę, że nie mamy w danych przypadkach do czynienia ani z nieprawidłowymi, ani z przedwczesnymi porodami. Również matka chorych nie przechodziła podczas ciąży żadnych chorób zakaźnych. Skąd się wzięło cierpienie to w rodzinie naszych chorych i gdzie należy szukać usposobienia do niego — pozostaje dla nas niedostępną tajemnicą, zarówno jak i to, że zachorowały tylko cztery siostry, a zostało nietknięte pozostałe dość liczne rodzeństwo.

Przebieg choroby jest wybitnie przewlekły. Chód tylko u najstarszej siostry chwilowo uległ poprawie, jakoby po użyciu kąpeli, a u III-iej po wykonanej tenotomii. Osobiście też mogłem stwierdzić, że chód u III-iej siostry przestał być mózdkowo - ataktycznym i że znikło jednocześnie drżenie rąk zamiarowe u 2-ch najmłodszych chorych. U niektórych sióstr (u II-iej i IV-tej) choroba, zdaje się, już od wielu lat dalej się nie rozwija, u pozostałych zaś, szczególnie u III, nieznaczne tylko robi postępy.

Powstaje obecnie pytanie, z jakim cierpieniem mamy w naszych przypadkach do czynienia i jakie stanowisko zajmuje ono pod względem nozologicznym w rzędzie rodzinnych chorób nerwowych? Przedewszystkiem należy w zupełności zgodzić się ze zdaniem rodziców, którzy twierdzą, że wszystkie cztery ich córki dotknięte są jedną i tą samą chorobą tylko o różnym natężeniu. U wszystkich główne tło choroby stanowi: paraplegia spastyczna kończyn dolnych, położenie przymusowe i wzrastające osłabienie rąk, zanik nerwów wzrokowych z następstwem osłabieniem wzroku i osłabienie władz umysłowych. Z pomiędzy objawów, które zanotowano tylko u mniejszości sióstr, względnie, które wystąpiły dopiero w dalszym przebiegu choroby, wymienić należy: *bradykalia*m, monotonną mowę nosową, drżenie gałek ocznych, przypominające *nystagmus*, zez, drżenie rąk przy wykonywaniu ruchów celowych, bezład i zanik mięśni.

Każdy z kompetentnych przyzna, że mamy w danym przypadku do czynienia ze zbiorem objawów klinicznych tak niezwykłym — już pomijając tę okoliczność, że choroba jest rodzinna i nie wrodzona — że dokładne rozpoznanie należeć musi do zadań wcale nie łatwych.

Przedewszystkiem musimy historyę, którą przed laty kilku lekarzy rozpoznawało u chorych naszych, uważać obecnie za nieprawdopodobną, gdyż brak stygmatów historycznych oraz przebiegu i początku choroby dla historyi charakterystycznych, pod żadnym pozorem nie upoważnia nas do takiego rozpoznania, tembardziej, że żaden z licznych objawów za cierpieniem funkcjonalnem nie przemawia. Z chorób organicznych budzi przy badaniu najstarszej siostry przedewszystkiem podejrzenie *sclerosis amyotrophicae lateralis*, a to przyjąwszy pod uwagę obecność objawów spastycznych w kończynach dolnych i znacznych zaników mięśni w górnych. W prawdzie w typowych postaciach tego cierpienia charakter rodzinny lub dziedziczny żadnej prawie nie odgrywa roli, a młodociany wiek chorych również przemawia przeciwko temu

przypuszczeniu, jednakże wyjątki takie spostrzegano niewątpliwie w niektórych przypadkach. Natomiast przeciwko temu rozpoznaniu kategorycznie świadczą następujące okoliczności: cechy kliniczne dotkniętych zanikiem mięśni, nieprawidłowe zachowanie się władz umysłowych, zanik nerwów wzrokowych oraz bardzo przewlekły, już z górą 12 lat trwający, przebieg choroby.

Przypadki nasze możnaby jeszcze zaliczyć do grupy „*paralysis spinalis spastica*“ w pierwszym okresie rozwoju choroby, kiedy spastyczne zaburzenie ruchowe nie było powikłane zanikiem nerwów wzrokowych i upośledzeniem inteligencji. Wprawdzie spostrzegano niekiedy przy *paralysis spinalis spastica* cierpienia nerwów wzrokowych, jednakże w tych wyjątkowych razach mamy zwykle do czynienia z *neuritis optica*, która powstaje na tle przymiotu, przyłącza się do podostrego zapalenia rdzenia kręgowego i prędko przechodzi. W naszych przypadkach o tem wszystkim mowy być nie może: chore ani nie przechodziły przymiotu, ani przebieg choroby nie był podostry, ani nie było objawów zapalenia rdzenia. Wreszcie, zanik nerwów wzrokowych jest pierwotny, samoistny, jak to zwykle bywa przy wiaździe rdzenia, nie zaś przy zapaleniu rdzenia.

Bez dłuższego również wahania możemy wyłączyć liczną wielce grupę rodzinnych i dziedzicznych zaników mięśni—postępujący rdzeniowy, czyli typu DUCHENNE-ARAN’a, zanik mięśni pochodzenia obwodowego neurytycznego, czyli HOFFMANN’a oraz dystroficzny, czyli ERB’a — gdyż amyotrofię stwierdzić można tylko u jednej chorej, a i u tej stanowi ona również tylko objaw późniejszy, wtórny, a zatem nie może mieć znaczenia decydującego. Wprawdzie rzuca się w oczy u wszystkich siostr niedostateczny rozwój łydek, jest on jednak prawdopodobnie tylko wynikiem przecięcia ścięgien i niewykonywania ruchów przez cały szereg lat.

Z tych samych względów wyłączyłbym chorobę FRIEDREICH’a (bezzład dziedziczny rdzeniowy), ponieważ, pomijając już brak w danych przypadkach dziedziczności, bezzład dotyczył tylko jednej siostry, a i tej tylko przejściowo.

Widzimy zatem, że obraz chorobowy, który w podstawowych swych objawach powtarza się stereotypowo u wszystkich 4 siostr, nie daje się zaliczyć do żadnej z chorób systemowych, przejawiających się najczęściej w postaci rodzinno-dziedzicznej. Z cierpień niesystemowych należałoby jeszcze wymienić stwardnienie rozsiane mózgu i rdzenia (*sclerosis multiplex*), spostrzegane przez niektórych autorów bądź u dzieci (UNGER, MENDEL, MARIE), bądź to w postaci cierpienia rodzinnego (TOTZKE, DRESCHFELD) i dziedzicznego (DUCHENNE, FRERICHS). Stałe pogarszanie się chodu spastycznego, wzmożone odruchy ścięgniste, zanik nerwów wzrokowych wraz z osłabieniem wzroku, drżenie zamiarowerąk, monotonna mowa, przypominająca skandowanie i zaburzenia w sferze inteligencji—wszystko to razem stanowi zbiór objawów, który bezwarunkowo mógłby być spowodowany przez stwardnienie rozsiane. Tę ostatnią jednak chorobę należy rozpoznawać nietyle na zasadzie istnienia właściwych jej objawów, z których każdy pojedynczy może się spotykać przy różnych cierpieniach, ile na zasadzie bardzo charakterystycznego przebiegu klinicznego i częstych wahań, przemijających popraw, względnie powrotów do zdrowia, napadów udarowych i t. p. W naszych przypadkach przebieg choroby jest całkiem odmienny. Jeżeli pominiemy tę

okoliczność, że bezład i pokrewne mu drżenie zamiarowe ustąpiły, to mamy do czynienia z cierpieniem *par excellence* przewlekłym, lat kilka lub kilkanaście postępującem. Zresztą musielibyśmy przyjąć, że jest to wrodzona postać stwardnienia rozsianego, gdybyśmy nie chcieli uważać wystąpienia choroby u czterech członków jednej rodziny li tylko za przypadkowe. Dotychczas jednakże nikomu się nie udało wykazać zmian anatomicznych, właściwych wrodzonej postaci *sclerosis multiplex*, a jak słusznie zauważył FREUND ⁶⁾: *man dürfe sich nicht getrauen, eine solche Bereicherung unserer Kenntnisse über dieses Leiden anders als auf anatomische Gründe hin anzuerkennen*“.

Że w o d o g ł o w i e znaczne może z biegiem lat doprowadzić do wybitnego porażenia spastycznego kończyn dolnych, do bezładu, zaniku nerwów wzrokowych i przytępienia umysłu, nie ulega najmniejszej wątpliwości. Pewna wątpliwość powstać by mogła w przypadku naszym tylko wobec tego, że wodogłowie wystąpiło u wielu członków jednej i tej samej rodziny. Pomijam już brak wyraźnych objawów powiększenia ciśnienia mózgowego i zniekształcenia czaszki.

Wywiady oraz przebieg choroby nie upoważniają nas również do przypuszczenia rodzinnej postaci wczesnego porażenia postępującego (*Dementia paralytica familiaris praecox*—HOMEN), spotykanej nieraz przy *lues hereditaria*. Z obszernego działu organicznych rodzinnych chorób nerwowych pozostaje nam wreszcie jeszcze do rozważenia grupa t. zw. „diplegii pochodzenia mózgowego“ (*diplegia cerebialis*), o których już we wstępie wspominaliśmy. Naturalnie, określenie „diplegia pochodzenia mózgowego“ oznacza tylko tyle, że choroba pod względem klinicznym przedstawia się jako porażenie wszystkich czterech kończyn w połączeniu z objawami mózgowymi. Określenie to wcale nam nie wyjaśnia, jakie są przy tem cierpieniu zmiany anatomiczne.

Pod nazwą diplegii pochodzenia mózgowego w zwykłym tego określenia znaczeniu, rozumiemy chorobę *par excellence* noworodków i niemowląt, jak tego dowodzi terminologia neurologów niemieckich i francuskich: *cerebrale Kinderlähmungen*, *affections spasmo-paralytiques infantiles*. Choroba ta występuje zwykle, o czem już w innem miejscu miałem sposobność szczegółowo i dokładnie wyłożyć ⁷⁾, pod rozmaitemi postaciami i wywoływana bywa przez najróżnorodniejsze czynniki etyologiczne. Na tem miejscu wspomnę tylko o najbardziej znanych odmianach tego cierpienia: 1) wrodzona postać (*congenitale Gliederstarre*) bywa zwykle skutkiem powstrzymania w rozwoju, aplazji ośrodkowego układu nerwowego i dla tego też spotyka się przeważnie u dzieci przedwcześnie urodzonych. 2) Diplegia powstająca podczas porodu (*Geburtslähmung*), bywa zwykle spowodowana krwotokiem do opon mózgowych wskutek ciężkiego, długotrwałego porodu, lub też u dzieci, które przyszły na świat mocno asfiktyczne. 3) Porażenia pozamaciczne, powstające nagle, w wieku dziecięcym, zwykle połowiczne, rzadko kiedy diplegiczne, wywoływane bywają, podług STRUEMPELL'a, sprawami zapalnymi w korze mózgowej (*Polioencephalitis*), podług SACHS'a zmianami patologicznymi w naczyńiach mózgowia.

(C. d. n.).

⁶⁾ FREUD. Neurologisches Centralblatt, 1893, Nr. 15—16.

⁷⁾ HIGIER. Artykuł „Kinderlähmungen“ w *Encyclopédie der medicinischen Wissenschaften*. Wien, T. II, p. 374—410.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

25. Carl Beck, prof. chirurgii w New-Yorku. **O leczeniu, a właściwie o wartości wczesnego operowania przy zapaleniu wyrostka robaczkowego** (*processus vermiformis*). W większości przypadków, które do niedawna rozpoznawano jako zapalenie kiszki ślepej z jego następstwami (*typhlitis*, *peri-* i *paratyphlitis*), przekonano się, że w grę tu głównie wchodzi zapalenie wyrostka robaczkowego (*appendicitis*), niekiedy jego przedziurawienie i następne zapalenie otrzewnej. Jakie właściwie czynniki przyczynowe wpływają na wywołanie tego cierpienia, jeszcze niewiadomo. Wyświetlenia tej sprawy oczekiwać należy ze strony chirurgii, właściwie autopsyi *in vivo*, jak to miało miejsce w czasach VOLKMANN'a z bardzo rzadko rozpoznawanym, a jeszcze rzadziej leczonym ropniem podprzeponowym.

Zabieg operacyjny, dzięki znakomicie udoskonalonej technice chirurgicznej i zastosowaniu aseptyki, należy do rzędu zupełnie bezpiecznych. Przy zapaleniu nawrotowym wyrostka robaczkowego (*relapsing appendicitis*) wykonać należy odjęcie wyrostka (*appendicectomy*).

Cięcie przez skórę prowadzi się równolegle do więzu POUPART'a na przestrzeni 7—8 ctm. tak, by środek jego odpowiadał położeniu przedniego kolca biodrowego górnego. Mięśnie brzuszne należy przecinać w kierunku przebiegu ich włókien w tym celu, by po połączeniu brzegów rany szwami ułatwić gojenie doraźne i wyłączyć możliwość wytworzenia się przepukliny brzusznej. Najlepiej posługiwać się w tych razach narzędziem tępym — trzonem skalpelu lub zamkniętymi nożyczkami COOPER'a.

Przedostawszy się do otrzewnej, należy szeroko ją rozciąć, pociąganiem kątnicy uwolnić wyrostek robaczkowy i przewiązać jego kreskę (*mesenteriolum*), poczem, powierzwszy asystentowi przyciskanie podstawy wyrostka do kątnicy w celu uniknięcia wylania się zawartości jego do rany, odcina się chory wyrostek u samej podstawy nożyczkami. W przypadku, gdy się wyczuwa stałą jakąś zawartość w wyrostku, należy na wszelki wypadek nałożyć przewiązkę jedwabną w miejscu, gdzie się zamierza go odciąć. Ziejący koniec zaszywa się trzema szwami LEMBERT'a (z najcieńszego jedwabiu), poczem rozpyla się nieco jodoformu na zranioną błonę śluzową, samej zaś rany lepiej nie drażnić żadnymi środkami odkażającymi. Do zaszycia rany, jakoteż ściany brzusznej używać należy jedwabiu, ponieważ można go wyjałować o wiele łatwiej i dokładniej, aniżeli katgut i t. p.

Takie same postępowanie zachowuje się w przypadkach, gdy operację wiążą rozmaite zrosty wyrostka robaczkowego z narządami sąsiednimi, tylko dla łatwiejszego rozłączenia zrostów dodaje się do pierwotnego cięcia drugie, przebiegające pod kątem prostym do pierwszego w kierunku do górnego kolca biodrowego (cięcie T-owate).

Nieco odmiennie przedstawia się plan operacji w przypadkach, gdy nieżyłowe zapalenie wyrostka robaczkowego przechodzi w ropne, lub gdy się wytwarza otok ropny, niezależnie od tego, czy mieści się on w samym wyrostku, czy też nastąpiło przedziurawienie ostatniego. Na szczęście *vis medicatrix naturae* wytwarza w większości przypadków liczne zrosty ochronne, wskutek czego mamy do czynienia z rodzajem ropnia pozaotrzewnowego, co naturalnie znakomicie wpływa na pomyślność rokowania i w przybliżeniu nawet nie może być porównywane do ropnia jamy brzusznej.

Sposobem wskazanym docieramy do otrzewnej, którą otwieramy, poczem na bok odkładamy wszelkie narzędzia ostre. Drogę do miejsca najbardziej wzmoczonej oporności torujemy sobie zapomocą zgłębnika żłobkowanego aż do chwili ukazania się ropy, poczem wzdłuż żłobka przesuwamy kleszczyki, którymi stopniowo rozszerzamy otwór. Jeżeli się okazuje, że wyrostek robaczkowy leży swobodnie w jamie ropnej, to wycięcie go nie przedstawia żadnych trudności, jeżeli jednak wyrostek zrósł się ze ścianą ropnia, ścianą, która tworzy mur ochronny od wtargnięcia ropy do jamy otrzewnej, to *appendicectomy* natrafia na poważne trudności. Wprawdzie, podług wymagań chirurgii należy czemp prędzej usunąć tkankę, uległą zgorzeli, ale kwestya, czy się tego zabiegu zbyt drogo nie okupi, albowiem niepodobna przy tej manipulacji ustrzedz się choć nieznacznego uszkodzenia zrostów, a zatem przedostania się zarazków do jamy otrzewnej. Pozostaje w takich razach jedno z dwojga: albo usunąć, bądź co bądź, wyrostek robaczkowy, albo opróżnić ropień i narażać się temsamem na wytworzenie się drugiego. W ostatnim przypadku należy jamę wypełnić gazą jodoformową; czasami we 2—3 dni po tym zabiegu udaje się bez najmniejszego trudu usunąć wyrostek robaczkowy. Przed zatamponowaniem rany warto wlać w nią łyżkę stołową 10% mieszaniny jodoformu z gliceryną.

W przypadkach, gdy już nastąpiło ogólne zapalenie otrzewnej, należy szeroko otworzyć jamę brzuszną, wypłukać ją gorącym roztworem soli, zmyć ostrożnie włóknik ze ścian jelitowych i przeprowadzić sączki z gazy jodoformowej, rozumie się po uprzednim znalezieniu ogniska ropnego i uporaniu się z niem w sposób powyżej opisany. W wielu, nawet najrozpaczliwszych przypadkach, w których cienia nadziei nie było, nastąpiło wyzdrowienie, jakkolwiek nie można zaprzeczyć, iż zdarzały się śmiertelne wypadki tam, gdzie rokowanie było jaknajpomyślniejsze. Dobre wyniki operacji przy ogólnem zapaleniu ropnem otrzewny należą, niestety do wyjątków, niemniej przeto wyrzec się jej nie należy, tembardziej, że choroby i tak niema nic do stracenia, a dzięki jej może być uratowany.

Wyniki usunięcia wyrostka robaczkowego, szególniej wykonanego podczas okresu wolnego od cierpienia, są zdumiewająco dobre, najwyższa bowiem śmiertelność waha się pomiędzy 1 a 2% (autor na 25 *appendicectomi* nie miał ani jednego przypadku śmierci). Wobec tego należy bezwarunkowo operować wszystkie przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego, jest to bowiem jedyna droga pewna do usunięcia nawrotów, a nieraz do uratowania życia człowieka.

Jedyną ciemną i nader chwiejną stroną w całej tej sprawie jest etyologia. Przypuśćmy wraz z większością, że punktem wyjścia dla zapalenia wyrostka robaczkowego jest nieżył błony śluzowej kiszek ślepej, sprzyjający wytwarzaniu się stężyń kałowych, które przenikają do wyrostka robaczkowego i powodują jego zapalenie, mniej więcej krótkotrwałe i znikające bez śladu. Są to, choć nie licznie spostrzegane przypadki samoistnego wyzdrowienia. Otóż, zdaje się, nie ulega wątpliwości, że wyrostek z łagodnie nawet przebiegającego nieżyty nie wychodzi prawie nigdy nieuszkodzonym, pozostają bowiem w większości przypadków trwale zmiany w jego budowie najczęściej zwężenie jego światła (*appendicitis obliterans*). Temu właśnie przypisać należy częstość nawrotów, które w końcu muszą doprowadzić do operacji, o ile, naturalnie, śmierć nie zaskoczy swej ofiary. Następnie pamiętać należy, że błona śluzowa, po przebytych nieżycie, jest ogołocona z nabłonka w niektórych miejscach i że przez nie mogą wtargnąć do ustroju rozmaite drobnoustroje chorobotwórcze, stale przebywające w kiszki, jak np. lasecznik okrężnicy, lub czasowo w nich się znajdujące, przedewszystkiem paciorkowce.

Podług WELCHA zapalenie wyrostka robaczkowego powstaje wskutek działania dwu drobnoustrojów: lasecznika okrężnicy i paciorkowca, które jakoby stale istnieją przy tej sprawie chorobowej. Jeżeli obraz drobnowidzowy daje ujemne wyniki co do obecności paciorkowców, dowodzi to tylko, że lasecznik okrężnicy rozwija się w przeważającej ilości i wypełnia sobą całe pole widzenia. Skoro więc obydwie te zarazki są obecne stale przy omawianej chorobie, zbadać należy, jakie czynniki wpływają na wzbudzenie ich żywotności i przejawienie ich działalności złośliwej. Czy są nimi wymienione zmiany błony śluzowej, czy też zaburzenia w krwiobiegu, do których nader usposabia wykrzywienie i skurczenie wyrostka, a może obecność bliska stale napiętego mięśnia (*m. psoas major*), lub wreszcie stężyny kałowe? Co do ciał obcych, to ich wpływ wydaje się dość problematyczny, albowiem na 150 operacji dokonanych na wyrostku robaczkowym znaleziono je ledwie dwa razy. Co do stężyn kałowych, to mogą one przyczynić się do rozwoju choroby jedynie tylko w zmienionym poprzednio wyrostku robaczkowym, albowiem autor badał stan wyrostka przy każdej laparotomii, dokonanej w przeciągu kilku lat ostatnich, i często wyczuwał twardą masę nawet u tych osób, które nigdy nie uskarżały się na dolegliwości w prawym dole biodrowym. Nieraz zadawał on sobie pytanie, czy nie jest jego obowiązkiem usunąć przy tej sposobności wyrostek, ale ani razu nie odważył się na krok tak stanowczy. Przy lekkim ucisku zawartość wyrostka wracała do kątnicy.

Należy zaznaczyć, że oprócz wspomnianych dwu rodzajów drobnoustrojów spotykamy się z wielu innymi, jako to: *micrococcus lanceolatus* (FRAENKEL), *bacillus pyogenes foetidus*, a nawet z grzybkami promienicy. Wreszcie do gatunku *bacterium coli commune* nie należy wcale jeden jakiś określony gatunek drobnoustrojów. Jest to nazwa ogólna dla wielu bakterii kiszkowych, analogicznych podług jednych, a zupełnie odrębnych podług innych badaczy.

Niepojętem jest, dla czego też same czynniki toksyczne wywołują raz zapalenie ograniczone lub ropienie miejscowe, to znowu dają nam obraz burzliwy, septyczny. Chyba nie zależy to od mniejszej lub większej ilości tychże drobnoustrojów. Może odpowiedź na to pytanie da bakteriologia, gdy wykaże żywotność i jadowitość bakterii w każdym przypadku. Tymczasem musi chirurg wnioskować o jadowitości zarazka na zasadzie klinicznych objawów, badania miejscowego i stanu ogólnego chorego.

Otóż tu kwestya, czy można sobie zdać jasno sprawę z położenia chorego przed otworzeniem jamy brzusznej jedynie na zasadzie objawów, opisywanych stale w podręcznikach, jako patognomoniczne dla zapalenia wyrostka robaczkowego? Na pytanie to autor stanowczo odpowiada przecząco. Jak wiadomo, rozpoznanie samego cierpienia opiera się na następujących objawach: ból napadowy, wrażliwość i wzmożona oporność w prawym dole biodrowym, następnie, nagłość napadu, mdłości, wymioty i podniesiona w mniejszym lub większym stopniu ciepłota ciała. Otóż MADELUNG uznaje za patognomoniczną tylko znaczną różnicę między ciepłotą pod pachą a ciepłotą w odbytnicy, co stwierdził autor w wielu, choć nie we wszystkich przypadkach. Zmiany tętna również zawodzą, bo przy 90 uderzeniach znaleziono zgorzel wyrostka.

Wreszcie na innych objawach także oprzeć się nie można, bo spotykają się przy wszystkich prawie cierpieniach brzucha. Pozostaje jeszcze przekłucie próbne, ale wobec możliwości zaszczepienia lub rozprzestrzenienia zarazka nie jest ono wcale bezpieczniejsze od cięcia próbnego.

W większości przypadków rozpoznanie wcale nie jest tak łatwe, jak to się stara udowodnić SONNENBURG w świetnej monografii (*Pathologie und Therapie der Perityphlitis, Appendicitis simplex und perforativa*. 1895). Rozróżnia on *appendicitis simplex* od *perforativa, resp. suppurativa* i w pierwszym przypadku leczy wewnątrznie, w drugim — operacyjnie. Charakterystyczną cechą form niewinnych ma być umiarkowane podniesienie ciepłoty ciała, nieznaczne przyspieszenie tętna, powolny rozwój choroby i niewielkie zmiany stanu ogólnego. Autor jednak nieraz spostrzegał przypadki, w których wszystkie objawy zdawały się przemawiać za istnieniem zapalenia nieżyłowego, a po otwarciu jamy brzusznej okazały się znaczne spustoszenia ledwie po upływie doby po rozpoczęciu choroby. Jedynie tylko wcześniej wykonana operacja może w tych razach uratować życie, co najlepiej uwidocznia następujący przypadek.

D-r med. A. K. lat 42, krzepko zbudowany, nigdy nie chorował. W środę wieczorem uczuł nagle ból w prawej połowie brzucha; ból znikł po zażyciu makowca. Nazajutrz mógł wizytować chorych. Po południu ból się ponowił wraz z dreszczami. W piątek rano nastąpiło polepszenie, na usilne jednak prośby rodziny chory pozostał w łóżku. Ku wieczorowi ból się zaczął wzmacniać, dreszcze się ponowiły, zjawily się wymioty. W sobotę wieczorem zbadał go autor: tętno 98, ciepłota 38,2°, oddechów 19, lekki ból przy ucisku w prawym dole biodrowym, nieznaczne zakłócenie stanu ogólnego. Wzmoczenie oporności i stłumienie w klasycznym miejscu niewyraźne. Lekkie wzdęcie brzucha. Wobec tych objawów chory z trudnością się zgodził na wykonanie operacji, która miała miejsce w niedzielę rano. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono w jamie biodrowej prawej płyn cuchnący śluzoropny. Wyrostek robaczkowy uległ zgorzeli na całej przestrzeni. Kątnica i otrzewna szaro zabarwione. Przyległe części poprzecznicy i jelita cienkiego ciemno-czerwonej barwy. Pomiędzy nimi niewielkie ropnie. Dół biodrowy prawy pokryty włóknikiem. Wobec tego rokowanie było niepomyślne i rzeczywiście śmierć nastąpiła po upływie 58 godzin przy objawach ogólnego zakażenia.

Cały szereg przypadków najdokładniej stwierdza konieczność wczesnego operowania zapalenia wyrostka robaczkowego. Pewne trudności nastrocza tylko rozpoznanie tego cierpienia, faktem bowiem jest, że podczas operacji wykazywano zmiany w wyrostku nieraz tam, gdzie rozpoznawano *salpingitis, oophoritis, peritonitis, ileus, typhus, cholelithiasis, nephrolithiasis*, ropień wątroby, a nawet zimnicę, grypę i zapalenie płuc! Zrozumiałem przeto się staje, że i chirurg może się czasami pomylić w rozpoznaniu, szczególnie, gdy objawy są słabo wyrażone i staje niepewny, czy ma wykonać operację, czy też wyczekiwać, póki sprawa się nie wyjaśni. Najtrudniejsze jest właśnie różniczkowanie pomiędzy zwyczajnym nieżytem wyrostka robaczkowego, a ropnem zapaleniem lub ropniem jego, boć skoro już doszło do przedziurawienia, ma się do czynienia z zapaleniem otrzewnej.

STRUEMPPELL radzi przystąpić do operacji wtedy, kiedy ciepłota ciała znacznie się podnosi, osobiwie, kiedy tętno drobnieje i przyspiesza się, ale i to nie jest dostateczną wskazówką.

Zresztą, niesłusznem jest przeciwstawianie nieżyty przedziurawieniu, a właściwie związanego z temi sprawami leczenia wewnętrznego chirurgicznemu, albowiem niebezpieczeństwo polega na tem, że w każdej chwili mogą wyjść ze swojej kryjówki zarazki i rozpocząć dzieło zniszczenia. Do tego, wszakże, zbytęczne jest przedziurawienie wyrostka robaczkowego.

Zważywszy to, przekonywamy się tembardziej o konieczności wczesnego operowania wszystkich przypadków zapalenia wyrostka, by zapobiedz smutnym ewentualnościom, zależnym jedynie tylko od wyczekiwania długiego.

W ostatnich czasach spotykać się zaczynają błędy we wprost przeciwnym kierunku. Lekarz domowy na zasadzie bólu w prawym dole biodrowym, wymiotów, gorączki i t. p. wzywa chirurga do operacji. Ostatni spostrzega zupełny brak objawów miejscowych i z konieczności musi pewien czas wyczekiwać. W jednym takim przypadku autor rozpoznał trzeciego dnia zapalenie opłucnej, a w drugim badanie ginekologiczne wykazało zapalenie okołomaciczne.

Pewna wprawa i umiejętność rozpoznawania różniczkowego może uchronić lekarza od pomyłek, a rozpoznane zapalenie wyrostka robaczkowego powinno być stanowczo leczone operacyjnie.

(*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. N. 38 i 39).

Maksymilian Kraushar.

26. ROSEMANN. **O wartości rozbiórów wód mineralnych.** Przy rozbiórze chemicznym wód mineralnych określamy jakość i ilość części składowych, nie rozpoznajemy jednak oddzielnych soli, lecz określamy tylko ich kwaśne i zasadowe składniki; nie rozpoznajemy np. chlorku sodu lecz kwas solny i tlenek sodu, nie określamy ilości siarczanu wapnia, lecz ilość kwasu siarczanego i tlenku wapnia. Dopiero ze znalezionych ilości zasad i kwasów określamy ilość soli; obliczamy np. z jaką ilością tlenku sodu może się połączyć znaleziona ilość kwasu siarczanego, pozostałą zaś ilość tlenku sodu łączymy z chlorem, resztę chloru z tlenkiem wapnia i t. d., dopóki wszystkie składniki nie utworzą soli. Nie mamy jednak ściśle określonych podstaw, jak łączyć rozmaite składniki; zwykle zwracamy uwagę na rozmaity stopień powinowactwa chemicznego, na powinowactwo kwasów i zasad: łączymy nasamprzód tlenek sodu z kwasem siarczanym, a dopiero resztę z kwasem węglanym, gdyż kwas siarczany łatwiej się łączy z sodem, niż kwas węglany. Niekiedy jednak nie jesteśmy w stanie stosować tej metody, jeżeli się to tyczy tlenku sodu i jednocześnie tlenku potasu. Wyparowujemy wtedy pewną ilość badanej wody i z pozostałych kryształów wyrokujemy o obecności tych lub innych soli; lecz i w tym przypadku mogą się podczas krystalizacji tworzyć sole, których niema w roztworze, a znów rozmaite sole mają często jednakową postać krystaliczną.

Obliczenie pewnego składnika w postaci tej lub innej soli zależy w zupełności od widzimisie chemika; w niektórych razach określa on tlenek wapnia jako chlorek, w innych jako siarczan, węglan lub węglan kwaśny, ten ostatni z wodą krystalizacyjną lub bez niej. Dlatego też i rozbiory wód mineralnych, dokonywane w celu określenia ich własności leczniczych, tracą na wartości. Z drugiej strony chemik może składnik, na którym wyjątkowo zależy zarządowi źródeł przedstawić w pozornie większej ilości. Tak np. litr wody mineralnej, zawierającej 0,0033 czystego litu można przedstawić jako zawierający 0,0070 tlenku litu, 0,0200—chlorku, albo 0,0179—węglanu, lub 0,0288—węglanu kwaśnego, wreszcie —0,0330, węglanu kwaśnego z wodą krystalizacyjną, czyli litr wody zawiera zaledwie od widzimy się analityka dziesięć razy większą ilość dwuwęglanu litu niż litu metalicznego! Wprowadza to w błąd lekarza —praktyka, który nie jest w stanie głębiej się zastanawiać nad wynikiem każdego badania: uważa on rozmaite związki litu, jak równoznaczne i bezwarunkowo odda pierwszeństwo wodzie, która zawiera pozornie więcej soli.

Sposób obliczania składników stałych w postaci soli pozwala wprawdzie podzielić wody mineralne na kilka grup, lecz nie jesteśmy w stanie poznać dokładnych różnic nietylko w obrębie jednej grupy, lecz niekiedy pomiędzy wodami

rozmaitych źródeł tej samej miejscowości, gdyż jeden badacz obliczył działający składnik jak chlorek, inny zaś jako siarczan lub węglan.

Obliczanie składników w postaci soli sprzeciwia się nadto zasadom nowoczesnej chemii fizycznej, podług której sole w roztworach ulegają rozkładowi na kwasy i zasady, czyli na tak zwane „iony“.

Dlatego też autor z otrzymanych przy rozbiorach danych obliczył składniki rozmaitych wód mineralnych niemieckich i niektórych innych w postaci zasad i kwasów i pracę swą pod tytułem „Die Mineralquellen Deutschlands“ wkrótce ogłosi. Porównanie rozmaitych wód mineralnych, oparte na nowych zasadach, rzuci światło na niektóre ciemne dotychczas czynniki lecznicze wód i dostarczy racjonalnych wskazań do stosowania ich w rozmaitych cierpieniach.

(*Therapeut. Monatshefte* N. 12. 1896).

J. Rosenstadt.

27. VELHAGEN. O dziedzicznym zaniku nerwów wzrokowych. Pod nazwą dziedzicznego zaniku nerwów wzrokowych wyodrębnił LEBER rzadką postać chorobową, której charakterystyczną cechą jest występowanie u kilku członków jednej rodziny, w różnym stopniu pokrewieństwa być mogących, i prawie stale w młodym wieku między 18 a 28 rokiem.

Mężczyźni częściej chorują niż kobiety. Dziedziczenie w prostej linii raz tylko zauważono. Objawy, przypominające pod pewnym względem t. zw. zapalenie nerwu pozagałkowe (*neuritis retrobulbaris*), polegają na nagłym zwykle pojawieniu się mgły przed oczami i osłabieniu wzroku, które w następnych dniach wzrasta; po 1—2 miesiącach następuje w większości przypadków, w przeciwstawieniu do zwykłego zaniku nerwu wzrokowego, zatrzymanie postępu choroby, a nawet poprawa wzroku. Przy badaniu znajdują się zawsze braki w środku pola widzenia (*scotoma*), gdy obwodowa jego część pozostaje prawidłowa nawet dla barw. Wieczorem chorzy widzą lepiej. Czasem zdarzają się podmiotowe zjawiska światła lub barw, lub objawy drgań świetlnych. Zawsze zajęte są oba oczy, jedno po drugim. Wziernik oczny wykazuje podług LEBER'a zamglenie brzegu tarczy nerwu i jej przekrwienie, czasem *neuroretinitis* w słabym stopniu, nawet plamy wysiękowe na tarczy, gdy tętnice siatkówki bywają dostatecznie wypełnione, a nawet rozszerzone. W późniejszych okresach występuje wyraźne odbarwienie zewnętrznej połowy tarczy nerwu; jednocześnie naczynia siatkówki stają się węższe. W dalszym przebiegu, podług LEBER'a, cała tarcza się odbarwia, chociaż wzrok dalej nie słabnie; zdanie to nie jest jednakże ogólnie przyjęte. Autor spostrzegł dziedziczny zanik nerwów wzrokowych u trzech braci w wieku lat 19, 20 i 25, u których można było zauważyć wszystkie wyżej wymienione objawy. Rodzice byli zdrowi. Wywiady żadnych wskazówek co do pochodzenia choroby nie dostarczyły. Pomimo braku danych anatomo-patologicznych objawy wziernikowe wystarczają do zdecydowania, że w początkach choroby istnieje zapalenie włókien nerwowych w pniu nerwu wzrokowego, a następnie pewna ich ilość zanika; wytłomaczenie jednak powstawania tej szczególnej sprawy zapalnej u osób, do jednej rodziny należących, może być oparte tylko na przypuszczeniach. Z poprzednich spostrzeżeń i ze spostrzeżeń autora wynika, że osoby ulegające dziedzicznemu zanikowi nerwów wzrokowych są i pod innymi względami nerwowo chore, miewają migreny, mdłości, wymioty, zawroty głowy, bicie serca, nawet padaczkę; jednym słowem układ ich nerwowy odznacza się, co najmniej, wrodzoną nierównomierną odpornością. Opierając się na teorii czynnościowej EDINGER'a *) można przy-

*) Volkmann's, klin. Vortr. Nr. 160. Ser. IV.

najmniej wyjaśnić objaw wyłącznego zajęcia środkowych włókien nerwu wzrokowego. EDINGER opierając się na ogólnie znanem założeniu, że przy czynności układu nerwowego mają miejsce przejawy przemiany materii, wymagające wynagrodzenia poniesionych przy tem strat, oznacza każdą czynność jako pewnego rodzaju szkodliwość. Gdy więc w jednym włóknie wynagrodzenie poniesionej podczas czynności straty ma miejsce w dostatecznej ilości, w innym wyrównanie to może nie nastąpić, a wówczas włókno to ulega rozpadowi. EDINGER nazywa ten objaw skutkiem nadmiernej czynności (*Ueberfunction*); jest to jednak określenie względne, ponieważ jednakowa ilość pracy może być nadmierna dla włókna nerwowego słabego z natury, gdy włókno zdrowe zniesie ją dobrze. W nerwie wzrokowym włókna makularne są bez wątpienia najczynniejsze, to też autor przypuszcza, że w nerwie wzrokowym z natury słabym te właśnie włókna skutkiem nadmiernej czynności ulegają rozpadowi, gdy pozostałe są zdrowe, i tem tłumaczy objawy opisane jako „dziedziczny zanik nerwów wzrokowych“.

(*Deut. medicin. Wochenschr. N. 52. 1896*).

B. R. G

28. Max DREYSEL. **Leucoderma syphiliticum**. Autorowie starsi, przeważnie francuscy, upatrywali istotę omawianego cierpienia w nadmiernem gromadzeniu się barwnika (*Hyperpigmentierung*), niemieccy zaś na pierwszym planie stawiają odbarwianie się skóry (*Depigmentierung*). Według licznych spostrzeżeń autora na normalnie lub nadmiernie zabarwionej skórze występują jaśniejsze plamy, które się na stopnie obwodowo wciąż powiększają; w tym też sensie rozstrzyga on wyżej postawioną kwestję.

Trudniej jest odpowiedzieć, czy *leucoderma* jest samodzielnym objawem przymiotu, czy też jest pozostałością po przebytej wysypce przymiotowej. Zdania różnych autorów pod tym względem są najrozmaitsze. Autor ze swojej strony zaznacza, co następuje: 1) w pojedynczych przypadkach niewątpliwie występują plamy *leucodermatis* w bezpośrednim związku z ogniskami grudkowymi. Oczywiście, że tutaj nacieczenie przymiotowe i odbarwianie się skóry (*Depigmentierung*) są w związku przyczynowym. 2) W wielu przypadkach występuje *leucoderma*, chociaż na odbarwiających się miejscach nie było wcześniej wykwitów przymiotowych. Jeżeli chcielibyśmy trzymać się teorii jedności powstawania *leucodermatis*, musielibyśmy dla tych przypadków albo przypuścić, że różyczka na szyi (gdzie najczęściej *leucoderma* występuje) jest o wiele częstsza, niż zwykle spostrzegana, i że tu łatwiej się naszej uwadze wymyka (NEISSER), albo też, że przy świeżym przymiocie występują na skórze nacieczenia, które klinicznie nie mogą być rozpoznane, gdyż są one zbyt mało znaczne, żeby wystąpić jako grudki i zbyt mało zapalne, żeby wystąpić jako różyczka, a jednak w sprawie zabarwienia mogą działać tak, jak to zauważyliśmy dopiero co przy grudkach (JADASSOHN).

Ulubionem miejscem *leucodermatis* jest szyja, zwłaszcza u kobiet, co zależy od działania światła i drażnienia wskutek odzieży, które to czynniki wywołują silniejsze zabarwienie skóry w tem miejscu, przez co na ciemniejszym tle miejsca odbarwione są widoczniejsze.

Histogeneza tej sprawy dotychczas nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniona; panują też co do niej zdania najrozmaitsze. Sam autor z własnych spostrzeżeń notuje, co następuje: w naskórku białej plamy było znacznie mniej barwnika, niż w naskórku na obwodzie; miejsca zupełnie wolnego od barwnika nie bywa. Jeszcze znacznie szą różnicę w zawartości barwnika w komórkach białej plamy i obwodu spotykamy w skórze. Ma więc tu miejsce albo zanik barwnika wskutek jakiegoś wydalenia się jego ze skóry i naskórka na zewnątrz, albo wessanie się jego, a może też połą-

czenie obu tych spraw rozstrzygnęłoby sprawę. Autor z zastrzeżeniem podaje wyniki swych badań wobec bardzo niewielkiej ilości badanych przypadków.

Jaką wartość rozpoznawczą ma *leucoderma*? NEISSER uważa ten objaw za swoisty dla przymiotu, inni mniej stanowczo się pod tym względem wyrażają; KAPOSI np. nie uważa go za charakterystyczny i rozpoznawczy objaw przymiotu. Najbardziej jednak obniża wartość tego objawu LEWIN, który badając około 4,300 kobiet „niesyfilityczek“ znajdował *leucoderma* w 4% przypadków; dane te jednak autor poddaje słusznie ostrej krytyce. On sam na 2,018 „niesyfilityczek“ znalazł *leucoderma* w 3-ch przypadkach.

Sprawy, które przy *leucoderma* nasuwają się do rozpoznania różniczkowego — jako to *vitiligo*, *pityriasis versicolor*, *chlorasmata* — łatwe są do odróżnienia od *leucoderma*. Jedynie łuszczyca (*psoriasis*) czasami daje podobne jasne plamy, lecz wtedy świeże jej ogniska pomagają nam w rozpoznaniu.

(*Berlin. klin. Wochenschr.* N. 42. 1896).

Wacław Sterling.

Zjazd syfilidologów w Petersburgu.

Z urzędowych sprawozdań ułożył J. Majkowski.

W dniu 28 stycznia r. b. został otwarty w sali Medycznego Departamentu zjazd syfilidologów, zwołany wskutek Najwyższego postanowienia w celu wynalezienia i osądzenia środków zaradczych przeciwko chorobom wenerycznym. Posiedzenie, w którego skład — oprócz 400 z górą lekarzy — weszli przedstawiciele ministerium finansów, rolnictwa i komunikacji, a także ziemstw i miast, zagał minister spraw wewnętrznych. Przemówienie swe zakończył tem, że według jego zdania, „najlepszym i najcenniejszym wynikiem niniejszych obrad będzie wypracowanie i dostarczenie mu dokładnego planu walki z zarazą przymiotową, planu tak praktycznie sformułowanego, że jemu — jako ministrowi — i jego współpracownikom pozostanie tylko jak najrychlejsze urzeczywistnienie postanowionych przez zjazd środków zaradczych“.

Przewodniczący w zjeździe, Dyrektor departamentu medycznego L. T. RAGOZIN, zawiadomił obecnych, że komitet przygotowawczy już opracował bardzo obfity materiał nadesłany z całego państwa, który ułożony w odpowiednie grupy i opracowany przez kompetentnych referentów, przedstawiony zostanie, w formie gotowych wniosków, do dyskusji i uznania ogólnemu zgromadzeniu.

Przewodniczący uprzedza, że oprócz ogromu zajęć, wynikających z bardzo obszernego programu, nastreczą się nieraz poważne trudności i z tego względu, że pierwszym naszym obowiązkiem będzie: zredukować do *minimum* wszelkie ograniczenia swobody osobistej, a tem bardziej nie naruszać godności ludzkiej. Pilnie więc baczyć nam wypadnie aby stara i zła maksyma „*pereat mundus, fiat justitia*“ nie dostała się do naszych praktyk zdrowotnych.

W końcu RAGOZIN słusznie przestrzega obecnych, aby przy debatach jedynie praktyczne cele mieli na oku i nie wdawali się w teoretyczne wywody, ściśle się utrzymując na gruncie konkretnym.

Po RAGOZINIE wszedł na katedrę prof. TARNOWSKI i zaznaczył przedewszystkiem, że obecny zjazd jest pierwszym i jedynym w tym rodzaju, poczem wskazał główne, wytyczne punkty zamierzonych obrad. Na szczególne zaznaczenie zasługuje podniesiona przez T. niezbędność racjonalniejszego, dotąd wycho-

wania młodzieży. Przedewszystkiem zmierzać ono powinno do wyrobienia woli a także do zaszczepienia przekonania o pożytku wstrzemięźliwości—jako najpewniejszego środka uchronienia się od chorób wenerycznych. Że przez rozległe zaprowadzenie w szkołach ćwiczeń fizycznych na świeżem powietrzu kosztem zmniejszenia długich godzin siedzenia w przepełnionych klasach zadanie powyższe wielce ułatwione zostanie — o tem chyba nikt wątpić nie może.

Pomijając dalsze zasadnicze wywody, przystępujemy do wniosków, które przedstawimy na podstawie świeżo wydanych przez Departament medyczny „Postanowień ogólnych posiedzeń zjazdu, odbytych od 15 stycznia do 22 stycznia 1897 r.“¹⁾).

I. Przymiot i choroby weneryczne wśród ludności wiejskiej.

1) Nizki stopień kultury i prostactwo ludu wiejskiego stanowią główne przeszkody pomyślnej walki z zarazą przymiotową; dlatego wszystkie środki, bezpośrednio zmierzające do rozwoju oświaty ludowej—jako to: odczyty dla ludu, ludowe czytelnie,—a przedewszystkie żywe pogadanki lekarskie, z objaśnieniami zapomocą rycin, latarni czarnoksięzkich i t. p., urządzone dla ludu przez lekarzy, zasługują na jak najszerze zastosowanie. Wszelkie więc zakazy i utrudniające co do tego formalności powinny być zniesione.

2) Zaprowadzenie we wszystkich guberniach, tak posiadających ziemstwa, jak i nieposiadających, stałych okręgów zdrowotno-lekarskich ma stanowić główny, podstawowy punkt wyjścia dla wszystkich środków zapobiegawczych. W okręgach tych powinny być założone stałe ambulatorya i małe szpitale, a także urządzony stały nadzór sanitarny przez utworzenie miejscowych, zdrowotnych, kolegialnych rad lub komitetów, złożonych z lekarzy i przedstawicieli instytucji społecznych. Mają być również zorganizowane gubernialne bióra statystyczne i ustanowione peryodyczne zjazdy lekarskie.

3) Leczenie ambulatoryjne powinno być wszędzie i dla wszystkich bezpłatne.

4) U ludności wiejskiej przeważa w ogólności zarażenie pozapłciowe nad zarażeniem drogą stosunków płciowych, co już samo dowodzi nizkiego poziomu pojęć i ukształcenia mas ludowych.

5) Leczenie w ambulatoriach okręgowych stanowi najlepszy i najpraktyczniejszy sposób wykrycia przymiotu.

6) Leczenie, izolacja chorych przymiotowych, jako też i inne środki zaradcze nie powinny być przymusowe.

7) Powszechne przymusowe oględziny, jako środek ogólnie zaradczy, nie zasługują na zalecenie; gdyby jednak z inicjatywy lekarza zgodziła się na nie cała ludność danej miejscowości dobrowolnie, to mogą one okazać się pożytecznymi.

8) Tak zwany przemysł wędrowny jest źródłem szerzenia się przymiotu po wsiach; ilościowo jednak nie da się to obecnie określić, należy więc przy przyszłej rejestracji przymiotu baczną na powyższe źródło zwrócić uwagę.

9) Wędrownie masy robotników, przesiedleńców, pielgrzymów i t. p. powinny być wszędzie, a szczególnie w głównych punktach gromadzenia się, znajdować

¹⁾ „Postanowienia obszczelch zasiedanij sjezda . . . “. S. Petersburg. 1897.

pomoc lekarską, lecz bez użycia środków przymusowych, tak co do leczenia jak i oględzin w celu poświadczenia stanu zdrowia, które to poświadczenie nie powinno być wymagane, (np. dla uzyskania paszportu). Również powinna być urządzona stała pomoc lekarska na drogach żelaznych i statkach parowych.

10) Szerzenie przymiotu przez żołnierzy powracających z wojska istnieje niewątpliwie. Toż samo powiedzieć można o wpływie obozów, rozkwaterowania wojska po wsiach i wysyłania żołnierzy na tak zwane wolne roboty.

11) O żołnierzach powracających do wiosek za urlopem lub zaliczonych do rezerwy a dotkniętych przymiotem powinny być przesyłane opisy choroby i leczenia, które—jako zawierające tajemnicę chorego—powinny być zapieczętowane i adresowane do własnych rąk lekarza miejscowego.

12) Wszelkie środki zapobiegające, urządzone na pewien tylko czas, jako to: wędrownie oddziały lecznicze, czasowe szpitale i t. p. nie są odpowiednie.

W miejscowościach, w których przymiot znacznie się rozszerzył, a miejscowe środki materyalne i urządzenia lecznicze okazały się niedostateczne, należałoby wyjednać pomoc rządową, jak się to dzieje przy uśmierzaniu innych chorób zaraźliwych, zawsze jednak w kierunku zakładania specjalnych oddziałów przy już istniejących szpitalach ogólnych, lub nowych szpitali ogólnych okręgowych.

Podług wiadomości dostarczonych zjazdowi okazuje się, że pomoc lekarska dla ludu w 10 guberniach polskich jest całkiem niedostatecznie urządzona i wymaga zasadniczego przekształcenia. Niezbędne jest zaprowadzenie w tym celu wiejskiej lub gminnej organizacji lekarskiej tak w 10 polskich guberniach, jak i w tych, w których ona dotąd nie istnieje.

13) Urządzenie żłobków i ochron dla dzieci wiejskich w czasie lata pod należyty nadzorem lekarskim zaleca się jako środek zapobiegający szerzeniu się przymiotu.

14) Tak samo niezbędny jest nadzór lekarski nad dziećmi, uczęszczającymi do szkół. Dzieciom dotkniętym zaraźliwą postacią przymiotu powinno być wzbronione uczęszczanie do szkoły.

15) Obecnie obowiązujące przepisy dotyczące szczepienia ospy, powinny być przejrane i zredagowane odpowiednio do nowszych o tym przedmiocie pojęć.

16) Dla wynalezienia jak najodpowiedniejszych dla danej miejscowości środków ochronnych przeciwko szerzeniu się przymiotu pożądane by było ustanowienie we wszystkich guberniach peryodycznych stałych zjazdów lekarskich. Postanowienia i propozycje tych zjazdów powinny być komunikowane miejscowym instytucjom społecznym, zarządzającym sprawą ochrony zdrowia publicznego i szafującym miejscowymi funduszami, na ten cel przeznaczonymi.

(C. d. n.).

Notatki bibliograficzne.

GILLES de la TOURETTE. HISTERYA (w opracowaniu d-ra A. Puławskiego).

Warszawa 1897 r. str. 330 Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Literatura nasza została świeżo wzbogacona nader cenną pracą: jest nią dzieło klasyczne GILLES de la TOURETTE'a o histeryi, przełożone, a właściwie s-tre-szczone przez kol. PUŁAWSKIEGO. Jakkolwiek w ostatnich latach pojawiła się u nas

spora wiązanka prac o histeryi (najwięcej ich wyszło z oddziału d-ra GAJKIEWICZA, napisanych bądź przez niego samego, bądź przez jego asystentów), — prace te wszakże nie dawały wyczerpującego pojęcia o rzeczy, rozbierały bowiem tylko ten lub inny objaw, tę lub inną poszczególną sprawę, całokształtu zaś przedmiotu nie obejmowały. Lukę tę w naszym piśmiennictwie wypełnia znakomicie spolszczone dzieło GILLES de la TOURETTE'a.

Pracę swą GILLES de la TOURETTE podzielił na dwie części: w pierwszej opisuje histeryę t. zw. normalną czyli międzyparoksyzmową, w drugiej—histeryę paroksyzmową. Podział ten jest uwarunkowany tą okolicznością, iż obraz kliniczny omawianej choroby składa się nietylko z zaburzeń, występujących epizodycznie (jak np. napady), lecz i z pewnych znamion (stygmatów), stale towarzyszących histeryi i możliwych do stwierdzenia nawet w chwilach, wolnych całkowicie od jakichkolwiek przypadłości chorobowych (do takich należą np. zmiany w czuciu lub zmysłach).

Napróżno usiłowałibyśmy tu w krótkich słowach streścić studjum francuzkiego uczzonego, —obszerna praca o histeryi nie dałaby się wcale wcisnąć w ciasne ramy referatu. Zresztą nie o referat nam chodzi; pisząc ocenę niniejszą, mieliśmy jedynie zamiar zwrócić uwagę na pewne ogólne wnioski, następujące się przy czytaniu „Histeryi“, wnioski, które mogą interesować szeroki ogół czytelników i które, jak nie można lepiej, tłumaczą potrzebę szerzenia wśród lekarzy racjonalnych pojęć o histeryi.

Histerya, iakkolwiek jest cierpieniem czysto nerwowem, należy do tych wyjątkowych chorób, z którymi każdy lekarz, bez względu na rodzaj swej specjalności, winien być dokładnie obznajmiony. Nieskończenie wielokształtna w swych przejawach, doskonała naśladowczyni najrozmaitszych cierpień, treść i istota wielu zaburzeń czynnościowych organów wewnętrznych, histerya stanowi czynnik, z którym lekarz zawsze przy rozpoznawaniu chorób rachować się musi, gdyż zapoznawanie jej prowadzi często do fatalnych błędów dyagnostycznych.

Dla udowodnienia tego poglądu przytoczymy fakt, iż wśród licznych objawów histeryi dają się niekiedy spostrzegać takie, jak obrzęk i zgorzel skóry, krwotoki skórne i błon śluzowych, gorączka i t. d. I oto jest wzgląd, dla którego uważamy za konieczne, aby każdy lekarz znał dobrze histeryę.

Ale nie jest on jedyny. Znajomość histeryi ważna jest i ze względów leczniczych. Punktem wyjścia dla terapii racjonalnej jest dokładne pojmowanie istoty cierpienia; bez tego postępujemy po omacku i często jaknajwiększą szkodę chorym wyrządzamy.

Badania CHARCOT'a i jego uczniów zmieniły radykalnie pogląd dawnej medycyny na istotę histeryi. Począwszy od PLATONA, a skończywszy na uczonych z ostatnich prawie czasów, wszyscy niemal utrzymywali, iż siedliskiem histeryi jest macica. Pogląd ten wszechwładnie panował w nauce, i iakkolwiek już i dawniej odzywały się nieliczne głosy (CAROLUS PISO, SYDENHAM) przeciwko takiemu pojmowaniu rzeczy, tem niemniej ogół lekarzy był najmocniej przekonany, iż histerya wynika zawsze z chorób macicy lub z niezadowolonego popędu płciowego. Niedorzeczny ten pogląd został przez szkołę z Salpetrière całkowicie obalony. Mistrz tej szkoły, CHARCOT, rzekł: „trzeba brać histeryę za to, czem jest, t. j. za chorobę przedewszystkiem psychiczną“. W zdaniu tem CHARCOT'a widzimy całkowite odwrócenie kwestyi: histerya z macicy została przeniesiona do mózgu,—hypoteza szалу macicznego ustąpiła miejsca teorii zaburzeń psychicznych, a punktem wyjścia tych ostatnich uznana została wzmożona sugestyjność.

Zgodnie z tym rewolucyjnym poglądem odmówiono płci słabej wyłącznego przywileju na histeryę. Badania w Salpetrière dowiodły, iż histerya atakuje chorych bez względu na płeć; co więcej, niektórzy dowodzą, iż wśród mężczyzn zdarza się ona nawet częściej, niż wśród kobiet. Główną przyczyną histeryi jest dziedziczność, a zaburzenia płciowe mają jedynie znaczenie czynników usposabiających, takie same, jak uraz, wstrząśnienia moralne, zatrucia i t. p.

Do takiego oto wniosku doszli uczeni, badając istotę i etyologię histeryi. Zdawałoby się, iż wobec nowoczesnych badań nad histeryą dawny pogląd na to cierpienie winien ustąpić całkowicie miejsca nowemu. Ale gdzie tam. W umysłach wielu lekarzy jeszcze dotąd pokutuje myśl o histeryi, jako o chorobie, właściwej wyłącznie płci żeńskiej i mającej swe siedlisko w narządach płciowych. Jeszcze dotąd nie jeden wierzy wspólnie z PLATONEM, że „macica jest to zwierzę, które gorąco pragnie wydawać na świat dzieci“, i że „dopóki żądza i miłość, połączwszy kobietę z mężczyzną, nie zrodzą owocu“, dopóty kobietę trapi histerya.

Należałoby już wreszcie rozstać się z tem niedorzecznem zapatrywaniem. Tu już nie chodzi o samą teoretyczną stronę kwestyi, ale i o stronę jej praktyczną.

Każdy lekarz ma do czynienia w praktyce z osobami, dotkniętymi histeryą, a wychodząc z fałszywego założenia PLATONA, udziela częstokroć chorym jak najfałszywszych rad. HIPPOKRATES powiedział o histeryczkach: „*nubat illa, morbus effugiet*“ i zasady tej wielu z nas dotąd się jeszcze trzyma. To też lekarze nader często zalecają pannom histeryczkom zamażpójście. Szczególna ta jednak terapia, jak uczy doświadczenie, w większości przypadków zawodzi. Wiedział już o tem lekarz XVII st., CAROLUS PISO, a spostrzeżenie jego, sformułowane w zdaniu: „widziałem, jak młode histeryczki wychodzą zamaż, zachodzą w ciążę i pozostają histeryczkami,—co więcej, jak w objęciach mężów dostają takich samych napadów“,— zostało w zupełności potwierdzone przez nowoczesne poszukiwania. Według statystyki BRIQUET'a, doskonałego znawcy histeryi, zaledwie dla $\frac{1}{4}$ histeryczek stan małżeński okazał się pożyteczny, dla $\frac{1}{2}$ był on obojętny, a dla $\frac{1}{4}$ był on wprost szkodliwy.

Umyślnieśmy się o tej kwestyi szerzej rozpisali, by wykazać, jak wielkie błędy wynikać mogą z niepojmowania istoty histeryi.

Dziwne, zaiste, fatum ciąży nad tą chorobą. W ciągu szeregu stuleci najrozmaiciej zapatrywano się na histeryczki; brano je za święte, jasnowidzące, opętane, czarownice, wreszcie za komedyantki, nigdy wszakże nie uważano ich za to, czem są istotnie, t. j. za osoby chore psychicznie. I jakkolwiek badania współczesnych neuropatologów jasno wykazały, że podstawą histeryi jest pewien szczególny patologiczny nastrój umysłowy, jeszcze dziś wielu widzi w histeryi chorobę udaną, a z osobami, cierpieniem tem dotkniętymi, postępuje tak, jak się postępuje z kłamcami i symulantami. Histerycy, ani histeryczki nie są komedyantami, a jedynym racjonalnym systemem leczenia tych osobników jest *l e c z e n i e p s y c h i c z n e*. Tylko tą drogą można okazać pomoc chorym; wszelkie zaś groźby i drwiny, tak często w życiu stosowane, tylko pogarszają stan rzeczy.

Pozostaje nam powiedzieć jeszcze słów kilka o najniedorzeczniejszej metodzie leczenia histeryi, a mianowicie o leczeniu jej zapomocą ciężkich operacyi, takich jak kastracya lub wycinanie macicy. Tu już wkraczamy w dziedzinę martyrologii. Nie jedna histeryczka operacyę tę życiem przypłaciła, a te, co wyzdrowiały, odzyskały zdrowie kosztem zbyt wielkich ofiar. Słusznie też powiada CHARCOT, że „teorya, na której się opierają operatorzy, jest fałszywa, a praktyka ich zła i niemoralna“.

Wszystko, cośmy powyżej rzekli, doskonale chyba tłumaczy konieczność dokładnego pojmowania histeryi przez jaknajszerszy ogół lekarzy, tłumaczy również, jak pożyteczna jest w naszej literaturze praca tak klasyczna, jaką jest dzieło GILLES de la TOURETTE'a. Być może, że i u nas zwycięży wreszcie racjonalny pogląd na histeryę, dla tego też pragnęlibyśmy wspólnie z tłumaczem, aby książka znalazła się w rękach każdego lekarza praktyka.

Na zakończenie powiemy kilka słów o przekładzie. Tłumaczenie to jest właściwie streszczeniem (oryginał zawiera aż trzy tomy), ale streszczeniem tak świetnym, iż sprawia w zupełności wrażenie doskonałego przekładu. Podziwiać należy talent pisarski tłumacza, który w skrócony przekład dzieła umiał włożyć tyle werwy i życia. Za pracę kol. PUŁAWSKIEGO należy mu się od nas jaknajszersze uznanie.

A. Wizel.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BENEDICENTI przekonał się w szeregu doświadczeń na królikach, że wprowadzony do ustroju alkohol zostaje wydzielany częściowo w stanie niezmiennym przez płuca. Wydalanie alkoholu nie przenosi 0,9—1,2% na godzinę bez względu na spożytą ilość jego. Zmniejszenie ciśnienia powietrza sprzyja wydalaniu, obniżenie zaś ciepłoty przeciwnie, dzięki temu zapewne, że przy niskiej ciepłocie wydychanego powietrza mniejsza ilość alkoholu przechodzi w stan pary. (Du Bois-Reymond's Arch. f. Phys. 96. S. 255).

= ROCHE otrzymał zachęcające wyniki, stosując przy padaczkach bromek strontu razem z bromkiem sodu, potasu i amonu — aa 0,35—0,70—1,0, trzy razy dziennie wtedy, gdy ostatnie preparaty nie okazywały widocznego działania. Zazwyczaj ilość napadów znacznie się zmniejszała, a u ośmiu chorych napady znikły zupełnie po upływie 4 do 16 miesięcy. Zjawiające się podczas leczenia wysypki zwalczał R. skutecznie *liq. arsenicali*. (Lancet 26. IX. 96).

= ADLER uważa za najlepszy środek przeciwko poceniu się nóg pędzlowanie roztworem formaliny. Po trzykrotnem stosowaniu wydzielanie potu znika zupełnie i nogi pozostają suche przez 2—3 tygodnie, zależnie od napięcia choroby i dokładności pędzlowania. Przy używaniu formaliny należy się wystrzegać wdechania ulatniającej się formaliny, gdyż drażni ona silnie błony śluzowe jamy ustnej i gardzieli. (Ctrbl. f. ges. Therap. XII. 96).

= Doświadczenia nad skutecznością wyciągu *chelidonii majoris* stosowanego w raku dają ujemne wyniki. TILLING stosował *chel.* w raku sutki, języka i żołądka, BEDDER i BÖCKMANN w raku macicy, MORITZ w raku wątroby i wszyscy otrzymali wyniki ujemne. WANACH spostrzegał po zastrzyknięciu w tkankę rakową sutki nagle pogorszenie i wysoką gorączkę. (Deut. med. Ztg. Nr. 1. 1897).

= DOYEN opisał szczególny objaw, zauważony u chorej po dokonaniu uniej trepanacyi. Objaw ten, nazwany „*la parole en minoir*“ polegał na wygłaszaniu wyrazów w odwrotnym porządku sylabowym; np. zamiast „panie doktorze“ chora mówiła „nie-pa rze-ko-do“. GRESSET spostrzegał podobne zboczenie mowy u chorej histeryczki, która wygłaszała wyrazy w odwrotnym porządku liter t.j. zamiast „panie“ mówiła „einap“. Chora ta następnie zwaryowała i G. nie miał sposobności więcej jej widzieć. (Progrès med. Nr. 49. 96).

= DUROUR zaleca następujący sposób przyrządzania mleka dla niemowląt. Do naczynia mającego u spodu otwór z kranikiem wlewa się ilość mleka krowiego, odpowiednią dziennej potrzebie dziecka w danym wieku i pozostawia w chłodnym miejscu na cztery godziny; tworzą się wtedy dwie warstwy, z których dolna zawiera głównie masłankę, a górna tłuszcz. Otworzywszy kranik, wypuszcza się 1/3 część dolnej warstwy i dolewa do naczynia równą ilość wody zawierającej w litrze 35,0 cukru mlecznego i 1,0 soli kuchennej.

Zmieszawszy płyn, należy go rozlać do flaszeczek i poddać wyjałowieniu. (Rev. de malad. de l'enfance IX. 96).

= FRAENKEL spostrzegł u chorej, zażywającej przez czas dłuższy tyreoidynę, po dwie tabletki dziennie, jod w moczu. Chora przez cały czas leczenia żadnego preparatu zawierającego jod nie zażywała. Spostrzeżenie to czyni wątpliwem zdanie EWALD'a, jakoby u zażywających tyreoidynę jod w moczu się nie znajdował. (Berl. klin. Woch. Nr. 37. 96).

= KRUEGER zaleca stosowanie arsenianu miedzi w ostrych niezbyt ciężkich kiszcech zakaźnego pochodzenia u dzieci. Działanie polega na wysokiej bakterjobójczej własności tego środka. Dawka dzienna wynosi 0,001 w szesnastu dawkach, ogólna nigdy prawie nie przewyższa 0,003. (Allg. med. Cntr. Ztg. Nr. 58. 96).

= GIOVANNINI twierdzi, że obmywanie 10/100 roztworem sublimatu jest świetnym środkiem profilaktycznym przeciwko szankrowi; obmywanie powinno być wykonane nie później jak w kilka godzin po spółkowaniu. G. czynił doświadczenia w tym względzie, szczepiąc na świeżych ranach na pośladku wydzielinę wrzodu miękkiego, i obmywając następnie ranki w przeciągu minuty nie później jak w 8 godzin po zaszczepieniu; gdy z ranek nie obmytych tworzyły się typowe szankry, ranki poddane działaniu sublimatu zablizniały się, jak ranki zwykłe. (Sem. méd. Nr. 64. 96).

= Prof. BUKA używa nader silnych promieni RÖNTGEN'a, dzięki czemu fotografowany przedmiot może być oddalony od rurek nawet o 2,7 m. Prócz udogodnienia dla chorych posiadają promienie także tę wyższość, że fotografia jest bardziej zbliżona do rozmiarów fotografowanego przedmiotu, które są tem większe, im dalej od rurki znajduje się przedmiot. (Dtsch. med. Woch. Nr. 45. 96).

= ROSENFELD zaleca stosowanie gliceryny przeciw kolce nerkowej. Środek ten nie ułatwia wprawdzie wydalania kamieni nerkowych, lecz łagodzi ból w znacznym stopniu i to na długi przeciąg czasu. Dawka dla osobnika wagi 160 kilo wynosi 100,0 w przeciągu doby; powtarzać środka nie trzeba. Żadnych

ubocznych objawów R. nie spostrzegął. (Wien. med. Presse. Nr. 43. 1896).

= Pod nazwą salubrol wyrabia fabryka w Höchst n. M. nową przysypkę przeciwnie, otrzymany przez działanie bromu na metylen dwusantypyrinę. Jest to proszek prawie bez zapachu, bezkształtny; przy zetknięciu z ciałami organicznymi stopniowo wydziela brom, co prawdopodobnie tłumaczy jego działanie przeciwnie. Doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że salubrol jest zupełnie nie trujący, a pod względem działania szkodliwego na hodowlę drobnoustrojów ma przewyższać jodoform. M. SILBER stosował salubrol przy zastrzałach, czyrakach, oparzeniach i różnych ranach z dobrymi wynikami. Zaznacza wybitną zdolność osuszania, która nawet stanowi przeciwwskazanie do używania salobrolu przy ropniach lub ropiejących dymienicach. Posypyany na powierzchnię rany salubrol wywołuje niezbyt silny ból; wyprysków nie zauważono. (Deutsche med. Woch. Nr. 52. 1896).

M. B.

= W sprawie pochodzenia mięszoowego zapalenia rogówki (*keratitis parenchymatosa*) zdania autorów nie są zupełnie zgodne. Największa liczba przypadków powstaje na tle przymiotu dziedzicznego, rzadziej przy nabytym. Z innych chorób ogólnych, które mogą wywołać tę sprawę rogówkową, wymienia ACHENBACH gruźlicę (MICHEL, BACH, VASSIUS, v. HIPPEL i inni), gościec stawowy (LEBER, v. HIPPEL), zimnicę, wreszcie grypę. (Berl. klin. Woch. Nr. 1. 1897).

B. R. G.

= CHOŁMOGOROW sądzi, że wprowadzenie do ustroju roztworu soli przy znacznych utratkach krwi podczas i po porodzie może się ograniczać na ławatywach oraz podskórnem wstrzykiwaniu, zastrzykiwanie bowiem do żył nie skutkuje bynajmniej prędzej, a jest połączone z większymi trudnościami. Przy niezbyt wielkiej utracie krwi stosuje CH. ławatwę z jednej szklanki roztworu o ciepłocie 37°, i powtarza ją po upływie 1/2 godziny; wobec znacznej utraty krwi należy wstrzyknąć w różne miejsca jednorazowo 1000 — 1500 ctm. sz. Autor stosował to leczenie w 51 przypadkach; w ośmiu z nich nastąpiło zejście śmiertelne. (Sammlung klin. Vortr. v. Volkmann Nr. 161. 1896).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— D-r T. HERYNG wybrany został na członka korespondenta „British laryngological, rhinological et otological association“ i takiegoż towarzystwa amerykańskiego.

— Do Kasy wzajemnego ubezpieczania pośmiertnego lekarzy berlińskich należało pod koniec r. 1896 (trzeci rok istnienia) 159 członków, w tej liczbie dwóch honorowych. Przyjmowani są członkowie do 60 roku życia a składka roczna wynosi 8 do 25 marek, zależnie od wielu wpisującego się. Raz oznaczona przy przyjmowaniu członka wysokość jego składki pozostaje raz na zawsze bez zmiany. Członek honorowy musi wnieść jednorazowo najmniej 300 marek. Wpłata pośmiertna określona została pierwotnie na 300 marek.

— Komisya niemiecka do badania dżumy wyjeżdża w tych dniach do Bom-

bay'u. W skład jej wchodzi: Prof. GAFFKY z Giessen, jako przewodniczący, prof. R. PFEIFFER z Instytutu dla chorób zakaźnych w Berlinie d-r DIEUDONNÉ z Bawaryi i DOCENT STICKER z Giessen. Przyłączenie się do komisji Roberta KOCH'a jest możliwe.

— W roku bieżącym w Berlinie ma być obchodzony uroczystie 50-letni jubileusz działalności profesorskiej VIRCHOW'a.

— Baronowa HIRSCH ofiarowała 100,000 rubli na nowo budujący się szpital żydowski w Warszawie, oraz 1,600,000 marek na budowę szpitala dla dzieci dotkniętych gruźlicą w Anglii.

— Akademia Medyczna w Paryżu przyznała nagrodę w ilości 10,000 franków prof. NOCARD'owi za jego pracę o gruźlicy.

Zmarli. W dniu 19 b. m. po krótkiej chorobie zmarł wśród nas jeden z najzacniejszych i najsympatyczniejszych kolegów. Legł w sile wieku d-r Aleksander WOLFF, starszy ordynator szpitala Ewangelickiego, lekarz i człowiek rzadkich zalet umysłu i serca. Urodzony we Włocławku w r. 1840, ś. p. Aleksander WOLFF ukończył gimnazjum w Siedlcach, w r. 1862 wstąpił na kursy farmaceutyczne w b. Szkole Głównej, a po ich ukończeniu na wydział lekarski tejże Szkoły, gdzie dyplom lekarski uzyskał w r. 1869; za rozprawę konkursową p. t. „O znaczeniu i wydzielaniu żółci w ustroju zwierzęcym“ otrzymał medal złoty. Praca ta wytknęła mu dalszy kierunek w ulubionem powołaniu. W ciągu 6 lat po ukończeniu Szkoły Głównej, widziano Go na stanowisku laboranta przy katedrze chemii lekarskiej, której z całym zapałem się oddał. Liczny szereg lekarzy miał możność wówczas poznać niezmierną gorliwość i uczynność oraz całą słodycz charakteru zgasłego. Założona w tym czasie przez nieboszczyka pracownia prywatna, chemiczno-rozbiorowa, dla celów dyagnostyki lekarskiej, rzetelnie przysłużyła się ogółowi lekarzy i uczyniła imię WOLFFA głośnem i popularnem. Zmarły był członkiem Towarzystwa Lekarskiego, a przez cały szereg lat — członkiem Komitetu Kasy Wsparcia, której gorliwie służył. Należał również do współwłaścicieli naszego pisma. Cichy i skromny, kochany i szanowany przez wszystkich schodzi do grobu w pełni sił i powodzenia, zostawiając niczem niezatartą pamięć po sobie.

Sprostowanie. W Nr. 8 na str. 189 w wierszu 13-ym od dołu, zamiast „streptothrix“ winno być „leptothrix“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 13 Февраля 1897 г. Друк К. Ковалевского, Warszawa, Mazowiecka 8.