

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Ni 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 Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. 10 przypadków owrzodzeń goleni, leczonych z zastosowaniem metody Manngoldt'a „zasiewania naskórka”. Podał d-r med. Adolf Kozerski. — O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia, podał d-r med. H. Higier. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 38. Krztusiec. 39. Badania nad somatozą. 40. Niestrawność wskutek wzruszeń. (Emotionsdyspepsie). 41. O zwłazku pomiędzy okiem i uchem. — Zjazd syfilidologów w Petersburgu. Z urzędowych sprawozdań ułożył J. Majkowski. (Ciąg dalszy). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Kozerski — Dix cas d'ulcères des jambes, traités par la méthode de Manngoldt. 2) D-r H. Higier — Sur des formes rares de maladies héréditaires et fa milliales 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) D-r A. Kozerski — Zehn Fälle von Unterschenkelgeschwüren behandelt nach Manngoldt. 2) D-r H. Higier — Ueber seltene Gestalten hereditärer, Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten.

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

ZE SZPITALA ŚW. ŁAZARZA W WARSZAWIE.

10 przypadków owrzodzeń goleni, leczonych z zastosowaniem metody Manngoldt'a „zasiewania naskórka“.

Podał d-r med. **ADOLF KOZERSKI**, lekarz ambulatoryum szpitala św. Łazarza.

W N-rze 52 „Medycyny“ w roku przeszłym podaliśmy streszczenie pracy MANNGOLDT'a, w której autor poleca do wypróbowania nowy sposób przeszczepiania naskórka podług prawideł następujących:

- 1) Rana powinna być wolna od ropienia i wszelkich objawów zapalnych.
- 2) Górną warstwę (miękką) ziarniny należy ściąć tak, ażeby pozostała tylko jej część twarda.
- 3) Wyjałowioną brzytwą należy skrobać z wyjałowionego zdrowego miejsca skóry naskórek aż do chwili, kiedy ukaże się na skrobanej powierzchni wiele punktów krwawiących.

4) Złożyć zeszkrobaną krwawą miazgę na przygotowaną podług powyższych wskazówek ziarninę w jednostajnej warstwie.

5) Przykryć ranę wyjałowionym papierem cynowym.

6) Do piątego dnia codziennie, następnie do dziesiątego co drugi dzień obmyć ranę wygotowanym roztworem soli kuchennej (0,6‰); od dziesiątego dnia przykładać lanolinę z kwasem bornym.

Mając możność korzystania z materiału dość licznie nagromadzonego w szpitalu św. Łazarza, zastosowałem wskazówki MANNOLDT'a w dziesięciu przypadkach.

W tym celu wybrałem przewlekłe owrzodzenia goleni „czystej krwi“, t. j. powstałe najczęściej wskutek urazu, rozwielenia wskutek nieczystości i drażniącego leczenia bab i znachorów, nie mające dążenia do zagojenia się wskutek wadliwego krążenia miejscowego krwi. Wyłączyłem więc owrzodzenia goleni powstałe na tle przymiotu, lub takie, którym oprócz czystego opatrunku nic nie brakowało do zabliznienia się.

Rzecz prosta, że zgłaszające się do szpitala przypadki nigdy nie są w stanie dopuszczającym natychmiastowe przystąpienie do zabiegu MANNOLDT'a. Ażeby więc zadosyć uczynić pierwszemu z jego wymagań, postępowaliśmy podług prawideł następujących.

Po zbadaniu stanu ogólnego chorej (wszystkie przypadki dotyczyły kobiet) staraliśmy się postawić ją w możliwie najlepszych warunkach, regulując działanie serca, ułatwiając czynność nerek, przewodu pokarmowego i t. d., o ile tego zachodziła potrzeba.

Przeciwko obrzękowi nogi stosowaliśmy zawieszanie kończyny w szynie, lub podkładanie materacyka pod stopę. (Chore pozostawały przez cały przebieg leczenia w łóżku). W razie przekrwienia zapalnego lub *lymphangoitis* otaczającej skóry przykładano: *aluminis acetici* 1,0, *hydrarg. bichlorati corrosivi* 0,05, *aq. destil.* 100,0 pod ceratkę. Rozszerzone żyły uciskano lekko bandażem zakładanym od palców aż powyżej kolana.

Jeżeli owrzodzenie pokrywała cuchnąca martwa tkanka, oddzielano ją nożyczkami, w razie zaś, gdy zbyt silnie przylegała ona do dna, przysypywano proszkiem *acidi salicylici* i zostawiano tak 48 godzin.

Po oddzieleniu martwej tkanki lub strupów przemywano owrzodzenie codziennie sublimatem, posypywano jodoformem i przykrywano gazą jodoformową. Jeżeli obrzęk i zaczerwienienie tkanek otaczających znikł a rana była pokryta czerwoną, ledwie cokolwiek wilgotną ziarniną, przystępowałem do przeszczepienia. Taki był najkrótszy przebieg przygotowań.

Zdarza się jednak, że wśród pomyslnego oczyszczania się owrzodzenia brzeg twardnieje modzelowato, a ziarnina szczególnie w środku większych owrzodzeń blednie, naskórek zaś przestaje narastać. Wtedy nacinałem stwardniały brzeg aż do zdrowej skóry w kierunku promieni, czasem oprócz tego robiłem w zdrowej skórze cięcia, okrążające częściowo owrzodzenie, poczem zwolnione napięcie skóry przywracało zwykle przebieg prawidłowy tworzenia się ziarniny i naskórka. Jeżeli jednak twardy brzeg i po tym zabiegu pozostawał twardym, wówczas ścinałem go i zdrapywałem ostrą łyżeczką aż do zdrowej miękkiej skóry.

Kiedy po tych zabiegach zdawało się, że owrzodzenie nareszcie odpowiada pierwszemu warunkowi MANNOLDT'a, przystępowałem do przeszczepiania.

Brzegi owrzodzenia, zwykle znacznie wyżej od jego dna położone, po większej części nie pozwalały brzytwie ścinać ziarniny równolegle do powierz-

chni skóry. Dla tego próbowałem zastąpić tu brzytwę nożykiem zgiętym lub zbudowanym w kształcie strzemienia, co jednak również wydało mi się niedo-
godne. Używałem więc łyżeczki ostrej.

Po delikatnem zeszkrobaniu miękkiej ziarniny przykrywałem ranę watą świeżą w roztworze fizyologicznym soli kuchennej wygotowaną, poczem zaraz przystępowałem do zeszkrobania potrzebnego naskórka. Wybierałem w tym celu zwykle udo. Wybrane miejsce najprzód golono, potem obmywano ciepłą wodą z mydłem, następnie eterem, wreszcie wodą przegotowaną. Brzytwę myto najprzód mocnym alkoholem, następnie 5% wodą karbolową i wreszcie wodą przegotowaną. Trzymając brzytwę pionowo ku powierzchni napiętej skóry, zeszkrobywałem powierzchowne jej warstwy aż do ukazania się krwawienia z wielu punktów, poczem zeszkrobaną krwawą miazgę niezwłocznie układałem na powierzchni owrzodzenia i przykrywałem ją papierem cynowym świeżo w fizyologicznym roztworze soli kuchennej wygotowanym. Papier przykrywałem watą i wreszcie bandażowałem kończynę.

Wyniki były następujące:

Przypadek I. Praczka, lat 59. Ogólnie zdrowa. Przed 4 tygodniami opuściła szpital św. Łazarza z niezagojonem tem samem owrzodzeniem, jakie się daje spostrzegać obecnie.

1)¹⁾ Na zewnętrznej powierzchni goleni lewej tuż nad kostką zaczyna się duża owalna przestrzeń zmienionej skóry niewyraźnie odgraniczona od zdrowej, wymiaru 15 ctm. długiej średnicy, w kierunku osi kończyny $\times$ 11 ctm. wymiaru poprzecznego, pokryta skórą gładką, lśniącą, cokolwiek obrzękłą, na obwodzie cokolwiek brunatno zabarwioną, zaczerwienioną ku środkowi, który zajmuje owrzodzenie okrągławe 10 ctm. długości, 6 szerokości, o dnie ropą pokrytem, $\frac{1}{2}$ ctm. niżej od powierzchni skóry położonem. Brzegi owrzodzenia, ostrze wycięte, nie dają się unieść w fałdę. Przez niezajęte części skóry goleni przeświecają miernie rozszerzone żyły.

Postępując podług zasad wyżej wyluszczonych, osiągnięto bardzo powolne, lecz stałe postępowanie gojenia. Po 8-iu tygodniach jednak brzegi zmniejszonego owrzodzenia zgrubiały, stwardniały, ziarnina zbladła, a sprawa gojenia ustała. Wtedy dokonałem kilkakrotnie krótkich nacięć stwardniałego brzegu, co jednak niewiele polepszyło stan owrzodzenia.

Po pięciu miesiącach bezowocnego leczenia poprowadziłem długie cięcia w kierunku promieni i naokoło owrzodzenia, kiedy zaś nacięcia szeroko się rozstały i napięcie skóry ustąpiło, dokonałem zasiania naskórka sposobem MANNOLDT'a.

II.²⁾ Przy pierwszej zmianie opatrunku t. j. na drugi dzień po przeszczepieniu znalazłem owrzodzenie pokryte nieprzezroczystą, jakby krupową warstwą. Wydzieliny prawie żadnej. Po łagodnem oplukaniu rany przegotowanym ciepłym fizyologicznym roztworem soli kuchennej założyłem znowu opatrunek cynowy.

III. Warstwa pokrywająca ranę stała się cokolwiek więcej przezroczysta, żółtawa, podobna do rozgotowanego gęstego kleju stolarskiego.

VII. Żółtawa kleista masa znikła, pozostawiając jakby tylko ziarninę, na pozór niczem nie powleczoną, zwracającą uwagę suchością swej połyskującej powierzchni.

1) Cyfry arabskie oznaczają dzień pobytu w szpitalu.

2) Cyfry rzymskie oznaczają liczbę dni, ubiegłych od dokonania przeszczepienia.

IX. W drobnych zagłębieniach powierzchni rany występuje, szczególnie po opłukaniu, siatka mętniejącej błonki.

XVI. W środku rany, z pośród zupełnie suchej jej powierzchni, wystrzeliło kilka okrągłych wydzielających ciecz surowiczą słupków ziarniny.

XVII. Górna połowa rany na całej swej powierzchni przybiera barwę fioletową wskutek mętnienia przykrywającej ją błonki.

XX. Górna połowa rany nabiera coraz więcej nasyczonej białawej barwy. Dolna połowa pokryta fioletową błoną.

XXII. Z wyjątkiem wyżej wymienionych kilku ziarn ziarniny cała rana jest pokryta u góry nieprzezroczystym, u dołu mętniejącym naskórkiem. Zastosowano codziennie *ung. boricum*.

XXXI. Cała rana pokryta białym nieprzezroczystym naskórkiem.

Chora pozostała w szpitalu jeszcze przez 6 tygodni, częścią dla dalszej obserwacji, częścią z powodu pęcherzów napełnionych krwawą cieczą, jakie jeden po drugim tworzyły się na miejscu zagojonych ran po cięciach obwodowych. Wreszcie po dwutygodniowym braku wszelkich objawów chorobowych opuściła szpital.

Należy dodać, że miejsce, skąd wzięto naskórek do szczepienia, zagoiło się pod jodoformem po tygodniu, pozostawiając rąbek brunatnego barwnika na granicy przestrzeni skrobanej.

Przypadek II. 1. Wyrobnica, lat 64. Budowa dobra, odżywianie mierne. Skóra żółta, nieelastyczna. Naskórek na całym ciele zlekka łuszczy się. Na przedniej powierzchni goleni prawej owrzodzenie trójkątne, 8,5 cm. u podstawy i tyleż długości mające, pokryte martwą, cuchnącą tkanką, otoczone szerokim pasem przekrwienia zapalnego. Owrzodzenie to trwa podług słów chorej od trzech kwartałów. Na obu goleniach żylaki. Z innych cierpień znaleziono—zwapnienie naczyń, zabliźnione przedarcie międzykrocza i zupełne wypadnięcie macicy.

Chorą nogę zawieszono na szynie, ranę przysypano proszkiem kwasu salicylowego.

4. Dno owrzodzenia pokrywa czysta gruboziarnista ziarnina. Zapalne zaczerwienienie w otoczeniu znikło. Wydzielina nie bardzo obfita.

8. *Status quo*. Pomimo czystości owrzodzenia, naskórek nie narasta.

11. Ściąłem miękką ziarninę i opatrzyłem ranę aseptycznie.

12. I. Dokonałem zasiania naskórka.

III. Większa część rany pokryta grubym krupowym nalotem. Resztę pokrywa żółtawa kleista masa.

XIII. Wydzieliny prawie niema. Większa część rany pokryta błoną barwy fioletowej.

XX. 4 miejsca w środku rany wśród przezroczystej zresztą błonki zmętniały, każde wielkości ziarna pszenicy.

XXIV. 6 wysp zmętniałego naskórka wśród rany.

XXIX. Zmętnienie szerzy się od 6-iu wspomnianych ognisk.

LVII. Pozostało jedno tylko miejsce niezagojone wielkości 10 kopiejek.

LXX. Cała rana pokryta grubą białą skórą.

Przypadek III. Wyrobnica, lat 60. Budowa dobra, odżywianie mierne. ogólnego cierpienia nie stwierdzono. Skóra żółtawa, sucha, mało elastyczna, lekko łuszczy się. Lewą goleń pokrywa skóra silnie zaczerwieniona, błyszcząca, swędząca (*eczema*). Ponad kostką wewnętrzną widać podłużne owrzodze-

nie o nieco zgrubiałych twardych brzegach, z dnem ropą pokrytem. Długość owrzodzenia wynosi 13 ctm., szerokość 4,5 ctm. Żyłaki kończyn dolnych.

5. Pod okładami z *sol. aq. liq. aluminis acetici* 1%, a następnie pod pastą LASSAR'a pryszczycza ograniczyła się do lekkiego zaróżowienia. Pod jodoformem, ostrożnie tylko na samo owrzodzenie stosowanym, dno owrzodzenia pokryło się czystą ziarniną, pokrywającą się od brzegów paskiem młodego naskórka na 2 mm. szerokim. Na tem sprawa stanęła i nie posunęła się naprzód aż do

19. przeciwnie nawet, brzegi stwardniały, narastanie naskórka ustało.

22. I. Dokonałem zasiania naskórka.

II. Rana pokryta dużą ilością kleistej brunatnawej niecuchnącej cieczy, po ostrożnem splukaniu której widać miążgę barwy ceglastej, pokrywającą ziarninę.

III. Rana pokryta jakby krupową powłoką. Wydzielina kleista, prawie żadna.

V. Pod wpływem opatrunku wilgotnego wystąpiło naokoło rany *eczema madidans*. Zastosowano pastę cynkową i pokryto papierem cynowym możliwie tylko samą ranę, bardzo mało występując poza jej brzegi.

VII. Wydzieliny niema żadnej. Całą ziarninę z wyjątkiem wąskiego paska u brzegów rany pokrywa przezroczysta, sucha błonka.

IX. Wśród wspomnianej błonki zjawia się siatka miejsc mętniejących. *Ung. boricum*.

XIV. Dawniej mętniejące miejsca zmętniały zupełnie, tworząc białą sieć wśród reszty błonki, znajdującej się w rozmaitych okresach mętnienia.

XIX. Cała rana z wyjątkiem jednego, teraz cokolwiek większego miejsca, pokryta białą młodą skórą.

XXIII. Niektóre punkty wspomnianego obnażonego paska ziarniny to zaciągają się nabłonkiem, to znów się obnażają.

XL. Chora opuściła szpital z nogą zupełnie zagojoną.

(C. d. n.).

O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia.

Podał D-r med. H. HIGIER.

(Dokończenie.—Zob. N. 13).

GANGHOFNER⁵²⁾ opisuje rodzinę, w której jedno i to samo wrodzone usposobienie neuropatyczne przejawiało się to w porodach przedwczesnych, to we wczesnem obumieraniu noworodków, to wreszcie w wystąpieniu rodzinnego porażenia mózgowego o cechach spastyczno ataktycznych. Z dwojga chorobą dotkniętych dzieci starsza — 8-letnia dziewczyna — rozwijała się prawidłowo do drugiego roku życia, kiedy zauważono osłabienie i drżenie nóg, do którego przyłączyło się następnie wzmoczenie patologiczne odruchów ścięgniastych, bezład kończyn górnych i dolnych oraz skandowanie mowy przy

⁵²⁾ GANGHOFNER. Zeitschrift für Heilkunde. 1896. T. XVII.

zachowaniu bogactwa słów i nietkniętej inteligencji. Z biegiem czasu wszystkie objawy osłabły. Wolnym natomiast krokiem rozwijało się młodsze dziecko—chłopiec 6-letni, — które nauczyło się stać bez pomocy dopiero w 3 roku, a mówić jeszcze później. Z objawów klinicznych najwydatniejsze były: zez zbieżny, upośledzenie czynności umysłowych, powolność i niewyraźność mowy, lekkie drżenie i niezgrabność rąk, niepewność i sztywność nóg, wzmożenie odruchów ścięgniastych i stopopłás.

HAUSHALTER ⁵³⁾ przytacza w wywiadach spostrzeżenia swojego, że dzieci pochodziły z małżeństwa zawartego pomiędzy krewnymi i że ojciec był pijakiem. Z czworga rodzeństwa dwoje starszych (braci) było dotknięte diplegią, dwoje zaś młodszych (sióstr) zmarło w dzieciństwie. Początek choroby u braci (11 i 10 lat liczących), zrodzonych prawidłowo i nie przedwcześnie, sięgał, zdaniem rodziców, wieku niemowlęcego. Chorób zakaźnych w wywiadach niema, przebieg choroby dość szybki. Obraz kliniczny następujący: zaburzenia w koordynacji wszystkich kończyn, położenie przymusowe rąk i palców, lekki stopień sztywności mięśni kończyn, w silniejszym zaś stopniu sztywność języka i mięśni twarzy; podczas spokoju drgawki jak przy płasawicy, wzmożenie odruchów ścięgniastych, drżenie gałek ocznych (u starszego brata), *pes equinus*, zaburzenia w mowie, utrudnienie w przelatykaniu pokarmów (u młodszego), ogłupienie.

W ogólnych rysach przypadki te przypominają nam bardzo chorobę FRIEDREICH'a. Niektóre jednakże szczegóły stoją w jawnej sprzeczności z klasycznym obrazem tej choroby, jak to HAUSHALTER sam zaznacza, mianowicie: wzmożenie odruchów ścięgniastych, ogłupienie, brak drżenia gałek ocznych (!) i skrzywienia kręgosłupa. „Wreszcie, powiada H., objawy chorobowe u obu chłopców są silnie wyrażone w takim wieku, w którym choroba FRIEDREICH'a, pomimo że powstaje we wczesnem dzieciństwie, zaledwie zaczyna się klinicznie przejawiać“.

Jeszcze więcej oddalone od typowego obrazu diplegii mózgowej są ciekawe wielce przypadki rodzinne BOUCHAUD'a i HOMÉN'a, których jednakże autorzy nie zaliczają do żadnej ze znanych postaci nozologicznych, lecz od głównego objawu nazywają: *dementia progressiva*.

W przypadku BOUCHAUD'a ⁵⁴⁾ choroba rozpoczęła się u dwójga rodzeństwa (chłopca i dziewczynki) w 6-ym, względnie 7-ym roku życia osłabieniem władz umysłowych i zaburzeniami w koordynacji wszystkich kończyn (*démarche tabeto - cérébellaire*). Objawów bezwładu, skrzywienia kręgosłupa i drżenia gałek ocznych nie było; natomiast mowa była powolna, choć wymawianie prawidłowe. Ogłupienie wciąż wrażliwało, chodzenie stało się niemożliwe, mowa niewyraźna, żucie i przełykanie pokarmów odbywało się niezmiernie powoli, mięśnie kończyn stały się sztywniejsze, pomimo że odruchów ścięgniastych w jednym przypadku całkiem nie było, a w drugim były osłabione. Stopniowo wrażliwałe wycieńczenie (*marasmus*) i przyłączenie się innych chorób położyło kres życiu. Pozostałe rodzeństwo i rodzice byli zupełnie zdrowi; dziadek zmarł od udaru mózgowego, babka nadużywała trunków. Dosyć niedokła-

⁵³⁾ HAUSHALTER. Loc. cit.

⁵⁴⁾ BOUCHAUD, Revue neurologique. 1894. Nr. 1.

dnie opisane badanie pośmiertne wykazało w obydwóch przypadkach obustronne stwardnienie bocznych pęczków piramidalnych i zmniejszenie ilości włókien mielinowych w korze mózgowej. Pęczki przednie i tylne były nieuszkodzone; ilość komórek zwojowych w rogach przednich — nieco zmniejszona.

BOUCHAUD twierdzi, że przypadków analogicznych w literaturze nie znalazł, i uważa spostrzeżenie swoje za „*affection encore non décrite*“ za „*maladie à part*“.

Co się tyczy przypadków HOMÉN'a ⁵⁵⁾, to, niestety, wątpliwe jest, czy można je zaliczyć do grupy pierwotnych, samoistnych rodzinnych chorób nerwowych, gdyż chorzy HOMÉN'a byli prawdopodobnie dotknięci przymiotem dziedzicznym. Pochodzili oni z rodziców pod względem rozwoju umysłowego dosyć upośledzonych; bliscy krewni również byli psychicznie nierozwinięci. Chorobą dotkniętych było troje rodzeństwa, dwóch braci i jedna siostra; dwoje zachorowało w wieku 20 lat, jedno w 12-ym roku życia. Choroba trwała 4,7 i 6 lat. Wygląd wszystkich chorych był niezmiernie dziecienny; u wszystkich choroba rozpoczęła się zawrotami i osłabieniem inteligencji. Chód był niepewny i przypominał chód pijanego. Oglupienie wciąż się zwiększało, mowa stała się niewyraźna, wystąpiły objawy spastyczne i przykurczenia kończyn. W ostatnim okresie choroby przełykanie pokarmów było utrudnione, a żreńnice oddziaływały dosyć leniwie. U niektórych chorych czasem było drżenie rąk oraz przemijające bóle w całym ciele.

O ile przebieg choroby u wszystkich chorych był jednakowy, o tyle i badanie pośmiertne dało w zasadniczych punktach te same wyniki. Ciężar mózgu był niezmiernie mały; brózdy w przednim odcinku mózgowia znajdowały się w stanie nieznacznego zaniku. Mikroskopowo stwierdzono wybitnie wyrażony zanik włókien tangencyalnych, nieznaczne zmiany w komórkach piramidalnych i zgrubienie neuroglii. Jako oznaki przymiotu, którego za życia nie można było stwierdzić ani u rodziców, ani u dzieci, znaleziono zmiany sklerotyczne w naczyniach mózgowych, zgrubienie czaszki i opon mózgowych, ogniska rozmiękczenia w *nuclei lentiformes*, marskość wątroby i znaczny przerost śledziony.

Spostrzeżenie HOMÉN'a, zajmujące klinicznie stanowisko pośrednie pomiędzy rodzinną diplegią mózgową SACHS'a i FREUD'a a bezładem dziedzicznym FRIEDREICH'a, zasługuje ze stanowiska etyologicznego na szczególną uwagę, z jednej bowiem strony stwierdza fakt, na który zresztą już FOURNIER i GILLES de la TOURETTE zwrócili uwagę, a który na zasadzie doświadczenia własnego potwierdzić mogę, że i przymiot dziedziczny może wywołać objawy diplegii mózgowej, z drugiej zaś strony zmusza nas do podejrzewania przymiotu nawet w niektórych takich przypadkach, gdzie wobec braku jakichkolwiek jego oznak i wobec charakteru rodzinnego choroby nie bez pewnej zasady rozpoznajemy „samoistne“ rodzinne cierpienie mózgowe.

Następną grupę dziedziczno-rodzinnych chorób mózgowych, której nie należy, zdaniem naszym, zbyt ściśle odgraniczać od diplegii mózgowych, stanowi świeżo opisana przez MARIE ⁵⁶⁾ „*Herédo-ataxie cérébelleuse*“, wielce pokrewna chorobie FRIEDREICH'a. Celem odróżnienia obydwóch tych posta-

⁵⁵⁾ HOMEN. Archiv für Psychiatrie. 1892. T. XXIV.

⁵⁶⁾ MARIE. Semaine médicale. 1893. Nr. 56.

ci chorobowych udziela MARIE następujących wskazówek: 1) choroba FRIEDREICH'a powstaje przeważnie w wieku dziecięcym, bardzo rzadko po 16-ym roku życia, prędzej zatem jest to cierpienie rodzinne, niż dziedziczne, dziedziczny zaś bezład mózdkowy rozwija się dopiero u osobników dorosłych i wskutek tego stanowi cierpienie dziedziczne i rodzinne; 2) zaburzenia w koordynacji przy pierwszym cierpieniu polegają na rzeczywistym bezładzie rdzeniowym, przy ostatnim zaś — na niemożności utrzymania równowagi, tak że stanie i siedzenie są znacznie utrudnione, a zamknięcie oczu nie wywiera na bezład żadnego wpływu; 3) przy chorobie FRIEDREICH'a brak odruchów ścięgniowych, a inteligencja nie jest upośledzona, przy bezładzie zaś mózdkowym odruchy ścięgna są bardzo wzmożone, a ze strony psychicznej stwierdzić można pewne nieprawidłowości; 4) przy bezładzie mózdkowym spotyka się zarówno podmiotowe jak i przedmiotowe zaburzenia czuciowe; 5) przy cierpieniu tem również dosyć często spotyka się zaburzenia ze strony żrenic, zanik nerwów wzrokowych, zmniejszenie siły wzroku, *dyschromatopsiam*; 6) niema przy tem ostatnim cierpieniu skrzywienia kręgosłupa oraz zniekształcenia stopy w postaci *pes excavatus*, co jest wielce charakterystyczne dla choroby FRIEDREICH'a.

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych przy *héréd-ataxie cérébelleuse*, to, opierając się na wynikach badań pośmiertnych w pojedynczych przypadkach i na analogii klinicznej pomiędzy tem cierpieniem a zanikiem mózdku, przypuszcza MARIE niedorozwój mózdku samego, a nawet całego ośrodkowego układu nerwowego bez jednoczesnego zwyrodnienia istoty nerwowej. Choroba FRIEDREICH'a polega wprawdzie, jak to wykazały badania DÉJÉRINE'a, MARINESCO'a i BLOCQ'a, również na niedorozwoju rdzenia kręgowego, jednakże zwykle bywa jednocześnie wyraźne zwyrodnienie pewnych pęczków rdzeniowych.

Wobec śmiałej hipotezy MARIE'go należy się krótka wzmianka zaciętej polemice między SENATOR'em a SCHULTZ'em, z której wynika, że za podstawę anatomiczną czystej postaci choroby FRIEDREICH'a SENATOR⁵⁷⁾ (1893), a przed nim już HAMMOND i MENZEL, uważa również jedynie niedorozwój lub zanik mózdku, zwyrodnienie zaś pęczków tylnych i mózdkowych bocznych za powikłanie częste, lecz nie konieczne. Ciekawy wielce jest fakt, że dla poparcia swojej hipotezy powołuje się SENATOR na te same dwa badania pośmiertne (FRASER⁵⁸⁾, NONNE⁵⁹⁾), wynik których pobudził MARIE'go do wyodrębniania opisaną przezeń *héréd-ataxie cérébelleuse*.

Wyodrębnienie z grupy bezładów dziedzicznych postaci chorobowej MARIE'go z wielu względów uważam za nieco przedwczesne. Przedewszystkiem większość danych różniczkowo-rozpoznawczych, z wyjątkiem niestałych zaburzeń wzrokowych, rzadko kiedy nie zawodzi. Zdarzają się bowiem, jak to już zresztą zaznaczył LONDE⁶⁰⁾ i jak o tem sam miałem sposobność niedawno się przekonać, przypadki, w których typowa choroba FRIEDREICH'a rozwijać się zaczyna dopiero po 25-ym roku życia (przypadek AUSCHER'a), i odwrotnie, gdzie obraz dziedzicznego bezładu mózdkowego rozwija się w bardzo wczesnem dzieciństwie (przypadek DESCROIZILLES'a). Przy obydwóch odmianach choroba może nie mieć charakteru dziedzicznego lub ro-

57) SENATOR. Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 21, 1893.

58) FRASER. Glasgow Med. Journal, 1880. Refer. w Erlenmeyer's Centralblatt, 1880.

59) NONNE. Archiv für Psychiatrie, 1891, p. 283.

60) LONDE. Revue neurologique, 1894, Nr. 18,

dzinnego [przypadki BESOLD'a ⁶¹⁾, NONNE'go ⁶²⁾]. Również nie można wiele liczyć na zachowanie się odruchów ścięgniętych i władz umysłowych, jak tego dowodzą liczne spostrzeżenia SEELIGMÜLLER'a, MENZEL'a i SENATOR'a.

Że wreszcie postać bezładu mózdkowego MARIE'go może z biegiem czasu przejść w klinicznie czystą postać bezładu rdzeniowego FRIEDREICH'a, dowodzi niedawno ogłoszone spostrzeżenie OULMONT-RAMOND'a ⁶³⁾.

Zresztą, zdaje się, że uwagi samego MARIE'go nie uszło, na jak słabych zarówno klinicznych jak i anatomicznych danych opiera się budowa opisanej przezeń postaci chorobowej, skoro zaznacza: „il est possible, que l'une et l'autre affection ne soient que des modalités différentes d'une même espèce morbide, un même processus initial, dégénératif, héréditaire, frappant dans le système nerveux des systèmes organiques analogues, mais distincts ou bien intéressant dans la maladie de FRIEDREICH un nombre de systèmes autre que dans l'hérédod-ataxie-cérébelleuse“.

Z drugiej zaś strony niemniej liczne są punkty zetknięcia między dziedzicznym bezładem mózdkowym a rodzinną postacią diplegii mózgowej. Wystarczy na poparcie tego twierdzenia przytoczyć tylko trzeci mój przypadek oraz spostrzeżenia DRESCHFELD'a, FREUD'a i HAUSHALTER'a; przypadki te odpowiadają prawie wszystkim warunkom, które MARIE uważa za nieodzowne dla opisanej przez siebie postaci. Pokrewieństwo pomiędzy temi dwiema postaciami będzie jeszcze wybitniejsze, skoro uprzytomnimy sobie, że o ile z jednej strony przy diplegii mózgowej mogą być objawy bezładu obok objawów spastycznych lub t. zw. *schlaffe Lähmung* (SACHS), o tyle z drugiej znów strony w niektórych przypadkach choroby FRIEDREICH'a może bezład przejawiać się bardzo słabo (3 przypadki SCHULTZE'go). I rzeczywiście, jeżeli trochę szczegółowiej przypatrzymy się tym przypadkom [FRASER ⁶⁴⁾, NONNE ⁶⁵⁾, SANGER BROWN ⁶⁶⁾, KLIPPEL-DURANTE ⁶⁷⁾] na zasadzie których MARIE wyodrębnił swoją *hérédod-ataxie cérébelleuse*, w której przypuszcza wrodzony zanik mózdku, to przekonamy się łatwo, że pojedyncze przypadki tego cierpienia nie mniej się pomiędzy sobą różnią, niż przypadki nietypowe choroby FRIEDREICH'a od rodzinnych diplegii mózgowych. Rodzeństwo FRASER'a (początek choroby w wieku dziecięcym) niemniej różni się od trzech braci NONNE'go (początek w wieku starszym), niż cztery pokolenia SANGER-BROWN'a (leniwe oddziaływanie żrenic) od oryginalnej rodziny KLIPPEL'a i DURANTE'a (zaburzenia czuciowe). Pomijam całkiem już te przypadki (SEELIGMÜLLER'a, MENZEL'a i ROUFFINET'a), które MARIE uważa za postacie przejściowe pomiędzy bezładem FRIEDREICH'a a bezładem dziedzicznym mózdkowym; również nie wspominam o tych, niedawno ogłoszonych przez BRISSAUD'a ⁶⁸⁾ i LONDE'go ⁶⁹⁾ przypadkach rodzinnych, „w których przeważnie był zajęty odcinek mózdkowy układu mózdko-rdzeniowego“. Badań późniejszych zarówno z czystych jak i z przejściowych postaci nie posiadamy prawie wcale.

⁶¹⁾ BESOLD. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. 1895.

⁶²⁾ NONNE. Archiv für Psychiatrie. 1895.

⁶³⁾ OULMONT et RAMOND. Mercredi médical. 1895. 9.

⁶⁴⁾ FRASER. Loc. cit.

⁶⁵⁾ NONNE. Archiv für Psychiatrie. 1891.

⁶⁶⁾ SANGER BROWN. Brain. 1892. Ref. Neur. Ctb. 1893.

⁶⁷⁾ KLIPPEL et DURANTE. Revue de Médecine. 1892. Październik.

⁶⁸⁾ BRISSAUD et LONDE. Revue neurologique. 1894. Nr. 5.

⁶⁹⁾ LONDE. Loc. cit.

Bliskie pokrewieństwo, zachodzące pomiędzy dziedzicznym bezładem spastycznym a diplegiami mózgowymi, o czym wyżej wspominałem, również nie uszło, zdaje się, uwagi MARIE'go, skoro w końcu pracy swej mówi on nawiasowo: *il serait également intéressant de rapprocher de l'hérédo-ataxie cérébelleuse les cas de diplegie cerebrale familiale rapportés par quelques auteurs et notamment par FREUD . . .* Ici, encore nous voyons donc le processus dégénératif héréditaire frapper à la fois plusieurs systèmes organiques dont quelques-uns analogues, d'autres tout à fait distincts d'où les différences entre ces diverses affections.

W swoim czasie całkiem słusznie zauważył CHARCOT, że obraz kliniczny choroby FRIEDREICH'a jest zapożyczony jednocześnie od stwardnienia rozsianego i od władu rdzenia. Używając tegoż wyrażenia, można twierdzić, że w większości przypadków obraz kliniczny dziedzicznego bezładu mózdkowego jest zapożyczony od choroby FRIEDREICH'a i od diplegii mózgowej. Nie ubiegając się o zbyt ścisłą klasyfikację pojedynczych przypadków, możemy jednak, zdaniem naszym, już na zasadzie dotychczasowego materiału klinicznego twierdzić, co następuje:

1) Bywają rodzinno-dziedziczne postacie „diplegii mózgowych“, w dalszym przebiegu których przyłączają się zaburzenia w koordynacji. 2) Również bywają „bezłady dziedziczne“, których dalszy przebieg zostaje powikłany objawami spastycznymi, przyczem odruchy ścięgniaste mogą być lub nie być wzmożone. 3) Wreszcie spotyka się „dziedziczne i rodzinne cierpienia układu nerwowego ośrodkowego“, przy których występują jednocześnie objawy spastyczne i ataktyczne.

Czy takie postacie mieszane i przejściowe nazwiemy ataktyczną diplegią mózgową, spastyczną postacią choroby FRIEDREICH'a, lub też mianem *hérédo-ataxie cérébelleuse*, to w rezultacie jest wszystko jedno. Co stanowi podstawę anatomiczną tych złożonych przypadków, o tem nas, niestety, żadna nomenklatura nie pouczy. W każdym razie nie mamy prawa, jak to czynią NONNE i FRASER, na zasadzie badania pośmiertnego dokonanego tylko w dwóch przypadkach przypisywać główną rolę niedorozwojowi układu nerwowego ośrodkowego, wzgl. oddzielnych części mózgu, zwłaszcza mózdku. Przeciwnie temu świadczą liczne dawniejsze (EPSTEIN, WITKOWSKI) i nowsze (KÖNIG) spostrzeżenia wrodzonego lub też nabytego niedorozwoju mózdku, a także całego ośrodkowego układu nerwowego, które to przypadki przebiegały całkiem bez objawów, a w każdym razie bez bezładu.

Zwolennicy „mózgowego“ pochodzenia diplegii spastycznych i bezładów z pewnością będą w każdym klinicznie spostrzeganym złożonym przypadku czynić przypuszczenia, że sprawa sklerotyczna przechodzi z biegiem czasu z kory półkul mózgowych na półkule mózdku i odwrotnie; natomiast zwolennicy „spastycznego porażenia rdzeniowego i bezładu rdzeniowego“ nie omieszkają wskazać analogiczne sprawy degeneracyjne, odbywające się w rdzeniu, w pęczkach bocznych, boczno-mózdkowych i tylnych. I w rzeczywistości jedni i drudzy dopóty będą mieć słuszość, dopóki nie będziemy w posiadaniu niezawodnych klinicznych oznak różniczkowych pomiędzy objawami spastycznymi i ataktycznymi pochodzenia mózgo-mózdkowego i temiż objawami pochodzenia rdzeniowego. Zresztą, być może, że spór ten zasadniczo nie wiele więcej ma znaczenia, niż dawny spór w sprawie różnic klinicznych zachodzących pomiędzy *poliomyelitis* a *neuritis motorica*, pomiędzy dystrofią a zanikiem mięśni pochodzenia rdzeniowego. Wszędzie daje się spo-

strzeżać nieprzerwany łańcuch postaci klinicznych. Że ze stanowiska anatomo-fizyologicznego te postacie mieszane również dają się tłumaczyć, poucza nas dostatecznie teoria nowoczesna o neuronach, słusznie odróżniająca obok zwyrodnienia nerwów zwykłego, pierwotnego i zwyrodnienia WALLER'a, zwyrodnienia wsteczne w każdym neuronie (*dégénérescence retrograde*) i zwyrodnienia przechodzące z jednego neuronu na drugi (*dégénérescence de transmission*).

W przyszłości należałoby przede wszystkim zbierać skrzętnie i ogłaszać odpowiednie spostrzeżenia, a wtedy ponowne zestawienie, ocena krytyczna i dokładne rozklasyfikowanie „mieszanych” i „przejściowych” postaci chorób dziedzicznych i rodzinnych o cechach „spastycznych”, „amyotroficznych” i „ataktycznych” lub cechach „mózgowych”, „rdzeniowych” i „mózgo-rdzeniowych” stanowiłoby jedno z najwładźniejszych zadań zarówno dla klinicysty jak dla anatomo-patologa. W obecnej chwili podobna praca jest z wielu względów niemożliwa, a nadewszystko przedwczesna.

D o d a t e k: Z prac, które nie mogły być zużytkowane w artykule moim, oddanym do druku przed pół rokiem, wspominam o następujących, w części znanych mi z referatów, w części z łaskawie przez autorów nadesłanych odbitek: 1) Prof. ACHARD-FRESSON. Paraplégie spasmodique familial. Odbitka z Gazette hebdomadaire. 1896. 14 Décemb. 2) Prof. L. NEWMARK. A further contribution to the study of the family form of spastic paraplegia. Odbitka z The medical News San Francisco 1897. 16 Jan. 3) Prof. E. JENDRASSIK. Ueber Paralysis spastica und über die vererbten Nervenkrankheiten im Allgemeinen. Odbitka z Deutsches Archiv für klin. Medic. 1897. 4) Prof. B. SACHS. A family form of idiocy, generally fatal, and associated with early blindness (amaurotic family idiocy). Odbitka z New-York medical Journal. 1896. 30 May. 5) Prof. E. C. KINGDON i J. RISIEN RUSSEL. Zwyrodnienie mózgowia w dzieciństwie z zanikiem symetrycznym plamki żółtej. Posiedzenie Tow. Lek. Londyńsk. z dnia 12 stycznia 1897. Refer. w Semaine médicale. 1897. Nr. 2.

Pierwsze dwa spostrzeżenia (Nr. 1 i 2) stanowią typ t. zw. „*paralysis spinalis spastica*”, 3-cie (Nr. 3) typ postaci przejściowej t. zw. „*paralysis spastica cerebro-spinalis*”, dwa ostatnie (Nr. 4-ty i 5-ty) typ „*diplegii mózgowej*”. Z wyjątkiem artykułu SACHS'a, który ukazał się w druku jednocześnie z pracą moją „*Ueber die hereditären und familiären Hirn- und Rückenmarkskrankheiten*” (Deut. Zeitschrift f. Nervenheilkunde. Bd. IX. 1896), wszystkie inne znacznie później ogłoszone zostały.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

38. J. RITTER. **Krztusiec.** Od lipca 1891 r. do lipca 1896 r. spostrzegał autor 1161 przypadków krztusca. Ogółem było: w styczniu 115, w lutym 66, w marcu 97, w kwietniu 75, w maju 148, w czerwcu 85, w lipcu 119, w sierpniu 126, we wrześniu 71, w październiku 111, w listopadzie 114 i w grudniu 34 przypadki, co stwierdza bezpodstawność przypuszczenia, że krztusiec panuje głównie zimą i na wiosnę.

Owych 1161 przypadków dotyczyło 498 rodzin, z którymi w stosunkach ścisłych żyło 1013 rodzin posiadających jedno wejście i korytarz wspólny z rodziną

na krztusiec chorującą. Pomimo ciągłego obcowania członków obu kategorii rodzin ani jedna osoba z owych 1013 na krztusiec nie zapadła.

Dane co do wieku chorych wykazują, że liczba zapadających na krztusiec poczynsz od pierwszych miesięcy życia rośnie szybko do 1—2 roku, poczem znacznie się zmniejsza.

Oprócz sposobności do zarażenia się należy brać pod uwagę pewne usposobienie, są bowiem jednostki odporne przeciw krztuścowi. Odporność ta nie jest stała i z czasem znika, czego dowodzą dzieci 10 rodzin, które podczas pierwszej epidemii ocalały, a po 1—3 latach co do jednego zachorowały. Zarażenie się jest jeszcze zależne od rodzaju zakażenia. Krztusiec szerzy się najczęściej wskutek osobistego stykania się z chorymi, rzadko pośrednio. Siedmiokrotnie spostrzegł autor, że dzieci, pomimo wprowadzenia się do mieszkania, gdzie przed 4—8 dniami panował krztusiec, nie zarażyły się. Że nie mogło tu być mowy o odporności, świadczy to, że po $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$ roku wszystkie te dzieci podczas nowej epidemii zachorowały. Możliwość zarażenia się przez powietrze przesiąknięte zarazkami swoistymi nie jest wyłączona. Osłabienie ustroju i niehigieniczne warunki życia stanowią żyzną glebę dla tego cierpienia.

Krztusiec powstaje dzięki swoistemu działaniu dwuziarniaków krztuśca (*diplococcus tussis convulsivae*). Każdą plwocinę badano 10—20 razy w przestankach trzydniowych. Ogółem dokonano przeszło 2000 badań, a hodowli na agarze przeszło 30000. Strona techniczna badania nie przedstawia nic osobliwego. Przepłukuje się dzieciom usta $\frac{1}{2}\%$ roztworem cyanku rtęci i oczyszcza dostępne części gardzieli zmoczoną w tymże roztworze osadzoną na trzonie gąbką, poczem z zebranej plwociny przygotowuje się hodowlę na agarze. Po 12, a lepiej po 18—20 godzinach spostrzega się delikatne, zupełnie ograniczone, odosobnione, słabo szare, na wejrzenie silnie spojone, okrągławe twory. Po 24 godzinach twory te giną wskutek powolnego bujania hodowli zwykłych saprofitów. Wyosobnienie tych dwuziarniaków jest niemożliwe; przy przeszczepianiu tracą one stopniowo siłę rozwoju i zwykle już po 3—4 szczepieniach przestają się rozwijać. Pierwsza nawet hodowla traci po tygodniu zdolność do rozwoju dalszego.

Z zachowania się dwuziarniaka można do pewnego stopnia wnioskować o właściwości krztuśca. Nader skąpo spostrzegany w okresie nieżytnym drobnoustroj ten rozmnaża się w okresie kurczowym, by znów w nieznacznej ilości ukazać się u schyłku cierpienia. Odpowiada to rozmaitemu stopniowi zaraźliwości tej choroby w różnych jej okresach.

Wreszcie znaczne nagromadzenie się dwuziarniaków swoistych w oskrzelach tłumaczy też napady kurczowe. Właściwą drogę do odnalezienia swoistej przyczyny cierpienia daje nam pewność, że nie krtani albo przyległy odcinek dróg odddechowych, lecz błona śluzowa oskrzeli jest siedliskiem choroby. Badanie krtani 14 chorych dorosłych stwierdziło to, co uprzednio spostrzegano w krtani u dorosłych dzieci; przy badaniu pośmiertnem trzech ludzi zmarłych podczas krztuśca znaleziono stan zapalny i wyraźne zmiany błony śluzowej oskrzeli obok masy zbitych drobnoustrojów chorobotwórczych.

NEUMANN zaprzecza swoistości dwuziarniakowi krztuśca jedynie na tej zasadzie, że wykrył go tylko w dwóch przypadkach. Oczywiście, że nieznanie tego drobnoustroju w nader szczupłym szeregu badań nie może być miarodajne. O wiele bardziej przekonujące byłoby znalezienie omawianego dwuziarniaka przy innych chorobach lub u ludzi zdrowych, jakkolwiek i to nie byłoby dostateczne wobec znajdowania laseczników błoniczych w jamie ustnej ludzi zdrowych.

Co się tyczy sprawy leczenia krztusca, to najchętniej posługiwano się w celu zwalczania tego cierpienia chininą lub bromoformem. Pierwszej BINZ przypisuje własność przeciwczynową, drugiemu zaś STEPP — pewne swoiste działanie na krztusiec. Począwszy od 1 maja 1894 r. do 1 stycznia 1895 leczył autor 100 chorych chininą i 100 bromoformem. Chininę stosował w ilości tylu decygramów, ile lat liczyło dziecko, lub po dwa razy tyle centygramów, ile miało miesięcy. Bromoform dawał dzieciom poniżej $\frac{1}{2}$ roku 3 razy, a od $\frac{1}{2}$ do $\frac{3}{4}$ roku 4 razy dziennie po 1 kropli, a od $\frac{3}{4}$ do 2 lat 3 razy dziennie po 2 krople w wodzie przegotowanej. Powyżej 2 lat dawał tyle razy dziennie po tyle kropel, ile dziecko lat miało. W 27 przypadkach stosował chininę podskórną.

Przy stosowaniu chininy krztusiec trwał zwykle 4—7 tygodni, rzadko krócej, lub dłużej.

Troje dzieci zmarło podczas leczenia z powodu zapalenia płuc.

Przy stosowaniu bromoformu krztusiec trwał dwa do czterech tygodni.

Znaczniejsze wymioty i krwotoki wskutek napadów kaszlu miały miejsce przy leczeniu chininą częściej i przez dłuższy czas się pojawiały, aniżeli przy bromoformie.

Z zestawienia licznych tablic przez autora podanych widać wyższość bromoformu nad chininą. Staje się ona jeszcze wyraźniejsza przy stosowaniu coraz wyższych dawek. To też bardzo często dzieci $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ roczne otrzymywały 3 razy dziennie po 2 krople, $\frac{1}{2}$ —1 roczne — 3 razy dziennie po 3 krople, trzyletnie 4—5 razy dziennie po 6—7 kropli i t. p.

Ubocznego działania bromoformu autor nie zauważył. W ostatnich czasach chorzy jego zużyli prawie 10 kg. tego środka i oprócz wysypki ani razu objawów zakłócenia stanu ogólnego nie było. Przeciwnie, nieraz zauważyć można było, że waga ciała powiększała się.

I doświadczenia nad zwierzętami przekonywają, że można im bezkarnie dawać przez dłuższy przeciąg czasu bromoform w dawkach odpowiednich. Badania UNGAR'a nad zwyrodnieniem tłuszczowem narządów wewnętrznych u zwierząt po 2-miesięcznem podawaniu psom ważącym 3—8 kg. bromoformu w ilości 50—60 kropli dziennie nie dały wyników dodatnich.

Ostatnio stosował autor u 600 chorych bromoform i tylko w 9 przypadkach nie zauważył pożądanego polepszenia. Zwykle już po kilku dniach ustępowały objawy takie, jak: wymioty, krwawienia, poważniejsze skurcze, a po 2 tygodniach stan zadziwiająco był pomyślny. Cała choroba trwała zwykle 4—5 tygodni. Dłużej jak 7 tygodni krztusiec trwał wyjątkowo. W 18 przypadkach 5 gr. bromoformu wystarczyło do uzdrowienia 1—3 letnich dzieci.

(*Berliner Klin. Woch. 1896. N. 47 i 48*).

39. SCHRAMM. **Badania nad somatozą.** Już z dawien dawna zarówno lekarze jak chemicy zaprzatają się myślą wynalezienia środka pożywnego, obfitującego w białko, który, nie ulegając zmianom chemicznym w żołądku i kiszce, wchłaniałby się bez względu na siłę trawienną przewodu pokarmowego, i który mógłby zarazem zastąpić niemowlęciu w zupełności mleko. Początkowo wybór padł na peptony, które nie ścinają się, łatwiej przenikają przez błony zwierzęce i w ten sposób stają się bardzo odpowiednie do wchłonięcia. Okazało się jednak, że czysty pepton nie idzie bynajmniej na odbudowę pierwiastków tkankowych *) i nie zachowuje równowagi białkowej ciała, że ma on przykry smak i po-

*) Doświadczenia PŁOSZ'a i GYERGYAI'a do przeciwnych uprawniają wniosków. (Przyp. refer).

budza ruch robaczkowy kiszek. Zwrócono przeto uwagę na ciało, zajmujące pośrednie miejsce między białkiem a peptonem, mianowicie na albumozę, która łatwo się rozpuszcza, łatwo się wchłania, nietylko zachowuje równowagę azotową ciała, ale wytwarza nadmiar azotu, nie ma zapachu i smaku i nie wywołuje biegunk.

Pragnąc mleko krowie upodobnić pod względem składu chemicznego do mleka kobiecego, dodawał RIETH do rozcieńczonego mleka krowiego obok tłuszczu i cukru albumozę, dobytą z jajka kurzego, zawierającą dużo siarki. Albumoza mięśna, znana w sprzedaży pod nianem somatozy, własności tej nie posiada, bo zawiera siarkę w niewielkiej ilości. Mleko krowie pod wpływem somatozy ścina się dzięki lab-fermentowi w delikatne miękkie kłaczk, podobnie jak to widzimy w mleku kobiecym.

Podług przepisu GOLDMANN'a przygotowuje się mleko z somatozą w następujący sposób: do litra mleka krowiego dodaje się 730 ctm. wody, 10,7 grm., somatozy, 46,0 grm. cukru mlecznego, 35,6 grm. tłuszczu, względnie 71,0 grm. śmietanki, zawierającej 50% tłuszczu, a to na podstawie obliczenia, że mleko kobiece przecięciowo składa się z 3,79% tłuszczu, 0,78% białka, 1,69% sernika, 5,46% cukru mlecznego, krowie zaś z 3,32% tłuszczu, 0,52% białka, 2,91% sernika, 4,84% cukru mlecznego. Przyjmując dla białka i wodorów węgla ilość ciepłotek równą 4,1 kaloryom, a dla tłuszczu 9,2 kaloryom, otrzymamy około 674 kaloryi dla kwarty mleka kobiecego i około 670 kaloryi dla kwarty mleka krowiego z somatozą.

Badanie nad wartością somatozy było przeprowadzone na 30-tu dzieciach. Niemowlętom dawano ocukrzane mleko krowie, rozcieńczone roztworem wodnym somatozy, najwyżej w stosunku 1 : 1. Ilość somatozy wynosiła 2,0 grm. na litr mieszaniny, cukru zaś około 25,0 grm. Słabym dzieciom dawano 2—3,0 grm. dziennie somatozy w mleku lub zupie. Dzieci gorączkujące otrzymywały mleko rozcieńczone roztworem somatozy w ilości 2,0 grm. na pół litra mieszaniny. Przy niestrawności ostrej dawano niemowlętom kalomel i co 3 — 4 godziny mleko rozcieńczone roztworem somatozy w stosunku 1 : 3; przy wymiotach—zimny roztwór somatozy łyżeczkami. Wymioty zwykle ustępowały w przeciągu pierwszej doby, tak że nazajutrz, a najdalej trzeciego dnia można było dawać mleko z roztworem somatozy w zwykłej ilości. Oprócz kalomelu nie dawano dzieciom żadnego innego lekarstwa. Ani wymiotów, ani biegunki w zależności od somatozy nie spostrzegano.

HERTMANN jest zdania, że somatoza przez pierwsze kilka dni nie skutkuje wcale, przeciwnie wywołuje mniej więcej znaczny nieżyt narządów trawienia. KUHN i VÖLKER również spostrzegali biegunkę. Objaw ten przypisać należy wysokim dawkom somatozy (84,0 grm. dziennie). REICHMANN radzi stosować małe dawki, od których SCHRAMM nigdy nie zauważył wzmożenia ruchu robaczkowego. Kał tracił wodnistość, przyjmował zwykłą swą postać, zabarwienie brunatnawe, był lepki. Nieraz należało zapomocą ławatyw usuwać zaparcie, spowodowane użyciem somatozy. Lepkość i zabarwienie kału, zdaje się, są zależne od nadmiaru somatozy, która niezmienną wydala się z ustroju, jak to wykazały spostrzeżenia KOHN'a i VÖLKER'a, którzy doszli do wniosku, że somatozy w postaci ławatyw odżywczych stosować nie można. Waga ciała pod wpływem somatozy wzrasta znamiennie, szczególnie w początku; przyrost stanowi 30, 40, nawet 60 grm. dziennie. Następnie przyrost opada; czasami waga ciała się zmniejsza, ale nieznacznie, co, zdaje się, przemawia za tem, że stosować somatozy stale przez dłuższy przeciąg czasu nie należy. Wogóle własności somatozy można streścić w następujących siedmiu punktach: 1) Zawiera ona 0,9 albumozy. 2) Nie zawie-

ra żadnych niestrawnych lub wywołujących fermentację części składowych. 3) Zawiera ważny dla budowy komórek fosforan potasu. 4) Jest łatwo strawna, nie ma smaku i zapachu. 5) Nie wywołuje rozwolnienia, przynajmniej w małych dawkach. 6) Sernik pod jej wpływem ścina się w cieniutkie, delikatne płatki, nie potrzeba przeto zbyt rozcieńczać mleka krowiego. 7) Znakomicie ją znosi nawet nader wrażliwy żołądek i łatwo wchłania ją upośledzony nabłonek.

(*Arch. f. Kinderh. XXI. Z. 1 — 3*).

Maksymilian Kraushar.

40. O. ROSENBACH. **Niestrawność wskutek wzruszeń.** (*Emotionsdyspepsie*). Choroba ta jest jedną z częściej spostrzeganych nerwic żołądka, różni się od niestrawności zależnej od neurastenii łatwością, z jaką ustępuje pod wpływem odpowiedniego wcześniej zastosowanego leczenia. Powoduje chorobę, jak już z samego jej określenia wynika, gwałtowne wzruszenie jak np. gniew lub przestrasz.

Obraz chorobowy jest następujący. Natychmiast lub też dopiero w kilka dni po pewnym silnym wzruszeniu występują zwykle objawy niestrawności, towarzyszy zaś im ogólne zdenerwowanie oraz bóle mięśni brzucha i pleców. Z objawów zaburzenia trawienia wyróżnia się znaczna niechęć, a nawet wstręt do jadła, uczucie ciężkości i wzdęcia w okolicy nadpępkowej, uczucie suchości w ustach, lub znaczny ślinotok z jednoczesnym uczuciem dławienia; wskutek odczuwania braku powietrza chory często i głęboko wdycha. Ruch robaczkowy kiszek jest zazwyczaj wzmożony, powoduje też burczenie w brzuchu; stolec jest nieprawidłowy, zaparcie następuje bezpośrednio po bieguncie i odwrotnie. Od czasu do czasu występuje znaczne łaknienie, lecz chory nawet wówczas niechętnie spożywa mięso, przekładając nad nie potrawy mączne i owoce, a pożąda zwykle kwasów. Przyjmowanie posiłku zwiększa zaburzenia żołądkowe, a często wywołuje nawet silne bóle brzucha; powstrzymywanie się zaś od jedzenia uspakaja wprawdzie objawy niestrawności, lecz wobec niewystarczającego odżywiania, nudczość żołądka się zwiększa i z czasem każdorazowe przyjęcie posiłku powoduje wybitny odczyn przewodu pokarmowego. Ten okres choroby należy uważać za niebezpieczny; chorzy bowiem coraz bardziej słabną, stają się małokrwistymi (zawroty głowy, bicie serca), doznają wciąż cierpień ze strony żołądka i wpadają wreszcie w stan wyniszczenia, jaki zazwyczaj towarzyszy chorobom organicznym żołądka.

Rozpoznanie choroby nie należy do zadań zbyt trudnych. Jeżeli bowiem badanie kilkakrotne zawartości żołądka daje wynik odmienny, jeżeli badanie przedmiotowe nie usprawiedliwia przesadnych zazwyczaj skarg chorego, należy już podejrzewać istnienie tej nerwicy żołądkowej. Dokładne zebranie wywiadów potwierdza zazwyczaj rozpoznanie, zawsze bowiem można odnaleźć *causam morbi*—wzruszenia poprzedzające chorobę.

Przy różniczkowaniu tej postaci nerwicy od innych należy zwrócić uwagę na następujące dane: 1) w wywiadach—wzruszenie poprzedzające chorobę; 2) wygląd chorych zazwyczaj dobry, gdyż tylko w późnych okresach choroby występuje wyniszczenie; 3) wstręt do wszelkiego jadła, przy neurastenii zaś wstręt ogranicza się do kilku potraw; 4) brak bolesności brzucha; 5) brak miejsc bolesnych na kręgach, wyrostku mieczykowatym i t. d., stale występujących u osób nerwowych; 6) nieprawidłowość stolca.

Rokowanie *quoad restitutionem completam* jest o wiele lepsze, niż przy innych nerwicach, a nawet nieznacznych organicznych chorobach żołądka. Poważniejsze jest ono, gdy chory znajduje się w późnym okresie choroby i wątpił zupełnie o swoim uleczeniu.

Leczenie jest najbardziej skuteczne i łatwe, gdy choroba zależy od jednokrotnego gwałtownego wzruszenia; jeżeli wzruszenia występowały częściej, jeżeli i podczas leczenia mają miejsce, leczenie ma zadanie o wiele cięższe. Zasady jego są następujące.

Ze względu na zwiększoną pobudliwość narządów trawienia należy przede wszystkim zapewnić im na dni kilka względny odpoczynek: wobec wstrętu do jadła można zalecić zupełne głodzenie się, w przeciwnym zaś razie dozwolone są wyłącznie pokarmy płynne, jak mleko, bulion, zupy. W celu uśmierzenia nieprzyjemnego uczucia w brzuchu stosuje się ciepłe okłady (kataplazmy) i wodę gorącą wewnątrz w umiarkowanej ilości; można również w tym celu podawać małe dawki narkotyków, np. 3—5 kropeł *t-rae laudani* lub 8 — kropeł *t-rae belladonnae*, wreszcie trochę koniaku. W razie przepełnienia żołądka i długiego pozostawania w nim pokarmu należy żołądek przepłukać lub podawać choremu pepsynę z kwasem solnym (3—5 kropeł) w szklance ciepłej wody. W przypadkach bardzo silnych bólów i wzdęcia brzucha, a zarazem znacznego zdenerwowania chorego dozwolone jest zastrzyknięcie morfiny.

Jeżeli pod wpływem tego leczenia objawy okresu ostrego choroby znikną, należy leczenie zmienić i dążyć do zahartowania żołądka, przyzwyczajając go do przyjmowania pokarmu obfitszego. Zmuszamy zatem chorego do przyjmowania pokarmów stałych i pomimo protestu i narzekania, że po posiłku stan jego się pogarsza, nie pozwalamy na zmianę leczenia. Należy użyć całego wpływu, jaki się ma na chorego, by go zmusić do przyjmowania pokarmu; łagodzić jednak należy uczucia podmiotowe chorego po jedzeniu małymi dawkami kokainy, kwasu solnego, sody, wreszcie kataplazmami. Przy ścisłym przeprowadzeniu leczenia nadczułość żołądka znika i prawidłowa czynność jego powraca.

Ważne jest zabieganie powstawania tej nerwicy żołądkowej. Autor zaleca osobom wystawionym bardziej na wzruszenia zażywać po wzruszeniu kilku kropeł *t-rae opii* lub *belladonnae*, wypicie kieliszka koniaku; przechadzka, ćwiczenia gimnastyczne, mięsienie brzucha, lub gorące okłady prawie zawsze zapobiegają chorobie. Z przyjęciem posiłku należy się powstrzymać, dopóki psychiczny niepokój, ślinotok i ciężar w okolicy nadpępkowej zupełnie nie zniknie.

(Zdaniem naszym R. opisał jedynie t. zw. niestrawność nerwową zależną od silnych wrażeń u usobników nerwowo - usposobionych. Przyp. Redakcyi).

(*Berliner klinische Wochenschrift* 1897. N. 4 i 5). *Maksymilian Bernstein*.

41. Prof. OSTMANN. **O związku pomiędzy okiem i uchem.** Autor omawia związek bezpośredni i pośredni pomiędzy obu narządami. Najczęściej mamy do czynienia z chorobami następstwa oka przy chorobach ucha. Każdy odcinek narządu słuchowego może wpływać na oko bądź odruchowo, bądź pośrednio przez mózg. Drogi przebiegają przez nerwy trójdzielne, twarzowe i słuchowe zarówno przez gałąź przedsionkową jak i przez gałązkę ślimaka (*n. vestib. et cochlearis*). Zarówno ucho jak i oko zaopatruje nerw trójdzielny w nerwy czuciowe, wskutek tego powstają bóle, łzawienie i wrażliwość na światło. Przy sprawach ropnych w uchu może być zajęty zwój GASSER'a i wskutek tego może powstać ból twarzy. W tych razach sprawa chorobowa przenosi się drogą komórek powietrznych kości skalistej.

O. widział w podobnych przypadkach silne bóle zębów i bóle mięśni szczękowych. Spostrzegano przytem często typowe nerwobóle nadoczodołowe i podoczodołowe jak również i bóle w głębi oczodołu. O. nie mógł potwierdzić zdania URBANTSCHITSCH'a co do osłabienia siły wzroku przy chorobach ucha. Znany jest fakt, że nerw przedsionkowy ucha wywiera wpływ na mięśnie oka. Ośrodek znaj-

duje się we wzgórkach czworaczych lub w pobliżu tychże, droga odruchowa jest ciągle i samodzielnie czynna. Liczne doświadczenia (MACH, GOLTZ, BRENER i inni) dowiodły, że *nystagmus* powstaje przy drażnieniu błoniastych kanałów półkolistych, zaś kliniczne spostrzeżenia w zupełności fakt ten potwierdzają. Kanały półkoliste należy zatem uważać zgodnie z EWALDEM za „*Tonuslabyrinth*“. Podrażnienie jednej strony wywołuje obustronne ruchy oczów.

Nie dowiedzione jest dotąd zdanie URBANTSCHITSCH'a, jakoby ruchy te wywoływane były głównie przez ucho średnie. W przypadkach tych należy raczej przypuszczać nieprawidłowe połączenie nerwów, np. przy zniszczeniu ściany wewnętrznej jamy bębnekowej w kierunku błędnika. Bezpośrednie odruchowe porażenie mięśni oka wywołane przez ucho nie jest dotąd dowiedzione. Prócz „*tonuslabyrinthu*“, wywołują objawy oczne podrażnienia i stany chorobowe różnych odśrodków mózgu i opony twardej. *Photismy* słuchowe i *phonizmy* świetlne (BLEULER i LEHMANN) często spostrzegano. URBANTSCHITSCH uważa je za objawy fizyologiczne, inni za objawy na granicy pomiędzy fizyologicznymi i patologicznymi stojące. Niektórzy chorzy wykazujący podobne objawy są dziedzicznie i psychicznie obciążeni. Wrażenia świetlne i barwne wywołane przez wrażenia słuchowe umiejscawiają się w uchu, czynność oka przytem nie bywa upośledzona. Toż samo ma miejsce i w odwrotnym przypadku. Zjawiska te należy uważać za odruchy chorobowe.

Wspomnieć należy o podrażnieniu jednoczesnem jednego zmysłu podczas drażnienia drugiego zmysłu, badanem przez URBANTSCHITSCH'a.

Przy zamykaniu oka powstaje szum w uchu, przy kurczu mięśnia strzemiennowego — *blepharospasmus*, takież skurcz powiek przy chorobach ucha odbywa się drogą gałązek nerwowych nerwu twarzowego.

Jeżeli przy ciężkich sprawach ropnych ucha sprawa chorobowa szerzy się w kierunku oczodołu, wtedy spostrzegamy zmiany na brodawce (*papilla optica*). Przy szerzeniu się sprawy na jamę czaszkową występują również objawy ze strony oka i badanie dna oka w tych przypadkach posiada ważne znaczenie. W tych razach dodatni wynik badania jest wskazówką dla szybkiego wykonania operacji, chociaż ujemny wynik nie posiada znaczenia. Za istnieniem zakrzepu zatoki jamistej przemawia tylko obrzmienie powiek; inne objawy oczne nie mają znaczenia dla rozpoznania różniczkowego.

(Arch. f. Ophthalmologie Bd. XL. III. Z. I. 1897).

G.

Zjazd syfilidologów w Petersburgu.

Z urzędowych sprawozdań ułożył J. Majkowski.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 13).

10. Prostytucja w miastach.

1) Prostytutką w znaczeniu prawnem jest kobieta kupcząca swoim ciałem, zgadzająca się za pewnem wynagrodzeniem na związek płciowy z każdym mężczyzną, który tego zażąda.

2) Prostytucja — jako przynależność ustroju społecznego — jest trudna do wykorzenienia. Do rozwoju prostytucji przyczyniają się głównie: nieprzyjazne warunki ekonomiczne, upadek moralności społecznej, niedorozwój umysłowy, dążność do łatwego i szybkiego zubożenia się, wreszcie wrodzone skłonności wadliwe jako następstwa zwyrodnienia.

3) W praktyce wyróżniać należy następujące kategorie prostytutek:

a) prostytutki tajne (niekontrolowane), niepozostające pod nadzorem.

b) prostytutki kontrolowane, t. j. podlegające nadzorowi lekarsko-policyjnemu.

Tak pierwsze jak i drugie mogą być: prostytutkami zawodowymi, dla których nierząd jest procederem stałym, lub prostytutkami czasowymi, przypadkowymi, dla których prostytucja jest źródłem zarobku pobocznego. prostytutki pozostające pod nadzorem dzielą się na: a) jawne, które zamiast odebranych im dowodów osobistych otrzymują ustanowiony bilet lub książeczkę i b) sekretne, które zatrzymują swoje dowody osobiste.

Prócz tego prostytutki pozostające pod nadzorem dzielą się jeszcze na: prostytutki domów tolerowanych czyli publicznych i prostytutki, mieszkające oddzielnie (odinozki—kwatirnyje). Te ostatnie podlegają nadzorowi jawnemu lub sekretnemu, a to stosownie do obowiązujących w pewnych miastach prawideł. Kobiety domów tolerowanych pozostają wszędzie pod nadzorem jawnym (z wyjątkiem Moskwy).

4) Prostytucja jest najgłówniejszym i najpotężniejszym źródłem przyniotu i chorób wenerycznych.

5) W tym względzie najniebezpieczniejsze są prostytutki tajne t. j. niekontrolowane, tak z powodu ich wielkiej liczby, jak i bardzo wysokich wśród nich odsetek chorych na przyniot i choroby weneryczne.

6) Ponieważ zbyt surowy nadzór nad prostytucją zawsze powoduje zmniejszenie liczby prostytutek kontrolowanych a powiększenie tajnych, przeto obecnie dozwolony i praktykowany nadzór sekretny (bez pozbawienia dowodów osobistych i bez książeczek) powinien być zaprowadzony w miastach na równi z nadzorem jawnym.

7) Najłatwiej może się uchylać od nadzoru nierząd praktykowany przez żony mieszkające przy mężach i małoletnie dziewczęta przy rodzicach lub opiekunach; dlatego prawo o karaniu mężów, rodziców i opiekunów za zajmowanie się rajfurstwem własnych żon lub dzieci powinno być bardziej przestrzegane i wykonywane. Również powinno ulegać karze sądowej zajmowanie się rajfurstwem kobiet niepodlegających nadzorowi.

8) Starać się należy o lepszą opiekę nad małoletnimi. Opiekunowie powinni roztaczać staranną opiekę i ochronę nie tylko nad majątkiem lecz i obyczajami powierzonych im sierot.

9) Należy prawem oznaczyć najniższy wiek dla prostytutek, mianowicie: dla prostytutek oddzielnie mieszkających rok 16, a dla prostytutek w domach tolerowanych rok 18-ty życia.

10) prostytutki małoletnie, t. j. mające mniej niż lat 16, należy oddawać pod opiekę rodziców lub opiekunów, a w razie niemożności, umieszczać je w zakładach dobroczynnych do czasu ukończenia 16 lat, nigdy zaś nie pozostawiać ich na wolności.

11) Sprawa obecnie istniejącego nadzoru nad prostytucją podług dostarczonych zjazdowi wiadomości przedstawia się w zarysach następujących:

a) Miasta, w których nadzór nad prostytucją bywa wykonywany, można podzielić na 3 kategorie: 1-szą stanowią miasta posiadające komitety policyjno-lekarskie; 2-gą miasta, w których nadzór wypełniają miejskie komitety sanitarne lub inne urządzenia społeczne samodzielnie, t. j. nie będące organami policyi; do 3-ej, najliczniejszej, należą miasta, w których nadzór należy najzupełniej do poli-

cyi, ustanowione zaś w niektórych z tych miast komitety doradcze nie mają prawie żadnego znaczenia faktycznego.

b) W bardzo wielu miastach niema żadnego nadzoru nad prostytutką. W niektórych, nawet większych miastach nadzór istnieje tylko nad prostytutkami domów tolerowanych, prostytutki zaś mieszkające oddzielnie nie podlegają żadnej kontroli (Charków).

c) Sposób rejestrowania i poddawania prostytutek pod nadzór nie został dotąd nigdzie unormowany odpowiednimi, stałymi przepisami, któreby zabezpieczały prostytutki od dowolności. Największe pod tym względem nadużycia wydają się w miastach, nieposiadających komitetów policyjno-lekarskich lub temu podobnych urządzeń.

d) Nadużycia najczęściej dotyczą kobiet nieświadomych, nie umiejących czytać przy przyjmowaniu od nich deklaracji o dobrowolnem poddaniu się nadzorowi.

e) Działalność komitetów policyjno-lekarskich bywa wszędzie paraliżowana brakiem dostatecznej liczby agentów tajnych, których zadaniem jest wykrywanie prostytutek tajnych i czuwanie nad prostytutkami jawnymi.

f) W miejscowościach, w których powyższy obowiązek spoczywa na policyi, przeciążonej licznymi innymi zajęciami, prostytutki z wielką łatwością uchylają się od nadzoru.

g) Śród kobiet wstępujących do domów tolerowanych wiele jest takich, które już przedtem zostały zarażone przymiotem (w Petersburgu 33%).

h) Podług wykazów statystycznych zachorowują na przymiot w miastach stołecznych i niektórych innych daleko więcej prostytutek z domów tolerowanych, niż mieszkających oddzielnie i włóczących się po mieście. W przeważnej liczbie miast gubernialnych i powiatowych rzecz ta ma się odwrotnie, t. j. więcej zachorowują na przymiot prostytutki oddzielnie mieszkających i włóczących się, niż kobiet z domów tolerowanych.

i) Przeciętny czas trwania leczenia się w szpitalu bywa najdłuższy u prostytutek włóczących się, a najkrótszy u prostytutek z domów tolerowanych.

k) Odsetka rzeżączki wykazywana przez statystykę jest o wiele niższa od rzeczywistej. Odsetka tej choroby u prostytutek wszystkich kategorii jest bardzo wysoka.

l) Odsetka zarażeń szankrem miękkim jest o wiele wyższa u prostytutek włóczących się, niż u kobiet z domów tolerowanych.

m) prostytutki z domów tolerowanych jak i mieszkające oddzielnie nie przestają udzielać się w czasie miesiączki.

n) W domach tolerowanych funkcjonują niekiedy prostytutki oddzielnie mieszkające i tajne—w charakterze najemniczek dziennych.

o) Stopniowe zmniejszanie się domów tolerowanych zależy w wielu miastach od wzmożonej konkurencji prostytutek oddzielnie mieszkających i tajnych. Nie bez wpływu jest także zakaz sprzedaży trunków w domach tolerowanych i zabronienie urządzania ich w środku miasta.

p) W domach tolerowanych wielkich ognisk ludności spotykamy bardzo wysoki procent wczesnych postaci przymiotu (w Petersburgu 27—39,8%, w Moskwie 32—38%) i dla tego domy te należy uważać za bardzo niebezpieczne pod względem szerzenia przymiotu.

q) Służba domowa wszędzie stanowi główny element prostytutki. W niektórych miastach wszystkie niemal służące oddają się nierządowi.

r) W wielkich ogniskach ludności liczba prostytutek oddzielnie mieszkają-

cych znacznie jest większa od liczby kobiet w domach tolerowanych. W miarę złagodzenia kontroli różnica powyższa stopniowo maleje, aż w końcu stosunek staje się wprost przeciwny.

s) W wielu miastach prostytutki dotknięte przymiotem nie korzystają z bezpłatnego leczenia przymiotem i to wbrew istniejącym przepisom.

t) W razie braku miejsca w szpitalu, lub przy nieistnieniu szpitala prostytutki chore bywają pozostawiane bądź w domach tolerowanych, bądź w oddzielnych mieszkaniach, lecz po złożeniu deklaracji piśmiennej, że do czasu wyzdrowienia lub pomieszczenia w szpitalu nie będą się oddawać nierządowi. Wielce jest wątpliwe, czy środek powyższy przynosi jakikolwiek pożytek.

u) Leczenie chorych na rzeżączkę jest rozwinięte bardzo słabo.

w) W domach noclegowych (prywatnych) zawsze znajduje się bardzo wiele wałęsających się prostytutek. Procent zarażenia mężczyzn w tych domach bywa prawdopodobnie znaczny. (W Astrachaniu = 65% chorych wenerycznych).

12) Stopień rozszerzenia szankra miękkiego wśród ludności nie może być uważany za nieomylny sprawdzian skuteczności nadzoru nad prostytutką.

13) Należy ustanowić ogólne dla całego państwa zasady nadzoru i zapobiegania zbytniemu rozwojowi prostytutki. Zorganizowanie nadzoru w szczegółach powinno odpowiadać warunkom miejscowym, z tem zastrzeżeniem, aby władze wykonawcze były dostatecznie zaopatrzone we wszelkie środki potrzebne.

14) Celem zaprowadzenia statystyki prostytutki w miastach należy ustanowić wzór, któryby obowiązywał w całym państwie.

15) Niedostateczność nadzoru nad prostytutkami oddzielnie mieszkającymi, a w szczególności nad ich stawiennictwem do peryodycznych oględzin lekarskich, ma swą przyczynę w wielkich miastach w zbyt małej liczbie i nieodpowiedniej kwalifikacji dozorców tajnych. Sprawa nadzoru nad prostytutkami może być powierzona policji tylko w miastach małych, w średnich zaś i wielkich powinna być urządzona specjalna do tego agencja.

16) Fotografia stanowi dogodny środek osobistej kontroli prostytutek, lecz jej użycie dozwala się tylko wobec prostytutek zawodowych.

17) Urządzanie pościgów i zatrzymywanie na ulicy kobiet podejrzanych o uchylanie się od oględzin lekarskich, jako środek mogący spotkać i obrazić kobiety niewinne, powinno być wzbronione.

18) Uznanie kobiety za prostytutkę powinno się opierać na bardzo ważnych dowodach i może być orzeczone przez władzę sprawującą nadzór, lecz tylko w razie zgodzenia się na to prostytutki, w razie zaś przeciwnym — przez sąd.

19) Kobiety mające rodziców, opiekunów lub mężów nie mogą być bez wiedzy tych ostatnich oddawane pod nadzór jawny. Rodzice są obowiązani wzbraniać i przeszkadzać nierządowi swych dzieci niepełnoletnich, w przeciwnym razie popełniają przestępstwo prawem przewidziane. Dzieciom pełnoletnim rodzice nie mają obowiązku, lecz mają prawo wzbraniać oddawania się nierządowi.

20) Policja obowiązana jest pomagać komitetom przy spełnianiu przepisów. Prywatne przytulki noclegowe, karczmy, szynkownie piwa, porteru i t. p. powinny podlegać pilnemu dozorowi policji wykonawczej i w razie wykrycia w nich prostytutek należy poddawać je oględzinom lekarskim.

21) Uwolnienie prostytutki z pod nadzoru może nastąpić jedynie dla bardzo ważnych przyczyn, których rzeczywistość powinna być sprawdzona przez śledztwo sekretne. Trudno się na to zgodzić, aby przejście prostytutki „na utrzymanie” mogło być uważane za dostateczną ku temu przyczynę. Po większej części stanowi ono tylko pozór do oswobodzenia się z pod nadzoru.

22) Świadczenia o przenoszeniu się prostytutek do innych miejscowości mogą tylko obowiązywać kobiety z domów tolerowanych. O prostytutkach oddzielnie mieszkających możnaby co najwyżej zawiadamiać kogo należy sekretnie.

23) Wysyłanie prostytutek do miejsca stałego zamieszkania jako kara administracyjna powinno być wzbronione.

24) Lokale, w których odbywają się oględziny lekarskie prostytutek, powinny posiadać odpowiednie urządzenia. W tym celu byłoby najwłaściwiej ustanowić odpowiednie i stałe punkty, lecz nie przy urzędach policyjnych. W wielkich miastach, ze względu na znaczne odległości, możnaby pozwolić na odbywanie oględzin w domach tolerowanych, lecz tylko tych prostytutek, które tam przebywają.

25) Miejskie punkty rewizyjne i lecznice dla prostytutek nie powinny być urządzone na koszt utrzymujących domy tolerowane.

26) Dla wszystkich urzędów sprawujących nadzór nad prostytutką należy ustanowić stałą, normalną liczbę oględzin, które przez lekarza w wyznaczonym na to czasie dokonane być powinny. Liczba lekarzy komitetowych powinna odpowiadać przeciętnej liczbie prostytutek podlegających nadzorowi.

27) Przy oględzinach lekarskich mogą pomagać lekarzowi felczarki lub akuszerki, nigdy zaś felczy. Osoby należące do policyi nie mogą pod żadnym pozorem być obecne przy rewizji lekarskiej.

28) Oględziny lekarskie powinny odbywać się obowiązkowo w ciągu dnia. Do odkażania rąk i narzędzi powinny się znajdować na miejscu odpowiednie środki.

29) Przy każdych oględzinach lekarskich powinna być zbadana cała powierzchnia ciała i wszystkie dostępne dla oka błony śluzowe. Wprowadzenie wziernika macicznego jest obowiązujące wtedy, gdy prostytutka nie ma miesiączki.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= ROSENFELD stosuje przeciwko nadmiernym potem zarówno u suchotników jak i małokrwistych wstrzykiwania olejku kamforowego. Dawka dzienna wynosi 1,0. Wynik otrzymany jest zazwyczaj trwały. (Allg. med. Cntr. Ztg. Nr. 88. 1896).

= AUFRECHT zwraca uwagę na następujący fizyczny objaw zwężenia tchawicy. Przy przyłożeniu słuchawki do tchawicy tuż ponad *jugulum sterni* słychać w warunkach zwykłych zawsze podczas wdechu i wydechu bardzo głośny, ostry, oskrzelowy oddech, przy zwężeniu zaś tchawicy oddechu albo wcale nie słychać, lub też jest on cichy, miękki i krótkotrwały. Autor spostrzegł ten objaw w dwóch przypadkach zwężenia spowodowanego przez rak śródpiersia, przenikający do tchawicy na miejscu jej rozgałęzienia, oraz w jednym przypadku zwężenia dolnego odcinka tchawicy przez wrastający w jedną ścia-

nę jej nowotwor. Centrbl. f. inn. Med. Nr. 1. 1897).

= SHEILD stosował w jednym przypadku mięsaka sutki wstrzykiwania płynu COLEY'a (toksyny paciorkowca i *micrococci prodigiosi*); początkowo odczyn miejscowy oraz ogólny był nieznaczny, a owrzodzenie po 14-to-dniowym leczeniu znacznie się zmniejszyło. Po następnej zastrzyknięciu wystąpiły silne dreszcze i chora zmarła wśród objawów zakażenia ropnego. Badanie zwłok wykazało mnóstwo ropni i zawałów w różnych narządach; zawierały one jednak gronkowce, a nie paciorkowce. Autor przypuszcza, że śmierć spowodowana była tem leczeniem, pomimo tego jednak uważa je za wskazane w przypadkach, gdzie rokowanie jest stanowczo niepomyślne. (Brit. med. Journ. 23. I. 1897)

M. B.

= MOREL-LAVALLÉE opisał przypadek rumienia (*erythema*) (z pęcherzami w

środku plam), który wystąpił po zażyciu antypiryny. WICKHAM i BAUDOUIN widzieli po zastosowaniu antypiryny *erythema nodosum*. (Annal. de la Soc. de dermat. et de Syph. 1895, str. 325).

= STEELE wyleczył przypadek ciężkiej róży u 3-letniego dziecka zastrzykowaniami surowicy przeciw paciorkowcowej RUFFER'a i ROBERTSON'a. (The Brit. Med. Journ. 1895. Z. 7. XII).

= Du CASTEL podaje opis przypadku, w którym po odrze wystąpiły w kilku miejscach na skórze ogniska wilka bez dążności do rozpadu. (Annal. de la Soc. de dermat. et syph. 1895. Str. 295).

= HANSEN i LOFT twierdzą, że w każdym przypadku t.zw. *lepra nervorum* przy staranniejszym badaniu można wykryć trąd w samej skórze, że więc „*l. nervorum*” jako taka nie istnieje. (Bibliotheca medica. D. II. Zeszyt 2. 1894).

= KAURIN prostuje dawne dane, zebrane przez SCHIERBECK'a, jakoby już tylko 30-tu trędowatych znajdowało się w Islandyi, choć prawa miejscowe nie zmuszają do ich izolowania, ograniczając się na zakazie wstępowania w związki małżeńskie. Fakty te, zdaniem SCHIERBECK'a, dowodzą, że trąd jest chorobą, którą się dziedziczy, lecz której się nie nabywa drogą zakażenia. Otóż poszukiwania EHLERS'a wykryły w Islandyi 141 przypadków trądu, który rozszerza się widocznie w tych miejscach, w których nie izolują trędowatych. Zbija więc to i fakty i wywody SCHIERBECK'a. (Norsk. Mag. for Laegevidenskaden. 1895).

= FINSSEN twierdzi, że skóra podczas ospy jest wrażliwa na promienie chemiczne słońca i reaguje na nie ropieniem. Dla tego należy takich chorych jaknajwcześniej trzymać w pokoju o ciemnoczerwonych szybach aż do zupełnego przyschnięcia pęcherzyków. W razie potrzeby można zapalać świecę, której światło nie ma być szkodliwe. (The Brit. Med. Journ. 1895. XII. 7).

= WICKHAM przedstawił mężczyznę, u którego na górnej powierzchni prząca znajdował się brunatny, owalny, ciastowaty naciek z powierzchownym owrzodzeniem na wierzchu. Pomimo podobieństwa do wrzodu pierwotnego drobnowidz stwierdził gruźliczą naturę sprawy. (Annales de la Soc. de dermat. et de Syph. 1895. Str. 296).

A. Koz.

= NEUMANN stosował przy zapaleniu opłucnej surowiczem, surowiczo-włóknikowem i krwotocznem wodę

ze źródła WERNARZ (Bad Brückenau) z jaknajlepszym wynikiem nawet w tych przypadkach, w których jod, *kalium jod.*, *kalium acetic.*, preparaty salicylowe były bezskuteczne. Wessanie wysięku następuje bardzo szybko, choroba się znacznie skraca. Chorzy od początku leczenia czują się zupełnie dobrze, sen i łaknienie są wyśmienite, siły nie opuszczają chorych, gdyż środek ten nie wywołuje nadmiernych potów. Dawka dzienna wynosi jeden litr wody. Dotychczas środek ten był zachwalany przy leczeniu różnych chorób narządów moczowych. (Dtsch. med. Woch. Nr. 5. 1897).

= CHWOSTEK i EGGER sprawdzali podany przez BOUCHARD'a i WURTZ'a fakt przechodzenia podczas agonii drobnoustrojów z jelit do krwi. Króliki i myszy były wprowadzane w stan agonii przez duszenie lub zamrażanie i wtedy badana była ich krew oraz krew zwierząt służących do kontroli. U 44% zamrożonych i 19,3% uduszonych zwierząt drobnoustroje znajdowały się we krwi, a dostawały się do niej z jelit najczęściej gronkowce i *bac. coli*. (Wien. klin. Woch. Nr. 3. 1897).

= ROSENTHAL zwrócił uwagę w Tow. lek. berlińskiem, że *t-ra jodi* może być stosowana wewnątrz w znacznie większych dawkach, niż przepisuje farmakopea. Autor stosuje u chorych przymiotowych dawkę 30 kropel trzy razy dziennie i otrzymuje często lepsze wyniki niż przy jodku potasu. (Posiedzenie 18. I. 97).

= RICHARDIÈRE stosował w dwóch przypadkach mocznicy u pustułki krwi a następnie wstrzykiwania sztucznej surowicy z jaknajlepszym wynikiem. Natychmiast podniosła się ciepłota, tętno stało się rzadsze, oddech prawidłowszy, ilość moczu się zwiększyła. R. upuścił krwi 300—400 g. a wstrzyknął 800 g. surowicy HAYEM'a: (NaCl 5,0, Na₂SO₄ 10,0; aq. dest. 1000,0), i powtórzył ten zabieg w jednym przypadku po pięciu dniach, a w drugim po 20 godzinach. Żadnego pobocznego szkodliwego działania autor nie zauważył. (L'Union méd. Nr. 49. 1896).

M. B.

= BURCI i RESPIGHI opisują przypadek ostrej rzerzączki, powikłanej zapaleniem prawego stawu kolanowego. W płynie wysiękowym, wydobytym zapomocą próbnego przekłócia, nie znaleziono drobnoustrojów ani pod drobnowidzem, ani szczepiąc płyn na pożywki. Pomimo to

po otwarciu stawu znaleziono wiele gonokoków w błonie maziowej. (Bollet. della Soc. med. pisana. 1894. I. 1).

= BAUMGARTEN opisuje przypadek rzeżączki przewlekłej, powikłanej zakażeniem rzeżączkowym kilku łojowych gruczołów skóry pępka. Gonokoki dostały pomiędzy komórkami nabłonka aż do tkanki łącznej, otaczającej gruczoły. (Wien. med. Wochenschrift. 1895. N. 24).

= NASH opisuje preparat, na którym widać po kilka zwężeń na każdym moczowodzie. Umiejscowienie (nie na końcach moczowodów), wygląd zwężeń jak również i obecność zwężeń rzeżączkowych w kanale moczowym każą autorowi przypuszczać, że zwężenia moczowodów należy uważać za skutki rzeżączki, nie zaś za zboczenia wrodzone. (The Brit. Med. Journ. 1892).

= FIÉ opisuje przypadek ostrego gościa rzeżączkowego, który wystąpił bezpośrenio po wyłżeczkowaniu dotkniętej rzeżączką macicy. (Gaz. hebdom. de med. et de Chir. 1896. Nr. 10).

= LIPSKI między chorobami ocznymi, występującymi podczas trwania rzeżączki bez jej bezpośredniego przeniesienia, notuje: w ciągu kilku dni przebiegające ostre zapalenie łącznicy, dalej *iritis*, *dacryoadenitis*, *tenonitis*, wreszcie *neuritis optica*. (Gaz. hebdom. de méd. et de Chirurgie. 1896. Nr. 10).

= PICHEVIN za główną przyczynę malej płodności małżeństw we Francyi, uważa zakażenia rzeżączkowe i połogowe. (Journ. der mal. cut. et syph. 1894. Str. 224).

= BAR jest zdania, że pod rozpoznaniem „*rheumatismus puerperalis*“ najczęściej ukrywa się nierozpoznane zapalenie rzeżączkowe stawu. (La medec. mod. 1895. Nr. 96).

= CORNE i AUCHÉ podają opis dwóch przypadków *vulvovaginitis* u dzieci. Wydzielina nie zawierała gonokoków; natomiast znaleziono *bacterium coli*, gronkowce i paciorkowce. (Le mercredi medical 1895. Nr. 23).

A. Koz.

Wiadomości bieżące.

— Z. KOROSTEŃSKI, redaktor „Dziwni“ we Lwowie, przesyła na żądanie opis urządzenia i prospekt cen kryptografów swego pomysłu w różnych wielkościach. Kryptograf, jak wiadomo, jest to przyrząd ułatwiający dokładne wykonywanie fotograficznych zdjęć według metody RÖNTGEN’a.

— Epidemia dżumy nie ustaje; w Karachi do 10 lutego zachorowało 1329 osób, zmarło zaś z tej liczby 1234. Największa śmiertelność przypada na pierwsze 2 tygodnie początkowe; miało to miejsce głównie z tego powodu, że mieszkańcy starali się wszystkimi sposobami ukrywać chorych, tak że władze dowiadywały się tylko o przypadkach śmiertelnych. Dżuma grasuje przeważnie tylko pomiędzy stałymi mieszkańcami, indusami, mężczyznami, cudziemcy chorują rzadko, pomiędzy zaś wojskiem

nie było dotąd przypadku choroby. Z Karachi dżuma zaczęła się szybko rozprzestrzeniać i do sąsiednich miast, zawdzięczając uciekinierom, których liczba doszła do 30,000. W Bombaju od 20 do 26 lutego zmarło na dżumę 73 osoby; oprócz tych dwóch miast jeszcze następujące miejscowości są dotknięte przez dżumę: Okręgi Poona, Thana, Surct, Coorla, Bandora i Bhivandi. W Afganistanie i Beludżystanie dotąd przypadków dżumy nie było.

— Z 213 prób mleka badanych na stacyi higienicznej miejskiej w Warszawie 169 były zanieczyszczone rozlicznymi domieszkami, które czyniły mleko niezdatnem do użycia.

— W Erfurcie utworzono pracownię w celu dokonywania badań bakteriologicznych płwociny bezłatnie, a to w zamiarze skuteczniejszej walki z gruźlicą.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów jako dodatek bezpłatny: „Warszawski Zakład leczniczy dla osób dotkniętych zboczeniami mowy i t. d. D-ra OŁTUSZEWSKIEGO“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 14 Марта 1897 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

WYDAWNICTWA ZYGMUNTA GLOGERA

1) Słownik rzeczy starożytnych (Księga rzeczy polskich). Dzieło encyklopedyczne o dawnych urządach, godnościach, statutach i prawach, karach i zwyczajach prawnych, instytucjach obrzędach, bractwach, cechach, rzemiosłach, podatkach, miarach, wagach, pieniądzach, uzbrojeniach i całym dawnym ustroju społecznym, skarbowym, rolniczym i towarzyskim. Cena dzieła o 500 str. rs. 1 kop. 50.

2) Pieśni ludu polskiego. Krytyczny wybór dawnych i rdzennie swojskich pieśni, dum, śpiewów weselnych i przy wszystkich obrzędach dawniej śpiewanych, z muzyką dawną ale harmonizowaną dla dzisiejszego użytku przez Z. Noskowskiego. Wielki tom obejmuje 1500 pieśni i 90 melodyj — cena rs. 1 kop. 50.

3) Skarbiec strzechy naszej. W nim opis wzorowej wsi polskiej jaką być powinna z całorocznym obyczajem domowym, opisem dawnych zwyczajów i zabaw towarzyskich, wyborem typowych przysłów, wyrażen, powieści, dowcipów, zagadek, piosnek i melodyj (50) harmonizowanych przez P. Maszyńskiego. Cena dzieła kop. 60.

Dzieła powyższe znajdują się we wszystkich większych księgarniach warszawskich.

NADESŁANE DO REDAKCYI.

- 1) Obaliński A. Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnych zapaleń śródpiersia tylnego. Odb. z Przegl. L. 1896 r. — 2) Toż samo po niemiecku. Odb. z Wien. Klin. Wchft. 1896. — 3) Lucas-Championnière. Le rôle de la graisse dans les hernies. Odb. z Journ. de Méd. et de Chir. pratiques. Paryż 1896 r. — 4) Dagron. Vingt cas de fractures de Clavicule traités par le Massage. Odb. z powyższego pisma. Paryż 1896 r. — 5) Leistikow L. Ueber Jodvasogen als Ersatz für den internen Gebrauch der Jodsalze. Monatshfte f. Prakt. Dermatolog. Bd. XXIII № 12 (z kliniki prof Unny w Hamburgu). — 6) Credé. De la Valeur de l'Argent et des sels argentifères. Berlin 1896 — 7) Bergeat H. Heilung eines intranasalen Lupus durch Guajacol-Vasogen (Münch. med. Wft. 52 r. 1896). — 8) Rosner A. W sprawie techniki krwawego rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy. Odb. z Przegl. Lek. 1896 r. — 9) Goldbaum I. Przyczynek do elektroterapii w cierpieniach żołądka. Odb. z Gaz. Lek. 1896 r. — 10) Sinapius. Ueber Nutrol und seine Anwendung. Berlin 96. Odb. z R. Med. Anz. XXI r. — 11) Gottlieb. Tannalbin gegen Diarrhöen. Ludwigshafen a R. 12) Rocznik Tow. Ogrodniczego w Warszawie 1897. rok XII. — 13) Giedroyć F. Rys Histor Szp. Św. Łazarza. (Odb. z Panm. Tow. Lek. Warsz. praca uwieńczona nagrodą r. 1897. — 14) Sonenberg E. Przyczynek do sprawy partactwa lekarskiego na prowincyi. Odb. ze Zdrowia. Warszawa 1897 r. — 15) Sterling S. Ueber Eparsalgie. Berliner Klinik r. 1897 zeszyt № 104 z Lutego — 16) II Sprawozdanie z lecznicy w Poznaniu przy Starym rynku za rok 1896. Poznań 1897 r. — 17) Toż samo po niemiecku. — 18) Scognamiglio. Ueber deu therapeutischen Werth des Tannalbins bei Darm und Nierenerkrankungen. Odb. z Wien. Med. Blätter r. 1897. — 19) Marty. Le développement physique chez les jeunes soldats. Odb. z Annales d'hygiène pub. et de méd. leg. Paryż 1897 r. — 21) Jaworski J. Mors sub menstruatione ex anaemia. Odb. z Kron. Lek. r. 1897. 22) Beck A. O trujących własnościach moczu. Kraków 1897. — 22) Dziesięć sprawozdań miesięcznych z działalności Tow. Lek. Wileńskiego za 1896.