

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO 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 Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek przymiotu oczu dziedzicznego w drugim pokoleniu, z wielorakiemi zбочeniami wrodzonymi. Napisał I. Strzemiński (z Wilna). — Dwa przypadki cięcia cesarskiego zachowawczego z powodu guzów miednicy nalej. Podał H. Olszewski. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** O bólu głowy. — **Streszczenia i wyciągi.** 134. O krwotokach żołądkowych w ich związku z owrzodzeniami żołądka i o leczeniu ich przemywaniami z gorącej wody. 135. Miazdzenie naczyń, jako metoda ogólna tamowania krwotoków. — **Korespondencya „Medycyny”.** — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna”
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r I. Strzemiński — Un cas de syphilis héréditaire des yeux. 2) D-r H. Olszewski — Deux cas de section césarienne conservative compliqués par des tumeurs péliennes.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r I. Strzemiński — Ein Fall von hereditärer Augensyphilis. 2) D-r H. Olszewski — Zwei Fälle von conservativem Kaiserschnitt complicirt durch Geschwülste des kleinen Beckens.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

PRZYPADEK

PRZYMOTU OCZU, DZIEDZICZNEGO W DRUGIEM POKOLENIU, z wielorakiemi zбочeniami wrodzonymi.

Napisał

IGNACY STRZEMIŃSKI (z Wilna).

Z. L., lat 10, zgłosił się do mnie w towarzystwie ojca, 14 marca 1897 r. ze skargą na osłabienie wzroku, datując od kilku dni. Do tego czasu uważał się za zdrowego, choć, odkąd siebie pamięta, lepiej widział w przyziemnym pokoju, albo w dzień pochmurny, niż przy dobrem świetle.

Chory odrazu zwraca na siebie uwagę dziwnym kształtem źrenic. Te ostatnie łączą się z 2 szparami (*colobomata*) tęczówki, kierującemi się w oku prawem jedna ku dołowi i zewnątrz, druga ku górze i wewnątrz, w oku lewym prawie prostopadle ku górze i ku dołowi. Szpary dochodzą do obwodu tęczówki, przedstawiając w tem miejscu około 1 1/2 mm szerokości. Wskutek opisanego układu źrenice (ze szparami) tworzą otwory owalne, wydłużone, dzielące w zupełności tęczówki na dwie, mniej więcej, równe części: górno-

zewnątrzną i dolno-wewnątrzną w oku prawem, zewnątrzną i wewnątrzną w oku lewem

Barwa tęczówki niebieska (chory jest blondynem).

Oddziaływanie źrenic na światło i akomodację, również jak na atropinę i ezerinę, jest osłabione; brzegi szpar oddziałują jeszcze słabiej, a bliżej ku obwodowi poruszenia ich nie są widoczne.

W tej postaci szpara tęczówki jest bardzo rzadka; znam tylko dwa podobne przypadki: TOURTUAL'a ¹⁾ i CHODIN'a ²⁾.

Drugim objawem zwracającym uwagę, jest zupełny brak ruchu oczu ku zewnątrz, co trwa od urodzenia. Dodaję że poród dziecka odbył się prawidłowo, bez pomocy akusзера. Badanie nie wykazało zwykłych następnych oznak porażenia mięśni prostych zewnątrznych (widzenia podwójnego, nieprawidłowej projekcji, zawrotu głowy, zezu wtórnego). Ponieważ przy silnym obrocie oczu ku wewnątrz nie jest możliwym zobaczyć ślad mięśnia prostego zewnętrznego, nasuwa się przypuszczenie obustronnego braku wrodzonego tego mięśnia.

Badanie wziernikowe wykazało w oku prawem, na obwodzie, znany obraz zwyrodnienia barwnikowego (*retinitis pigmentosa*) siatkówki, przedstawiający się w kształcie czarnych plamek pająkowatej postaci, leżących wzdłuż naczyń siatkówki lub przykrywających te ostatnie. Naczynia siatkówki były prawidłowe. W okolicy plamki żółtej znajdowały się w naczyniówce małe okrągłe plamki żółto-różowawe, gdzieniegdzie żółtawe, czasem otoczone barwnikiem (*choroiditis areolaris*). W ciele szklistem punkcikowate zmętnienie, które prawdopodobnie wywołało głównie osłabienie wzroku, zauważone przez chorego w ostatnim czasie.

W oku lewem, podobnie jak w prawem, zwyrodnienie barwnikowe na obwodzie siatkówki, lecz w słabszym stopniu. Naczynia siatkówki, naczyniówka i ciało szkliste nie przedstawiają żadnych zmian.

Nie było szpary naczyniówki, która często towarzyszy szparze tęczówki.

Tarcza nerwu wzrokowego prawidłowa, ale okrążona łukiem barwnikowym w oku prawem od zewnątrz i góry, a w lewem od zewnątrz.

W obu oczach niezborność nadmiarowa; po zobojętnieniu tego zboczenia (szkło wypukłe 1,50 D. z walcowem wypukłym 2,25 D., o osi pionowej) siła wzroku oka prawego wynosiła 0,4, lewego prawidłowa.

Pole widzenia było zwężone tylko w oku prawem, na 8—12°.

Rozpoznawanie barw wadliwe; czerwona od zielonej nie jest wcale odróżniana, inne barwy są poznawane tylko w odcieniach silnie wyrażonych i w granicach pola widzenia zwężonych ³⁾ odpowiednio do zwężenia dla barwy białej. Stan ten, jak twierdzi ojciec, trwa od wczesnego dzieciństwa.

Kurzoślepu nie mogłem stwierdzić; przeciwnie tak teraz, jak i poprzednio, chory, jak sam mówi i ojciec podaje, czuje się lepiej przy zmniejszeniu oświetlenia. Podobna nadczułość siatkówki towarzyszy czasem zwyrodnieniu barwnikowemu.

¹⁾ Desmarres. Traité théorique et pratique des maladies des yeux, II. 460.

²⁾ Wiestnik Oftalmologii, 1885 (marzec—kwiecień). Sprawozd. w Révue gén. d'ophtalm. 1885. 300. W tym przypadku lewe oko przedstawiało szparę tęczówki podobną do spostrzeganej w moim przypadku; w prawem oku źrenica ze szparami tworzyła wąski otwór ($1\frac{1}{4}$ mm) z równoległymi brzegami. W obu oczach barwa tęczówki w części obwodowej była ciemno-brunatna, w środkowej szara.

³⁾ W oku prawem.

Obok opisanych zbroceń oczu, chory przedstawiał osłabienie słuchu prawego ucha i zanik prawej połowy języka; jedno i drugie było spostrzeżone w krótki czas po urodzeniu.

Stan czynnościowy mózgu chorego był niezadawalniający. Osłabienie pamięci (prędko zapomina, co przeczytał lub usłyszał, nazw zapamiętać zupełnie nie może), jąkanie się w małym stopniu, nie wymawianie liter *k* i *m*. Miewa zawroty głowy w nieokreślonych przerwach, co 8—15—20 dni.

Zwyrodnienie barwnikowe siatkówki wrodzone, jak wiemy, niezbyt rzadko spostrzega się jednocześnie z innymi zbroczeniami wrodzonymi oczu i innych części ciała (szpara tęczówki i naczyńcówki, przetrwanie tętnicy ciała szklatego, zaćma biegunowa tylna, wargę zajęcza, powiększona liczba palców, zmniejszenie rozmiarów głowy i t. d.). Spotyka się przy niem znaczna śmiertelność dzieci po urodzeniu i zmiany mózgowe wrodzone (niedołęztwo umysłowe, osłabienie pamięci, mowy, woli, jąkanie się, głuchoniemota, idyotyzm). Jeszcze LIEBREICH wskazywał ten związek, a NOISZEWSKI⁴⁾ pierwszy w swojej pięknej pracy zaznaczył częstą obecność chorób pamięci przy zwyrodnieniu barwnikowym siatkówki.

Podobnie spostrzegano wrodzone porażenie albo brak pewnych mięśni ocznych razem z porażeniem, także wrodzonym, zanikiem lub brakiem niektórych mięśni innych części ciała.

W naszym przypadku mamy połączone dwa te szeregi objawów t. j. 1) zwyrodnienie barwnikowe siatkówki z wrodzonym zbroczeniem oczu (szpary tęczówek) i stanu czynnościowego mózgu i 2) brak mięśni prostych zewnętrznych z zanikiem prawej połowy języka, które to połączenie, o ile mi się zdaje, należy do rzadkości. Dodajmy do powyższego wadliwe rozpoznawanie barw.

Wszystkie opisane zbroczenia są wrodzone; jedynie pewną wątpliwość możnaby mieć w tym względzie co do zwyrodnienia barwnikowego siatkówki. Istnienie jednak kilku zbroceń, które zwyrodnieniu temu towarzyszą tylko jako wrodzonymu, usuwa wątpliwość. Przytem niektórzy okuliści, np. ADAMIUK, uważają każde zwyrodnienie barwnikowe siatkówki za wrodzone, zależące od odpowiedniego usposobienia oczu.

Obok zmian wrodzonych znajdujemy w oku prawem nabyte w postaci żółto-różowawych i żółtawych plamek w naczyńcówce ze zmętnieniem ciała szklatego. Przypuszczając, że to zapalenie naczyńcówki jest pochodzenia dziedzicznego - przymiotowego, postanowiłem zbadać ojca, który towarzyszył synowi.

Ojciec, lat 42, szczupły, małego wzrostu, ma zęby HUTCHINSON'a (u syna prawidłowe), nos nieco zapadnięty i osłabienie słuchu. Choć twierdzi, że na oczy nigdy nie chorował, jednak badanie wziernikowe wykazuje w naczyńcówce obu oczu w około tarczy nerwu wzrokowego i plamki żółtej liczne plamy zanikowe, otoczone barwnikiem, które często są spostrzegane przy przymiocie dziedzicznym. Tarcza obustronnie ma odcień szarawy i otoczona pasmem barwnikowym, w lewym oku całkowicie, w prawym od zewnątrz i od góry. Wzrok upośledzony (0,7 w oku prawym, 0,6 w lewym, mimo miarowości oczu). Przymiotu nabytego nie miał, jak sam mówi i jak dowiodło

⁴⁾ Pamiłnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1887, zes. 2.

szczegółowe badanie, lecz wie, że ojciec jego, obecnie nie żyjący, cierpiał na wymienioną chorobę i leczył się wcieraniami maści rtęciowej. Jeden z kolegów miał możność, nieco później, przekonać się, że jego żona, a matka naszego chorego, jest najzupełniej zdrowa, a w szczególności wolna od przymiotu nabytego i dziedzicznego.

W obec tych danych przyszedłem do przekonania, że ojciec naszego chorego ma przymiot dziedziczny w pierwszym pokoleniu, a sam chory — dziedziczny w drugim; wszelkie inne przyczyny, mogące wywołać u tego ostatniego chorobę oka, zostały stanowczo wyłączone przy badaniu.

Zaproponowałem wcierania rtęciowe, na co jednak ojciec nie zgodził się, gdyż nie był przekonany o pewności rozpoznania choroby.

W 4 miesiące później, 19 lipca r. 1897, przyprowadzono mi znowu chłopca z przyczyny znacznego pogorszenia wzroku. Znalazłem obustronne zapalenie mięszkowe rogówki, połączone z lekkim zapaleniem tęczówki. Ponieważ obecnie poprzednie rozpoznanie choroby zostało potwierdzone i nie mogło już żadnych wątpliwości przedstawiać, tem bardziej, że ani gruźlicy, ani innych chorób, mogących wywołać zapalenie mięszkowe rogówki, chłopak nie wykazywał, zgodzono się najchętniej na proponowane leczenie.

Chory otrzymał 75 wcierań w ciągu 5 miesięcy, po 1 gramie codziennie, przez 5 dni, po których następowała wanna i trzydniowy odpoczynek; w środku leczenia przerwa miesięczna, podczas której stosowano jodek potasu. Obok tego atropina i od środka drugiej połowy leczenia do jego końca maść Pagenstecher'a. Gdy zapalenie zniknęło, chory, po ukończeniu wcierań, zażywał przez dwa miesiące, z przerwami, jodek potasu.

Gdy rogówka zaczęła się wyjaśniać, dopatrzyłem w naczyniówce lewego oka (która przy pierwszym badaniu nie przedstawiała żadnych zmian) plamki żółto różowawe w tej samej postaci i miejscu, jak w oku prawem i zmętnienie punkcikowate ciała szklстого. Widocznie w okresie między pierwszym badaniem i wystąpieniem zapalenia mięszkowego rogówki powstało w oku lewym *choroiditis areolaris*, które przy zmętnieniu rogówki nie mogło być rozpoznane.

Dnia 11 kwietnia 1898 r. stan oczu chorego był następujący:

Rogówka w obu oczach przezroczysta, z wyjątkiem bardzo nieznacznego zmętnienia w środku tej błony, dostrzegalnego jedynie tylko przy pomocy lupy i oświetlenia bocznego. Tęczówka prawidłowa. Ciało szklste bez zmętnień. Plamy naczyniówki są jaśniejsze, przybierają wygląd zanikowy, w wyższym stopniu w oku prawem, niż w lewym. Plamy barwnikowe bez zmiany. Siła wzroku przy odpowiednich szklach zupełnie prawidłowa dla obu oczu i co dziwniejsze, znikło zwężenie pola widzenia, które można było poprzednio uważać za skutek zwyrodnienia barwnikowego siatkówki.

Zboczenie w rozpoznawaniu barw i oddziaływaniu źrenicy nie uległo zmianie. Podobnie, jak poprzednio, chory czuje się lepiej przy osłabieniu oświetlenia.

Opisany stan oczu trwa bez zmiany do chwili obecnej (26 lipca 1898). Rozumie się, że chory jest zagrożony w przyszłości powolnem rozwijaniem się zwyrodnienia barwnikowego siatkówki z jej wynikiem końcowym — ślepotą.

Wyborny skutek leczenia przeciwprzymiotowego, historia choroby, wiadomości o rodzicach i dziadzie chorego i wyłączenie wszelkich innych przyczyn zapaleń naczyniówki i rogówki dowodzą w zupełności istnienia w opisa-

nym przypadku przymiotu dziedzicznego w drugim pokoleniu, podobnie jak to miało miejsce w 2 przypadkach, które ogłosiłem przed dwoma laty ⁵⁾). Tak w tych przypadkach, jak i w obecnym, zmiany chorobowe oczu były zupełnie podobne do spostrzeganych w przymiocie dziedzicznym w pierwszym pokoleniu.

Powstaje jednak pytanie, czy zboczenia wrodzone nie są również skutkiem dziedzicznego przymiotu. GAŁĘZOWSKI ⁶⁾) twierdzi, że różne zaburzenia wrodzone oczu, jak porażenia nerwów ruchowych, powstrzymanie rozwoju gałki ocznej (szpary tkanek oka, małoocność, nieźorność i t. p.), zwyrodnienie barwnikowe siatkówki, są w znacznej części wywołane przez przymiot dziedziczny; często widywał zapalenie mięszone rogówki u osób dotkniętych zwyrodnieniem barwnikowym siatkówki. FOURNIER ⁷⁾) spostrzegał często zez i nieźorność oczu u dziedzicznych syfilityków. ANTONELLI ⁸⁾) przypisuje wrodzone zwyrodnienie barwnikowe siatkówki raczej przymiotowi dziedzicznemu, niż pokrewieństwu rodziców, uważa też za zależną od tej pierwszej przyczyny nieźorność nadmiarową taką, która przy szklach odpowiednich nie daje siły wzroku wyższej nad 0,5.

Pasmo barwnikowe, otaczające tarczę nerwu wzrokowego, jakie widzieliśmy u naszego chorego i jego ojca, i odcień szarawy tarczy, stwierdzony u ojca, ANTONELLI zalicza do objawów zarodkowych przymiotu dziedzicznego, które spostrzegał też i w drugim pokoleniu.

Porażenie wrodzone lewego mięśnia prostego zewnętrznego w przymiocie dziedzicznym spostrzegał SCHMIDT-RIMPLER ⁹⁾).

Zwyrodnienie barwnikowe siatkówki przypisują najczęściej pokrewieństwu rodziców, jednak WECKER ¹⁰⁾), WIDER ¹¹⁾), FUCHS ¹²⁾) i inni ledwo w trzeciej części przypadków znajdują tę przyczynę; WECKER dodaje, że gdyby rozporządzano większymi liczbami, to stosunek ten upadłby prawdopodobnie do czwartej części.

Jest to rzeczą przyszłości rozstrzygnąć sprawę pochodzenia zboczeń wrodzonych. Zwrócenie uwagi na ten przedmiot i gromadzenie materiałów klinicznych ułatwi drogę. Gdyby odniesiono zwyrodnienie barwnikowe siatkówki do przymiotu dziedzicznego, można by je uważać za wynik zapalenia przymiotowego siatkówki i naczyńówki podczas życia wewnątrzmacicznego, gdyż takie zapalenie w przymiocie nabytym wywołuje w pewnej liczbie wypadków stan siatkówki, nie różniący się w niczem, wzornikowo i czynnościowo, od zwyrodnienia barwnikowego wrodzonego.

⁵⁾ Gazeta Lekarska, Nr. 49, r. 1896. Recueil d'ophtalmologie. 1896, str. 602.

⁶⁾ Société de dermatologie et syphilographie, séance du 15 nov. 1894.

⁷⁾ Société de dermatologie et syphilographie, séance du 15 nov. 1894.

⁸⁾ Les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire. Paris 1897.

⁹⁾ Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. Wien 1898. str. 484.

¹⁰⁾ Traité complet d'ophtalmologie. IV. 136.

¹¹⁾ Mittheilungen aus der ophthalmologischen Klinik in Tübingen, II. 2. 1885. Sprawozd. w Rêvue gén. d'ophtalm. 1885. 411.

¹²⁾ Lehrbuch der Augenheilkunde. Fünfte Auflage.

Dwa przypadki

Cięcia cesarskiego zachowawczego z powodu guzów miednicy małej.

Podał **H. OLSZEWSKI.**

Ordynator szpitala Tow. Akc. K. Szelbiera (Łódź).

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Łódź, d. 8 Czerwca 1898 r.).

(Dokończenie.—Zob. N. 35)

Z kolei następują guzy kostne miednicy. Do tego rodzaju narośli zaliczamy: chrzęstniaki, chrzęstniaki kostnawe, torbielo-chrzęstniaki, chrzęstniakomięsaki, kostniaki, kostniako-raki (kościo-raki), kostniakomięsaki (kościomięsaki), oraz wyrosty kostne.

Guzy te przeważnie rosną wolno, szczególnie kostniaki. Wielkość ich bywa różna; narośle kostne zwykle nie wielkie zdarzają się najczęściej u kobiet z miednicą krzywicową, kostniaki też zbyt duże nie bywają—mniej więcej wielkości cytryny—pomarańczy. Za to chrzęstniaki, a szczególnie mieszane formy, jak np. mięsako-chrzęstniaki, rosną szybciej i dochodzą nie raz do znacznych rozmiarów. Z wyjątkiem niewielkich wyrostów kostnych, wszystkie tego rodzaju guzy, wklajając poród, są zarówno dla matki, jak i dla płodu niebezpieczne, gdyż ścieśniając w znacznym stopniu miednicę, stanowią najczęściej wskazanie do cięcia cesarskiego. Według STADFELD'a (Centrabl. für Gynäkol. 1880) rokowanie w naroślach kostnych miednicy jest wogóle bardzo niekorzystne dla matki i dla płodu, gdyż śmiertelność matek wynosi aż 50%, a dzieci 40%.

Na szczęście tego rodzaju powikłania porodu zdarzają się rzadko. Do roku 1890 znanych było w literaturze tylko 11 przypadków cięcia cesarskiego z powodu narośli kostnych miednicy, wklajających poród. Postaram się w streszczeniu podać te przypadki.

1) H. KELLY (Amer. journ. of. obstetr. 1890 r. str. 225) wykonał cięcie cesarskie sposobem zachowawczym u 34-letniej położnicy, 4-ty raz rodzącej. Miednica płaska, krzywicowa, a nadto guz kostny wypełniający prawie całą miednicę. Wynik był pomyślny dla matki i płodu.

2) V. d. MEIJ (Niederl. Tijdsch. voor Verloskund en Gyn. I) operował z dobrym wynikiem z powodu narośli kostnej, biorącej początek ze strony wewnętrznej spojenia łonowego.

3) O. CHRISTIC (Medicin. Revue. Bergen 1889). Cięcie cesarskie z pomyślnym rezultatem z powodu kościo-mięsaka lewego stawu krzyżowo-biodrowego.

4) W przypadku, opisanym przez ZWEIFEL'a i BOSTROEM'a (Arch. für Gynäkol. Bd. XVIII, str. 365) chodziło o znacznych rozmiarów torbielo-chrzęstniak, wychodzący z kości krzyżowej. Według monografii SCHAUTY (Müller's Geburtshülfe Bd. 2. Stutgard. 1889) o nieprawidłowościach miednicy do podobnego rodzaju przypadków zaliczyłby wypadało następujące: (dane zaczerpnięte z pracy H. ŚWIĘCICKIEGO, o której niżej.

- 5) BEHM'a (*sectio cesarca* — śmierć).
 - 6) KIBIN'a (tak samo).
 - 7) LEJDIG'a (tak samo).
 - 8) MESTENHAUSER'a (2 razy szczęśliwie wykonano cięcie cesarskie dla matki i dziecka na jednej i tej samej osobie).
 - 9) STADFELD'a (śmierć w 5 miesiącu ciąży).
 - 10) ABERNETHY'ego (wyjął w czasie porodu szczęśliwie narośl, wychodzącą z tylnej bocznej ściany miednicy).
 - 11) SHEKELTON'a (śmierć wskutek pęknięcia macicy).
- Prócz tego ogłoszone były w pismach lekarskich przypadki następujące.
- 12) H. ŚWIECICKI (Poznań — Cięcie cesarskie z powodu narośli kostnej miednicy. *Gazeta Lekarska*. 1891 r.). Autor opisuje przypadek cięcia cesarskiego, wykonanego z wynikiem pomyślnym z powodu narośli kostnej miednicy, biorącej początek z prawego stawu krzyżo-biodrowego.
 - 13) H. KELLEY (*Medic. and surg. Reporter*. Philadelphia 1890 stycznia) u kobiety 5 raz rodzącej, u której już cztery razy dokonana była embryotomia, wykonał cięcie cesarskie z pomyślnym wynikiem dla matki i dziecka z powodu guza kostnego, wychodzącego z kości krzyżowej i wypełniającego całą miednicę małą do tego stopnia, iż pozostawało tylko trochę miejsca wolnego dla pochwy i dolnego odcinka macicy. Przy operacji natrafiono na łożysko. Krwawienie nie zbyt obfite.
 - 14) Podobny przypadek; z tą tylko różnicą, że dziecko w parę godzin po operacji zmarło, opisuje Tod GILLIAM (*New York med. jour*. 1890 r. Maj, p. 516).
 - 15) W przypadku M. BAR'a (*Paris. Revue obstetric. et gynecol*. 1891. April) guz (chrzestniak) brał początek z prawego stawu krzyżo-biodrowego. Wynik dla matki i dziecka pomyślny.
 - 16) P. MITABELL (*Med. record*. Lipiec. 1893 r.) wspomina o cięciu cesarskiem zachowawczem z powodu guza twardego miednicy, wypełniającego zagłębienie kości krzyżowej. Matka i dziecko ocalały.
 - 17) O przypadku STANDE'go już wspominałem przy guzach jajnika.
 - 18) TÓTH (*Centralbl. für Gynäkol*. Nr. 34, rok 1896) na posiedzeniu sekcji gynekol. Towarzystwa Lekarskiego w Budapeszcie mówił o dwóch przypadkach cięcia cesarskiego, w klinice prof. TAUFFER'a dokonanych z powodu ścieśnienia miednicy przez guzy. W przypadku drugim guz był chrzestniakiem prawej kości łonowej.
 - 19) KRÆMER (*Centr. für Chirurgie*. Nr. 9, 1898 r.) wyciął guz kostny, wypełniający miednicę i wychodzący z wewnętrznej powierzchni poziomej gałęzi kości łonowej u chorej w 7-ym miesiącu ciąży będącej, u której już raz w r. 1896 wykonał podczas porodu cięcie cesarskie z powodu tegoż guza, z pomyślnym dla obu stron wynikiem.
 - 20) H. SPENCER (*Transactions of the obstetr. Societ. of London*. 1896, December 2) opisuje 3 przypadki cięcia cesarskiego metodą PORRO. W jednym z nich powodem do operacji był chrzestniak kości krzyżowej, sporych rozmiarów. Dziecko żywe. Matka zmarła dziewiątego dnia po operacji. Następne 3 przypadki, choć do kategorii guzów kostnych miednicy w ścisłym znaczeniu nie mogą być zaliczone ze względu na swą budowę histologiczną, pozwolę sobie jednak w tej rubryce pomieścić, a mianowicie.
 - 21) Przypadek cięcia cesarskiego zachowawczego, podany przez ROSNER'a (*Z kazuistyki cięcia cesarskiego*. *Przegląd Lekarski*. Nr. 9 i 10, 1893 r.),

gdzie przyczyną znacznego ścieśnienia miednicy był mięsak wrzecionowato-komórkowy. Dziecko żywe. Przebieg pooperacyjny niepomysłny dla matki, gdyż powikłany dwukrotnem rozejściem się szwów brzusznych i wypadnięciem jelit. W 5 tygodni po operacji chora życie zakończyła.

22) W przypadku F. KOŚMIŃSKIEGO (Przegląd Lekarski, 1894 r. str. 282) powodem do cięcia cesarskiego był włókniako-mięsak gałęzi wstępującej kości kulszowej.

23) G. BRAUN na posiedzeniu Tow. Ginekolog. w Wiedniu 21 kwietnia 1896 r. (Centralbl. für Gynäkol. Nr. 46. 1896 r.) mówił o operacji PORRO, dokonanej z powodu dużych rozmiarów mięsaka miednicy małej. 9 dnia zdjęto szwy i zmieniono opatrunek. Następnego dnia chora dostała wymiótów i uczuła, że jej coś w brzuchu pękło. Po zdjęciu opatrunku, okazało się, że powłoki brzuszne się rozeszły i wypadły jelita. Nałożono szwy po raz wtóry. Wkrótce jednak śmierć z powodu ropnego rozlanego zapalenia otrzewny.

Jeszcze rzadziej od guzów kostnych miednicy zdarzają się guzy odbytnicy, które, ścieśniając przewód rodny, stanowiłyby mogły znaczną przeszkodę porodową. Na pierwszym planie wypada wymienić guzy kałowe. U kobiet z nawykowem zaparciem stolca może się zdarzyć, iż pod koniec ciąży (ciąża sama poniekąd usposabia do zaparcia stolca) nagromadzone masy kałowe, nie wywołując bynajmniej objawów niedrożności jelit, ścieśnia w znacznym stopniu przewód rodny i uniemożliwiają poród.

Rozpoznanie w takich razach wielkich trudności nie przedstawia. Palec, przy naciśnięciu guza od strony pochwy, pozostawia ślady, konsystencja zwykle ciastowata, zresztą badanie przez odbytnicę usuwa możliwe wątpliwości. Jeżeli obfite ławatywy, ewentualnie szybko i silnie działające środki czyszczące pożądanego skutku wywołać nie zdołają, pozostaje za pomocą łyżeczki wydobyć masy kałowe.

Oprócz nawykowego zaparcia do takiego nagromadzenia się kału usposabiają i zmiany w dolnym odcinku kiszek stolcowej nabyte lub wrodzone, jak np. zwężenia bliznowate na tle przymiotu lub po przebytych sprawach ropnych w sąsiedniej tkance łącznej (*periproctitis*) i *atresia ani vaginalis*. O powikłaniu porodu guzami kałowymi na tle nawykowego zaparcia stolca wspomina I. JEVER w pracy „*Pelvis tumors obstructing Parturition*“ (Guy's Hospital-Reports. V. I. 1843. London) i prof. CORRADI (Dell'ostetricia in Italia. Bologna. 1874—75). ROSNER opisuje podobny przypadek przy *atresia ani vaginalis*, który spostrzegał prof. MADUROWICZ (Centralblatt für ges. Med. 1886. p. 808).

Do podobnego rodzaju zaliczyć wypada i te, aczkolwiek bardzo rzadkie, lecz możliwe przypadki, gdzie guz w kieszce stolcowej spowodowany bywa przez ciała obce, jak np. kamienie żółciowe, pestki wisien i t. p.

Z kolei następują nowotwory odbytnicy.

Mam tu na myśli nowotwory złośliwe, mianowicie raki, gdyż nowotwory łagodne zdarzają się rzadko. Na błonie śluzowej odbytnicy, wskutek przewlekłego niezłytu powstają czasem narośle, rodzaj polipów, które dosięgnąwszy większych rozmiarów, mogą stanowić przeszkodę porodową. Dwa przypadki podobnego rodzaju znane są w literaturze.

Rak wogóle, jak wiadomo, jest chorobą, nawiedzającą zwykle osoby w wieku starszym; to samo da się powiedzieć i o raku odbytnicy. Zdarza się on częściej u mężczyzn niż u kobiet, u tych ostatnich zaś najczęściej w wieku przekwitania; przypadki więc, w którychby rak odbytnicy wikłał ciążę i stano-

więc przeszkodę przy porodzie zmuszał do zabiegu operacyjnego, do częstych bynajmniej nie należą. E. HOLLÆNDER z Berlina do roku 1893 zdołał zesta-
wić z literatury zaledwie 7 przypadków raka odbytnicy wikłających poród.
(Archiv. für Gynaekologie. XLIV Bd. I Heft). Przytoczę je w streszczeniu
w tym samym porządku, w jakim je HOLLÆNDER podaje.

1) (FREUND'a). Chora w ciąży po raz drugi. Przybyła do kliniki
w Strassburgu (13. VII. 91.) z powodu raka кишки stolcowej, który w postaci
guza wypełniał większą część miednicy małej i ścieśniał przewód rodny. Prze-
toka kiszkowo-pochwowa, przez którą wciąż sączy się rzadki kał zmieszany
z krwią i ropą. Tegoż dnia zjawily się bóle porodowe. Wykonano cięcie ce-
sarskie z pomyślnym wynikiem dla matki i dziecka.

2) (LEVER'a). Guz rakowaty znajdował się o $3\frac{1}{2}$ cala powyżej odby-
tu i spowodował objawy zamknięcia światła jelita (*ileus*). Macica przesunięta
na prawo i ku przodowi przez guz wypełniający lewy dół biodrowy.
O przebiegu porodu danych brak. Zejście śmiertelne w 7 miesięcy po roz-
wiązaniu.

3) (CRUVEILHIER'a). Chora M. 30-letnia, długi czas cierpiała na zapar-
cie stolca i krwawy wyciek z odbytu. Poród za pomocą obrotu na nóżki.
Dziecko nie żywe. Matka zmarła czwartego dnia po rozwiązaniu. Badanie po-
śmiertne wykazało raka odbytnicy; rozerwanie i zmiążdżenie кишки podczas
porodu.

4) (KÜRSTEINER'a). A. M. Isler, 27 lat, 3 raz rodzi. Stałe zaparcie stol-
ca i silne bóle krzyża podczas ciąży. Zawezwany do porodu lekarz stwierdził
w wysokim stopniu ścieśnienie miednicy i nałożył kleszcze, lecz napróżno. Za-
wezwany drugi akuszer też nie miał dość siły, by wyciągnąć kleszczami dziec-
ko. Gdy, po kilkunastogodzinnej przerwie poród wreszcie ukończono za po-
mocą wymóżdżenia, zjawilo się mimowolne oddawanie kału i moczu. Chorą,
bardzo słabą odwieziono 16 sierpnia, 1861 r. do szpitala w Zurichu, gdzie na
trzeci dzień zmarła. Badanie pośmiertne wykazało: „rak odbytnicy i кишки
esowatej (zagiętej), duża ilość ropy w miednicy małej, ropnie w tkance oko-
łomacicznej, ropień w jajniku prawym, błony zgorzelinowe w pęcherzu i szyi
macicznej, przetoka pęcherzowo-pochwowa, cała wewnętrzna powierzchnia
pochwy w strzępach“.

5) (BRESLAU-KÜRSTEINER'a). E. M. lat 29, ciąża w 5-ym miesiącu. Ba-
danie przez pochwę i odbytnicę stwierdziło obecność guza rakowatego кишки
stolcowej, który wypuklał tylną ścianę pochwy ku przodowi i zwężał światło
kiшки do tego stopnia, iż zaledwie przepuszczało koniec wskaziciela. Przerzuty
w jamie brzusznej. Poród choć ciężki, jednak siłami natury ukończony; dziec-
ko małe, niedonoszone, nieżywe, 1 funt 26 łutów ważące. Na trzeci dzień
śmierć wskutek ropnego zapalenia otrzewny. Badanie pośmiertne wykazało
przerzuty w jajniku, sieci i w otrzewny jamy DOUGLAS'a.

6) (KALTENBACH'a). U 37-letniej, 8 raz rodzącej położnicy KALTEN-
BACH znalazł (w 24 godziny po ustaniu bólów) twardy guz w miednicy małej,
wielkości główki 7 miesięcznego płodu. Cięcie cesarskie. Płód nieżywy, w po-
czątkowym okresie gnicia. Silne krwawienie, gdyż natrafiono na łożysko.
8-go dnia zejście śmiertelne z powodu ropnego zapalenia otrzewny. W czasie
badania pośmiertnego przekonano się, że guz był rakiem, w ścisłym związku
z kością krzyżową pozostającym, lecz wychodzącym z odbytnicy.

7) (LÖHLEIN'a). F. R. lat 32, piąty raz w ciąży, w 8 miesiącu. Od kil-
ku miesięcy bolesne oddawanie stolca, w końcu stolce krwawe, pomieszane

z ropą. Guz z przodowej ściany odbytnicy wychodzący, zajmuje przestrzeń od zwieracza odbytu aż do wzgórka kości krzyżowej (*promontorium*). Wywołano przedwczesny poród, a w kilka dni później wykonano wycięcie odbytnicy metodą KRASKE'go z wynikiem pomyślnym. Dziecko zmarło siódmego dnia. Chorą w dobrym stanie po trzech miesiącach wypisano z kliniki.

Prócz tych siedmiu przypadków i mego, jako ósmego, udało mi się znaleźć wzmiankę o cesarskim cięciu z powodu raka odbytnicy wykonanem przez V. DUNCAN'a (Lancet 1895 r. Luty), gdzie rak już na 18 miesięcy przedtem był rozpoznany. Dziecko ocalało.

W końcu wypada mi wspomnieć o dwóch fenomenalnie rzadkich przypadkach, jedynych w swoim rodzaju,

1) Pierwszy opisał LÖHLEIN (Gynäkolog. Tagesfragen. 4 Heft. 1895). U pani B, po raz trzeci w ciąży będącej i oczekującej lada chwila bólów porodowych, zawezwany L. znalazł całą miednicę małą do tego stopnia wypełnioną przez guz torbielowy, że pochwa przyciśnięta była do wewnętrznej powierzchni spojenia łonowego. Z wielkim mozołem zdołał L. dosięgnąć do ust macicznych, tak wysoko ku górze i ku przodowi część pochwowa macicy była odsunięta. Przy badaniu przez odbytnicę okazało się, że i kiszka stolcowa była także przemieszczona ku przodowi przez guz napęczniony płynem, wypełniający zagłębienie kości krzyżowej. Za pomocą nacięcia przez tylną ścianę pochwy wypuszczono z guza litr przezroczystego płynu, w którym, prócz śladów białka, nic godnego uwagi nie znaleziono; ciężar gatunkowy 1,005. W parę dni później, gdy bóle porodowe się rozpoczęły, poród nie postępował z powodu tego, że guz, pomimo wypuszczenia płynu, bardziej jeszcze niż przedtem napęczniony szczelnie miednicę wypełniał i wysoko ku górze macicę odpychał. Za pomocą więc trójkątka wypuszczono około 4 litrów płynu, poczem poród szczęśliwie ukończony został. W okresie połogowym silne bóle lewego nerwu kulszowego. Na 3 dzień po rozwiązaniu zjawiała się gorączka i uczucie parcia w kiszce stolcowej. Wypływ z pochwy skąpy, smrodliwy. Badanie wykazało, że miednica mała, tak jak przed porodem, wypełniona była przez guz, który przyciskał pochwę do spojenia łonowego. Macica i pęcherz wysoko ku górze odepchnięte, oddawanie moczu utrudnione. Przekłucie po raz trzeci: wypuszczono 2 litry płynu pomieszanego z ropą. Gdy jednak w parę dni później płyn znów się zbierać począł, przystąpiono do laparotomii. Okazało się, że guz przylegał ściśle do przedniej powierzchni lewego spojenia krzyżowo biodrowego, dolnych kręgów lędźwiowych i kości krzyżowej i że był w połączeniu z oponami mózgo rdzeniowymi. Rozpoznano: „*Meningocoele sacralis anterior*“. Pomimo bardzo burzliwego przebiegu pooperacyjnego, chora w końcu wyzdrowiała. LÖHLEIN wspomina o podobnym przypadku KRONER-MARCHAND'a, opisanym w Archiv. f. Gyn. 1881. Bd. XVII, lecz z zejściem dla chorej niepomyślnem.

2) H. MUNK (Prager med. Wochenschrift 1890, Nr. 43 i 44) wspomina o trzech przypadkach cięcia cesarskiego, wykonanych przez prof. SCHAUT'ę. W jednym z nich powodem do zabiegu operacyjnego był guz twardy, unieruchomiony w jamie DOUGLAS'a, płód skamieniały (*litihopaedion*). Dziecko, wydobyte przez cięcie, ważyące 4770, z ogromnem wodogłowie (circumfer. fronto - occip. 51,5!) zmarło dnia czwartego po operacji.

WYKŁADY KLINICZNE.

M. BENEDIKT.

O BÓLU GŁOWY.

Aby odróżnić rozmaite postacie bólu głowy, musimy przyjrzeć się bólom innych nerwów ciała. Należy uwzględnić trzy typy bólów nerwowych.

1) W pierwszym bóle występują i znikają szybko i zupełnie lub w przeważnej części. Mogą też znikać całkowicie, a następnie powracać w tem lub innem miejscu. Napad może trwać godziny lub dnie. Jest to postać bólu błyskawiczna, rwąca, kłująca, szarpiąca, zależna od podrażnienia zapalnego korzeni i ich najbliższych rozgałęzień w kierunku dośrodkowym.

2) W postaci drugiej bóle występują z siłą mniejszą, zwiększają się stopniowo, a w końcu znikają całkiem lub w stopniu bardzo znacznym. Następuje przerwa, po której bóle występują na nowo. Jest to typ, odpowiadający zajęciu spłotów i głównych gałęzi nerwowych. Przebieg jego t. zw. podostry trwa dłużej.

3) Postać trzecia cechuje się przez bóle małe. Trwa ona dłużej od poprzednich. Jest to typ przewlekły, właściwy dla rozgałęzień nerwowych.

Upředzamy przytem, że pod nazwą nerwobólu rozumiemy stan, w którym ból jest objawem wyłącznym lub najwybitniejszym.

Jednakowe podrażnienie wywołuje w korzeniach nerwowych ból, dochodzący momentalnie do stopnia najwyższego, w gałęziach i spłotach cierpienie wzrasta stopniowo i stopniowo też słabnie, a w zakończeniach nerwowych okazuje mniejsze wahania i wyczerpanie. W następstwie podrażnień najsilniejszych nie widzimy ani kurczów odruchowych, ani promieniowania bólów. Przewodnictwo bodźców do narządu czucia spotyka u dorosłych mniej przeszkód niż do organu ruchu. Fakt występowania skłonności do letargu w następstwie rozerwania lub zmiżdżenia nerwów obwodowych dowodzi, jak niewystarczająca jest teoria zmniejszonego przewodnictwa wrażeń w kierunku mózgu.

Bóle głowy, zależne od cierpienia nerwów czuciowych głowy (postać druga) i ich spłotów bywają w dziedzinie nerwu trójdzielnego, nerwów nadoczodołowych, potylicowych i spłotu szyjowego górnego, którego gałęzie rozpościerają się po bokach głowy. Ta ostatnia postać bywa bardzo często nierozpoznawana, aczkolwiek czasem siłą swoją doprowadza do utraty przytomności i bredzenia. Przyjmowano ją za zajęcie opon.

Trafiło się również, że w przypadku zajęcia ropnego wyrostka sutkowego podejrzewaliśmy wylew do jamy mózgowej, gdy tymczasem mieliśmy do czynienia z następczem zajęciem spłotu.

Postać 1-sza czyli błyskawiczna spotyka się również na głowie, w okolicy piątej pary nerwów, rzadziej w miejscach nerwów potylicowych i szyjowych.

Największą część bólów głowy musimy odnieść do grupy trzeciej t. j. przewlekłej. W wielu przypadkach mamy do czynienia ze sprawą miejscową, zależną od zaziębienia, nacieczenia przymiotowego lub innego cierpienia, występującego na rozmaitych miejscach skóry głowy. Bóle głowy mogą również zależeć od choro-

r

Migrena, osobna postać bólu głowy, oznacza często występujący ból jednostronny. Występują w niej i bóle organów zewnętrznych, kości, oka i t. p. Jest to bądź co bądź postać nieprawidłowa i nieraz przekracza środkową linię ciała; a nawet obejmuje część głowy środkową, np. wierzchołek. Czasami znika charakter napadowy migreny, wówczas mamy ból głowy nieustanny z nadmierną wrażliwością wszystkich części podstawowych czaszki wraz ze szkieletem twarzy.

W przypadkach zajęcia mózgu przez sprawy zapalne lub nowotwór, mamy do czynienia z bólami miejscowymi, które odnosimy bądź do skóry czaszki bądź do kości.

Mają one charakter miejscowy, a nie odśrodkowy t. j. przeszywający dla powodów dobrze znanych. Wiadomo bowiem, że nie są one objawem ogniskowym (znaczy to, że włókna czuciowe zajęte przy sprawie miejscowej nie tylko mogą z ogniska chorobowego całkiem nie pochodzić, lecz nawet mogą przezeń nie przechodzić). To samo tyczy się zawrotów głowy i obrzęku objawowego brodawki wzrokowej.

Dwa błędy kardynalne panują dotąd w pojęciach lekarskich. Pierwszy, że kości rosną tylko na obwodzie, drugi, że przez skostnienie szwów i chrząstek wogóle powstrzymuje się wzrost mózgu.

Już WOLFF zbił na zawsze pojęcie pierwsze w tym sensie, że kości rosną w całej swej objętości. Drugie (t. j. że wczesne kostnienie wywołuje zwężenie mechaniczne jamy czaszkowej) było wprowadzone przez VIRCHOW'a i ustąpiło faktowi, że mózg i czaszka rosną wspólnie, a wzrost kości zależy od wzrostu substancji mózgowej.

Prawo wielkie, acz o niezbadanym mechanizmie wewnętrznym ukrywa się w tej zależności i wspólności wzrostu treści i otoczenia. Wszelki wzrost mózgu wywołuje odpowiedni wzrost czaszki. Stosuje się to i do warunków chorobowych. Każdy bodziec chorobowy wewnątrz mózgu wywołuje odpowiednie podrażnienie czaszki, która (jak każda kość) aby rosnąć musi wrócić do stanu embryonalnego (rozmiękczenia). Występują zmiany krążenia i odżywiania, które wywołują uczucie bólu. Z drugiej strony podrażnienie powłok i kości wywiera wpływ dodatni na objawy, pochodzące z ciężkich chorób mózgu.

Już przed wiekami stosowano ze skutkiem dobrym maść Autenrieth'a na wygoloną głowę. Nawet chorego bliskiego śmierci można doprowadzić do przytomności, stosując szerokie przypalania aparatem PAQUELIN'a. Również najcięższe bóle głowy ustępowały pod wpływem *points de feu*, stosowanych na miejscu bólu z następczem wcieraniem w rany *ung. mezerei*. Podrażnienie powłok niwelowało wpływ ujemny podrażnienia, wychodzącego z ośrodka. Należy przywrócić środkom odciągającym debit, choćby w postaci *points de feu*.

Znane są stosunki wzajemne między rozmaitymi narządami, utrzymywane za pomocą wydzielin również dobrze, jak między krwią a zdolnością czynnościową wszystkich narządów ciała.

Już w jajku występują sprawy łączenia i odpychania się cząstek, uwieńczone powstaniem całego szeregu części ustroju, które za pomocą nerwów i naczyń pozostają w związku wzajemnym.

Oprócz tego jedne narządy wydzielają substancje, podtrzymujące lub wręcz utrzymujące czynności drugih. Czynność wydzielnicza wewnętrzna dopiero w czasach ostatnich została dowiedziona dla serca i nerek.

TIGERSTAEDT oznajmił na ostatnim zjeździe w Moskwie, że znalazł w wyciągu nerek związek, który nie występuje w moczu, lecz zwiększa napięcie naczyń obwodowych, przez co pośrednio wzmacnia czynność serca.

Wzajemna zależność narządów przejawia się i w prawie współcierpienia, które się w następujących przykładach uplastycznia.

1) Dwa lub kilka narządów jednakowych lub niejednakowych może ulegać jednakowym wpływom szkodliwym (kurz wywołuje zapalenie obu oczu).

2) Toksyny, krążące we krwi wywołują cierpienie naraz w wielu narządach jednorodnych (dna, *arthritis*, przymiot, działanie rtęci, ołowiu i wyskoku). Oprócz prawa współcierpienia istnieje drugie nieznané, a przejawiające się w nowotworach mózgu. Wiadomo bowiem, że sprawa zależna od bodźca miejscowego nie idzie drogami fizyologicznymi i grubo anatomicznymi, lecz rozprzestrzenia się nieraz całkiem niezależnie (*Diffusio incoherens*).]

Podrażnienie chorobowe omija wiele miejsc bliskich lub sąsiednich, a przejawia się w częściach odległych od źródła głównego.

Niedawno jeszcze lekarze przy rozpoznawaniu choroby starali się wszystkie objawy, występujące w danem cierpieniu, sprowadzić do jednego ogniska lub systemu. Była to zasada „koncentracji różniczkowej“ wprowadzona przez CHARLES'a BELL'a. Dzisiaj dążymy zgodnie ze stanem wiedzy współczesnej do tego, aby postawić każdy objaw lub zbiór objawów w zależności od odpowiedniego ogniska. (*Differenziale Diffusion*—zasada dyfuzji różniczkowej).

Autor zamierza w innem dziele wyjaśnić myśl, którą kiedyś w postaci hipotezy wygłosił. Twierdził naówczas, że podrażnienie układu nerwowego ośrodkowego działa jednocześnie na części rozmaite, zależnie od rodzaju samozatrucia.

Do czego doprowadzić może szukanie związku między rozprzestrzenianiem się objawów po drogach funkcjonalnych, pozostających ze sobą w związku fizyologicznym, dowodzi błąd, jakiego się dopuszczono w sprawie zwyrodnienia pęczków piramidalnych w porażeniach połowicznych. Piramidy nie znajdują się w związku z czynnościami dowolnymi, lecz tylko wypełniają rolę utrzymania stawów (*gelenkfixation*). Gdyby fizyologowie pamiętali, że zwyrodnienia mogą występować na zasadzie prawa współcierpienia, nie byłiby popełnili omyłki. Nie powstałaby również teoria ciśnienia mózgowego, jako następstwo takich objawów, jak ból głowy i obrzęk brodawki nerwu wzrokowego. Wiedząc, że ucisk wywołuje cierpienie wszystkich narządów uciśniętych, obwiniali go i wtenczas, kiedy wcale nie istniał.

Dla wykazania całego absurdu takiej teorii, przytaczamy przykład następujący:

Józef W. lat 44, kupiec z Tomaszowa Polskiego — poddał się obserwacji w październiku roku 1897. Był w Tryeście, gdzie wiele cierpiał z powodu upałów. Miał jakoby chorować na gorączkę gastryczną po spożyciu zepsutej ryby. Ma pamięć słabą i zmienną; osłabienie jej dotyczyło w stopniu jednakowym wszystkich jej rodzajów, zdarzeń świeżych i dawno minionych. Wyraźny brak związku w słowach i czynach. Strona duchowa nie jest pozbawiona ani jednej cechy wybitnej, lecz wszystkie przejawy duchowe są osłabione. Nie ma żadnych życzeń, niczego nie pożąda. Wzrok dobry, brak zaburzeń ruchowych i nieznaczny ból głowy. BENEDIKT podejrzewał początkowo zatrucie ptomainami, lecz ociężałość duchowa, stale wzrastająca, nasuwała coraz bardziej podejrzenie nowotworu mózgu.

Odtąd aż do śmierci przebieg choroby był następujący: Chory bywa czasem bardzo skupiony i daje na pytanie rozsądne odpowiedzi. Kiedy indziej odpowiedzi są bez związku z zapytaniem. Trzyma w ręce książkę nie mogąc jej czytać, szuka w łóżku przedmiotów, których nigdy nie miał. Nie pamięta dnia ślubu, wieku dzieci i t. d. Brak wyraźny łączności i ciągłości myśli. Bóle głowy od kilku lat stale istniejące i chwiejność, która grozi mu upadkiem w tył przy stanie, dopełnia

obrazu. Powieka górna oka prawego lekko opuszczona (*ptosis*), a obie skurczone (*blepharospasmus*). Odruchy rzepki żywe. Drżenie obu rąk, występujące silniej przy ruchach, lecz nie zawsze widoczne. Czasami, kiedy patrzy prosto, drży mu głowa i górna część ciała.

15. XII. Od wczoraj ogłuchł bardziej; drgawki kończyn lewych. Niedowład mięśni wargowych lewych; zapalenie obu nerwów wrokowych. Zaburzenia wzroku wystąpiły w dniach ostatnich.

20. XII. Ramię i udo lewe trochę osłabione.

1. I. Chory raz bywa śpiący; drugi raz skupiony, skarży się na mocne bóle głowy. Kończyny lewe osłabione. Oddaje bezwiednie kał i mocz. Brak objawów porażenia i ślepoty na kolory.

5. I. Dnia poprzedniego były wymioty kilkakrotne; chory jest mało przytomny i ledwie oddziaływa na głośnie wołanie. Kurcz drżący ramienia i uda lewego krótko trwający wystąpił zrana. Następnie przeszedł na całe ciało.

6. I. Śpiączka zupełna, kilkakrotne wymioty, wdech świszczący; tętno 48—52. Aspiracya mas zwymiotowanych — śmierć.

Oslabienie czynności duchowej bez zaniku całkowitego oddzielnych jej przejawów i objawy podrażnienia nasunęły myśl o nowotworze; brak zaburzeń ruchowych i czuciowych kazał przypuszczać istnienie jego w okolicy tylnych zawojów mózgowych. Przypuszczaliśmy, że mamy do czynienia z guzem dużym, lecz nie mogliśmy określić dla braku danych, z której strony się znajduje.

Neuroretinitis i ruchy drżące wskazywały, że guz rośnie w kierunku pagórka wzrokowego; osłabienie kończyn lewych nasuwało myśl o guzie półkuli prawej. Pomimo zabarwienia ciemnego skóry brak było objawów wyraźnych choroby ADISON'a.

Badanie pośmiertne dokonane zostało ze względów ubocznych tylko na czaszce. Wyniki jego są następujące:

Tułów duży, mocno zbudowany i dobrze odżywiany; skóra blado-szara z odcieniem brunatnym szczególnie na zewnętrznych narządach płciowych. Skóra głowy obficie ukrwiona; czaszka obszerna, mezocefaliczna, w skroniach uderzająco szeroka, kości jej grubości średniej, bardzo spoiste (*compact*). Część wewnętrzna zrosnięta z oponą twardą, szczególnie w okolicy kości ciemieniowej. Na miejscu prawego guza czołowego i brzegu dolnego lewej kości ciemieniowej blaszka wewnętrzna jest szorstka wskutek uzury. Na miejscu, odpowiadającym wierzchołkowi prawego płatu skroniowego, mamy przepuklinowe występy mózgu w odpowiednich otworach opony twardej, wielkości ziarnka prosa.

Na przecięciu poziomem mózgu, odpowiadającym przecięciu kości, półkula prawa jest obrzmiała w okolicy zawojów wielkich i wyspy tak, że rowek środkowy przesunięty został na lewo; komora boczna lewa jest zwężona, a pagórek czworaczy odsunięty w tył. Obrzęk ten zależy od powiększenia w dwójnasób prawego ciała prążkowanego, pagórka wzrokowego i jądra soczewkowego; zabarwienie ich jest szare, spoistość ciastowata. Substancja mózgowa, leżąca między niemi, jest niezmienniona. W podobny sposób uieglą zmianie wyspa REIL'a, *claustrum*, zawój nadbrzeżny (*supramarginalis*) i pierwszy zawój skroniowy. Odpowiednio do miejsc tych kora jest w dwójnasób zgrubiała o spoistości ciastowatej i odgranicza się bardzo niewyraźnie. W innych częściach kora jest grubości zwykłej i ma zabarwienie prawidłowe.

W półkuli lewej na przekroju mamy guz wielkości wiśni w miejscu zagięcia rogu Amona, wytworzony z masy rozpadowej, szarej o spoistości gumy arabskiej. Guz ten jest ostro ograniczony. Pagórek wzrokowy lewy częścią poduszkową (pul-

vinartheil) jest przyrośnięty do podstawy rogu Amona. Ependyma odpowiednio nacieczona przez masę szarą na przestrzeni wielkości jądra soczewicy. Komory leżące po stronie lewej nie są powiększone; komora czwarta wąska, pagórki czworacze, naprzeciw komory czwartej leżące, są uciśnięte, a ependyma ich nacieczona z wybroczynami krwawymi w pobliżu przewodu Sylwiusza. Mózdzek i rdzeń przedłużony lekko obrzęknięte; naczynia i nerwy podstawy mózgu nie przedstawiają nic osobliwego.

Rozpoznanie sekcyjne: *Tumor metastaticus regionis cornu. Ammonis haemisphaer. sinistr. subsequente hypertrophia hemisph. dextr. praecipue gangliorum centralium, usura cranii.* Nowotwór, jak wykazało badanie pośmiertne, był mięsakiem wielkości śliwki. Uwzględniając jego szybki wzrost, należy przypuścić, że na początku leczenia nie był on większy od ziarnka konopnego, a pomimo to już wpływał na czynności duchowe. Guz leżał w rogu Amona, który pozostaje tylko w bardzo słabym związku z czynnością duchową. Na 3 tygodnie przed śmiercią wystąpiła *papillitis* obustronna w następstwie przyrośnięcia do pagórka wzrokowego; obrzęki jąder prawostronnych zależały od guza lewostronnego i wywoływały zaburzenia ruchowe. Wierzchołek zrazu skroniowego prawego wystąpił przez mały otwór opony twardej; *claustrum*, wyspa REIL'a, płat nadbrzeżny i pierwszy zawój skroniowy były obrzękłe, przyczem istota szara kory podwójnie zgrubiała, dalej pagórki czworacze z obu stron obrzękłe, a szczególnie prawy uciśnięty w kierunku ku komorze; na wewnętrznej stronie czaszki w warstwie zbitej powstały wgłębienia popobne do zia rminy PACHION'a.

Czy tak mały guz mógl wpływać na wywołanie zjawisk podobnych przez ucisk? Czy mógl przerwać oponę twardą i uciskać kości? Oto pytania, na które mamy odpowiedzieć.

Nonsensowne jest twierdzenie, jakoby mózg mógl przerwać oponę twardą i wyłobić kości, Gdzie głowa idzie na mur, tam się rozbije; a zapewne czaszka w stosunku do ściany nie jest tak miękka, jak mózg w stosunku do czaszki.

Przeciwnicy dla podtrzymania swojego twierdzenia mówią: kropla kamień wyłobić może, czyli, że czynność mechaniczna o natężeniu nieznacznym, lecz długo trwająca może zniszczyć substancje najtwardsze. Zdaniem naszym, jeżeliby wpływ kropli był czysto mechaniczny, to mogłaby ona tylko zwiększyć spistość kamienia. Wyłobienie kamienia nie jest wynikiem czynności mechanicznej, lecz współczesnego wpływu powietrza i kwasów. Mózg, jako materya miękka nie jest w stanie wcisnąć, lub zniszczyć opony twardej. Zachodzą tu inne względy, rzucające się w oczy w naszym przypadku. Prawo przeskakującego rozprzestrzeniania bodźców chorobowych (nie mające żadnego związku z prawami rozprzestrzeniania się za pomocą dróg fizjologicznych) uwydatniło się wyraźnie.

Bodźce chorobowe nie dotykają miejsc najbliższych ogniska głównego, lecz wywołują obrzęki znaczne w miejscach odległych. Widzieliśmy w danym przypadku rozmiękczenie pewnej części istoty mózgowej, opony twardej, która nawet rozpuszczona została, i kości czaszki tak, że wytworzyło się w nich miejsce dla mózgu, który wystąpił przez lukę w oponie. Prawo współcierpienia również uwydatniło się w naszym przypadku. Widzieliśmy bowiem, że w krótkim czasie wystąpiła u chorego synostoza szwów, w następstwie podrażnienia ze strony mózgu. Wyrazem tej przemiany były bóle odpowiadające miejscu szwów.

Jako ostatni wyraz na obronę słuszności swojej teorii przytacza autor fakt, że istnieje cudowny aparat w mózgu, który tak miaruje ciśnienie mózgu, że ucisk guza wielkości wiśni nawet śladu zostawić nie może. Jest to spłot naczyniowy (*plexus chorioideus*), którego komórki, również jak i komórki opon miękkich należy

uważać za narządy wydzielnicze, zwiększające wydzielinę przy ciśnieniu ujemnem a wsysające przy zwiększonym. W ten sposób powstają miejsca dla guzów znacznie większych. Wiadomo przytem, że największą częścią składową mózgu jest woda, której ilość znacznie się waha zależnie od miejsca, czasu i okresu życia, a pomimo to nie mamy zaburzeń czynnościowych. *Papillitis* i ból głowy nie zależą od ucisku.

Tak więc, rozpatrzywszy wszystko i zastosowawszy metodę myślenia ścisłego, doszliśmy do przekonania, że teoria ucisku jest nielogiczna. Prawo wzajemnych stosunków życiowych i prawo wspólnej zależności wzrostu zbliżyły nas do prawdy. Doszliśmy do prawa współcierpienia. Poznaliśmy, że dzięki prawu współcierpienia bodziec chorobowy choćby był pojedynczy, może wywołać dyfuzję objawów, ze sobą niepowiązanych. Ból czaszki w przypadkach nowotworów mózgu polega na mechanizmie nieznanym, podobnie jak i prawo współzależności wzrostu mózgu i czaszki.

Na zakończenie autor stawia następującą hipotezę: przypuśćmy że bodźce chorobowe działają na kilka lub nawet wszystkie strony, lecz na niektórych miejscach podrażnienie nie jest silne, aby mogło wywołać skutek widoczny. Natomiast podrażnienie wystarczające, (jak np. zależne od wzrostu narządów wewnętrznych) wywołuje na obwodzie również stan podrażnienia, który pobudza wzrost części obwodowych.

Środki lekarskie. Specyfikiem przeciw wszelkim nerwobólom w okolicy nerwów mózgowych jest jodek sodu. Można go stosować i w chorobach innych nerwów ciała. Drugim środkiem przeciw nerwobólom jest elektryczność; trzecim *points de feu* z następnem jatrzeniem ran *ung. mezerei* przez czas pewien. Czasami pomagają zastrzykiwania podskórne karbolu.

W nerwobólach nerwu trójdzielnego i splotu szyjowego górnego nie stosujemy przypałań. Dla cierpień nerwu trójdzielnego najwłaściwiej stosować wyciąganie nerwu aż do rozerwania, które nie pozostawia żadnych śladów, o ile nie dotyczy gałązek mieszanych. Dla innych nerwów stosuje autor metody mechaniczne np. dla kulszowego wyciąganie i targanie (*Nervenzupfen*), a przy bardzo mocnych bólach nawet zabieg krwawy.

Jednocześnie należy znanymi metodami usuwać przymiot, białkomocz, mało-krwistość i t. d., w bólach głowy przypływowym (kongestyjnym) stosuje się lód na głowę, środki odciążające na kończyny i środki przeczyszczające.

Migrena najlepiej leczy się elektrycznością lub magnetyzmem. Pierwsza stosowaną bywa bądź w postaci faradyzacji, jako ręka faradyczna, bądź jako prysznic o prądzie stałym. Czasami najskuteczniej działa hipnoza. W czasach ostatnich zaczął B. stosować jodek sodu z bardzo dobrym skutkiem. Rozpoznanie dobre i wytrwałość odpowiednia w stosowaniu środków zapobiega najczęściej chorobie. Nawroty znikają jeszcze łatwiej przy powtarzaniu leczenia. Leczenie wodą ma znaczenie i wpływ w razie, jeśli chory przez czas dłuższy usunie się od otoczenia domowego i warunków, w których żyje, co nie jest konieczne przy stosowaniu magnetyzmu i elektryczności. Tylko migrena na tle ogólnem poddaje się skuteczniej wpływowi wody. U łysych często występują bóle głowy gośćcowe. Peruka może tu być z pożytkiem zastosowana. Zresztą należy użyć elektryczności i jodu.

Nerwobóle szwów należy zwalczać jodkiem sodu i podłużnemi przypalaniem i zegadłem PACQUELIN'a.

W przypadkach bólów głowy pochodzenia nowotworowego należy stosować rtęć i jod, nawet wówczas gdy niema przymiotu. Najlepiej łączyć oba środki

z morfiną ($\frac{1}{18}$ gr. *pro dosi* 3 razy dziennie). Również należy stosować *points de feu* na miejsce bólu z następczem wcieraniem *ung. mezerei*. w ciągu tygodni. Trepanacya w bólu głowy jako środek łagodzący (nie usuwający guza) ma znaczenie tylko rewulsyjne.

(*Wiener Klinik*, H. III. 1898).

L. Wernic,

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

134. **TRIPIER.** O krwotokach żołądkowych w ich związku z owrzodzeniami żołądka i o leczeniu ich przemywaniem z gorącej wody. Większość badaczy uważa za najczęstszą przyczynę krwotoków żołądkowych, zwłaszcza obfitych (a takie tylko autor tu uwzględnia), o wrzodzenie CRUVEILHIER'a. Rzeczywiście po śmiertelnym krwotoku znajdowano na dnie owrzodzenia tętnicę nadżartą. Główną rolę przypisujemy tu sokowi żołądkowemu, który trawiąc zmienione tkanki, stopniowo je niszczy. Lecz wszak mamy z jednej strony chorobę REICHMAN'a bez wrzodu, z drugiej strony bywają wrzody bez nadmiernego wydzielania i nadmiernej kwasności soku żołądkowego, widzimy więc, że znaczenie soku żołądkowego jest tu przecenione. Natomiast zmiany anatomiczne przemawiają za tem, że początek sprawie dają zmiany w naczyniach. Często więc spotykamy owrzodzenia powierzchowne lub głębsze, warunkujące krwotoki lub nie powodujące ich, ograniczone na swym obwodzie cienką warstwą tkanki zmartwiałej. Owrzodzenie to znajduje się w związku bezpośrednim z tkankami, w których zmiany wskutek zapalenia ostrego lub przewlekłego, pod postacią nacieczenia komórkowego lub stwardnienia, wyrażone są mniej lub więcej wyraźnie. Wskutek zmian zapalnych zawsze możemy znaleźć naczynia ze światłem zamkniętem. W przypadkach tego rodzaju mechanizm; wskutek którego występuje strata substancji w żołądku, jest taki sam, jak w innych narządach.

Znajdujemy wprawdzie dość często wrzody, na dnie których niema ani śladu strupa (*eschare*), gdzie włókna oddzielnych tkanek są jak gdyby wprost odcięte. Te właśnie wrzody dały powód do hipotezy o bezpośrednim niszczeniu tkanek przez sok żołądkowy. Jeżeli jednak w jednym i tym samym żołądku znajdziemy kilka wrzodów, z których jeden ma wyraźny strup, inny kilka punkcików zestrupionych (*escharifiés*), trzeci zaś nie wykazuje ani śladu spraw martwiczych, jesteśmy w prawie przypuścić, że mechanizm powstania owrzodzenia, widoczny na pierwszym wrzodzie, jest taki sam i dla trzeciego, tembardziej, że mamy w drugim fazę pośrednią znikania strupa. Odbywa się więc tu taka sama sprawa, jak wszędzie, gdzie podobne obrażenie istnieje na poziomie wolnej powierzchni, czyli staje się to przeważnie wskutek eliminacji cząstek zmartwiałych. Obecność soku żołądkowego i pokarmów, również jak i ruchy żołądka, mogą prawdopodobnie przyspieszyć tę eliminację i utrudniają one sprawę zablizniania się, która i tak znajduje tu przeszkody w pewnem stwardnieniu tkanek sąsiednich, wybitnie zawsze występującem około wrzodów długotrwałych. W każdym razie w stwardniałej tkance brzegów i dna mniej lub więcej starego wrzodu zawsze znajdujemy ślady naczyń całkowicie zamkniętych, objaśniających nam utratę substancji. Zdaje się więc, że owrzodzenie nie może powstać bez tego czynnika. Badanie drobnowidzowe pozwala nam przypuszczać, że rolę grają tu nie tylko zmiany naczyń tkanki łą-

czej podsurowiczej, gdyż wykrywa ono stare zamknięte naczynia na całej wysokości brzegów owrzodzenia. Zdaje się, że zamknięcie światła naczyń, pociągające za sobą sprawy martwicze w dnie owrzodzenia i jako skutek tego, krwotok, jest zjawiskiem następczem po wcześniej powstałym zamknięciu światła. Ta wcześniejsza zaś sprawa dała początek powstaniu owrzodzenia, którego stwardniałe brzegi są oznaką jego starości.

Takie same zmiany w tętnicach bywają i w owrzodzeniach o brzegach mniej lub więcej płaskich, gładkich, o dnie równem, białawem, czyli w owrzodzeniach t. zw. zabliznionych; mogą one być i tu przyczyną krwotoków. Badanie histologiczne doprowadziło autora do wniosku, że w takich przypadkach nie ma tkanki bliznowatej, ograniczającej utratę substancji. Miejsce stwardniałe zawiera wprawdzie bardzo mało naczyń i elementów komórkowych, na brzegach jednak znajdujemy zamknięte naczynia, tak że przypadki te różnią się bardzo mało od owrzodzeń rozwijających się. Owrzodzenia mogą zablizniać się, lecz prawdopodobnie o tyle tylko, o ile niedawno istnieją. Prawdziwe blizny w formie linii lub gwiazdy nie mogą być przyczyną krwotoków, jak się to zresztą dzieje i w innych narządach.

Dla rozwiązania pytania, o ile sprawy nekrotyczne mogą niszczyć ściany żołądka i warunkować ich przedziurawienie, autor badał odnośne preparaty drobnowidzowo; stwierdził on, że z jednej strony, na powierzchni brzegów występuje obficie błona śluzowa z bardzo licznymi nowotworami gruczołowymi, w błonie podśluzowej, znacznie zgrubiałej, spotykają się komórki o wyglądzie gruczołowym, rozrzucone lub skupione, z drugiej zaś strony w wątrobie, zajętej owrzodzeniem przez sąsiedztwo, spostrzegał autor nie tylko objawy stwardnienia na jej powierzchni i w przestrzeniach KIERNAN'a, lecz i *culs-de-sac* gruczołów, podobne do tworów na błonie śluzowej, zajmujące powierzchnie tych przestrzeni. Czasami trudno bywa znaleźć zmiany, charakteryzujące nowotwór, wskutek nadmiernej skłonności jego do owrzodzenia, lecz zmiany te możemy spostrzedz w gruczołach sąsiednich lub więcej oddalonych i wreszcie na sąsiednich narządach. Bywają też wrzody, uważane za zwykłe, o brzegach i dnie silnie bliznowatym—są to też zmiany natury nowotworowej.

Krwotoki bywają przy tego rodzaju wrzodach częściej, niż przy wrzodach zwykłych. Bywają one tem większe, im głębiej sprawa sięga, źródłem krwotoków obfitych przeważnie bywają tętnice, znacznie rzadziej żyły.

Z kolei przechodzi autor do powierzchownego owrzodzenia na błonie śluzowej żołądka, opisanego niedawno przez DIEULAFOY i nazwanego przez tegoż *exulceratio simplex*. Według DIEULAFOY sprawa ta jest pierwszym okresem wrzodu zwykłego CRUVEILHIER'a i może ona powodować najsilniejsze krwotoki. Otóż zdaniem autora i tu pierwotnem zjawiskiem są zmiany w naczyniach, owrzodzenie zaś występuje, jako sprawa wtórna. Na korzyść tego przemawiają: 1) silne krwotoki—przy nieznacznych obrażeniach błony śluzowej żołądka; 2) chorzy, ulegający krwotokom żołądkowym, nie odczuwali żadnych zaburzeń ze strony żołądka, mogących wskazywać owrzodzenie.

Wobec bezskuteczności zwykle w krwotokach stosowanych środków (przezworów makowca, lodu, ergotyny i t. p.) i ujemnych wyników zabiegów chirurgicznych (na 15 operacji śmiertelność wynosiła 66%) autor usilnie zaleca stosowanie przemywań z wody o ciepłocie 48—50°, przytaczając odpowie dnie spostrzeżenia, potwierdzające jego zdanie. Hemostaza występuje dzięki działaniu gorącej wody na obfite spłoty nerwowe kiszek. Zwłaszcza skuteczny będzie ten zabieg w krwotokach niezbyt obfitych, lecz często się powtarzających. Im większe

jednak będzie naczynie krwawiące, tem trudniej nastąpi powstrzymanie krwotoku. Najodpowiedniejsza ciepłota wody jest 48—50°, stosujemy przemywanie przynajmniej trzy razy dziennie. Niezbędna jest absolutna dyeta, unikamy wszelkich środków lekarskich, lodu we wszelkich postaciach, pozwalamy pić małe ilości wody jedynie w razie nieznośnego pragnienia. Pożywienie podajemy możliwie późno, z początku stosując ławatywy odżywcze. Najwcześniej w trzy dni po krwotoku zaczynamy od podawania niewielkich ilości mleka, przemywania gorącą wodą stosujemy przez jakieś 8 dni, przynajmniej rano i wieczorem, a raz dziennie aż do powrotu chorego do stanu prawidłowego.

(*La Sem. méd.* Nr. 30. 1898).

Wacław Sterling.

135. M. W. af. SCHULTEN. **Miażdżenie naczyń, jako metoda ogólna tamowania krwotoków.** Wiadomo powszechnie, że im więcej mamy przewiązek w ranie, tem wolniej posuwa się sprawa gojenia, gdy tymczasem miażdżenie naczyń znakomicie przyczynia się do leczenia ran pooperacyjnych. TUFFIER zamiast podwiązywania naczyń uciekał się do miażdżenia ich za pomocą specjalnego narzędzia, znanego pod nazwą „angiotribe.” Dzięki pomysłowi TUFFIER’a autorowi udało się zastosować tę metodę w trzech przypadkach radykalnego leczenia przepukliny i w jednym przypadku naczyniaka wielkości kurzego jaja. Postępował on w sposób następujący. Uchwyciwszy przecięte naczynie kleszczykami, wyciągał je nieco na zewnątrz, poczem miażdżył naczynie poprzecznie wraz z sąsiednimi tkankami. W ten sposób w trzech przypadkach przepukliny krwotoki zostały w zupełności opanowane. Następnie zaszywał rany *in toto* jedwabiem. Jedna z ran zagoiła się przez rychłozrost; w drugiej zebrało się nieco surowiczego płynu, który został usunięty bez najmniejszych następstw dla sprawy gojenia. Trzeci chory zapadł po operacji na zapalenie płuc włóknikowe, które skończyło się wyzdrowieniem. Wkrótce jednak rana zagoiła się i krwotoku wtórnego nie było. Przy wyluszczeniu naczyniaka, autor ze względu na młodociany wiek chorego, podwiązywał większe tętnice, a mniejsze zmiażdżył sposobem wyżej podanym. I tu nastąpił rychłozrost. Tak rzecz się ma z tętnicami średniej wielkości; co do większych zaś—sprawa wymaga jeszcze pewnego wyświeetlenia. W każdym jednak razie autor uważa tę metodę za niepoślednią w sprawie tamowania krwotoków.

(*Semaine medicale.* Nr. 36. 1898).

Marek Koenigstein.

KORRESPONDENCYA „MEDYCYNY”.

Wiedeń 27 Lipca.

Pawilon „pomyślności publicznej” (Wohlfartspavilon) na wystawie jubileuszowej. Jego stosunek do całości wystawy. Prace komisji sanitarnej i sekcji. Obfitość danych statystycznych. Kilka słów o rozwoju szpitalnictwa wiedeńskiego i nieco liczb ze statystyki medycyny i higieny społecznej. Dział psychiatryczny. Opieka państwa nad umysłowo chorymi. Kilka cyfr ze statystyki psychiatrycznej. Odlewy preparatów, t. zw. „moulages”, z kazuistyki chorób skórnych i wenerycznych. Wylęgarnia dzieci niedonoszonych. Występ i stanowisko Galicyi na wystawie Wiedeńskiej.

Na wystawie jubileuszowej, urządzonej naprędce, wogóle ubogiej i rażącej bardzo wieloma brakami, pawilon „pomyślności publicznej” (Wohlfahrtspavillon) zajmuje jedno z miejsc pokażniejszych. Ma on na celu „wykazanie rozwoju w ciągu

ostatniego pięćdziesięciolecia i obecnego stanu tych wszystkich urządzeń, jakimi państwo otacza potrzebujących opieki swych członków od chwili przyjścia na świat aż do mogiły“, a więc począwszy od opieki nad ciężarnymi i rodzącymi, a skończywszy na przytułkach dla zniedołężniałych starców. Zakres bardzo szeroki, tem trudniejszy do wykonania. Komitet wystawowy powołał przeto komisję, która dobrała sobie cały zastęp członków, złożony z profesorów uniwersytetu, docentów, lekarzy i osób prywatnych; wspólnymi siłami, drogą robót sekcyjnych, wzięto się do pracy i zrobiono względnie dość dużo. Zebrany materiał statystyczny, przedstawiony pod postacią kartogramatów, diagramatów, tablic zwykłych, kolorowanych wzorów plastycznych i t. p. świadczy wymownie o znacznym postępie w udoskonaleniu form opieki państwowej, a zarazem stanowi poważne źródło dla historyka kultury monarchii austriackiej, jak również dla badań porównawczych wogóle. Poza rzeczami wysatawionemi komitet zapowiedział na jesień r. b. wydanie około 80 dziełek, opracowanych przez rzeczoznawców i stanowiących wynik prac sekcyjnych. Monografie te, jak świadczą ich tytuły, obejmować będą najróżnorodniejsze działy medycyny i higieny społecznej.

Ze wszystkich prowincyi monarchii austriackiej czyli Przedlitawii, gdyż o niej tylko jest tu mowa, najbardziej okazuje się faworyzowaną i najlepiej zbadaną pod względem statystycznym—Austria Dolna. Oczywiście widać tu wpływ stolicy na swą prowincję Z miast, naturalnie, budzi największe zaciekawienie Wiedeń, gdzie stosunki sanitarne ukształtowały się względnie najprawidłowiej i dosięgły wysokiego stopnia doskonałości. Nie od rzeczy przeto będzie przytoczyć kilka cyfr, zaczerpniętych z owych tablic, dotyczących rozwoju szpitalnictwa i higieny w jednym z największych miast europejskich.

W roku 1848 Wiedeń posiadał jeden ogólny szpital t. zw. „Allgemeines Krankenhaus“, którego budowę rozpoczęto za panowania Maryi Teresy, a skończono za Józefa II w r. 1784. Liczba łóżek wynosiła 2000. W ciągu ostatnich lat pięćdziesięciu przybyło w różnych czasach 7 nowych szpitali, i obecnie ilość łóżek we wszystkich szpitalach wynosi 5000. W roku 1848 do klinik uniwersyteckich należało 180 łóżek, w r. 1868—500, dziś—820. Pomimo tak znacznego przyrostu szpitali bezwzględna ilość łóżek wskutek większego jeszcze wzrostu ludności nawet się zmniejszała, gdyż w r. 1848 w Wiedniu na 10000 mieszkańców przypadało 53 łóżka, dziś tylko 33. W całej Przedlitawii, mającej obecnie 25 milionów mieszkańców, liczba łóżek we wszystkich szpitalach wynosi 45000, czyli że na 10000 mieszkańców wypada 18 łóżek. W całej monarchii austriackiej w r. 1897 było 38000 chorych umysłowo, zamkniętych w zakładach, dalej—20000 głuchoniemych, 17000 kretyków i 14000 ślepych, czyli na 100000 mieszkańców wypadało 152 chorych umysłowo, 96 głuchoniemych, 69 kretyków i 58 ślepych.

Z innych cyfr przytoczę: śmiertelność z tyfusu w r. 1873 wynosiła 129 na 100000 mieszkańców (ogólna liczba przypadków śmierci z tyfusu 25500), w r. 1896—tylko 31 (przytem ogólna liczba wynosiła 7680). Ogólna śmiertelność w r. 1873 wynosiła 38 *pro mille*, w r. 1896—26 *pro mille*.

Bardzo wymowne są cyfry, świadczące o opiece państwa nad położnicami.

Obecnie w trzech klinikach wiedeńskich liczba łóżek dla rodzących wynosi 594, w klinice praskiej—368, w krakowskiej—30. (U nas, jak wiadomo, klinika akuszerska posiada 15 łóżek, co razem z przytułkami wyniesie około 40 (!) łóżek bezpłatnych dla rodzących wobec z górą półmilionowej ludności miasta). Liczba porodów w klinikach wiedeńskich wynosi rocznie przeciętnie 10000. Śmiertelność położnic w r. 1872 wynosiła 2,4%, w r. 1896—0,5%.

Dom dla podrzutków wychowywa przeciętnie około 20000 dzieci, z których 200 wychowywa się w zakładzie, reszta zaś poza zakładami. Śmiertelność wśród podrzutków wynosiła w r. 1896—37%.

O całym szeregu innych różnorodnych tablic i modeli, dotyczących sprawy zdrowotności wszystkich prowincyi Przedlitawii, o różnych przytułkach i zakładach dobroczynnych i o higienie szkolnej dla braku miejsca nie wspominam.

Nie mogą jednak nie zatrzymać się dłużej nad działem psychiatrycznym, wzbudzającym ogólne zaciekawienie; dział ten w porównaniu z innymi reprezentowany jest nieproporcjonalnie wprawdzie, lecz bardzo bogato. Państwo, prawdopodobnie dzięki interwencji specjalistów—osób wpływowych, szczególną opieką otacza chorych umysłowo. Liczba miejsc dla nich w zakładzie specjalnym w Wiedniu wynosi 700, co wraz z czterema innemi zakładami Austrii Dolnej wynosi 2454. Oprócz tego w roku bieżącym rozpoczęto budowę ogromnego t. zw. jubileuszowego zakładu dla obłąkanych w Mauer-Oehling pod Amstetten ma 1000 łóżek. Zakład ten, wznoszony wielkim nakładem, sumą 2 milionów guldenów, zbudowany będzie, jak to widać z modelu cynkowego, systemem ściśle pawilonowym. Tak więc liczba miejsc dla chorych obłąkanych w zakładach publicznych samej tylko Austrii Dolnej wynosić będzie wkrótce 3454.

Oprócz różnorodnych, nieraz misternie i artystycznie wykonanych prac chorych zakładowych, powszechną uwagę zwracają narzędzia, że się tak wyrażę, tortury, jakimi w zeszłym stuleciu i na początku bieżącego posługiwali się lekarze przy uśmierzaniu niespokojnych chorych. Widzimy więc tu kajdany, pasy żelazne, łóżka z łańchami dla furiatów, kneble, t. zw. „puste koło“, a raczej bęben, w którym chory siedział, jak wiewiórka: najmniejsze poruszenie wprowadzało bęben w ruch, i chory uderzał się o jego ściany; dalej widzimy model łóżka dla furiatów t. zw. „Tobbett“, obracającego się naokoło słupa do 100 razy na minutę. Oczywiście, że po paru minutach takiego wirowania, nawet najbardziej niespokojny furiat, dostawał zawrotu głowy i omdlewał, a więc uspokajał się.

W celu bardziej plastycznego przedstawienia rzeczy, kilka figur woskowych ilustruje te zabiegi lecznicze. A tak niedawno jeszcze były one w użyciu. Wszak stosowano je ściśle w pierwszym zakładzie dla obłąkanych, w t. zw. „wieży głupców“ (Narrenthurm), którą w r. 1794 rozkazał wznieść cesarz Józef II. Stoi ona jeszcze na terytorium szpitala ogólnego, tylko jej wąskie, zakratowane, z maleńkimi oknami cele obrócone zostały na składy magazynowe. Ważną też i doniosłą była chwila, uwieczniona przez malarza na obrazie, wiszącym w pawilonie, kiedy PINEL w Salpetrière po raz pierwszy nakazał zdjąć z rąk obłąkanej furiatki kajdany.

Z przyjemnością oglądamy dyoramę, przedstawiającą zakład dla obłąkanych i pracę chorych na folwarku, dzisiejsze urządzenia dla chorych niespokojnych i t.p. Interesujący jest zbiór różnych czaszek o wybitnych zboczeniach pomiarów, zbiór preparatów anatomicznych, wykazujących samobójstwa lub usiłowania odebrania sobie życia (np. żołądek, cały wypchany połykaną słomą, lub zawierający łyżki, skórę i t. d.). Ciekawe są modele woskowe dwóch niezwykle wybitnych małogłowców, idiotów, znajdujących się w Wiedeńskiej klinice psychiatrycznej. Miałem sposobność oglądania ich na sali. Są to bracia lat około 30. Reszta rodzeństwa podobno również idioty i wybitni małogłowcy.

Z licznych tablic odnośnych wspomnę tylko o jednej, mianowicie, przedstawiającej podział chorych umysłowo podług postaci chorobowych, dokonany 31 grudnia 1896 r. we wszystkich zakładach Dolnej Austrii. Na 2456 chorych notowa-

no: obłąkanie przewlekłe (*paranoia chronica*)—763 razy, zniedołężnienie (*Blödsinn*) umysłu nabyte—473, paraliż postępujący—305, padaczka—249, zniedołężnienie umysłu wrodzone—169, osłabienie umysłu (*Schwachsinn*) wrodzone 143, obłąkanie ostre—139, zatrucie alkoholem—91, melancholia—54, psychozy peryodyczne—53, histerya—25, mania—14, choroby umysłowe z cierpieniem ogniskowem—12, neurastenia—12, pod obserwacją—8.

Nawiasem wspomnę, że przy wejściu do pawilonu sprzedają małą, ładnie i przystępnie napisaną broszurkę p. t. „O leczeniu obłąkanych niegdyś i obecnie“.

Na uwagę też zasługują t. zw. „moulages“ — barwne odlewy z nieznanej mi masy, przedstawiające różne przypadki chorób skórnych i wenerycznych. Są to prace d-ra HENNING'a, kierownika zakładu odlewów, istniejącego przy klinikach. Robota niezwykle dokładna i ładząco naśladowująca rzeczywistość. Szkoda tylko, że autor, prawdopodobnie wskutek propozycji profesorów KAPOSÍ'ego i NEUMANN'a, przedstawił przypadki przedewszystkiem ciekawe, nietypowe, a więc mniej pouczające.

Tuż obok pawilonu „pomyślności publicznej“ stoi zakład do wylegania dzieci niedonoszonych (Kinderbrutanstalt) z sześcioma do tego celu służącymi aparatami (t. zw. „couveuses“). Kiedym zwiedzał ten zakład, widziałem w tych oszklonych termostatach z oczyszczonem i ogrzanem wodą do trzydziestu kilku stopni C., powietrzem, z automatycznymi sprężynowymi samoregulatorami ciepła, czworo niemowląt. Przybyły one na świat w siódmym lub ósmym miesiącu z wagą od 1200 do 1600 grm., a więc o wiele niedorównywającą przeciętnej normie — 3000 grm. Niektóre z niemowląt przebywały w tych aparatach już po kilka tygodni, karmione przez manki w sąsiednim ogrzanym pokoju. Temperatura couveus'y, ciała i waga dziecka mierzona jest codziennie i zapisywana na wiszącej tuż karcie. W ciągu ostatnich dwóch, trzech tygodni niektórym dzieciom przybyło na wadze do 1000 gramów.

Na zakończenie tej korespondencji chciałbym wspomnieć jeszcze o występie i stanowisku Galicyi na wystawie jubileuszowej Wiedeńskiej.

Mimo pilnego rozglądania się zauważyłem tylko plany szpitala św. Łazarza w Krakowie i kilka tablic ze szpitalika dziecięcego św. Ludwika i z sanatorium dla dzieci skrofulicznych w Rabce, należącego również do „Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie“. Za to na tablicach graficznych, diagramatach Galicya odrazu zwraca uwagę zwiedzającego: zajmuje ona zwykle pierwsze lub ostatnie miejsce. Kiedy chodzi o liczbę umierających czytać i pisać (obecnie analfabetów liczy Galicya 60--65%), o liczbę urządzeń sanitarnych, Galicya stoi na końcu, gdy zaś chodzi o odsetki śmiertelności z tyfusu, śmiertelności dzieci i t. p., Galicya stoi na pierwszym miejscu. Z tablic tych Stanisław SZCZEPANOWSKI mógłby zacerpnąć sporo cyfr statystycznych, świadczących jeszcze wymowniej o „nędzy w Galicyi“.

Stanisław Kopczyński.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BALFOUR upatruje przyczynę napadu podagrycznego w miejscowej sprawie zakrzepowej, skutkiem której przyływ krwi do stawu śródstopowego i jego sąsiedztwa zostaje przerwany. Pogląd taki znajduje potwierdzenie w wynikach leczenia mechanicznego, albowiem gimnastyka i energiczne mięsienie często są wstanie chorobę uleczyć. Łagodny masaż jest również doskonałym środkiem zapobiegawczym przeciwko ostremu napadowi dny. (Deutsch. med. Zeit. Nr. 68. 1898).

= Zaszczepienie mięsaka czarnego małpie udało się QUEYRAL'owi. Jednej małpie guza została zaszczepiona do jamy brzusznej, drugiej — pod skórę. Po upływie dwóch miesięcy obie małpy padły przy objawach ogólnej melanosarkomatozy. (Deutsche med. Z. Nr. 66. 1898).

= Jako przyczynę do kazuistyki świstu oddechowego u dzieci, podaje VARIOT następujące spostrzeżenie. Dziecko od samego urodzenia miało oddech chrapliwy. Objaw ten powiększał się przy ruchu, podnieceniu, niepokoju. Głos był zupełnie czysty. Po wprowadzeniu rurki O'DWYER'a oddech stawał się spokojnym, po wyjęciu jej znowu przyjmował dawny charakter. Zdawało się przeto, że przyczyną świstu był kurcz głośni. Przy badaniu zwłok znaleziono zboczenie w rozwoju krtani: nagłośnia była zbyt długa, a przerosłe więzy nagłośniowalewkowe wskutek ścisłego przylegania do siebie, tworzyły rodzaj głośni. (Deutsche med. Zeit. Nr. 66. 1898).

= Homokreozol — pochodna gwajakolu, przedstawia prawie bezbarwny płyn, rozpuszczalny w 20 cz. wody, dobrze rozpuszczalny w eterze i oliwie. Podług RICHAUD'a środek ten jako odkazający stoi znacznie wyżej od kreozotu i gwajakolu, jest zaś o wiele mniej trujący. (Semaine méd. 20. VII. 98).

= BURGHARDT stosował w klinice LEYDEN'a dwa nowe środki przeciwo-rączkowe: pyrosal i fenosol, związki antypiryny i fenacetyny z salicylem. Środki te były stosowane w goście stawowym, niezycie pęcherza moczowego, nerwobólach i t. d. w dawce 0,5 dwa do sześciu razy dziennie i B. nigdy ujemnego ubo-

cznego działania nie spostrzegął. (Tow. lek. berl. Pos. II. VII. 98).

= HORWITZ zaleca w ostrym okresie rzerzaczki następujące kapsułki: Rp. *Methylenblau* 0,1, *Ol. Santali*, *Bals. Copaivae* aa 0,2, *Ol. Cinnamoni* gt. j. pro dosi. Gdy objawy zapalne ustępują, zazwyczaj po 4—5 dniach, należy rozpocząć leczenie miejscowe. (Philad. Clin. 8. 98).

= JESSEN spostrzegął kilka przypadków posocznicy, gdzie punktem wyjścia choroby były migdały; szczególnie ciekawe są te przypadki, w których nawet badanie pośmiertne nie wykazało powierzchownych makroskopowych zmian chorobowych migdałów, a wewnątrz znajdowały się wrzodziki. J. sądzi, że w razie t. zw. kryptogenetycznej posocznicy bez zmian na powierzchni migdałów, należy badać sok migdałów dobytą za pomocą nakłucia i aspiracji. (Münch. med. Woch. Nr. 23. 98).

= WALSHAM zbadał u 34-ch zmarłych na gruźlicę różnych narządów migdały, które za życia nie przedstawiały żadnych zmian chorobowych, i znalazł u 20 gruźlicę migdałów, przyczem w dwóch przypadkach choroba migdałów była pierwotna. Wnioski autora są następujące: 1) migdały często są dotknięte gruźlicą, i choroba ta może być pierwotną, 2) często również są zmiany gruźlicze w gruczołach limfatycznych w sąsiedztwie migdałów, 3) w ostrej prosówkowej gruźlicy zarażenie migdałów może nastąpić zzewnątrz lub też przez krew. (Lancet. 18. VI. 98).

= GERHARDT wskazuje następujący objaw, pomocny przy rozpoznawaniu, czy krwotok pochodzi z nerki, czy też z głębszych dróg moczowych: w krwotoku nerkowym czerwone ciała krwi oraz inne organiczne składniki osadu są barwy brązowawożółtej, zależnej od hematyny; przemiana hemoglobiny w hematynę ma miejsce głównie w nerce, w głębszych zaś drogach moczowych jest nader ograniczona. (Mithl. a. d. Grenz. d. Med. T. II.).

= NEUSSER wykazał, że w chorobach jajników we krwi pojawiają się myelocyty i zwiększa się liczba komórek eozynoficznych, i że objaw ten ma znaczenie dla różniczkowego rozpoznawania. Obę-

nie VOSWINCKEL na podstawie badania krwi w 126 przypadkach chorób kobiecych dochodzi do wniosku, że: 1) w chorobach trąbek, mięśniaku macicy, zapaleniu śluzówki macicy skład krwi ze względu na wyznazwane składnikisienie zmienia; 2) w chorobach jajników, z wyjątkiem przypadków gorączkowych oraz raka, ilość komórek eozynochłonnych się zwiększa; 3) to samo oraz myelocyty występują zazwyczaj w przypadkach dużych torbieli jajników; 4) w raku macicy skład krwi bywa różnorodny. (Mon. f. Geb. u. Gyn. T. 7. Z. 4).

— HEULE rozbiera krytycznie różne metody leczenia gruźlicy stawów i zimnych ropni i opierając się na bardzo obfitym materiale kliniki wrocławskiej dochodzi do wniosku, że leczenie zachowawcze (bierne przekrwienie, wstrzykiwanie zawiesiny jodoformu w glicerynie,

przyrządy ortopedyczne) dają również dobre wyniki, jak leczenie operacyjne, śmiertelność zaś jest przy niem o wiele mniejsza. Wyjątek stanowi gruźlica stawu kolanowego, która wymaga wypiętowania stawu. (Bruns'a Beiträge T. XX. Z. 3).

— UNNA twierdzi, że w owrzodzeniach gruźliczych skóry wszelkie skomplikowane opatrunki skutecznie zastępują okłady zmoczone w 0,1—2% roztworze potasu gryzącego, przykryte nieprzepuszczalną materią (Semaine med. 20. VII. 98).

— Doświadczenia WOLFENDEN'a i FORBES-ROSS'a wykazały, że przy działaniu godzinnem promieni ROENTGEN'a na hodowle *bacilli prodigiosi* zwiększa się ich rozwój oraz ilość wytwarzanych substancji barwiących, ciemni. (The Lancet 25. VI. 98),

Wiadomości bieżące.

— Niedawno odbyty w Paryżu zjazd, poświęcony badaniom nad gruźlicą, w szeregu tez, przyjętych na ostatnim posiedzeniu, zaleca obowiązkowe wprowadzenie spluwaczek we wszystkich miejscach publicznych, zwłaszcza w szkołach, obok wywieszenia ogłoszeń, zabraniających płuć na podłogę, ściany i t. d.; ludową bezpłatnych lecznic ludowych dla suchotników, izolację i zakaz sprze-

daży chorego bydła rogatego, kontrolę nad oborami i mleczarniami oraz nad sprzedażą mięsa.

— W Belgii pomiędzy 25 września a 3 października r. b., odbędzie się V zjazd międzynarodowy hydrologów, klimatologów i geologów.

— Uniwersytet utrechtski ma profesora ginekologii w osobie pani Katarzyny von GUSSCHENBROEK.

Od Administracji.

**Administracja „Medycyny“ przeniesiona została
na ulicę ŻŁOTĄ Nr. 14, mieszk. 3.**

**Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie
półrocze i o uregulowanie zaległych rachunków.**

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Katalog nowości lekarskich księgarni Senewalda za Sierpień.

Sprostowanie. W Nr. 35 „Medycyny“ na str. 827 mylnie wydrukowane zostało nazwisko autora Korespondencji—TALKA zamiast TALKO.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Ценаурою. Варшава, 20 Августа 1898 г. Друк К. Ковалевского, Warszawa, Mazowiecka 8,