

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, 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: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu oraz słów kilka o t. zw. „Pseudoparalysis luetica”. Napisał St. Kopczyński. (Ciąg dalszy). — Statystyka szczepień ochronnych przeciw wścieklicznie z roku 1897 i 1898. Podał W. Orłowski. — Drgawki porodowe (Eklampsya) w świetle badań współczesnych. Podał W. Popiel. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 94. Rozpoznawcze znaczenie bólu w chorobach kobiecych. 95. Przyrośnięcie dolnego bieguna jaja, jako przeszkoda do rozszerzenia szyi. 96. Zapobieganie chorobom połogowym. 97. Leczenie szczeliny odbytu. 98. Sposób zapobiegania uduszeniu się dziecka w ciagu porodu. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 21 listopada r. b — Z TOWARZYSTWA LEKARSKICH ZAGRANICZNYCH. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc listopad r. b. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. Kopczyński — Contribution à la symptomatologie et anatomie pathologique de la syphilis du cerveau et quelques mots sur la „pseudoparalysie syphilitique”. 2) D-r W. Orłowski — Sur la statistique des injections préventives contre la rage à Wilna en 1897 et en 1898. 3) D-r W. Popiel — Nouvelles contributions concernant la nosologie de l'éclampsie.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r St. Kopczyński — Beitrag zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie der Gehirnsyphilis und einige Worte über die sogenannte luetische Pseudoparalyse 2) D-r W. Orłowski — Die statistischen Ergebnisse der praeventiven Impfungen gegen die Tollwuth in Wilna für 1897 und 1898. 3) D-r W. Popiel — Die eklamptischen Convulsionen im Lichte der neueren Forschungen.

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

Z PRACOWNI PROF. OPPENHEIM'a W BERLINIE

Przyczynek do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu

oraz słów kilka o t. zw.

„Pseudoparalysis luetica“.

Napisał

STANISŁAW KOPCZYŃSKI.

Ordynator kliniki chorób nerwowych w szpitalu św. Ducha.

(Rzecz, wygłoszona na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 21 listopada 1899 roku).

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 50).

Obecnie chciałbym zwrócić uwagę szanownych panów na drugi, godny uwagi objaw kliniczny u mojej chorej, mianowicie na zachowanie się źrenic w przebiegu choroby. Przypomnijmy sobie z historyi choroby ich stan:

9. XII. 96. Lewa źrenica wąska, prawa szeroka. Obie na światło nie oddziałują wcale, na przystosowanie — dobrze.

14. I. 97. Prawa źrenica znacznie szersza, niż lewa, na światło nie oddziaływa zupełnie, lewa zaś oddziaływa szybko.

9. II. Lewa źrenica na światło nie oddziaływa wcale.

23. IX. Obie źrenice szerokie. Na światło nie oddziaływają wcale.

1. XII. Obie źrenice dość wąskie. Prawa nie oddziaływa wcale na światło, lewa zaś oddziaływa szybko.

2. XII. Źrenice umiarkowanie szerokie. Lewa źrenica na światło nie oddziaływa wcale.

Jak to więc widzimy z przytoczonego powyżej, źrenice u naszej chorej tak pod względem szerokości, jak i oddziaływania ulegały znacznym wahaniom. Tego rodzaju przestankowa zwrotna nieruchomość źrenic (*intermittierende reflectorische Pupillenstarre* niemieckich autorów) stanowi pewną analogię z zachowaniem się odruchów kolanowych w przymocie rdzenia. Podobne wahania, kiedy po objawie WESTPHAL'a kolejno zjawiał się odruch kolanowy dość żywy, a nawet niekiedy *Patellarclonus* (t. zw. *oscillirendes Kniephänomen*), opisywali OPPENHEIM, SIEMERLING, EISENLOHR, MOEBIUS MARINA, BRASCH, GOLDFLAM, ORŁOWSKI i inni. Przyczyna tego zjawiska leżała w różnym stopniu ucisku odpowiednich tylnych korzeni i w różnym natężeniu zwyrodnienia dróg piramidalnych. BAICKLINE (cyt. u MASSAUT) np. spostrzegał powrót odruchów kolanowych u tabetyka po porażeniu połowicznym na stronie porażenia. Co się tyczy podobnego zachowania się źrenic, to w literaturze istnieje kilka podobnych spostrzeżeń. OPPENHEIM³⁴⁾ opisuje przypadek przy-
miotu mózgu, gdzie wahania te przedstawiały się w sposób następujący:

R. 1878. Lewa źrenica szeroka, na przystosowanie nie oddziaływa wcale. Prawa źrenica przedstawia się prawidłowo.

R. 1879. Lewa źrenica nieco rozszerzona bez porażenia zdolności przystosowania.

16. VI. 83. Lewa źrenica szeroka. Akomodacja porażona.

1. VIII. 83. Obie źrenice nie oddziaływają wcale na światło.

15. VIII. 83. Prawa źrenica oddziaływa dobrze.

12. XI. 83. Zblednięcie tarcz obu nerwów wzrokowych.

9. II. 84. Obie źrenice szerokie, równe, nie oddziaływają wcale na światło.

1. XII. 84. Lewa źrenica dwa razy szersza od prawej, obie zwrotnie nieruchome na światło.

Podobny przypadek wielokrotnego wahania w zachowaniu się odruchu źrenicznego na światło opisuje BUTTERSACK³⁵⁾ a także SIEMERLING³⁶⁾.

Ciekawy pod tym względem przypadek przytacza OESTREICHER³⁷⁾. U chorego, dotkniętego przymotem, zjawily się nagle objawy ostrego obłądu, które po czterech dniach przeszły. Wtedy wystąpiła afazyja amnestyczna i zmysłowa, objaw WESTPHAL'a, *hemianopsia homonyma bilateralis*, wybitne równomierne zwężenie obu źrenic. Po kilku dniach źrenice stały się szersze-

34) OPPENHEIM. Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Wien. 1896. str. 78.

35) BUTTERSACK. Zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems. Archiv für Psychiatrie 1886. T. 17.

36) SIEMERLING. Zur Syphilis des Centralnervensystems. Arch. für Psych. und Neur. 1891. T. 22. (Trzeci przypadek).

37) OESTREICHER. Ein Beitrag zur Meningitis diffusa basilaris syphilitica. Paradoxe Pupillenreaction. Berliner klinische Wochenschrift. 1890. Nr. 6.

mi, lecz nierównymi, — i przestały zupełnie oddziaływać na światło. Następnie zwrotna nieruchomość źrenic znikła, natomiast wystąpiło najpierw leniwe, później szybkie i wyraźne paradoksalne oddziaływanie na światło, mianowicie: przy oświetlaniu źrenice ulegały wyraźnemu rozszerzeniu. Objaw ten trwał do końca obserwacji w ciągu 4-ch tygodni.

Podobny przypadek paradoksalnego oddziaływania źrenic w okresie zdrowienia u dotkniętego przymiotem opisał BECHTEREW³⁸⁾). Zjawisko to objaśnia autor w ten sposób, iż regeneracji włókien źrenicznych, wychodzących z komórek jądra zwieracza tęczówki, przy powrocie prawidłowego krwioobiegu towarzyszy nadmierne i niezwykle szybkie wyczerpywanie się ich energii nerwowej.

Wybitne wahania w zachowaniu się źrenic w wadzie rdzenia opisali EICHHORST³⁹⁾ i TREUPEL⁴⁰⁾). W przypadku EICHHORST'a chodziło, być może, o kombinację wady rdzenia z przymiotem, przynajmniej na skórze dużo było blizn przymiotowych. BATTY TUCKE (podług MASSAUT) podaje, iż u dwóch chorych z nierównomiernością i zwrotną nieruchomością źrenic objawy te po trepanacji czaszki na kilka dni znikły.

Zanim postaramy się objaśnić zajmujące nas zjawisko wahanii w zachowaniu się źrenic, zechciejmy przypomnieć sobie, co stanowi podkład anatomiczny oddziaływania źrenic na światło i zwrotnej ich nieruchomości⁴¹⁾.

Wszyscy prawie badacze zgadzają się, iż w nerwie wzrokowym biegnie pasmo włókien t. zw. źrenicznych, które, krzyżując się częściowo w *chiasma nervorum opticorum*, idą dalej w szlakach wzrokowych (*tractus opticus*) do pierwszych stacji wzrokowych, głównie zaś do wzgórka przedniego czworaczego, do jego *stratum zonale*. Dalszy przebieg jest dość ciemny. Według MEYNERT'a, KÖLLIKER'a i innych, z komórek wzgórka czworaczego przedniego, jako z pierwotnych zakończeń nerwu wzrokowego, wychodzą wyrostki i bocznice po przez szarą istotę, okalającą trzecią komorę i wodociąg SYLWIUSZ'a (t. zw. *centrale Höhlengrau*), i biegną do jąder nerwu okoruchowego. Zdaniem innych, co zdaje się zupełnie zostało obalone przez MASSAUT⁴²⁾, włókna źreniczne mają się dość wcześnie oddzielać od szlaka wzrokowego. Niektórzy przypuszczali istnienie specjalnego ośrodka odruchowego dla źrenicy: podług GUDDEN'a miało to być *corpus geniculatum externum*, podług FLOURENS'a i BUDGE'go — *corpus quadrigem. anter.*, podług MENDEL'a — *ganglion habenulae*. MASSAUT w swych badaniach doświadczalnych widział poszukiwane włókna w *tractus peduncularis transversus*. Doświadczenia GUDDEN'a i BECHTEREW'a wykazały, iż zniszczenie ścian trzeciej komory może wywołać zwrotną nieruchomość źrenic. SCHÜTZ u większości paralityków ze zwrotną nieruchomością źrenic spostrzegał zwyrodnienie pewnego pęczka w *fascic. longit. dorsalis*. MONAKOW⁴³⁾ na mocy własnych spostrzeżeń i doświadczeń

38) BECHTEREW. Ob izwraszczonnoj reakcii zracczkow. Nerwnyja boleži w otdielnyh nabliudienijach. Petersburg. 1899, str. 127.

39) EICHHORST. Einige Bemerkungen über intermittierende Pupillenstarre bei Tabes dorsalis. Deutsche Medic. Wochenschr. 1898, Nr. 23.

40) TREUPEL. Demonstration etc. Müncher Med. Woch. 1898, Nr. 35.

41) Patrz: PRISTER. Wartość rozpoznawcza objawów ze strony źrenicy. Tłom. JANUSZKIEWICZ. Medycyna. 1899, Nr. 32, 33 i 34.

42) MASSAUT. Experimentaluntersuchungen über den Verlauf der den Pupillarreflex vermittelnden Fasern. Arch. für Psych. und Nerv. 1896, T. 28.

43) MONAKOW. Gehirnpathologie. Patolog. i terap. szczegół NOTHNAGEL'a. Wiedeń 1897, str. 637—665.

przychodzi do wniosku, iż pomiędzy pierwotnymi zakończeniami nerwu wzrokowego (*pulvinar thalami optici, corpus quadrig. anter., corpus geniculatum externum*) a jądrami nerwu okoruchowego leży całe ogniwo komórek, służących do odruchu źrenicznego (*Reflexübertragungszellen*). Leżą one w środkowej części szarej istoty przedniego wzgórka czworacznego, w istocie, okalającej trzecią komorę i wodociąg SYLWIUSZ'a, a także w sąsiedniej *formatio reticularis*. Przerwa w tem miejscu łuku odruchowego ma stanowić podkład anatomo-patologiczny zwrotnej nieruchomości źrenic.

KOSTENITSCH⁴⁴⁾ w badanym przez siebie przypadku przymiotu mózgu ze zwrotną nieruchomością źrenic, jako jedynym objawem okoruchowym, znalazł nacieczenie drobnokomórkowe w *centrale Höhlengrau* i zanik komórek w dolnej grupie jądra WESTPHAL-EDINGER'a.

PINELES (cyt. u SIEMERLING'a) przypisuje pod tym względem znaczenie wybroczynom krwawym, jakie znajdował przy zwrotnej nieruchomości źrenic w początkowym okresie władu rdzenia w *centrale Höhlengrau*. SIEMERLING⁴⁵⁾ jednak nie przywiązuje do tego wagi: podobne wybroczyny znajdował sam przy *ophthalmoplegia chronica progressiva*, były one świeże i powstały zapewne w okresie agonii.

RIPPING podnosi znaczenie pod tym względem spotykanego przez siebie zgrubienia wyściółki komory trzeciej i czwartej, co zapewne szło w parze z upośledzeniem odżywiania sąsiedniej szarej istoty mózgu.

MONAKOW (l.c.) spostrzegał przypadek jednostronnej zwrotnej nieruchomości źrenic i porażenia zdolności oddziaływania na przystosowanie. Badanie pośmiertne wykazało ognisko stwardnienia w *brachium coniunctiv. anter.*

Z przytoczonego powyżej widzimy, że podkład anatomo-patologiczny zwrotnej nieruchomości źrenic dotychczas nie jest należycie zbadany. Większość autorów zgadza się na to, że chodzi tu o porażenie dróg, łączących pierwotne ośrodki wzrokowe z jądrami nerwów okoruchowych (gł. zwieracza tęczęwki).

Co się tyczy zmiennej wielkości źrenic, to pewne wahania się pod tym względem spotykano niekiedy u neurasteników, histeryczek, lub u osób, skądinąd zdrowych. Nasz przypadek wikła się jeszcze przez to, że mieliśmy w nim dwa ogniska porażenia połowicznego, powstałe najpierw po jednej, następnie po drugiej stronie. Jak to widać z przypadków GAJKIEWICZA⁴⁶⁾, nierównomierność źrenic po ataku przymiotowego porażenia połowicznego jest zjawiskiem dość częstem. Na 26 przypadków porażenia połowicznego spotykał on w 17 *mydriasis*, przytem w 9 po stronie porażenia, w 8 po stronie przeciwnej porażeniu. Prawdopodobnie w tych razach mamy do czynienia z porażeniem lub podrażnieniem albo nerwu sympatycznego, albo nerwu okoruchowego.

Wahania w wielkości źrenic wraz z zmienną zwrotną ich nieruchomością mają podkład anatomiczny niemniej ciemny.

SIEMERLING (l.c.), opisując porażenie postępujące nerwów okoruchowych w *paralysis progressiva*, również zaznacza wahania w zachowaniu się poszczególnych nerwów okoruchowych; jako przyczynę tego zjawiska podaje wahania w stanie komórek jądrowych podczas zwyrodniania. Na preparatach, barwionych metodą NISSE'a, widział on, iż zmiany w komórkach były bardzo różnorodne (zaokrąglanie się komórek, utrata wypustków, zanik t. zw. granul

⁴⁴⁾ KOSTENITSCH. Ueber einen Fall von motorischer Aphasie, zugleich ein Beitrag zur Frage nach der anatomischen Grundlage der Pupillenstarre. Zeitschr. für Nervenheilkunde. 1893. T. 4. Z. 5--6.

⁴⁵⁾ SIEMERLING. l. c. Arch. für. Psy. u. Nerv. 1897. T. 29.

⁴⁶⁾ GAJKIEWICZ. Syfilis układu nerwowego. Odczyty kliniczne. Warszawa. 1890.

czyli ziarenek) i wypowiedział przypuszczenie, że zmienione w swym kształcie komórki, zachowując prawidłowe granule, są prawdopodobnie wyrazem przystosowania się do nowych warunków życiowych. Ponieważ jednak przypuszczamy, że przy zwrotnej nieruchomości źrenic mamy zapewne do czynienia ze sprawą anatomiczną, leżącą poza jądrem nerwu okoruchowego, przeto przypuszczenie to upada.

W wiądzie rdzenia, w paraliżu postępującym, w których istotę sprawy stanowi przede wszystkim pierwotne zwyrodnienie i zanik, wahanie podobnych objawów ze strony źrenic zdarzać się powinny bardzo rzadko, co zresztą ze względu na istotę sprawy patologicznej nie powinno nas dziwić (działanie toksyn?). W przymiocie mózgu, gdzie przede wszystkim chodzi o zmiany specyficzne zapalne, objawy te, zwłaszcza pod wpływem leczenia, mogą się wahać nawet wtedy, jeżeli podkładu anatomicznego zwrotnej nieruchomości źrenic będziemy szukali jedynie w t. zw. łuku odruchowym Meynertowskim (t. j. we włóknach, łączących pierwotne stacje ośrodkowe nerwu wzrokowego z jądrami nerwu okoruchowego). Należy jednak wziąć na uwagę następujący fakt. Zwrotna nieruchomość źrenic w przymiocie, co zaznacza z naciskiem MOELI⁴⁷⁾ i popiera cyframi statystycznymi UHTHOFF⁴⁸⁾, łączy się bardzo często z porażeniem tej lub innej gałązki nerwu okoruchowego. Zwrotną nieruchomość źrenic spostrzegano przez długie lata jako jedyną pozostałość po przebytem porażeniu nerwu okoruchowego (MOELI, OPPENHEIM). Nawet spotykano odosobnioną obustronną *ophthalmoplegiam internam* w następstwie *meningitis basilaris syphilitica*: sprawa specyficzna w *trigonum interpedunculare* może zająć jedynie włókna, idące do zwieracza tęczówki i do mięśnia rzęskowego, które to włókna, zdaniem KAHLER'a i PICK'a, są wysunięte bardziej ku przodowi.

W naszym przypadku zmiany w naczyniach i w oponie miękkiej w *trigonum interpedunculare* były dość znaczne. Mieliśmy wszak porażenie całego nerwu okoruchowego prawego. Nasilenie i spadki w sprawie zapalnej mogły do pewnego stopnia powodować zmiany w wielkości i w oddziaływaniu źrenic.

Za mało też bywa uwzględniana dośrodkowa droga łuku odruchowego przy zwrotnej nieruchomości źrenic, zwłaszcza gdy ta podlega tak częstym wahanom. Mam tu na myśli ulubione siedlisko spraw przymiotowych u podstawy mózgu - skrzyżowanie się nerwów wzrokowych. W naszym przypadku mieliśmy nacieczenie gumatyczne na obwodzie i z tyłu *chiasma*; nacieczenie to przenikało po przegrodach łącznotkankowych do środka skrzyżowania i szlaku wzrokowego. Z pewnem prawdopodobieństwem przypuścić możemy, że owe wahania w oddziaływaniu źrenic mogły również zależeć od natężenia i spadku sprawy zapalnej w danej okolicy.

W każdym bądź razie podobne wybitne wahania w szerokości i oddziaływaniu źrenic, zwłaszcza jeśli im towarzyszą porażenia innych gałązek nerwu okoruchowego, zdaniem naszym, mogą być uważane za objaw patognomoniczny, a pod względem dyagnostycznym różniczkowy dla przymiotu mózgu i wobec objawów paraliżu postępującego przemawiają za *pseudo-paralysis luetica*.
(D. n.).

⁴⁷⁾ MOELI. Ueber die Pupillenstarre bei der Progressiven Paralyse. Archiv. für Psychiatrie. 1885. T. 17.

⁴⁸⁾ UHTHOFF. Zur diagnostischen Bedeutung der reflectorischen Pupillenstarre. Berliner. klin. Woch. 1886. Nr. 3.

Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliznie z roku 1897 i 1898.

Podał

Wacław Orłowski.

Zakład dla szczepień ochronnych według metody PASTEUR'a w Wilnie otwarty został przeze mnie na zasadzie pozwolenia Departamentu Lekarskiego przy Ministerjum spraw wewnętrznych w dniu 20 października 1897 roku ¹⁾.

Tym sposobem statystyka z roku 1897 obejmuje nieco więcej, niż dwa miesiące; w czasie tym zgłosiło się do zakładu 39 chorych. Ponieważ dwie osoby nie ukończyły leczenia dla przyczyn mi bliżej nieznanych, do statystyki przeto z tego roku zaliczyłem tylko 37 chorych.

Statystyka z roku 1898 obejmuje 229 chorych, którzy się do zakładu zgłosili; ponieważ zaś 9 osób nie leczyło się zupełnie bądź dla tego, że były pokąsane przez zwierzęta zdrowe, bądź że nawet zupełnie pokąsane nie były, 4 zaś osoby przerwały leczenie z własnej woli, do statystyki zatem z tego roku zaliczyłem tylko 216 osób.

Poniżej zamieszczam trochę szczegółów, tyczących się osób, które się w tych latach leczyły:

1) Ruch miesięczny chorych:

		rok 1897	rok 1898	
w styczniu	leczyło się	—	12	chorych
w lutym	"	—	8	"
w marcu	"	—	12	"
w kwietniu	"	—	23	"
w maju	"	—	19	"
w czerwcu	"	—	25	"
w lipcu	"	—	33	"
w sierpniu	"	—	21	"
w wrześniu	"	—	18	"
w październiku	"	12	19	"
w listopadzie	"	11	12	"
w grudniu	"	14	14	"

2) Płeć chorych:

mężczyzn leczyło się	19	134
kobiet "	18	82

3) Wiek chorych:

do lat 5 było	3	27 osób
od lat 5 do 10 było	7	34 "
" 10 " 15 "	4	40 "
" 15 " 20 "	1	28 "
" 20 " 30 "	9	32 "
" 30 " 40 "	6	34 "
" 40 " 50 "	7	12 "
" 50 " 60 "	—	8 "
" 60 " 70 "	—	1 "

¹⁾ Wszystkie daty w niniejszem sprawozdaniu podane są według starego stylu.

4) Miejscowości, skąd chorzy pochodzili:

		rok 1897	rok 1898	
z gub	Wileńskiej leczyło się	28	120	"
"	Kowieńskiej "	2	6	"
"	Suwalskiej "	—	12	"
"	Grodzieńskiej "	1	2	"
"	Mińskiej "	1	56	"
"	Mohylewskiej "	4	11	"
"	Kurlandzkiej "	—	1	"
"	Wołyńskiej "	—	1	"
"	Czeruiowskiej "	—	5	"
"	Orłowskiej "	1	1	"
"	Połtawskiej "	—	1	"

Z samego miasta Wilna i okolic podmiejskich leczyło się w roku 1897 — 21 osoba, w roku 1898 — 64 osoby.

5) Przeciąg czasu, jaki upłynął od chwili ukąszenia do chwili rozpoczęcia leczenia:

		rok 1897	rok 1898	
upłynęło mniej niż 1 dzień w	—	—	1 przypadku	
" 1 lub 2 dni	16	19	"	
" 3 do 5 "	8	92	"	
" od 5 " 10 "	8	58	"	
" " 10 " 20 "	1	36	"	
" " 20 " 30 "	—	10	"	
" " 30 " 40 "	2	—	"	
" więcej niż 40 "	2	—	"	

6) Rodzaj zwierząt kąsających:

psy	pokąsały	37	188 osób
koty	"	—	18 "
wilki	"	—	4 "
konie	"	—	3 "
woły	"	—	1 "
świnie	"	—	1 "

7) Umiejscowienie ukąszeń:

pijawki	"	—	1 ²⁾ "
ukąszonych w głowę i twarz było	6	10	"
" ręce	15	128	"
" tułów i nogi	12	62	"
" rozmaite okolice ciała	4	16	"

8) Liczba ukąszeń:

ukąszeń pojedynczych było	11	82
" licznych	26	134

9) Przypalenia:

wystarczające stosowane były w	—	1 przypadkach
niewystarczające " "	9	32 "
nie były stosowane w	28	183 "

2) Patrz „Medycyna“ z roku 1898 Nr. 15.

	rok 1897	rok 1898
10) Ukąszonych przez ubranie było	14	61 osób
" w nagie ciało "	23	155 "
11) Kategorie A, B, C:		
w grupie A było	15	18 przypadków
" B "	7	65 "
" C "	15	133 "

12) Śmiertelność, obliczona na zasadzie dokumentów urzędowych o stanie zdrowia leczonych w zakładzie osób po upływie co najmniej 6 miesięcy od chwili ukończenia leczenia, = 0%.

O osobach, które były pokąsane przez zwierzęta wściekle, nie leczyli się jednak zupełnie i na wściekliznę zmarli, zebrałem następujące wiadomości.

1) Konstanty Sadowski, lat 38, ze wsi Markowszczyzna, pow. Trockiego, gub. Wileńskiej, ukąszony został przez psa włóczącego się 17 grudnia 1897 roku, zmarł 16 stycznia 1898 roku („Medycyna“ 1898 Nr. 15).

2) Jan Kozakiewicz, lat 50, włościanin z włości Kuczewickiej, pow. Oszmiańskiego, gub. Wileńskiej, ukąszony przez psa w paluch prawej ręki (2 ranki, jedna poprzez paznokieć) w marcu 1898 roku; przywieziony do szpitala Sawicz w Wilnie 10 maja tegoż roku, zmarł na wściekliznę 12 maja.

3) Mikołaj Sachar lat 9, ze wsi Stołpcy, powiatu i gubernii Mińskiej, ukąszony przez psa 24 maja 1898 roku w prawą dłoń w okolicy palucha. Przywieziony do mnie już *in extremis* 8 lipca 1898 r., zmarł 9 lipca na wściekliznę.

Jak różna bywa wrażliwość na jad wścieklizny, i, prawdopodobnie w zależności od tego, długość okresu wylegania choroby, wskazuje np. fakt, że jednocześnie z pomienionym chłopcem przysłano jeszcze trzech włościan z tejże wioski, przez tegoż psa jednocześnie pokąsanych. Wszyscy trzej leczyli się i pozostali zdrowi, pomimo że jeden z nich był znacznie niebezpieczniej pokąsany (2 głębokie rany na wskazicielu lewej ręki).

DRGAWKI PORODOWE

(*Eklampsja*)

w świetle badań współczesnych.

Podał

D-r med. Włodzimierz Popiel.

Zarządzający miejskim przytułkiem położniczym.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 50).

Wraz z odkryciem chloroformu i jego własności znalazł sobie ten środek szerokie uznanie, i, dzięki kojącym jego własnościom, nadużywano go może nieraz podczas napadów drgawek porodowych.

Z praktycznego punktu widzenia stosowanie chloroformu przy drgawkach jest połączone z wieloma trudnościami, między innemi trzeba bardzo długo przeciągać narkozę, co, pominiawszy niebezpieczeństwo dla chorej, jest możliwe tylko w specjalnych zakładach i klinikach.

Z drugiej strony trzeba pamiętać o ujemnem działaniu, jakie na serce chorej wywiera przedłużona narkoza chloroformem. Wogóle, zdaje się, chloroformowanie podczas napadów drgawek niema racji bytu. W czasie samego ataku chora nie oddycha—zatem nie wdycha chloroformu—jest więc on wtedy całkiem zbyteczny. W trakcie trwania napadów w ustroju chorej zbiera się znaczna ilość CO_2 , a jednocześnie zmniejsza się stosunek tlenu, co, razem wzięwszy, sprzyja zgubnemu wpływowi chloroformu na serce i ośrodek oddechowy (BYCHOWSKI). Wraz z pierwszym oddechem po przejściu napadu chora wdycha wtedy nie czyste, tak jej potrzebne, powietrze, lecz chloroform, który wtedy może podwójnie szkodliwy wpływ wywierać. Stanowczym przeciwnikiem chloroformu jest TWEE-DR. Nie bez wpływu pewnego (przy przedłużonem stosowaniu) jest chloroform, jak wiadomo, na skurcze macicy. Według DOENHOFF'a czynność porodowa macicy wraca do normy dopiero we dwie godziny po ukończeniu narkozy. Pod tym względem bezwarunkowo wyżej stoi eter, przy stosowaniu którego, chociaż działalność macicy bardzo słabnie, jednakże wraca do normy bardzo prędko. (H. HENSEN). Jednocześnie nie ma zwykle miejsca przy stosowaniu eteru *atonia uteri* połogowa, z jaką często spotykamy się po nadmiernem użyciu chloroformu. Te mniej więcej względy skłoniły do stosowania w niektórych klinikach wdychań eteru, podczas napadów drgawek, jako środka uspokajającego, jednakże i tu mamy strony ujemne w postaci nadmiernie wzmożonego wydzielania śliny i śluzu, co, jak wiadomo, stanowi bardzo niepożądane zjawisko podczas drgawek ¹¹⁾.

Polecano także (JENKS) wdychania *Amylnitritu*, przy stosowaniu którego dobre skutki obserwowali: CRICHTON-BROWN, BOURNEVILLE, LUBELSKI, MAJKOWSKI. Pomimo tego jednak środek ten nie wszedł w ogólniejsze użycie. Toż samo powiedzieć można i o nitroglicerynie.

Prawo obywatelstwa za to pozyskał wodań chlorału, zbyt niekiedy szczerze stosowany (DUBOST do 18,0 na dobę). Zalecają szczególniej stosowanie tego środka WINCKEL, CHARPENTIER. Najlepiej podawać chlorał w ławatywach w niewielkiej ilości wody lub z krochmalem albo odwarem *rad. salep.* Stosować go należy odrazu w większych dawkach, nie mniej niż 2,0 *pro dosi*, dochodząc dziennie do 6,0, a nawet 12,0. ALESHAYES proponował podskórne wstrzykiwania małych dawek chlorału (0,5), ten jednak sposób podawania dla wielkiej swej bolesności wykonalny jest tylko chyba w zapaści.

Najpowszechniej, jak zdaje się, używana jest podczas drgawek szczęśliwie przez G. VEIT'a zapoczątkowana narkoza morfiną. Słuszność każe tu pamiętać, że jeszcze w roku 1869 BOWSTEAD proponował stosowanie morfiny wraz z arszenikiem. Dodatnie wyniki, wielokrotnie ogłaszane, (ROGOWICZ, OLSHAUSEN, MANGIAGALLI, PERROCLUT i inni) zachęciły powszechnie do stosowania tego środka.

Tutaj również należy zaczynać odrazu od większych nieco dawek (0,02—0,03), dochodząc do 0,10, a nawet 0,30 na dobę, aczkolwiek OLSHAUSEN stara się nie dawać więcej nad 0,06. Rzecz prosta, że ciągle trzeba zwracać baczną uwagę na stan żrenic oraz akcyę serca. Według VEIT'a najcięższe napady drgawek, czy to podczas ciąży, czy podczas porodu ustępują przy podawaniu morfiny oraz ednoczesnem stosowaniu środków napotnych. Statystyka VEIT'a rzeczywiście jwykazuje rezultaty nadzwyczaj pomyślne i o wiele lepsze, niż w innych klini-

¹¹⁾ Ciekawy i, zdaje się, jedyny przypadek opisał PERRON w 1891 r., gdy po długiem a bezskutecznem stosowaniu chlorału, chloroformu i upustów krwi, drgawki odrazu ustały po zastrzyknięciu pod skórę 2,0 *Aether. sulfur.*

kach, w których nawet w ten sam sposób napady drgawek są leczone. Czy nie gra tu pewnej roli sama metodyka postępowania, trudno orzec, w każdym razie jednak podskórne podawanie morfiny jest najprostszą i najmniej przykrą dla chorej, a czasami jedynie wykonalną formą narkozy. Niekiedy jest dość trudno orzec, kiedy właściwie narkoza jest dostateczna, nieomylnym znakiem potrzeby powtórnej dawki jest pojawienie się nowego napadu.

Jak przy chloroformie i eterze, tak samo i przy stosowaniu morfiny trzeba pamiętać o ubocznym działaniu tego środka. Według H. HENSEN'a dopiero od 0,02 zaczyna się wpływ morfiny na zmniejszenie siły skurczów macicy i tłoczni brzusznej. Przy wyższych dawkach następują czasami objawy zaduszenia masą śluzu, co wcześniej już można rozpoznać po zjawieniu się rzęzącego oddechu oraz sinicy. Gromadzący się śluz najlepiej usuwać tamponikami waty i niskiem opuszczeniem głowy. Przy silnie występującem osłabieniu można zastrzyknąć niewielką dawkę eteru.

Bardzo dobre wyniki osiągnąć można niekiedy przez jednoczesne stosowanie morfiny i chloralu. GUBAREFF gorąco poleca częste lecz małe dawki (0,015 6 razy na dobę), jednocześnie chloral w ławatywach i środki pobudzające działalność skóry, jak np. obwijania PRIESNITZ'owskie i wyżej wspomniany pęcherz gumowy, napełniony ciepłą wodą, na okolicę nerek. Zwolenników tej lub innej metody jest bardzo wielu, każdy z nich opiera się na swej statystyce. Gdy G. VEIT z 60 przypadków drgawek stracił tylko trzy, TITTEL podaje odsetkę śmiertelności przy tymże sposobie leczenia na 57%, gdy przy kombinowanej narkozie chloralem i chloroformem było zaledwie 7 zejść na 92 przypadki, t. j. około 7,6%. WINCKEL przy tym ostatnim, a przez siebie gorąco zalecanym sposobie, w ostatnich latach miał nie więcej nad 5,5% śmiertelności.

Nie brak także zdeklarowanych przeciwników morfiny (OUI), którzy na podstawie znacznej liczby obserwacji odmawiają morfinie jakiegokolwiek dodatniego wpływu na przebieg cierpienia (GUERICH).

Rzeczywiście, jeśli, według dzisiejszych poglądów, uważać będziemy eklampsję za zatrucie krwi, to pożytek z narkotyków, zwalczających oddzielne objawy, jest bardzo względny, jeśli jednocześnie przypomnimy sobie o działaniu chloroformu na mięsień sercowy i wpływie wcale nie pożądanym morfiny na oddychanie oraz działalność nerek. Jeszcze gorsze jest działanie narkotyków na płód. Przy leczeniu drgawek narkotykami, dzieci rodzą się bardzo często w głębokiem uśpieniu, i niekiedy przy najenergiczniejszym nawet cuceniu nie można ich wcale przywrócić do życia.

W ostatnich czasach coraz częściej odzywają się głosy o pomyślnych wynikach, otrzymywanych przy stosowaniu *pilocarpini muriatici* pod skórę. BLANQUINQUE opisuje przypadek, gdzie pomimo stosowania chloralu i chloroformu ataki nie ustawały nawet już po rozwiązaniu i ustały dopiero po czterokrotnem zastrzyknięciu 0,005 pilokarpiny. Podobne przypadki opisują N. N. MASŁOWSKI, FINISSE i inni, nie brak tu nawet entuzyastów, twierdzących, że każdy przypadek drgawek można wyleczyć stosowaniem rzeczzonego środka (RAE, STRISOWER), i że słaba akcja serca nie stanowi żadnego przeciwwskazania. Ze względu na teorię samozatrucia i na możliwość wydalenia przez skórę ciał trujących, stosowanie pilokarpiny ma za sobą rację bytu. Rozpatrując się jednakże bliżej w działaniu tego środka, widzimy, że pobudzone zostają silnie nie tylko potowe gruczoły skóry, lecz również ślinianki i nabłonek oskrzeli, co, razem wzięwszy, może prowadzić do zaduszenia przez masy wydzielanego śluzu (Schluckpneumonie). Istnieją nawet dane, gdzie według wszelkiego prawdopodobieństwa śmierć na-

stąpiła właśnie wskutek następstw, wywołanych podawaniem pilokarpiny (BRICON, HERGNÉIN, WELPONER).

Na zakończenie nie można nie przytoczyć pomyślnego zastosowania gajakolu, którego w dwóch przypadkach użył APPLEBY, jako środka, obniżającego ciśnienie krwi, z bardzo dobrym wynikiem.

Przechodzimy nakoniec do leczenia ściśle położniczego, inaczej mówiąc operacyjnego, które również rozpada się na profilaktyczne, np. przy istniejącym podczas ciąży białkomoczu i obrzękach, oraz na zabiegi lecznicze, skierowane przeciw istniejącym już napadom.

Operacyjne leczenie drgawek jest stosunkowo dość częste, jak przekonywa nas o tem poniższe zestawienie.

A U T O R	Przypad- ków drgawek	Operacyi	%
Baskin	127	84	66,1
Bidder	455	226	50
Dührssen	118	80	67,7
Goldberg	81	31	38,3
Löhlein	249	177	71,1
Olshausen	200	77	38,5
Paupertow	288	110	39,8

Zabiegi operacyjne, jako kończące poród, a zatem usuwające z macicy jej zawartość, która w ten lub inny sposób może wpływać na wybuchy drgawek, bezwarunkowo mają rację bytu, tembardziej, że w eklampsyi właśnie stosunkowo dość często spotykamy się z rozmaitemi nieprawidłowościami, które same przez się stanowią wskazania do operacyi. Bardzo ważne ma tutaj znaczenie okoliczność, że w 85% (OLSHAUSEN) wszystkich przypadków drgawki ustawały po ukończeniu porodu.

Według VEIT'a nie można wcale uważać za pewnik, czy zabiegi czynne (operacyjne) dają lepsze wyniki, niż li tylko leczniczo-wyczekujące w ścisłem tego słowa znaczeniu. Do myślenia dają dane, zebrane przez niektórych autorów.

A U T O R	% śmiertelności	
	Operowa- nych	Nieopera- wanych
Baskin	21	11
Dührssen	23,75	21
Goldberg	34,21	16,28
Schauta	40,9	27,4

Cyfry te prawdopodobnie znajdują się w zależności od posocznicy, która stosunkowo dość często zjawia się po drgawkach, a także i od innych cierpień następnych. Ciekawe jest również zestawienie CHARPENTIER'a, który, rozporządzając bardzo obfitym materiałem, otrzymał następujące wyniki: śmiertelność matek wynosi

przy ukończeniu porodu <i>per vires naturae</i>	18,96%
przy sztucznie przyśpieszonym porodzie	26,66%
przy sztucznie wywołanym porodzie	52,38%
przy <i>Acc. forcée</i>	40,74%

Jak niżej zobaczymy, DUEHRSEN i jego szkoła bezwarunkowo zalecają operacyjne zabiegi w każdym przypadku drgawek, lecz czy zawsze racjonalnie — twierdzić z pewnością trudno. Jak wyżej powiedzieliśmy, zabiegi operacyjne stanowią w pierwszym szeregu postępowanie profilaktyczne—co w danym przypadku jest poprostu sztucznem przerwaniem ciąży. Skuteczność tego zabiegu trudno przesądzać, cyfry CHARPENTIER'a są nazbyt wymowne. Aczkolwiek napady w 85% przypadków ustają po porodzie—lecz nie wolno nam jeszcze twierdzić, że właśnie w danym przypadku, wywołując poronienie, czy poród przedwczesny, zabezpieczamy chorą od pojawienia się napadów *post factum*. Pamiętać potrzeba, że drgawki same przez się często wywołują skurcze macicy, a drażnienie macicy w celu wywołania jej skurczów właśnie może spowodować wybuch napadów (MAYGRIER). Istnieje twierdzenie, że należy wywołać zawsze przerwanie ciąży u kobiet, które przeżyły eklampsję, a którym grozi podczas nowej ciąży zajęcie nerek.

Co do samego wykonania omawianego zabiegu, to *quot capita—tot sensus*: CHARPENTIER radzi wstrzykiwania do pochwy płynów o bardzo wysokiej ciepłocie lub naprzemian zimne i gorące, BARNES, FEHLING, TARNIER zalecają kolpeuryzę macicy (metreuryzę), HAULTAIN, CHARPENTIER i inni rozszerzają szyję maciczną palcami. BOSSI i CHAMPETIER de RIBES polecają swego wynalazku rozszerzacze.

Nie zabierając w tej kwestyi głosu decydującego, nie możemy jednakże twierdzić, aby wywołanie poronienia mogło zabezpieczyć od wybuchów drgawek. Oprócz tego, zabiegi, w tym kierunku robione, nawet przy największej ostrożności otwierają szerokie pole dla zakażenia. Jak wiadomo, nerka LEYDEN'a zdarza się dość często podczas ciąży, jak również białkomocz, a jednak jeszcze częściej przechodzą zupełnie bez żadnych dla położnicy następstw.

Wobec tego wykonywanie zabiegów z wątpliwym wynikiem zdaje się być zupełnie nie na miejscu, choćby dla tego, że nie możemy nigdy z pewnością twierdzić, czy dana położnica ulegnie napadom drgawek, czy nie.

Zabiegi położniczo - lecznicze, opierając się na podanym wyżej fakcie, że w 85% przypadków napady ustają po ukończeniu porodu, dążą do szybkiego ukończenia porodu. Na czele zwolenników tej „czynnej“ terapii stoi DUEHRSEN, który, na zasadzie swych danych statystycznych twierdzi, że możliwie prędkie opróżnienie macicy uratowało życie w 93,75% z leczonych przez niego przypadków. BOSSI, CHARLES, HAULTAIN, INVERARDI, KNAPP, MANGIAGALLI, PESTALOZZA, POTTER, STYPIŃSKI radzą mniej lub więcej szybkie opróżnianie macicy, niektórzy (INVERARDI), widząc przyczynę choroby w obecności płodu w macicy, wszelkimi sposobami radzą dążyć do usunięcia go jakimkolwiek bądź sposobem, wogóle jednak zalecają wykonywanie wszelkich rękoczynów tylko w narkozie.

Za wyczekującym leczeniem jest CHARPENTIER, BIDDER, OUI i inni, nie bez słuszności, naturalnie, twierdząc, że *Acc. forcée* lub *sectio caesarea* uważać należy za *remedium ultimum*, wykonywane li tylko w agonii, a nawet po śmierci chorej (HUGUENIN). Wiemy, że odruchowa pobudliwość macicy gra podczas drgawek pewną rolę, czyż zatem forsowne opróżnienie macicy nie może samo przez się służyć za źródło nowych napadów? (PLIQUÉ). Według twierdzenia OUI śpieszyć się nigdy nie należy, gdyż w większości przypadków albo cierpienia psychiczne, albo napady drgawek same wywołują czynność porodową.

Najracjonalniej postępować będziemy zatem, przystępując do opróżnienia macicy przy wszelkich po temu danych ze strony dróg porodowych, a zatem przy odpowiedniem ustawieniu płodu, dostatecznie szerokiem otwarciu macicy i t. p.

O ile można ostrożnem stosowaniem kolpeuryzy przyspieszać istniejące już otwarcie macicy, o tyle należy unikać wszelkich drażniących rękoczynów przy nierozpoczętym jeszcze porodzie (BYERS).

Rozerwanie pęcherza przyspiesza zwykle poród, lecz stosować ten zabieg można z wiarą w powodzenie li tylko u wieloródek: u pierwiastek równie dobrze możemy przyspieszyć, jak i zatrzymać działalność porodową, co w każdym razie nie będzie rzeczą pożądaną. Najwłaściwiej, zdaje się, będzie w tym względzie posłuchać zdania VEIT'a, który radzi zabieg ten wykonywać tylko przy pełnem otwarciu ujścia macicy.

Plód wydobyć możemy, jak i zwykle, przy pomocy kleszczy lub obrotu, nie mówiąc o wymóżdżeniu i rozkawaleniu. C. BRAUN twierdzi, że kleszcze lepsze dają wyniki, niż obrót, a to na zasadzie swych spostrzeżeń, według których stosowanie kleszczy mniej drażniaco wpływa na ściany macicy, większy % dzieci rodzi się żywemi, i na koniec przebieg porodowy jest lepszy. RYBICKI w zasadzie zgadza się z BRAUN'em. Nam się zdaje, że wybór tego lub innego sposobu postępowania najwłaściwiej jest uczynić zależnym od miejscowych warunków, które często mogą uniemożliwić najlepsze nawet chęci, jeśli zechcemy opierać się li tylko na rozumowaniach teoretycznych.

Tyle co do zwykłych zabiegów operacyjnych.

Inaczej rzecz się ma z tymi sposobami rozwiązania, które z samej natury rzeczy pociągają za sobą większe lub mniejsze niebezpieczeństwo życia chorej. Mowa tu o cięciu cesarskiem i *accouchement forcé*. Pierwszy z tych zabiegów zawsze jest wskazany, jeśli, według ogólnie przyjętego poglądu, chodzi o życie dziecka przy absolutnej niemożności uratowania matki. Takie zestawienie przy drgawkach jest wogóle dość rzadkie i może mieć miejsce np. przy rozległych a śmiertelnych wynaczynieniach w mózgu chorej.

Z innego atoli punktu widzenia oceniać trzeba *sectio caesareu*, jeśli ma ona służyć jako zabieg leczniczy, mający na celu uratowanie chorej oraz dziecka. Jak wiadomo, HALBERTSMA twierdził, że drgawki są następstwem ucisku, jaki wywiera ciężarna macica na moczowody, a zatem usunięcie tego ucisku przez pospieszne opróżnienie macicy ma być, według niego, wprost i jedynie wskazane. Na zasadzie tego rozumowania HALBERTSMA pierwszy „miał odwagę“ (S. FLATAU) zastosować operację cięcia cesarskiego w celach leczenia eklampsyi. Do ostatnich czasów mamy w odnośnej literaturze opisanych 30 przypadków cięcia cesarskiego przy drgawkach, z rodaków H. ŚWIĘCICKI pierwszy zastosował pomysł HALBERTSMA'y, jako siódme w ogólnym szeregu cięcie cesarskie, wykonane w omawianych warunkach. Z 30 wspomnianych przypadków było 17 zejść śmiertelnych matek, a 18 dzieci (S. FLATAU), wynik, jak widzimy, nie szczególny. B. FRIEDEMANN wcześniej zebrał 18 przypadków, z których 7 zakończonych śmiercią. Co najsmutniejsze, że nie mamy żadnej pewności, czy napady drgawek zawsze ustaną po operacji. M. KETTLITZ podaje 7 przypadków z 27, gdzie po ukończeniu operacji nastąpiły nowe napady z niemniejszą gwałtownością. Rzecz prosta, że w takich okolicznościach wykonywanie tak poważnej i wymagającej dużego nakładu sił, warunków i innych pomyślnych danych operacji wymaga zawsze głębokiego namysłu.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

94. R. LOMER. **Rozpoznawcze znaczenie bólu w chorobach kobiecych.** Autor stara się wykazać, że ból, doświadczany przez kobiety na powierzchni narządów rodnych, bywa często tylko wyrazem ukrytego macinnictwa, które gra ważną rolę wtedy nawet, gdy istnieje anatomiczne obrażenie tych narządów.

Według autora, duża ilość kobiet skarży się na powierzchowny ból ze strony brzucha, niezależny od żadnego cierpienia płciowego. Wiele nerwobólów, uważanych za pochodzące ze strony jajników, jest prostą nadczułością skórną. Ważne jest przeto z punktu widzenia rozpoznania określenie umiejscowienia bólu i w przypadku, gdzie idzie o nadmierną czułość powłok, szukanie innych znamion macinnictwa.

Wogóle, to uczucie bólowe, nie przybierające cechy ostrej, jest słabsze, niż ból zapalny; co więcej, nie wpływa na nie spoczynek, gdy wzruszenia zwiększają je. Ruchy, którym towarzyszy rozciągnięcie skóry, zwiększają je, i prawdopodobnie ta niemożność użycia bez bólu mięśni tłoczni brzusznej powoduje bardzo częste zaparcia stolca u takich chorych.

Autor podaje 8 spostrzeżeń, tyjących się kobiet, u których nie było cierpienia kobiecego, mogącego wyjaśnić ból. U chorych tego rodzaju daje się stwierdzić przez czas dłuższy bolesne miesiączkowanie; ale cecha nerwowa bólu ujawnia się tu tem, że często to bolesne miesiączkowanie trwa nawet wtedy, gdy odpływ krwawy jest obfity.

W 7 innych przypadkach istniały obrażenia, usprawiedliwiające wdanie się chirurgiczne; cięcie brzuszne pozostało jednak bez skutku na ból.

Dopuszczając w zupełności, że u wielu chorych istnieją obrażenia płciowe, będące w stosunku z uczuciem bólowem, autor mniema, że, szukając starannie znamion macinnictwa, można uniknąć niejednej bezużytecznej operacji.

Jako leczenie zaleca autor prąd galwaniczny, któremu przyznaje działanie swoiste względem tych objawów macinnictwa. Najlepsze wyniki dają prądy słabe od 3 do 6 miliamperów. Prądy silniejsze, jak również i faradyzacja, zwiększają ból.

Ale czynnikiem leczniczym w całym znaczeniu tego wyrazu jest, naturalnie, w tego rodzaju cierpieniach poddawanie (sugestia). Przebywanie w domu zdrowia zdaje się być również bardzo korzystne. Wreszcie autor chętnie zaleca żelazo, ponieważ przekonał się, że małokrwistość przedstawia grunt, sprzyjający rozwojowi macinnictwa.

Następnie autor wykazuje, że wszystkie części narządów płciowych kobiety mogą być siedliskiem nadczułości macinniczych, podobnych do tych, jakie się spostrzega ze strony ścian brzusznych. Tym sposobem tego rodzaju nadczułość gra wielką rolę w wytwarzaniu się pochwicy; dowodem, że nie idzie tu o przeszkodę mechaniczną, jest fakt, iż cierpienie to powraca często po położu, a wycięcie błony dziewiczej pozostaje na nią bez skutku. Dużo przypadków bolesnego miesiączkowania jest również pochodzenia macinniczego i da się uleczyć galwanizacją. Wreszcie macinnictwo gra również ważną rolę w świadcze pochwy, nerwobólu jajnikowym i t. d.

(*La semaine médicale. Nr. 38. 1899.*)

95. H. LOEHLEIN. **Przyrośnięcie dolnego bieguna jaja, jako przeszkoda do rozszerzenia szyi.** Słabość skurców macicznych jest bezwątpienia najczęstszą przy-

czyną opóźnienia, spostrzeganego niekiedy w okresie rozszerzenia. Są jednak i inne okoliczności, mogące zwalniać poród. Autor sądzi, że w 0,5% porodów opóźnienie bywa wywołane przez niezwykle przyrośnięcie dolnego bieguna jaja do dolnego odcinka macicy. Przyrośnięcie to stoi na zawadzie rozszerzeniu ujścia wewnętrznego, przeszkadzając wierzchołkowi jaja oddzielić się od pasa, położonego bezpośrednio ponad tem ujściem. Czyni ono zatem trudnem lub nawet niemożliwem utworzenie worka wód i postępujące rozszerzenie kanału szyi wskutek zatrzymania tego worka.

Przyrośnięcie to jest wogóle wynikiem przewlekłego zapalenia śluzówki macicy, ograniczonego najczęściej do dolnej części macicy, co objaśnia rzadkość zatrzymania błon w przypadkach tego rodzaju. Wprowadzając palec, można sobie zdać sprawę z przeszkody, i, jeżeli się oddzieli błony ostrożnie, to skutek tej interwencji ujawnia się zwykle odrazu. Gdy, pomimo w ten sposób wykonanego odklejenia, poród nie postępuje, znaczy to, że przyrośnięcie sięga wyżej, niż części dostępne dla palca, i w podobnym przypadku pozostaje tylko przedziurawić owodnię.

(*La semaine médicale*. Nr. 39. 1899).

96. E. PEISER. **Zapobieganie chorobom połogowym.** Autor uważa użycie przestrzykiwań pochwowych u kobiet ciężarnych za niebezpieczne i na poparcie tego zapatrywania przytacza dobre wyniki, otrzymane w szpitalu Maternité w Mannheim, gdzie wszelkie wewnętrzne odkażanie jest zaniechane. Kobiety otrzymują kąpiel w początku porodu; myje się gruntownie ich narządy płciowe zewnętrzne i ich ręce. Wszelkie przedmioty, używane przy rodzących i położnicach, są wyjławione. Ale czy chora gorączkuje, czy nie, nie ucieka się nigdy do wstrzykiwań przeciwnie, z wyjątkiem przypadków zatrzymania części łożyska lub błon. Wszystko ogranicza się na obmywaniu sromu wodą przegotowaną bez rozchylania dużych warg.

W tych warunkach na 74 kobiety nie badane 3 (czyli 4%) miały podniesienie ciepłoty. Z drugiej strony na 2485 kobiet, u których badanie było stosowane, 124 (czyli 5%) miało gorączkę wskutek zakażenia z zewnątrz. Z tych cyfr wynika że badanie wewnętrzne ma mało wpływu na częstość gorączki połogowej. Fakt że bez przestrzykiwań otrzymuje się u kobiet, poddanych badaniu, wyniki prawie równie dobre, jak u nie badanych, zdaje się wyraźnie dowodzić, że przestrzykiwania pochwowe nie przynoszą korzyści.

Autor sądzi, że ciepłota położnic zależy nadewszystko od mniej lub więcej starannego odkażenia otoczenia, i że samozakażenie gra tylko wtórną rolę. Na korzyść tego mniemania zdają się przemawiać dobre wyniki, otrzymane po porodzie, wywołanym przez wprowadzenie świeczki (*bougie*). Na 52 interwencye tego rodzaju w jednej tylko nastąpiła gorączka. Otóż, jeżeliby pochwa dawała istotnie schronienie czynnikom chorobotwórczym, które mogą być przeniesione za pomocą palca lub narzędzi, to wprowadzanie świeczki do macicy pociągałoby daleko częściej szkodliwe następstwa.

Dodajmy, że na 2660 położnic w Maternité w Mannheim ani jedna nie umarła wskutek zakażenia, nabytego w szpitalu.

(*La semaine médicale*. Nr. 38. 1899).

97. J. BOAS. **Leczenie szczeliny odbytu.** Autor otrzymał 10 razy na 12 wyleczenie szczeliny odbytu za pomocą prostego leczenia, dążącego nadewszystko do zupełnego unieruchomienia okolicy odbytu. W tym celu chory powinien przez tydzień pozostawać w łóżku, żywiąc się przez cały ten czas wyłącznie lekimi napojami i przyjmując trzy razy dziennie po 10 kropel nalewki makowca.

Otrzymuje się w ten sposób bezwzględne zaparcie. Jeżeli szczelina jest dostępna dla wzroku, to posypuje się ją jakimkolwiek suchym proszkiem przeciwnilnym, np. jodoformem, kalomelem i t. p., lecz nie dotykając jej ani ręką, ani narzędziami lub opatrunkiem. Należy się powstrzymać od wszelkiego przeciwnilnego obmywania, które byłoby bardziej szkodliwe, niż pożyteczne. Po upływie 8 dni, daje się dużą dawkę oleju rącznikowego, zalecając choremu nie iść na stolec, dopóki nie poczuje, że wypróżnienia stały się zupełnie płynnymi, i nie robić żadnych wysiłków podczas wypróżnienia. Często pierwsze wypróżnienie jest niebolesne, i szczelina bywa wyleczona. U pewnych osobników trzeba, dla otrzymania tego wyniku, powtórzyć leczenie drugi lub nawet trzeci raz. Sposób ten chybia tylko w rzadkich przypadkach, gdzie nie można otrzymać zupełnego powstrzymania wypróżnień.

(*La semaine médicale. Nr. 39. 1899.*)

78. RAPIN. **Sposób zapobiegania uduszeniu się dziecka w ciągu porodu.** W przypadkach, gdzie dziecku podczas porodu grozi niebezpieczeństwo zaduszenia się, autor stosował wprowadzenie powietrza do jamy macicy za pomocą cewnika lub rurki kauczukowej. Celem uniknięcia zakażenia należy, oprócz zwykłych przeciwnilnych ostrożności, wyjałować wdmuchiwaną powietrze, przepuszczając je przez warstwę waty. Aby zapobiedz rozciągnięciu macicy, nie należy wdmuchiwać naraz więcej, niż 500 do 600 ctm. sz. powietrza i nie przekraczać nigdy litra. Wytworzenia się zatoru powietrznego nie ma się co obawiać, ponieważ powietrze nie przenika wprost do macicy, lecz do jamy owodni.

Sposób ten zdaje się być wskazanym w przypadkach wypadnięcia pępowiny i przy przodowaniu pośladków lub ramienia. Jest on przeciwwskazany przy śmierci płodu, w razie stwierdzenia objawów gnilnych w ciągu porodu, jak również przy łożysku przodującym, ze względu na niebezpieczeństwo, wynikające z wprowadzenia powietrza do żył.

(*La semaine médicale. Nr. 36. 1899.*)

D-r Roślan.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 21 listopada r. b.

TREŚĆ: 1) A. SOKOŁOWSKI—Przedstawienie okazów tęgoryjca dwunastnicy (*anchylostomum duodenale*) 2) Fr. NEUGEBAUER—przedstawienie dziecka z hermafrodytyzmem. 3) L. LUBLINER—przedstawienie roentgenogramu górnej części tułowia dziecka, które połknęło monetę kopiejkową. 4) L. KRAUSE—przedstawienie chorego po operacji przepukliny „*par glissement*”. 5) St. KOPCZYŃSKI—„Przyczynę do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu oraz słów kilka o t. zw. „*pseudoparalysis luetica*” wraz z przedstawieniem makro- i mikroskropowych preparatów.

1) Kol. SOKOŁOWSKI przedstawił okazy tęgoryjca dwunastnicy, które odezły w niewielkiej ilości po zadaniu wyciągu paproci alpejskiej przedstawionemu na poprzednim posiedzeniu chińczykowi, nadmieniwszy, że stan chorego poprawił się, chory jest w stanie obecnie chodzić. W kale jednak znajdują się jeszcze jajka tęgoryjca. Po kilku dniach chory otrzyma znowu wyciąg paproci. List chińczyka został przetłomaczony w ambasadzie w Petersburgu. W liście tym chińczyk opisuje, że słabo widzi i przygłuchł nieco. Zjawiska te idą w parze z objawami ogólnej anemii.

2) Kol. NEUGEBAUER przedstawił kilkotygodniowe dziecko z hermafrodytyzmem męskim.

3) Kol. LUBLINER przedstawił odbitkę fotograficzną zdjęcia za pomocą promieni RÖNTGEN'a górnej części tułowia dziecka, które połknęło monetę kopiej-

kową. 6-go dnia po wypadku matka przyprowadziła dziecko, które skarżyło się na trudność przy połykaniu, do kol. LUBLINERA. Po zbadaniu kol. LUBLINER podejrzewał, że moneta znajduje się w górnej części przełyku. Kol. BREGMAN zrentgenografował dziecko; okazało się, że moneta tkwi w górnej części przełyku. Monetę wydobyto za pomocą koszyczka GRAEFE'go.

4) Kol. KRAUZE przedstawił chorego po operacji przepukliny „*par glissement*”. 39-letni mężczyzna, woźnica, przybył do szpitala Starozakonnych z uciśniętą przepukliną pachwinową po stronie lewej. Przepuklina nazajutrz po przybyciu chorego odeszła, i chory czuł się lepiej. Chcąc jednak pozbyć się przepukliny, chory zgodził się na poddanie się operacji radykalnej. Podczas operacji okazało się, że worek przepuklinowy jest mocno przyrośnięty do sąsiednich tkanek i do powrózka nasiennego; nazewnątrz zaś i nieco ku tyłowi od worka znajdował się duży kłęb, pokryty dość grubą warstwą tłuszczu i również mocno przyrośnięty do tkanek moszny. Przy oddzielaniu worka kłęb w górnej części został naderwany. Wtedy przekonano się, że kłęb ten stanowiła pętla kiszki. Kol. KRAUZE wyciął tę pętlę, długości 40 cm., i końce złączył za pomocą dwupiętrowego szwu ciągłego.

Chory zniósł operację bardzo dobrze; nie gorączkował. 7-go dnia po operacji nastąpiło pierwsze obfite wypróżnienie. 11-go dnia skonstatowano przetokę kałową, która w ciągu trzech tygodni zagoiła się.

W przypadku tym kol. KRAUZE miał do czynienia z przepukliną, którą francuzi nazywają: „*hernie par glissement*”, jest to przepuklina kiszki grubej, znajdującej się obok przepukliny kiszki cienkiej we wspólnym worku albo też nazewnątrz od worka.

Przypadki przepuklin „*par glissement*” zdarzają się bardzo rzadko i zawsze bywają przeszkodą do wykonania operacji doszczętnej. We wszystkich prawie dotychczas spostrzeganych przypadkach trzeba było albo przerywać operację, albo też wycinać całą pętlę.

5) Kol. St. KOPCZYŃSKI wypowiedział: „Przyczynę do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu oraz słów kilka o t. zw. *pseudoparalysis luetica*”, przedstawivszy szereg makro i mikroskopowych preparatów.

Praca kol. KOPCZYŃSKIEGO drukuje się obecnie w „Medycynie”.

W dyskusyi kol. BREGMAN jest tego zdania, że granicy między przymiotem mózgu z jednej strony a paraliżem postępującym z drugiej nie da się ściśle przeprowadzić, tak samo jak między przymiotem rdzenia i wiałdem rdzenia. Również pod względem etiologicznym różnicy zasadniczej nie ma, gdyż związek przyczynowy między paraliżem i przymiotem jest, zdaniem kol. BREGMANA, niewątpliwy. Różniczkowanie kliniczne jest niemożliwe, ponieważ wszystkie objawy przytaczane, jak porażenie połowiczne, objawy źreniczne, porażenie mięśni okoruchowych i t. d., spostrzegamy w jednym i drugim cierpieniu.

Anatomia patologiczna ośrodków nerwowych często nie daje pewności w rozpoznaniu przymiotu; zresztą w ostatnich czasach mnożą się spostrzeżenia, w których obok zmian, właściwych paraliżowi postępującemu lub wiałdowi rdzenia, znajdowano zmiany swoisto-przymiotowe. Rokowanie wreszcie nie jest bynajmniej w przymiocie mózgu tak dobre, jak to wielu przypuszcza.

Co się tyczy objawów ze strony źrenic, to kol. BREGMAN zaznacza, że na zasadzie nowszych spostrzeżeń zwrotna nieruchomość źrenic (z zachowaniem oddziaływania przy przystosowaniu) może być umiejscowiona nie tylko w torach dośrodkowych i w torach, łączących ośrodki, lecz i w samych nerwach okoruchowych w następstwie jakiegokolwiek sprawy w tych nerwach. W danym przy-

padku wobec zmienności tego objawu równolegle z porażeniem nerwu okoruchowego umiejscowienie to jest najprawdopodobniejsze.

W odpowiedzi kol. KORCZYŃSKI zaznacza, że w odczycie swym kwestyę różniczkowania pomiędzy paraliżem postępującym a „*pseudoparalysis luetica*“ rozpatrzył szczegółowo.

Co się tyczy kwestyi leczenia, to ma ono znaczenie bardzo ważne, zwłaszcza w początkowych okresach „*pseudoparalysis luetica*“ gdyż w paraliżu postępującym specyficzne leczenie, na co się wszyscy zgadzają, szkodzi, a w „*pseudoparalysis luetica*“ wybitną korzyść przynieść może.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na piątym zjeździe lekarzy francuskich w Lille d-r HUCHARD wygłosił odczyt o zapaleniu przewlekłym mięśnia sercowego. Według mówcy w cierpieniu tem sprawy zapalne grają rolę podrzędną, to też proponuje on zmienić dotychczas używaną nazwę na *Myopathia cardiaca*. Podkład anatomiczny dla całego szeregu zmian w mięśniu serca, objętych nazwą „*Myocarditis*“, jest wielce różnorodny, to też mikroskop zwykle różniczuje to, co klinika zbyt uogólnia. Częstokroć chodzi tu o stwardnienie naczyń sercowych z następczemi zmianami wstecznemi w odżywianiu w postaci ognisk miażdżycowych mniejszych lub większych, to znów o tkankę modzelowatą, otaczającą naczynia i wnikającą w głąb włókien mięsnych. W wielu znów innych sp. strzeżeniach, a takich było najwięcej, spostrzegano zjawiska, towarzyszące przewlekłym zaburzeniom kompensaty, mianowicie, zwyrodnienie włókien mięśnia sercowego w sąsiedztwie rozszerzonych niezwykle naczyń włosowatych z następczą *sclerosis perivascularis*. W końcu wspomnieć jeszcze należy o zmianach schyłkowych (*sclerosis senilis*), kiedy tkanka łączna rozwija się kosztem mięśniowej. Wogóle jednak cierpienie mięśnia należy pożytywać za sprawę pierwotną, zmiany zaś w tkance łącznej za wtórną bez względu na to, że liczni autorowie wypowiedzieli zdanie wprost przeciwne temu.

W okresie, poprzedzającym zwyrodnienie mięśnia (*praesklerotisches Stadium*), spostrzegamy zwykle wzmocnienie ciśnienia krwi. Zjawisko to istnieje już, zanim rozwiną się zmiany anatomiczne w naczyniach, które uważać należy za objawy następce. Okres drugi, następujący bezpośrednio po tem, t. zw. okres tętnico-sercowy (*cardio-arterielles Stadium*) posiada jako cechę wybitną *endarteritis*. Zwykle naprzód ulegają cierpieniu naczynia obwodowe, a potem dopiero tętnice serca, mózgu, oka, nerek i t. d. W tych zaś przypadkach wyjątkowych, w których miażdżyca naczyń występuje naprzód w narządach wewnętrznych, cierpienie posiada przebieg szybki i ciężki. Nakoniec w okresie trzecim, zastawkowo-tętnicznym (*mitro-arterielles Stadium*), ciśnienie krwi opada na skutek osłabienia mięśnia sercowego czego przyczyna tkwi w zmianach modzelowatych ścian serca. Pod względem klinicznym *cardiopathia arterialis* da się podzielić na trzy postaci: 1) bolesną czyli dusznicową, 2) niemiarną (*arhythmische*) i 3) zastawkową. W postaci niemiarowej częstokroć tylko niemiarnowość tętna stanowi jedyny objaw cierpienia w ciągu 10—15 lat. Niemiarnowość taka wyróżnia się przez to, że naparstnica nie sprawia żadnego polepszenia, gdy tymczasem lek ten szybko usuwa niemiarnowość tętna, jeżeli ona zależy od wad zastawkowych. Dla rozpoznawania różniczkowego doniosłe znaczenie posiada ten objaw, że w przypadkach cierpień zastawkowych przedewszystkiem mamy szmer u wierzchołka serca, a niemiarno-

wość tętna występuje zazwyczaj później, jeżeli zaś w cierpieniach mięśnia sercowego spotykamy szmery, to zwykle poprzedza je mniej lub więcej długi okres arytmii.

Postać zastawkową łatwo wziąć można za wadę zastawki, powstałą po goścu stawowym, bez względu na to, że istota sprawy chorobowej w jednym i drugim przypadku jest wielce różna. Jako jeden z czynników rozpoznawczych, HUCHARD podaje opisaną przez siebie „*dyspnoë toxo-alimentaire*“. Zjawisko to niemal stale towarzyszy cierpieniom mięśnia sercowego, natomiast w przypadkach wad zastawkowych spotykamy je tylko w okresie zaburzeń kompensaty.

Taka „*dyspnoë toxo-alimentaire*“ polega, według HUCHARD'a, na duszności, która zjawia się zwłaszcza w nocy po jakichkolwiek bądź wysiłkach, a czasami i bez nich, i zależy od samozatrucia ustroju. Ostatnią powoduje upośledzenie czynności nerek, które stanowi wyraz miażdżycy naczyń nerkowych, ponieważ zmiany zwyrodniające nigdy nie ograniczają się do samego serca, lecz obejmują zwykle cały układ naczyniowy. Otóż w takich warunkach toksyny, zawarte w mięsie, serze, bulionie i t. p. pokarmach, wydzielają się przez nerki bardzo wolno i w ilości niewystarczającej i powodują objawy samozatrucia znacznie wcześniej, zanim wystąpią obrzęki lub białkomocz, stałe zwiastuny porażenia nerek. Słuszność owego poglądu HUCHARD opiera na dwóch następujących okolicznościach: 1) TOURNIER, jeden z uczniów HUCHARD'a, dowiódł, że mocz arteriosklerotyków jest mniej trujący, niż osobników zdrowych, wskutek czego u pierwszych większa ilość toksyn pozostaje we krwi, niż u drugich; 2) wiadomo, że według poszukiwań CHARRIN'a, dyeta mleczna wpływa w sposób ujemny na ilość toksyn we krwi, to też ta właśnie dyeta daje u chorych omawianych wyniki bardzo dobre; mianowicie już po 24-u godzinach znika duszność, jeżeli tylko jest ona pochodzenia sercowo-nerkowego. Inaczej jednak ma się rzecz, jeżeli na skutek zbyt rozwiniętej sprawy miażdżycowej cierpi i wątroba, której najważniejsze zadanie jest zatrzymywanie i niszczenie toksyn, ponieważ wtedy nie można już usunąć ani objawów zatrucia, ani duszności. Istnieją jeszcze i inne czynniki rozpoznawcze pomiędzy cierpieniem serca pochodzenia naczyniowego i zastawkowego. W przypadkach miażdżycy tętnic cierpienie serca rozwija się zwykle nagle bez jakichkolwiek poprzedzających wybitnych objawów zaburzenia czynności tego narządu, bez względu na wzmożenie ciśnienia krwi, słowem wprost przeciwnie, niż w wadach zastawkowych, kiedy ciśnienie krwi zwykle znacznie się obniża.

Dalej HUCHARD zwraca uwagę na cierpienia błon surowiczych, opisane już przed kilku laty, które często spotykano w cierpieniach serca, pochodzenia tętniczego w ostatnich okresach tego cierpienia. Trzy wielkie błony surowicze: osierdzie i opłucna ulegają przewlekłym sprawom zapalnym nawet na znacznej przestrzeni, wskutek czego powstają zgrubienia chrząstkowate, a częstokroć i wysięki. Cierpienia te dostarczają tyle objawów różnorodnych, że mogą zupełnie ukryć sprawę pierwotną w mięśniu serca. W niektórych przypadkach częstokroć rozpoznawano błędnie marskość wątroby, raka żołądka lub wady zastawkowe, czemu wcale nie należy się dziwić, gdyż rozpoznawanie w wielu razach przedstawia wielkie trudności, i tylko dokładna znajomość całego przebiegu cierpienia może uchronić od pomyłek.

Etiologia miażdżycy serca jest trojaka: wskutek skazy (*diathèse*), zakażenia lub zatrucia. Do liczby pierwszych trzeba zaliczyć cierpienie, panujące we Francji, a zwane tam *arthritismus s. herpetismus*. Pod nazwę tę podciągnięto nie tylko gościec, zwłaszcza przewlekłe jego postaci, i dnę, lecz i otyłość, cukromocz, du-

sznicę, migreny, kamienie nerkowe i wątrobowe; do nich HUCHARD dodaje „*aortismus hereditarius*”, czyli cierpienia układu naczyniowego, które dziedzicznie obarczają pewne rodziny to w tej, to w innej postaci, jak wylewy krwawe (apopleksia), tętniaki, wady i miażdżyca aorty, zapalenie nerek śródmiąższowe i t. p. Według orzeczenia HANOR’a, do którego przyłącza się i HUCHARD, *arthritismus* stanowi pewną wrodzoną i dziedziczną właściwość chorobliwą tkanki łącznej, połączoną ze szczególną skłonnością do powstawania owrzodzeń, które prowadzą do przerostu i zwyrodnienia bliznowatego.

Wśród czynników etiologicznych miażdżycy serca pochodzenia zakaźnego na miejscu pierwszym postawić należy choroby gorączkowe, zwłaszcza dur brzuszny, następnie przymiot, a rzadziej stosunkowo gruźlicę. Najważniejszą jednak rolę grają tu czynniki toksyczne. Dla należytej oceny wywodów HUCHARD’a należy zapoznać się nieco bliżej z teorią BOUCHARD’a o samozatruciu. Według tej teorii w moczu osobnika zarówno zdrowego, jak i chorego, znajduje się pewna ilość pierwiastków trujących, o czym przekonywa nas fakt, że mocz, po uwolnieniu go od soli potasowych, zastrzyknięty zwierzęciu pod skórę, zabija je. Ustrój tedy wytwarza trucizny, które, o ile nie zostaną wydalone przez nerki, zatruwają go, czego najlepszy dowód posiadamy w drgawkach porodowych (eklampsia). Lecz takie ostre zatrucia są stosunkowo rzadkie; w większości przypadków trudno objaśnić sobie pochodzenie takich np. objawów, jak obłożenie języka, bóle głowy, bicie serca, zawroty głowy, uczucie zimna, wymioty, drgawki, gorączkę, białkomocz i t. p., które, według BOUCHARD’a, często stanowią wyraz samozatrucia. Trucizny te ustrój wytwarza z pokarmów, ponieważ dotąd nie znamy innego źródła ich pochodzenia. A zatem ustrój staje się rodzajem fabryki, która wytwarza i wydala trucizny. Gdy więc wzrasta się wytwarzanie lub zmniejsza, względnie utrudnia się, wydalenie, to następuje samozatrucie ustroju. Takie zatrucie pokarmowe gra wielką rolę w etiologii powstawania miażdżycy serca. Największa ilość tych toksyn powstaje przy spożywaniu obfitem mięsa, a wzrasta ona niezmiernie szybko, jeżeli mięso jest niezupełnie świeże. Że te trucizny działają głównie na układ naczyniowy, zważając go, przekonywają nas o tem doświadczenia BRIEGER’a, jak również i ten fakt, że w wywiadach każdego niemal przypadku miażdżycy serca spotykamy wskazówki, dowodzące obfitego spożywania mięsa. Podobne, acz nieco słabsze działanie posiada zatrucie przewlekłe tytoniem i wyskokiem. Jako dzielny środek, zapobiegający zwyrodnieniu serca, służyć nam może dyeta mleczna i roślinna (wegetaryanizm). Przechodząc do leczenia tego cierpienia, HUCHARD zaznacza, że w dyecie posiadamy najdzielniejszy czynnik leczniczy, jeżeli zaś zostanie on zastosowany już w najwcześniejszym okresie cierpienia, to można spodziewać się nawet wyleczenia zupełnego. Chorem należy nie tylko zalecać spożywanie dużych ilości mleka, lecz usilnie zabraniać używania trunków rozpalających (herbata, kawa, wódka, mocne wina), rozmaitych gatunków mięsa np. ryb, źle ugotowanego mięsa, konserw, sera, wędlin, zwierzyny, której mięso jest o tyle bardziej trujące, o ile zwierzę przed zabiciem było zmęczone na polowaniu. Należy również unikać zbyt wielkiej ilości płynów, wyjąwszy te z nich, które, dzięki swym własnościom moczopędnym, uwalniają ustrój od tyksyn. To też HUCHARD zaleca swym chorym pić rano naczeczko i wieczorem przed udaniem się na spoczynek szklankę wody Vittel, Evian, lub Contrexéville z dodatkiem 0,5 lyceolu. Mięsienie, jako czynnik leczniczy, posiada również znaczenie doniosłe, a co do upustu krwi, to jest to środek o działaniu przemijającym i nadaje się tylko do przypadków ostrych. Co do środków aptecznych, to można używać lekarstw czyszczących i moczopędnych, o ile one nie wpływają na zmianę ciśnienia krwi,

jak np. teobromina w ilości 0,5—1,0 dziennie. Naparstnica, atropina, sporysz i t. d. są stanowczo przeciwwskazane. W okresie drugim tego cierpienia, kiedy nastąpiły już zmiany anatomiczne w naczyniach, prócz uwzględnienia czynników higienicznych i dyetetycznych, uciec się należy do przetworów jodowych. Ostatnie, według HUCHARD'a, są ordynowane zbyt długo i w zbyt wielkich dawkach. H. podaje jodek sodu tylko przez 10 dni w miesiącu po 0,5 dziennie, a potem jeszcze przez dni 10 zaleca nitroglicerynę w roztworze 1 : 100 trzy razy dziennie po trzy krople.

Trzeci, zastawkowy okres cierpienia posiada wszelkie cechy niewyrównanej wady zastawkowej, to też odpowiednio do tego wskazana tu jest naparstnica.

K. Z.

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. listopad r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 81 (m. 46, k. 35); przybyło w listopadzie 141 (m. 70, k. 71); wypisało się 116 (m. 58, k. 58); zmarło 10 (m. 6, k. 4); pozostało na miesiąc następny chorych 96 (m. 52, k. 44)

Ogólna liczba chorych była nieco większa, niż w październiku, głównie z powodu zwiększania się w dalszym ciągu ospy, a także odry i płonicy oraz panowania w szerokich rozmiarach róży. Na uwagę zasługuje dość znaczne zmniejszenie się tyfusu brzuszego, który przez szereg miesięcy, jak to zaznaczaliśmy, niezwykle często występował, i to w różnych częściach miasta. Wobec znacznego powiększenia się zawartości bakterii w tymże czasie w wodzie wodociągowej, mimowoli nasuwała się myśl, czy częstsze pojawianie się tyfusu w tej porze roku nie stoi w związku z większym zanieczyszczeniem wody filtrowanej, t. j. z pewnem niedomaganiem filtrów.

Pierwszą rubrykę w listopadzie zajęła w dalszym ciągu róża, której mieliśmy przypadków 32 (m. 17, k. 15) z przebiegiem niezbyt ciężkim. Przypadków śmierci nie było. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Wronia 2, Krakowskie Przedmieście 17, Piękna 32 i 7, Grzybowska 55, Stare Miasto 32 i 19, Wspólna 29, Nowy Świat 62, Śliska 9, Górczewska 11, Miodowa 5, Grójecka 9, Przemysłowa 3, Nowolipki 21, Wolska 4, 43 i 35, Krucza 20, Piwna 13, Dzielną 69, Marszałkowska 84, Św. Krzyska 6, Nalewki 10, Chmielna 7 i 36, Leszno 16, Warecka 3 oraz Czyste, Graby i Nowe-Brudno.

Drugą rubrykę, znacznie większą, niż w ubiegłym miesiącu, zajęła ospa, której mieliśmy przypadków 28 (m. 13, k. 15). Śmiercią zakończyło się przypadków 5 (m. 3, k. 2) u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Nowogrodzka 18, Graniczna 4, Gęsia 85, Chłodna 42, Towarowa 32, Prosta 59 (2 przypadki), Wronia 30, Św. Krzyska 16, Niecała 10, Wołowa 17, Aleksandrya 20, Wolska 28, Muranowska 35, Franciszkańska 29, Złota 46, Młynarska 20, Żąbkowska 30, Grójecka 5, Leszno 51, Wileńska 25, Smocza 42 (2 przypadki), Grzybowska 57, Sadowa 12, Nalewki 19, Aleja Szucha 5 oraz Sielce.

Mniej, niż w październiku, zanotowaliśmy tyfusu brzuszego, przypadków 13 (m. 9, k. 4) z przebiegiem niezbyt ciężkim. Zejść śmiertelnych nie było. Chorzy przybyli z ulic i domów: Leszno 69, Żąbkowska 36, Brukowa 11, Pańska 53, Śliska 50, Krzywe Koło 12, Areszt policyjny oraz Mokotów (2 przypadki), Szmulowizna, Potok i Nowy Dwór.

Cztery razy więcej mieliśmy odry, przypadków 13 (m. 6, k. 7), przeważnie u dorosłych; jeden z nich zakończył się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic

i domów: Zielna 42, Długa 25, Św. Jerska 32, Piwna 13, Boleść 5, Leszno 85, Jeruzolimská 37, Plac Witkowskiego 12, Rybaki 14, Chmielna 47, Długa 12, Śliska 9, Brzozowa 22.

Częściej również występowała płonica, której zanotowano przypadków 6 (m. 2, k. 4) u dorosłych i dzieci z przebiegiem dosyć łagodnym, bez zejść śmiertelnych, z ulic: Aleksandrya 14 (2 przypadki), Wójtowska 1, Krucza 37, Mazowiecka 3 i przytułek Maryjski.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 14 przypadków zapalenia gardła, po 4 przypadki: tyfusu wysypkowego (Śliska 50, Wolska 9, Św. Jańska 13, Wola) i biegunki krwawej (Szeroka 13, Przyrynek 3, Solec 71, Folwarczna 1); 2— zapalenia płuc krupowego oraz po jednym przypadku: ostrego zapalenia wsierdza, gruźlicy płuc i karbunkułu (Młynarska 105).

Chorych, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy 21 (m. 12, k. 9).

Biletów odmownych chorym, niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 18 (m. 11, k. 7), dla braku zaś miejsc 6, (mężczyznom)

Badań pośmiertnych wykonano 3.

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 33 (m. 17, k. 16).

J. Szwańcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= WOLLENBERG opisuje rzadki przypadek guza mózgu, w którym istniał odpływ stały płynu mózgo-rdzeniowego przez nos. Zjawisko to, spostrzegane dotychczas 5 razy, zależało od rozmaitych przyczyn. W danym przypadku nowotwór znajdował się w zrazie potylicznym prawym, obok tego wodogłowie; kości podstawy czaszki miały kilka nienormalnych otworów, drążących głęboko do labiryntu kości sitowej; obadwa rogi przednie mózgu były otwarte. (Arch. f. Psych. T. 31).

= Z liczby 29 przypadków rozlicznych cierpień wątroby HAHN znalazł w 18 cukromocz alimentarny po podaniu 150 grm. cukru trzcinowego. Najczęściej bywa to w marskości wątroby, nie tylko zwykłej, lecz i w marskości

HANOT'a. Zazwyczaj cukromocz zjawiał się tam, gdzie stan ogólny chorych był zły skutkiem gorączki, zastojów, upadku odżywiania i braku łaknienia; natomiast u chorych bez cukromoczu alimentarnego stan ogólny był względnie dobry. (Arch. f. Verdkrkh. T. 4).

= SACHS zwraca uwagę na hysteryczne cierpienia oka. Mogą one być ruchowe i czuciowe. Z pierwszych zdarzają się: skurcz mięśni prostych wewnętrznych, zos zbieżny, zwężenie źrenic i opadanie powiek; z drugich: koncentryczne zwężenie pola widzenia, zboczenia w odczuwaniu barw, niedoślep i ślepota. Ślepota hysteryczna bywa nierzadko jednostronna. (D. M. Zg. 30—99).

P.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1900 i o uregulowanie zaległych rachunków.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою, Варшава 9 Декабря 1899 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8