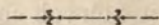


GAZETA LEKARSKA

I. O NIEDROŹNOŚCI PRZEWODU PŁCIOWEGO U KOBIET.

Podał

dr med. Mieczysław Kaufman [Łódź].



W ostatnich czasach coraz większe zyskuje uznanie nowy pogląd na powstawanie niedrożności kanału płciowego u kobiet, zgoła odmienny od dotychczas powszechnie przyjętego. Mowa tu o t. zw. teorii NAGEL'a i VEIT'a. Zmianie uległy przedewszystkiem zapatrywania dawniejsze na przyczyny t. zw. niedrożności wrodzonej.

Z dwu rozróżnianych zazwyczaj typów niedrożności: nabytej i wrodzonej, pierwsza kategoria przedstawia się dosyć jasno i geneza jej nie była nigdy przedmiotem gorętszych sporów. Słynna zwłaszcza praca FRANCISZKA NEUGEBAUERA: „*Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen Verwachsungen und Verengerungen der Scheide*“, Berlin 1895, rzuciła dużo światła na tę sprawę. PIERING ¹⁾ na podstawie zawartego w dziele tem, a nadzwyczaj obfitego materiału podzielił wszystkie czynniki, wywołać mogące zarośnięcie kanału płciowego u kobiet, na 4 grupy. Rozróżnia on mianowicie:

a) uraz [tutaj należą także operacye akuszeryjne i ginekologiczne i ciała obce, a zwłaszcza wianki maciczne],

b) sprawy zapalne zarówno w związku z chorobami zakaźnymi [tyfusem, szkarlatyną, dyfterytem], jako też przy cierpieniach miejscowych (*kolpitis*),

c) czynniki chemiczne [karbol, kwas siarczany, chlorek cynku, kwas szczawiowy] i

d) czynniki termiczne [oparzenia].

Druga kategoria niedrożności obejmuje przypadki atrezji wrodzonej i chociaż liczebnie mniejsza [PIERING naliczył wśród zebranych przez NEUGEBAUERA spostrzeżeń 469 przypadków niedrożności nabytej na 251 wrodzonej], w nierównie większym stopniu zaciekała zawsze klinicystów i embryologów.

¹⁾ PIERING. Archiv für Gyn. Tom LIV. Z. I. Str. 72.

Z czasem nasunęły się jednak wątpliwości, czy przypadki niedrożności wrodzonej rzeczywiście za takie uważać należy.

Wystarczy uprzytomnić sobie, wśród jakich warunków rozpoznanie i klasyfikacja niedrożności zazwyczaj się odbywa, by przyznać od razu, że wątpliwości te nie pozbawione są podstawy. Wiemy, że niedrożność kanału płciowego rozpoznaną zostaje zwykle bardzo późno, najczęściej wtedy dopiero, gdy krwistek, ponad przeszkodą wytworzony, dosięga dużych rozmiarów i sprawiać zaczyna bólesci lub też wywołuje objawy uciskowe ze strony narządów sąsiednich, t. j. pęcherza i odbytnicy. Niedrożność wrodzona nie zostaje też rozpoznana, jakby się tego spodziewać należało, u noworodków zaraz po przyjściu ich na świat, lecz najczęściej dopiero w okresie dojrzałości płciowej; niekiedy tylko zostaje ona dostrzeżoną we wczesnem dzieciństwie, zawsze jednak w takim już czasie, że udowodnienie, iż jest rzeczywiście wrodzoną, nie daje się ściśle przeprowadzić. Natomiast literatura z okresu minionego dostarcza aż nazbyt wiele dowodów na to, że nazwę „niedrożność wrodzona“ nadawano bardzo skwapliwie bez dokładniejszego dochodzenia i krytyki wszelkiego rodzaju przypadkom, zwłaszcza zaś tym, w których chodziło o osoby młode, nie mające jeszcze krwawień miesięcznych.

Zupełnie jednocześnie [w ostatnich dniach marca 1896], pojawiły się prace NAGEL'a, VEIT'a i ROBERTA MEYER'a ¹⁾, które silnie podkopały wiarę w istnienie niedrożności wrodzonej. Zdaniem tych autorów, wszystkie przypadki niedrożności przy kanale płciowym niezdwojonym, uważane dotychczas za niedrożność wrodzoną, są zarośnięciem, nabytem już po przyjściu na świat danego osobnika. W chorobach zakaźnych ostrych [szkarlatynie, dyfterycie, odrze i t. d.], tak częstych u dzieci, powstają owrzodzenia w pochwie, które przy zablźnianiu się, wskutek przylegania ścianek pochwy spowodować mogą niedrożność. Wobec grozy objawów ogólnych, te zmiany miejscowe, chociaż towarzyszy im pokazywanie się wydzieliny krwawej lub ropnej, nie zwracają na siebie wcale uwagi lekarzy i otoczenia i pozostają ukrytymi aż do okresu dojrzałości płciowej. I przy chorobach przewlekłych również niepostrzeżenie powstać może zarośnięcie pochwy. PINCUS ²⁾ słusznie zwraca uwagę na znaczenie pod tym względem rzeżączki sromu i pochwy u noworodków (*vulvovaginitis gonorrhoeica*). Wreszcie pod wpływem ciągłego podrażnienia przez kał lub mocz u dzieci cierpiących na biegunkę lub niedbale trzymanyh powstaje złuszczenie się nabłonka i nadżarcia w pochwie [*kolpitis urinosa* według NEUGEBAUERA ³⁾], prowadzące w dalszych następstwach do zarośnięcia kanału płciowego.

Na korzyść poglądów NAGEL'a i VEIT'a przemawia smutne doświadczenie, nabyte przez starszych autorów przy operowaniu niedrożności. Wiadomo, że

¹⁾ NAGEL. *Zeitschr. für Gynaek.* Tom. 34, str. 381, oraz VEIT's *Handbuch.* Tom. 1, str. 604—610.—VEIT. *Berliner kl. Wochenschr.* 1896. Nr. 16, str. 343, oraz *Handbuch.* T. 1, str. 282—317.—R. MEYER. *Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. 34, str. 456—518

²⁾ L. PINCUS. *Volkman's Vorträge.* Nr. 299/300, str. 235.

³⁾ F. L. NEUGEBAUER. *Zur Lehre von angeb. und erw. Verwachsungen.* str. 158.

w tych przypadkach, w których jajowód także był wypełniony krwią, zwykłym następstwem otwarcia krwisteku przez pochwę było pęknięcie jajowodu i zapalenie otrzewnej. Był to zaś przebieg tak stały, że niektórzy chirurdzy, jak DUPUYTREN i BOYER ¹⁾ nie chcieli wcale operować takich pacjentek, uważając je z góry już za stracone. Oczywiście przy dawniejszym poglądzie na tę sprawę nie sposób było wytlómaczyć, dlaczego zawartość pękniętego jajowodu posiadała w tak wysokim stopniu własności jadownicze i jaką drogą do jamy, która nigdy nie stykała się z światem zewnętrznym, dostać się mogły zarazki tak złośliwe? Być może, że w niektórych przypadkach istniały zrosty z kiszki i w ten sposób drobnoustroje z przewodu pokarmowego przedostały się do jajowodu lub do jamy otrzewnej; niewątpliwie też w dobie przedaseptycznej wprowadzano je niekiedy do kanału płciowego przy samem otwieraniu zarośnięcia, lecz wszystko to nie tłómaczy jeszcze przestraszającej wprost śmiertelności przy otwieraniu od strony pochwy krwisteków, połączonych z *haematosalpinx*, wynoszącej według obliczeń FULD'a z r. 1889 jeszcze 70%. Zrozumiałą staje się ta sprawa dopiero ze stanowiska teorii NAGEL'a-VEIT'a. A chociaż wiemy, że zarazki w jamach zamkniętych giną niekiedy, to jest to raczej wyjątkiem, a nie prawidłem, a i w takich przypadkach jeszcze krew zawierać może toksyny, drażniące otrzewną.

Następnie samo powstanie krwisteku jajowodowego przy niedrożności wrodzonej było ciemnym punktem dawniejszych poglądów. Albowiem przy niedotkniętych sprawą zapalną narządach płciowych i normalnym jajowodzie należałoby oczekiwać, że krew w nim zbierająca się—bez względu na to, czy została wtłoczona z macicy (*Refluxtheorie*), czy też jest wydzielina błony śluzowej jajowodu [menstruacja jajowodowa]—wylewać się będzie przez niezarośnięte ujście brzuszne do jamy otrzewnej, nie tworząc wcale krwisteku wewnątrz jajowodu. Za przykładem SAENGER'a ²⁾ próbują wprowadzić MAINZER ³⁾ i FLECK ⁴⁾ wytlómaczyć zamknięcie brzuszego wylotu jajowodu przez błony rzekome, powstające jakoby i przy krwi jałowej, gdy zbiera się i układa ona warstwami przy powtarzających się peryodycznie krwawieniach, lecz w naszym wieku bakteryologicznym wyjaśnienie takie wydaje się więcej sztucznem i wymuszonym, niż twierdzenie NAGEL'a i VEIT'a, że te same czynniki, t. j. drobnoustroje zakaźne, które spowodowały niedrożność dolnego odcinka kanału płciowego, wywołały także zarośnięcie brzuszego ujścia jajowodu.

Wreszcie, jako na poparcie swoich poglądów, NAGEL i VEIT powołują się na naukę o rozwoju osobnika. Według nich dane, zaczerpnięte z embryologii, przemawiają stanowczo przeciwko istnieniu niedrożności ograniczonej wrodzonej. Bo jeśli uważać tę anomalię za wynik zaburzeń w rozwoju osobnika (*vitium primae formationis*), to odnieść ją należy do okresu bardzo wczesnego, t. j. do

¹⁾ Cyt. według NEUGEBAUERA Zur Lehre von Verwachsungen str. 115.

²⁾ SAENGER. Drei Fälle von Salpingo-Oophorectomia etc. Centr. für Gyn. 1896 Nr. 3.

³⁾ MAINZER. Zur Aetiologie und Therapie der Gynatresien. Archiv für Gyn. 1899. T. LVII.

⁴⁾ FLECK. Ein Fall von Haematometra etc. Monatschrift f. Geb. und Gyn. T. XIII. Z. IV.

czasu, kiedy przewody MUELLER'a nie uległy jeszcze połączeniu. Lecz w takim razie mielibyśmy również zdwojenie narządów płciowych. Oprócz tego niedrożność pewnej części kanału płciowego przy normalnym rozwoju całości jest zupełnie niemożliwą. Zarosnięcie światła pochwy, jako cierpienie wrodzone, bezwarunkowo połączone być musi z niedorozwojem i zanikiem pochwy i macicy. [D. n.]

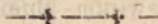
II. Z ODDZIAŁU DRA FLATAJA W SZPITALU STAROZAKONNYCH NA CZYSTEM.

O przewlekłym postępującym porażeniu zewnętrznych mięśni oczów.

(*Ophthalmoplegia externa chronica progressiva*).

Podał

Jan Koelichen.



[Dokończenie — Patrz Nr. 9].

Według zestawienia, zrobionego przez WILBRAND'a i SAENGER'a, początku cierpienia w 7-iu przypadkach należy szukać w najwcześniejszym okresie dzieciństwa, w 7-iu pomiędzy 2 a 6 r. życia, w 5-iu pomiędzy 7 i 20 r., w 6-iu pomiędzy 21 a 30 r., w 3-ch pomiędzy 30 a 53r., w reszcie zaś przypadków okres początku cierpienia nie był ściśle podany. Czas trwania cierpienia do chwili obserwacji wynosił w kilku przypadkach po lat kilkadziesiąt. Rozwój bywał zwykle bardzo powolny, w niektórych przypadkach porażenie oddzielnych mięśni występowało w lat kilkanaście po rozpoczęciu cierpienia.

Z powyższego przeglądu widzimy, że samodzielne porażenie zewnętrznych mięśni oczów zaczynać się może w różnych okresach życia, najczęściej jednak występuje w wieku dziecięcym lub młodzieńczym, postępuje zwykle powoli, zatrzymuje się nieraz na czas dłuższy na pewnym szczeblu rozwoju i dopiero po wielu latach posuwa się dalej. Obszar porażenia bywa przytem rozmaity: w nielicznych przypadkach zajęty jest w każdym oku jeden lub kilka mięśni, w większości jednak przypadków są porażone w mniejszym lub większym stopniu wszystkie zewnętrzne mięśnie oczów. Brak dwojenia się w oczach tłómaczy większość badaczy tą właśnie równomiernością porażenia wszystkich mięśni i powolnym rozwojem tych porażenia. W nielicznych wreszcie przypadkach porażenia przechodzą na inne ruchowe nerwy głowy, a zwłaszcza na nerw twa-

rzowy. Przypadki te wiążą się klinicznie z innymi, w których porażenia mięśni oczów kombinują się z porażeniem opuszkowym (*paralysis bulbaris progressiva*) i postępującym zanikiem rdzeniowym mięśni kończyn i tułowia (*atrophia musculorum spinalis progressiva*). Przypadki tego rodzaju zebrali również w literaturze WILBRAND i SAENGER; podobny przebieg, jak wspominaliśmy, miał jeden z przypadków GRAEFE'go. Według obserwacyi, zebranych przez WILBRAND'a i SINGER'a, przebieg cierpienia w tych bardziej skomplikowanych przypadkach bywa rozmaity. W niektórych do porażenia mięśni ocznych przyłącza się następnie porażenie opuszkowe lub postępujący zanik o charakterze rdzeniowym mięśni kończyn i tułowia; w innych zaś przypadkach rzecz się ma odwrotnie, a mianowicie postępujący zanik mięśni lub porażenia opuszkowe stanowią pierwszy etap choroby, która przechodzi następnie na mięśnie okoruchowe. Unikatem w literaturze jest wreszcie przypadek zacytowany przez MOEBIUS'a, a obserwowany i opisany przez WINKLER'a i van der VEYDE. W przypadku tym do typowego pierwotnego zaniku mięśni o typie DUCHENNE-ERB'a (*dystrophia musculorum*) przyłączyło się następnie porażenie mięśni ocznych.

Streściwszy posiadane dotychczas wiadomości o obrazie klinicznym i przebiegu samodzielnych porażen zewnętrznych mięśni oczów, przechodzimy do omówienia istoty tego cierpienia. Na wstępie już jednak zaznaczyć musimy, że nie posiadamy dotychczas pewnych wiadomości co do jego podstawy anatomicznej i patogenezy, gdyż ani jeden z obserwowanych przypadków nie był zbadany anatomicznie. Istnieją więc tylko mniej więcej prawdopodobne przypuszczenia, dotyczące istoty tej sprawy chorobowej, dokładne jej umiejscowienie w układzie nerwowym nie zostało dotychczas stwierdzone. Kwestyę umiejscowienia starał się rozstrzygnąć MAUTHNER na podstawie ścisłego rozumowania, opierając się na ogólnych zasadach budowy i fizjologii dróg i ośrodków okoruchowych. Na tej podstawie wykluczył on możliwość umiejscowienia sprawy anatomicznej w okoruchowych nerwach obwodowych, gdyż przy takim umiejscowieniu trudnoby było wyobrazić sobie sprawę patologiczną, która niszczyłaby jedynie włókna nerwowe, idące do zewnętrznych mięśni oczów, pozostawiając nietkniętymi włókna nerwowe mięśni wewnętrznych. Umiejscowienie obwodowe w samych mięśniach i zakończeniach nerwów uważa MAUTHNER również za mało prawdopodobne wobec symetrii porażen w obu oczach. Zaznacza on dalej brak wszelkich podstaw do umiejscowienia sprawy w korze mózgowej lub we włóknach, biegnących od kory do jąder nerwów okoruchowych i od tych jąder do nerwów obwodowych, gdyż w tym przypadku należałoby oczekiwać większego bogactwa objawów wobec blizkiego sąsiedztwa włókien obdarzonych innemi czynnościami. W ten sposób dochodzi MAUTHNER do wniosku, że jedynie możliwym jest umiejscowienie omawianego cierpienia w samych jądrach nerwów okoruchowych, gdyż w tej okolicy ośrodki zewnętrznych mięśni oczów leżą oddzielnie od ośrodków mięśni wewnętrznych, a nawet, jak wykazały badania HEUBNER'a, posiadają niezależne od siebie naczynia. Tą właśnie niezależnością terytoryów naczyniowych objaśnia sobie MAUTHNER mechanizm powstawania odosobnionych po-

rażeń zewnętrznych mięśni oczów i odrzuca teorię LICHTHEIM'a, który mechanizm ten opierał na współdziałnej czynności układu nerwów okoruchowych.

Jakkolwiek ściśle i teoretycznie uzasadnionem było rozumowanie MAUTHNER'a, obserwacya jednak nie potwierdza jego wywodów. NONNE w dziele swoim „*Syphilis und Nervensystem*“ przytacza zdanie UHTHOFF'a, oparte na licznych obserwacjach, z których wynika, że sprawa patologiczna na podstawie mózgu może dać kliniczny obraz porażenia jedynie zewnętrznych mięśni oczów; MOEBIUS zwrócił uwagę na ten fakt, że porażenie zewnętrznych mięśni oczów może zależeć od sprawy patologicznej w tych gałązkach nerwu okoruchowego, które, odcepiwszy się od ogólnego pnia n. III-go, biegną do tych właśnie zewnętrznych mięśni; twierdzenie to poparł on odpowiednią obserwacją kliniczną. Wreszcie obserwacya WINKLER'a i van der VEYDE wskazuje na możliwość umiejscowienia sprawy w samych mięśniach okoruchowych. Wobec tych faktów przyznać należy, że z teoretycznego punktu widzenia sprawa patologiczna przy samodzielnych porażeniach zewnętrznych mięśni oczów może być umiejscowiona zarówno w jądrach nerwów okoruchowych, jak i na przebiegu tych nerwów, a wreszcie i w samych mięśniach, kwestya więc umiejscowienia nie może być rozstrzygniętą *a priori*. Zaznaczyć jednak należy, że większość neuropatologów, idąc za zdaniem MAUTHNER'a, umiejscawia powyższe cierpienie w samych jądrach nerwów okoruchowych.

W dziele swoim „*Die Lehre von den Augenmuskellähmungen*“ uwzględnia MAUTHNER porażenia zewnętrznych mięśni oczów wogóle i nie wyróżnia samodzielnych porażen, jako oddzielnej jednostki klinicznej. Rozpatrując etyologię i anatomię patologiczną tego cierpienia, stawia na pierwszym planie syfilis, jako moment etyologiczny, a jako sprawę patologiczną uznaje *ependymitis chronica*, tak często spotykane przy wiaździe rdzenia i paraliżu postępowym, zaznacza jednak, że w wielu przypadkach należy podejrzewać pierwotny zanik komórek nerwowych w jądrach. MAUTHNER zdaje sobie z tego sprawę, że pod ogólną nazwą *ophthalmoplegia nuclearis* ukrywa się wiele spraw różnorodnych tak pod względem anatomicznym, jak i klinicznym i wyraża nadzieję że z czasem uda się wyodrębnić te rozmaite sprawy chorobowe, tak jak wyodrębniono już różne rodzaje porażen i zaników mięśni tułowia i kończyn.

Pierwszą próbę w tym kierunku uczynił DUFOUR w r. 1890, odróżniając pod względem klinicznym porażenia zewnętrznych mięśni oczów stałe i postępujące, zaliczając do ostatnich te, które występują w przebiegu ogólnych cierpień układu nerwowego. Podział ten uległ następnie krytyce ze strony MOEBIUS'a, który zaznacza, że klasyfikacya na podstawie przebiegu cierpienia nie daje się ściśle przeprowadzić, gdyż porażenia mięśni ocznych przy ogólnych cierpieniach układu nerwowego, np. przy wiaździe rdzenia, zatrzymują się częstokroć w pewnym okresie rozwoju i stają się stałymi, podczas gdy samodzielne porażenia należałoby uznać za postępujące, dopóki znajdują się w okresie rozwoju. Natomiast Möbius, uznając potrzebę stworzenia dla samodzielnych porażen mięśni ocznych oddzielnej grupy nosologicznej, łączy je z temi, które występują na skutek wrodzonego zaniku jąder nerwów okoruchowych

i nadaje im nazwę dziecięcego zaniku jąder „*Infantiler Kernschwund*“. Utrzymuje on, że jakkolwiek samodzielne porażenia zewnętrznych mięśni ocznych rozwijają się nieraz dopiero w wieku młodzieńczym, to jednakże niema pod względem anatomicznym zasadniczej różnicy pomiędzy niemi a porażeniami wrodzonymi. W obydwóch szeregach przypadków podstawę anatomiczną cierpienia widzi MÖBIUS w zaniku komórek nerwowych jąder nerwów okoruchowych, uznając dziedziczne usposobienie za moment etyologiczny pierwszorzędnego znaczenia. Na poparcie swego twierdzenia przytacza on cały szereg przypadków bezpośredniej dziedziczności wrodzonego porażenia mięśni ocznych. Dla wyjaśnienia patogenezy tej sprawy stawia MÖBIUS hipotezę, według której zanik komórek nerwowych w jądrach nerwów okoruchowych wywołany bywa przez działanie toksyn, wytwarzających się już w organizmie rodziców i działających na płód. Toksyny najprawdopodobniej wytwarza nadużycie alkoholu. Wyłączne działanie tych toksyn na jądra nerwów okoruchowych wyjaśnionem być może według MÖBIUS'a w ten sposób, że aparat ruchowy oczów najwięcej bywa czynnym ze wszystkich mięśni podległych woli, a zatem najwięcej ulega znuzeniu i przez to staje się mniej odpornym względem toksyn; z drugiej zaś strony możliwem jest specjalne powinowactwo chemiczne tych toksyn do nerwów okoruchowych.

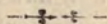
Poglądy i przypuszczenia MÖBIUS'a nie znalazły zwolenników pośród współczesnych neuropatologów. WILBRAND i SAENGER odrzucają je z tej przyczyny, że postępujące porażenie zewnętrznych mięśni oczów zaczyna się częstokroć w wieku późniejszym. OPPENHEIM, omawiając w swym podręczniku przewlekłe postępujące porażenie mięśni ocznych, powiada, że cierpienie to występuje bardzo rzadko jako samodzielna postać chorobowa, że łączy się ono niekiedy z porażeniem opuszkowem, a nawet z porażeniem i zanikiem mięśni kończyn i tułowia; co do istoty tego cierpienia, nie wypowiada on jednak swego zdania. Tak samo niezdecydowane stanowisko zajmują wobec tego cierpienia LEYDEN i GOLDSCHIEDER.

Z tego przeglądu piśmiennictwa widzimy, że kwestya przewlekłych postępujących porażen mięśni ocznych nie jest bynajmniej rozstrzygniętą i, że nie posiadamy zgoła pewnych wiadomości co do etyologii, patogenezy i istoty tego cierpienia, a wszystkie dotychczasowe poglądy na tę sprawę opierają się jedynie na przypuszczeniach.

Wobec braku materiału anatomicznego, kusić się w obecnej chwili o rozwiązanie tych kwestyi niepodobna. Możliwem jest jednak zaznaczenie chociażby w ogólnych zarasach stanowiska, jakie omawiane cierpienie zajmuje w patologii układu nerwowego. Fakt ten bowiem, że przewlekłe postępujące porażenie mięśni oczów łączy się częstokroć z porażeniem opuszkowem oraz z porażeniem i zanikiem mięśni tułowia kończyn nie tylko pochodzenia rdzeniowego, ale nawet, jak wskazuje obserwacya WINKLER'a i van der VEYDE, z zanikiem pochodzenia mięśniowego, pozwala przypuszczać, że porażenie to należy do grupy cierpień układu ruchowego i powinno być postawione w jednym rzędzie z niemi. Z teoretycznego punktu widzenia pogląd ten jest zu-

pełnie uprawniony, gdyż niema powodu przypuszczać, ażeby cierpienie układowe, polegające na zaniku komórek w rogach przednich istoty szarej rdzenia oraz w jądrach ruchowych nerwów opuszkowych oszczędzać miało jedynie jądra nerwów okoruchowych, jak również nie widzimy powodu, dla którego pierwotny zanik mięśni, ogarniający, jak wiadomo, wszystkie mięśnie tułowia i kończyn oraz mięśnie głowy, miałby oszczędzać jedynie ruchowe mięśnie oka. Wprawdzie przebieg cierpienia przy paraliżu opuszkowym oraz rdzeniowym i pierwotnym zaniku mięśni bywa nieustannie postępującym, podczas gdy porażenia mięśni ocznych zatrzymują się najczęściej w pewnym okresie rozwoju; wiadomem jest jednak, że postępują one nieraz nawet po wielu latach, wobec czego różnica w przebiegu nie może być uważaną za decydującą o charakterze cierpienia. Godną jest również uwagi ta okoliczność, że porażenia mięśni ocznych zdarzają się tak rzadko w stosunku do liczby obserwowanych przypadków porażenia opuszkowego, rdzeniowego zaniku mięśni i zaniku pierwotnego. Sprzeczności te zostaną wyjaśnione prawdopodobnie dopiero wtedy, gdy poznamy patogenezę wszystkich tych cierpień układu ruchowego. Wtedy również zostanie zdecydowanem, czy wrodzone usposobienie odgrywa jakąkolwiek rolę w etiologii tych cierpień; dzisiaj trudno z całą stanowczością odpowiedzieć na to pytanie, są jednak fakty przemawiające za tem przypuszczeniem. Przypadki, obserwowane przez BEAUMONT'a i JOGS'a, w których do wrodzonego porażenia niektórych mięśni ocznych przyłączyło się następnie postępujące porażenie reszty mięśni oczów, przemawiać się zdają za tem przypuszczeniem.

L I T E R A T U R A .



- MAUTHNER. Die Lehre von den Augenmuskellähmungen. Wiesbaden. 1889.
DUFOUR. Les Paralysies nucléaires des muscles des yeux. Bern. 1890.
MORBIUS. Neurologische Beiträge. Z. IV. Lipsk. 1895.
WILBRAND und SAENGER. Die Neurologie des Auges. T. I. Wiesbaden. 1900.
NONNE. Syphilis und Nervensystem. Berlin. 1902.
LEYDEN und GOLDSCHIEDER. Die Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata.
OPPENHEIM. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin. 1902.

ODCINEK.

— DECE —

Ze spraw szpitali Warszawskich.

Ciężkie opaly, w jakie popadło szpitalnictwo warszawskie w latach ostatnich, zniewoliły władze naczelne do zapoczątkowania szeregu reform. Niektóre z nich zdołano już w czyn wprowadzić [przeniesienie dwóch szpitali, rozszerzenie trzeciego, rozwinięcie ambulatoryów, zmiany w żywieniu chorych, opodatkowanie ludności robotniczej]; inne zmiany są jeszcze w sferze projektów i podlegają roztrząsaniu na posiedzeniach Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej, względnie na zebraniach komisji, przez tę instytucję wyznaczonych. Wśród tych ostatnich na szczególne wyróżnienie zasługuje komisja, pracująca od dłuższego czasu pod przewodnictwem prof. Kosińskiego. Wyróżniamy ją zarówno ze względu na doniosłość zaprojektowanych przez nią reform, jako też i ze względu na powołanie przez nią do współpracownictwa lekarzy szpitalnych. Do niedawna jeszcze nikt nie pomyślał nawet zapytać o zdanie tych ostatnich, pomimo że oni, jako bezpośrednio stykający się z warunkami i potrzebami szpitalnymi, najlepiej byli tych rzeczy świadomi. Nie mówiąc już o ordynatorach szpitalnych, nawet lekarze naczelnicy byli lekceważeni. Jako dowód jaskrawy tego, można przytoczyć fakt, że do komisji bułowy szpitala Dzieciątka Jezus nie powołano nawet naczelnego lekarza tegoż szpitala. To też dziś na tablicach pamiątkowych, wmurowanych w tymże szpitalu oraz w Domu Wychowawczym, napróżnoby szukał naczelnego lekarza, pomimo, że figurują tam nazwiska osób, o których zasługach dla tych instytucji faktycznie trudno się coś dowiedzieć. Wyłom na takie zapatrywanie (na lekarzy uczyniła dopiero powołana przez Generał-Gubernatora Imeretyńskiego komisja pod przewodnictwem prokuratora Izby sądowej Turau'a. Komisja ta, chcąc zebrać dokładne dane odnośnie stanu i potrzeb szpitali, powołała przez odpowiedni kwestyonaryusz do współpracownictwa wszystkich ordynatorów szpitalnych. Próba, o ile nam wiadomo, powiodła się, i zebrane wówczas dane nie pozostały bez wpływu na późniejszy rozwój spraw szpitalnych. Należy policzyć za zasługę Radzie Miejskiej Dobroczynności Publicznej, że myśl prokuratora Turau'a podtrzymano, i że w ostatnich czasach coraz częściej zwracano się do lekarzy szpitalnych o wypowiedzenie opinii w sprawach szpitalnictwa, a do komisji, pozostającej pod kierunkiem prof. Kosińskiego, powołano nie tylko lekarzy naczelnych, lecz i pewną liczbę ordynatorów. O pracach tej komisji mówić dziś byłoby przedwcześnie, ponieważ dotąd nie są one jeszcze ukończone. Natomiast uważamy za odpowiednie pomówić nieco o innych zarządzeniach i projektach, powziętych przez Radę Miejską w roku upłynionym, a podanych przez pisma do wiadomości publicznej.

Otrzymawszy w roku 1870 od Rady Głównej Opiekuńczej szpitale w stanie względnie kwitującym, Rada Miejska Dobroczynności Publicznej nie zdołała poprowadzić ich dalej w tem samym tempie tak, że w ostatnich czasach, wobec szybko powiększającej się ludności oraz wobec zwiększania się wymagań leczniczych, szpitalnictwu warszawskiemu grozi bankructwo. Dość powiedzieć, że deficyt 7 szpitali warszawskich w końcu 1902 roku wynosił 190.293 rb. Pokazało się, że nie ziściły pokładanych w nich nadziei ani podatek rublowy od ludności robotniczej, wprowadzony w 1894 r., ani nawet podniesienie opłaty szpitalnej od osób nieopodatkowanych, zatwierdzone w 1901 roku.

Wobec tego komisya, wysadzona przez Radę Miejską, zaprojektowała cały szereg nowych reform, mających powiększyć dochody tejże Rady, względnie dających możność zwiększania liczby łóżek szpitalnych. A więc zaproponowano opodatkować na dochód szpitali wszystkich mieszkańców Warszawy, wprowadzić podatek od przyjezdnych, opodatkować wszystkie bilety teatralne, otworzyć własną piekarnię, własny skład opatrunkowy i apteczny, rozwinąć sale zarobkowe Staszycy tak, by mogły wyrabiać dla szpitali odzież, meble i t. p. Poza tem projektowano wybudować pawilon przy szpitalu Ś-go Ducha, wznieść budynek na 100 chorych na placu szpitalnym przy ulicy Leszno, zamienić zakład w Górze Kalwaryi na przytułek dla t. zw. chroniczków i t. d. Z pomiędzy tych wszystkich projektów, podanych jeszcze w 1901 r., dotąd, zdaje się, nic nie zdołano w czyn wprowadzić. Ostatnia, a główna deska zbawienia, t. j. podatek powszechny, nie został przez Ministerjum zatwierdzony. Wobec tego Rada Miejska Dobroczynności Publicznej zdecydowana jest w zasadzie ze stanowiska swego zrezygnować, a wszystkie szpitale oraz instytucje dobroczynne oddać na własność miastu. Projekt ten stanowił przedmiot odczytu dra DUNINA na jednym z ostatnich posiedzeń wydziału szpitalnego Towarzystwa Hygienicznego i wywołał tam ożywioną dyskusyę. Trudno dziś już projekt ten oceniać ze stanowiska, czy pod rządami Magistratu szpitalom będzie gorzej, czy też lepiej, niż jest dziś. Słusznie też dr. DUNIN zaznaczył w swoim odczycie, że w każdym razie pod zarządem Magistratu może być lepiej, ponieważ miasto ma środki do prowadzenia szpitali, jakich nie posiada Rada Miejska Dobroczynności Publicznej, złożona przeważnie z ludzi, nie znających się na szpitalnictwie, nie interesujących się niem i nie mających wpływów, ani styczności ze społeczeństwem. W rzeczywistości miasto ma nie tylko środki, lecz i obowiązek popierania szpitalnictwa; tymczasem udzielana dziś przez miasto zapomoga instytucjom dobroczynnym, względnie szpitalom jest śmiesznie mała. Niedawno jedno z pism zestawilo budżet Berlina z budżetem Warszawy. Otóż Berlin, mający $2\frac{1}{2}$ raza więcej mieszkańców, niż Warszawa, wydaje rocznie na utrzymanie szpitali oraz innych zakładów dobroczynnych około 9 milionów rubli, podczas gdy Warszawa tylko 204,943 rb. [właściwie w budżecie na r. b. wyznaczono 194,157 rb.]. Jeszcze bardziej przekonywające są dane, zaczerpnięte z odczytu dra POLAKA, niedawno wypowiedzianego w Petersburgu. Zebrane przez dra POLAKA dane określają wydatek na instytucje dobroczynne we frankach w stosunku na jednego mieszkańca. A więc: Berlin wydaje 13,5 fr. na 1 mieszkańca, Paryż—13 fr., Poznań—8 fr., Moskwa—7,6 fr., Wrocław—7,5 fr., Petersburg—6,2 fr., Ryga—6,2 fr., Odessa—6 fr., Warszawa—4,6 fr., Kijów—2,7 fr., Łódź—0,04 fr.(!). Z powyższego zestawienia widać, że Warszawa pod względem wydatków na instytucje dobroczynne zajmuje jedno z ostatnich miejsc. Przytem trzeba zaznaczyć, że z wymienionych 4,6 fr., wydatkowanych na jednego mieszkańca, przypada 4 fr. na Radę Miejską Dobroczynności Publicznej i tylko 0,6 fr. na Magistrat. Niewielki ten wydatek, ponoszony na filantropię przez miasto, jeszczeby bardziej zmalał, gdyby go zestawić z kosztami bruków, policji i innymi wydatkami. Tak na przykład, Petersburg wydaje na policyę 0,3 fr., w stosunku na 1 mieszkańca, Moskwa—0,3 fr., Wiedeń—0,7 fr., Kraków—0,8 fr., Lwów—1 fr. Poznań—2 fr., Warszawa—2,5 fr.

Udział Magistratu Warszawy w utrzymaniu instytucji dobroczynnych jest tak mały, że nawet Ministerjum spraw wewnętrznych zwróciło uwagę na to i wyraźnie to zaznaczyło w odpowiedzi na memoriał wspomnianej wyżej komisji. Prawdopodobnie w związku z tą odpowiedzią musi być świeżo ogłoszone wyznaczenie w tym roku dla szpitali 75 tysięcy rubli z funduszu zapasowego miejskiego. Mamy też nadzieję, że w przyszłości, o ile szpitale przejdą pod zarząd miasta, nie poskąpi ono grosza na nie. Tu musimy jednakże dodać,

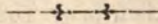
że polepszenie bytu szpitali pod zarządem Magistratu nastąpi tylko wówczas, gdy tenże Magistrat do komitetu, który ma zarządzać sprawami szpitalnemi, powoła ludzi, rzeczywiście dokładnie obeznanych ze szpitalnictwem, i jeżeli uprzystępní społeczeństwu większy udział w sprawach szpitalnych. Kwestya ta wymaga dokładniejszego omówienia, wskutek czego obecnie ograniczymy się tylko ogólnikowem jej zaznaczeniem. Mówiąc o ludziach, obznajomionych ze szpitalnictwem, mamy przedewszystkiem na widoku lekarzy szpitalnych, którzy dziś prawie zupełnie są odsunięci od udziału w kierowaniu sprawami szpitalnemi, a przecież oni najbardziej chyba są spraw tych świadomi. Co się zaś tyczy udziału społeczeństwa w sprawach szpitalnych, to mogę tu powołać się na odczyt dra JAKIMIĄKA, niedawno wygłoszony w wydziale szpitalnym Towarzystwa higienicznego. Z odczytu tego widać, że kapitały instytucyi dobroczynnych w całym Królestwie Polskiem pod zarządem Rady Głównej Opiekuńczej w ciągu lat 28 wzrosły sześciokrotnie [w r. 1842 wynosiły 497,292 rb., w roku zaś 1869—3,246,329 rb.]. W tymto okresie czasu przybyły krajowi 32 nowe szpitale. Tymczasem po zniesieniu Rady Głównej Opiekuńczej w okresie od 1870 do 1901 r., t. j. w ciągu lat 31 kapitały instytucyi dobroczynnych niespełna się podwoiły, a liczba szpitali w kraju zwiększyła się tylko o 9. Kapitały instytucyi dobroczynnych w Warszawie wynosiły w r. 1870 1,644,504 rb. ogólny zaś ich majątek, —4,691,422 rb.; w r. 1901 kapitały tychże instytucyi wynosiły 2,498,330 rb., ogólny zaś majątek —8,860,450 rb. W ciągu przeto 31-letniej działalności Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej zarówno kapitały leżące, jako też i cały majątek zarządzanych przez tę Radę instytucyi warszawskich nawet się nie podwoił. W miarę atoli zanikania ofiarności publicznej na instytucye, bezpośrednio przez Radę Miejską Dobroczynności Publicznej zarządzane, rozwija się ogromnie ofiarność na t. zwane w sprawozdaniach tejeze Rady instytucye prywatne, t. j. zaledwie luźno z tą Radą związane, badające niejako tylko pod jej kontrolą [szpitaliki dla dzieci, liczne przytułki, domy zarobkowe i t. p.]. W r. 1870 było takich instytucyi tylko parę, z majątkiem małym takim, że pierwsze sprawozdania Rady zaledwie o nich wspominają, nawet pod oddzielną rubrykę nie podciągając. Natomiast w sprawozdaniu z r. 1901 znajdujemy już liczne bogato uposażone instytucye z majątkiem, wynoszącym 6,262,233 rb. A teraz jeszcze kilka liczb, przez dra JAKIMIĄKA specjalnie odnośnie szpitali warszawskich zebranych. W r. 1871 do r. 1901 ogół zapisów na rozmaite instytucye w Warszawie wynosił 4,270,647 rb. Z tego na szpitale ofiarowano tylko 579,808 rb., a w tej liczbie na sam szpitalik dla dzieci przy ulicy Aleksandrya 221,269 rb. Były lata, dla instytucyi dobroczynnych bardzo pomyślne, lecz i tu widać, jaką kapanią wpływał grosz na szpitale. Tak np. w r. 1889 zapisano na instytucye dobroczynne 248 tysięcy, a z tego 7 tysięcy na szpitale; w r. 1892 zapisy wynosiły 376 tysięcy, a w tem 12 tysięcy na szpitale; w r. 1899 zapisano 680 tysięcy, z tego 31 tysięcy na szpitale. Zdaje się dość będzie i tych liczb, by przekonać, że instytucye dobroczynne mogą tylko wówczas liczyć na ofiarność publiczną, gdy płacząca publiczność będzie miała swój głos w tych instytucyach.

Zanim sprawa oddania szpitali miastu ostatecznie rozstrzygnięta zostanie, Rada Miejska Dobroczynności Publicznej lata tymczasem swój budżet, jak może. Zwrócono więc uwagę na liczne braki w pobieranym dziś od ludności robotniczej podatku rublowym. Pod tym względem także najbardziej wymowne są liczby. W r. 1895 z podatku szpitalnego wpłynęło 204,000 rb., w r. 1896—133,453 rb., w r. 1897—141,983 rb., w r. 1898—170,092 rb., w r. 1899—190,543 rb., w r. 1900—191,811 rb., w r. 1901—167,963 rb., w r. 1903—168,308 rb. Zestawiając te liczby, widzimy przedewszystkiem znaczne wahania w dochodach z tego podatku, nieusprawiedliwione ruchem ludności robotniczej, a następnie, co ważniejsze, zmniejszanie się tychże dochodów, pomimo że lud-

ność wzrasta. Zwłaszcza uderzające jest to zmniejszenie się dochodów w ostatnich paru latach, gdy ściąganie podatku szpitalnego powierzono policji, która pobierała za to wynagrodzenie 12 tysięcy rubli rocznie. Wobec tego w roku ubiegłym Rada Miejska Dobroczyńności Publicznej znowu wysadziła komisję dla rozpatrzenia tej sprawy. Ze sprawozdania komisji okazało się, że dotąd nie określono dokładnie kategorii osób, podlegających rublowej opłacie, że listy płatników są prowadzone nadzwyczaj niedbale, że powierzenie policji ściągania podatku szpitalnego było niezgodne z prawem. Komisja zaprojektowała od siebie szereg zarządzeń, mających na celu zaprowadzić większy porządek w ściąganiu podatku, która to czynność powinna być obowiązkiem Magistratu. W myśl tego obecnie postanowiono, by wytworzyć przy Magistracie specjalny oddział, który zajmie się ściąganiem podatku szpitalnego. Co do innych punktów referatu wspomnianej komisji, to, o ile nam wiadomo, dotąd nie powzięto jeszcze ostatecznych decyzji. Nie od rzeczy będzie przeto dodać tu parę uwag w tej sprawie. Według brzmienia ustawy o podatku, podlegają mu mieszkańcy obojej płci, bez różnicy stanu, najmujący się w obrębie Warszawy do posług domowych, oraz różnego rodzaju robót i zajęć u osób prywatnych i w różnych instytucjach, zakładach, fabrykach i t. p., tudzież trudniący się komiwojażerstwem, wyrobkiem, robotą na sztuki lub dzienną, powożeniem, handlem rozwozowym lub przenośnym, oraz jakimkolwiek rzemiosłem. Od opłaty podatku szpitalnego z osób, poprzednio wymienionych, wolni są małoletni, nie mający 17 lat życia. Przedewszystkiem rzuca się w oczy bardzo niedokładne określenie tych, którzy podatek mają płacić. Tak na przykład, podatek opłacają trudniący się handlem przenośnym, a więc nie mający sklepu, wobec tego należałoby wyjaśnić, czy wszyscy rzemieślnicy mają opłacać podatek, czy tylko ci, którzy są czeladnikami lub też pracują dla magazynów. Takich wątpliwości i niedomówień w prawie o podatku szpitalnym jest wiele, i są one wciąż przyczyną nieporozumień. Nawet rzeczy, zdaje się, jasne, są tu niekiedy opacznie tłómaczone. Ustawa mówi, że osoby małoletnie, nie mające lat 17, są wolne od podatku. Miano tu oczywiście na widoku, że tacy małoletni, nie pracują jeszcze na swoje utrzymanie, a zatem winni być objęci podatkiem rodziców. Stąd jednakże nie wypływa chyba, by taka małoletnia osoba, o ile pracuje w Warszawie na siebie, a rodziców nie ma, nie mogła zapłacić rubla i leczyć się w szpitalu. Tymczasem w praktyce dzieje się inaczej. Jeżeli służąca lub chłopiec terminator, nie mający lat 17, pracując stale w Warszawie, chce opłacić podatek rublowy, to mu nie powiadają, że jest on od podatku wolny, lecz mu oświadczają, że nie ma on prawa płacić tego podatku. W razie leczenia w szpitalu takiego nieletniego, nie mającego rodziców w Warszawie, ściągana bywa za niego od biednej rodziny gdzieś na prowincyi, od pracodawców, z gminy, jednym słowem, skąd się da, opłata w ilości 50 kop., względnie 1 rubla dziennie. A przecież takich nieletnich pracowników w Warszawie przebywa z pewnością kilkanaście tysięcy. O ile z jednej strony, wobec trudnych warunków naszych szpitali, uważamy za niesłuszne, by cała rodzina z kilkorga osób złożona, miała prawo za rubla cały rok korzystać ze szpitala [co prawda, jak się dziś dzieje, często w teorii tylko], o tyle znowu z drugiej strony uważamy za wprost niesprawiedliwe ściąganie tak wysokiej opłaty szpitalnej z osób nieletnich, pracujących w Warszawie, a nie mających tu zamieszkałych rodziców. Do pewnego stopnia można toż samo zastosować do mieszkańców podmiejskich. Z wyjątkiem małego szpitala w Skierniewicach, cały powiat Warszawski innego szpitala nie posiada. Z tego względu mieszkańiec powiatu Warszawskiego, a szczególnie okolic podmiejskich musi uważać szpitale warszawskie za swoje. Tymczasem Rada Miejska Dobroczyńności Publicznej zalicza go do obcych i traktuje na równi z przyjezdnymi z najdalszych okolic, każąc płacić w szpitalu oznaczoną opłatę dzienną. Zapatrywanie takie możnaby do pewnego

stopnia uważać za słuszne, gdyby Magistrat, jak to jest w projekcie, przejął szpitale na siebie iłożył na ich wydatki znaczne sumy. Wówczas i szpitale możnaby słusznie nazywać miejskimi. Tymczasem dziś są to instytucye, opierające swój byt na groszu, przez społeczeństwo w różnych czasach złożonym, i za miejskie w ścisłem słowu znaczeniu uważane być nie mogą. To też takie odsunięcie od podatku rublowego nawet najbliższych mieszkańców okolic podmiejskich uważamy za niesłuszne. Na ich szczęście samo prawo podatkowe jest tak elastyczne, że łatwo daje się naciągać, a nawet przyjeźlny, byle miał trochę sprytu, a dobrego doradcę, bez wielkich kosztów i trudności po dniu paru staje się mieszkańcem Warszawy, podatek płaci i najspokojniej idzie do szpitala. Co najwyżej, w razie piętrzących się trudności, musi się kolejno w dwóch domach zameldować. Otóż dla dochodów szpitalnych stąd korzyść niewielka, a ludność ma jeden więcej powód do demoralizacyi. Stało się tak, jakieśmy to przed paroma laty w tejże Gazecie przepowiadali. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



7. Thiemich i Bruns. Histerya u dzieci.

Referat BRUNS'a jest dopełnieniem i, po części, krytyką referatu THIEMICH'a.

BRUNS wypowiada wnioski na podstawie spostrzeganych przez siebie 114 przypadków histeryi u dzieci w wieku od lat 3—16. Statystyka jego zgadza się z obserwacyami większości niemieckich autorów co do wieku dzieci histerycznych; najczęściej zdarza się histerya u dzieci w wieku od 7—11 lat; u młodszych niż 6 lat, rzadko, a niżej 3 lat — bardzo rzadko. Histeryczne tło zaburzeń organów wewnętrznych u dzieci w pierwszym okresie dzieciństwa: zaparcie stolca, biegunka, *prolapsus ani*, które opisuje THIEMICH, wydaje się BRUNS'owi mocno wątpliwem. Wogóle BRUNS nie podziela zdania francuskich autorów [CHAUMIER, BEZY i BIBENT, RIDAT], jakoby histerya u dzieci, mających mniej niż 3 lata, zdarzała się często. Z jednej strony już przyjęcie tezy CHARCOT'a i MÖBIUS'a o psychicznem pochodzeniu objawów histeryi pozwala wątpić o częstości histeryi u dzieci bardzo młodych z powodu ich niedostatecznego rozwoju psychicznego; z drugiej strony, obserwacye stronników histeryi u niemowląt nie są ściśle, n. p. zaliczają oni do histeryi tężyczkę lub drgawki dlatego tylko, że w późniejszym wieku owe dzieci cierpiały na histeryę.

Co do płci, to wogóle przewaga jest po stronie dziewcząt: z 144 przypadków było 89 dziewcząt [62%] i 55 chłopców [38%]. prawie więc dwa razy więcej dziewcząt; ze zbliżaniem się dojrzałości płciowej procent u chłopców zmniejsza się, a u dziewcząt się zwiększa, gdyż z 29 dzieci w wieku do lat 9 było 13 chłopców [45%] i 16 dziewcząt [55%]. U chłopców histerya jest cięższą. Co do wpływu miejsca zamieszkania, to na zasadzie swej statystyki BRUNS dochodzi do wniosku, że częstość histeryi u dzieci miejskich i wiejskich jest prawie jednakowa i przytem u tych ostatnich objawy histeryi są po większej części cięższe, niż u dzieci z miasta.

Pod względem objawowym histerya u dzieci występuje w formie „monosymptomatycznej”, jednopostaciowej. Pod tymi wyrazami nie trzeba rozumieć,

że w³ histeryi u dzieci bywa tylko jeden objaw: porażenie lub drgawki lub *mutismus* i t. d., chociaż zdarza się to bardzo często, ale bywają również połączenia kilku objawów, np. *astasia-abasia*, *chorea electrica* i *aphasia*, *astasia-abasia* i krwioplucie; *mutismus* i porażenie kończyny i t. d. Nazwa „histerya jednopostaciowa” oznacza tylko, że w tych przypadkach brak prawie stale znamion histerycznych (*stigmata*) i przedewszystkiem koncentrycznego zwężenia pola widzenia i znieczulenia. Właściwie dla histeryi znieczulenie B. znalazł tylko u 3 z ogółu badanych dzieci. Co do zwężenia pola widzenia, autor nie może nic stanowczego powiedzieć, gdyż nie wszystkie dzieci badał w tym kierunku [SAENGER opisał dwa wypadki z tym objawem]. Częściej autor znalazł brak odruchu na podrażnienie gardzieli i t. zw. pasy i punkty hysterorodne. Co do patogenetyki tych znamion, referenci przyłączają się w tym względzie do zdania większości autorów, że mają one podkład psychiczny, jak i inne objawy histeryi. Sugestia ma tutaj niemałe znaczenie. Często znieczulenia u dorosłych, a pasy i punkty hysterorodne nawet u dzieci występują dopiero przy badaniu wskutek poddawania ze strony lekarza. Rzadkość owych znamion u dzieci autorowie tłumaczą prostotą ich życia psychicznego i niedostatecznym jego rozwojem.

Brak znamion utrudnia rozpoznanie, szczególnie przy histerycznych zaburzeniach organów wewnętrznych, gdzie dyagnoza staje się pewną dopiero po skutecznym leczeniu psychicznem; przy histerycznych zaburzeniach układu nerwowego dyagnoza jednak może i powinna być postawiona z całą pewnością przed leczeniem. Przedewszystkiem przy rozpoznaniu trzeba mieć na uwadze tezę MÖBIUS'a, że histerycznymi objawami są tylko te, które mogą być dowolnie wywoływane lub udawane. Tezy tej B. broni przed stawianymi jej zarzutami i twierdzi, że, jeżeli nie ma ona czysto naukowego znaczenia, to praktyczne jej znaczenie jest wielkie. Przyjawszy tezę MÖBIUS'a, można przy badaniu chorego stanowczo odrzucić wszystkie te objawy, które nie mają dowolnego charakteru, jak: zaburzenia pęcherza moczowego, *cystitis*, *pyelitis*, *decubitus*, gorączka, zanik mięśni z odczynem zwyrodnienia, brak odruchów ścięgnistych, objaw BABIŃSKIEGO, zanik nerwu ocznego, jednostronne porażenie strun głosowych, porażenia lub drgawki w mięśniach, nie podlegających wpływowi woli i wiele innych objawów. Dalej dla dyagnostyki ma znaczenie specjalne grupowanie się poszczególnych objawów. Można powiedzieć, że histerya wyzwała się w swych objawach, a szczególnie w grupowaniu tychże z pod wpływu danych anatomii fizyologicznej układu nerwowego, o czem świadczą wszystkie znane objawy histeryi.

Na inną własność porażen histerycznych zwrócił uwagę przedewszystkiem BABIŃSKI i nazwał ją *paralyse hystérique systématique*. Nazwa ta oznacza, że przy porażeniach histerycznych, w przeciwieństwie do porażen organicznych, porażone mięśnie mogą wypełniać jedne funkcje, a nie mogą wypełniać innych. Najbardziej charakterystycznym w tym kierunku objawem jest *astasia-abasia* przy wykonywaniu ruchów w położeniu poziomem; dalej porażenie mięśni twarzy tylko przy dowolnych ruchach, a pod wpływem emocyi przy płaczu lub śmiechu ruchy są zachowane; jąkanie się tylko w początku rozmowy; jąkanie się przy czytaniu i powtarzaniu, a swobodne mówienie; przy porażeniu strun głosowych chory nie może tylko mówić, śpiewa zaś swobodnie. Dalej, objawy histeryi charakteryzują się, szczególnie u dzieci, tem, co francuzi nazywają „*massiveté*” t. j. swoją ciężkością lub wyjątkowem reagowaniem chorych na doznawane wrażenia. W końcu, zależność objawów histeryi od wpływów psychicznych, od sugestji jest właściwą cechą histeryi i ma wielkie znaczenie dyagnostyczne.

Co do etyologii, a szczególnie o wpływie środowiska, obszerniej mówi THIEMICH. W niektórych przypadkach można nawet stwierdzić, że choroba

dziecka jest niczem innym, jak tylko naśladowaniem choroby matki lub kogoś z rodzeństwa. Etiologia czasami pomaga rozpoznaniu: ciężki objaw po mało znaczącym, słabym etiologicznym momencie [n. p. po uderzeniu w policzek — *mutismus*] naprowadza nas na należyłą dyagnozę histeryi. Inaczej ma się rzecz z momentem etiologicznym, który TH. nazywa „*autoimitatio*“ — naśladowanie przebytej choroby organicznej: przypadki zaparcia i uskuteczniania wypróżnień jedynie przy pomocy ławatywy w razie zalecenia przez lekarza lewatywy, rozwolnienia po przebytych nieżycie kiszek, powtarzającego się *prolapsus ani*, opisane przez TH. lub częściej się zdrażające u dzieci: *astasia-abasia* po ciężkiej gorączkowej chorobie, bezgłos po nieżycie gardła; przykurczenia i nerwobóle po reumatyzmie. W tych wypadkach etiologia nie tylko nie ułatwia rozpoznania, szczególnie lekarzowi, leczącemu przedtem organiczne choroby, a przeciwnie — utrudnia je: tutaj może tylko rozstrzygnąć szczegółowe badanie chorego.

Rokowanie przy stosownem leczeniu u dzieci jest lepsze niż u dorosłych. B. miał 90% wyzdrowień. Przyczyna takiego powodzenia psychicznego leczenia leży w większej sugestywności dzieci. Sprzyja wyleczeniu usunięcie dziecka z jego otoczenia. Im dziecko jest młodsze, im wcześniej należyte rozpoznanie było postawione, tem łatwiej jest je wyleczyć. I nie tylko poszczególne objawy, ale i całe cierpienie, sam histeryczny podkład w krótkim przeciągu czasu może być wyleczony. Daje się to tem objaśnić, że to, co nazywają „histerycznym charakterem“ u dzieci, nie jest tak silnie wyrażone, jak u dorosłych.

Leczenia histeryi u dzieci jest również psychiczne. Przedewszystkiem za przykładem CHARCOT'a w ciężkich przypadkach trzeba usunąć dzieci z rodziny i umieścić w szpitalu. Metody leczenia są dwie: jedna przy objawach porażenia, którą BRUNS nazywa metodą zaskoczenia, niespodzianek; druga przy objawach podrażnienia — celowe niezwracanie uwagi, zaniedbanie. Pierwsza polega na tem, że zaraz po postawieniu rozpoznania przystępujemy z całą energią do usuwania objawów. Jakich sposobów przy tem używać, to już zależy od poszczególne go przypadku i umiejętności lekarza. W pewnych przypadkach dostatecznym jest rozkaz stanowczy: „masz chodzić, mówić itd.“, w innych trzeba użyć prądu elektrycznego lub kąpieli. Zasadą jest, aby jak najprędzej podjąć próby leczenia i na jednym posiedzeniu doprowadzić do końca. Ten ostatni warunek jest bardzo ważnym, gdyż, jeżeli w umyśle dziecka obudzi się krytyka, wtedy leczenie jest utrudnione. Tę metodę BRUNS nazywa swoistą dla histeryi u dzieci, broni jej przed zarzutami i twierdzi, że nigdy wbrew zdaniu niektórych autorów, nie wywiera szkodliwego wpływu na organizm dziecka. Metoda ta daje lepsze wyniki u dzieci niż u dorosłych, gdyż dzieci są bardziej przyzwyczajone do posłuszeństwa i powagi i dają się łatwiej zatrwożyć i przekonać. Celowe niezwracanie uwagi jest metodą polegającą na tem, że lekarz kładzie dziecko z objawami drgawek lub kurczów do łóżka, o ile jest możebnem, w oddzielnym pokoju, i poleca personelowi zwracać tylko o tyle uwagę na chorego, aby ten ostatni nie wyrządził sobie krzywdy. Po pewnym czasie dziecko, widząc, że lekarz i otoczenie nie interesują się jego chorobą, przychodzi do przekonania, że nie ma ona wielkiego znaczenia i w końcu, jeżeli można się tak wyrazić, przestaje się męczyć wykonywaniem swoich drgawek.

Po usunięciu przy pomocy tej lub innej metody poszczególnych objawów należy mieć dziecko w kuracyi jeszcze przez kilka tygodni, zwrócić uwagę na odżywianie chorego, zastosować łagodne zabiegi wodolecznicze, a wtedy można być pewnym, że wyleczenie z histeryi będzie trwałe.

(*Jahrbuch für Kinderheilkunde — Grudzień 1903.*)

Władysław Schoencich.

8. L. Bruns. Chorea electrica.

Autor spostrzegł 6 przypadków tej rzadkiej postaci chorobowej i na podstawie tego meteryał jak również i krytycznej oceny przypadków, opisanych przez innych autorów [HENOCH, BERGERON] dochodzi do wniosku, iż należy rozróżnić trzy pod względem etyologicznym różnorodne postaci *choreae electricae*: 1-o *chorea electrica* jako odmienna postać chorobowa, 2-o jako objaw histeryi, 3-o jako odmiana napadu padaczkowego. Objawy chorobowe we wszystkich opisanych przypadkach *choreae electricae* polegały na występowaniu od czasu do czasu błyskawicznych skurczów w mięśniach przeważnie karku, barkowych i ramienia. Skurcze te nadzwyczaj szybkie, miały wielkie podobieństwo do tych, jakie otrzymuje się przy drażnieniu mięśni prądem przerywanym — ztąd i nazwa *chorea electrica*. Występowały z przerwami wielominutowymi, czasami kilkunastominutowymi, a nieraz nawet sekundowymi, czasami występowały po jednej tylko stronie. W czasie snu skurcze prawie zawsze ustępowały. Poza tem sfera ruchowa żadnych zaburzeń nie przedstawiała i wogóle wszelkich innych objawów chorobowych brakło, prócz obserwowanej czasami nieprawidłowości w czynności serca. Opisany zbiór objawów spostrzegano jedynie u dzieci w wieku od lat 9 do 15.

Chorea electrica jako odmienna postać chorobowa, zdaniem BRUNSA, winna być zaliczona do tej grupy cierpień, co *tic convulsif*, *tic de Guinon*, a nawet niektóre postaci *paramyoclonii multiplicis*. Występuje ona u osobników obarczonych dziedzicznością pod względem chorób nerwowych, u osobników zwyrodniałych i jest trudno uleczalna. Wyróżnia się przez lokalizację skurczów, charakter ich błyskawiczny, jednoczesne i symetryczne występowanie ich na obydwóch poławach ciała. Większość przypadków, opisanych przez HENOCHA, należy właśnie do *choreae electricae sensu strictiori*.

W niektórych, przeważnie przez BERGERONA opisanych przypadkach *choreae electricae*, należy, zdaniem BRUNSA, dopatrywać się objawów histeryi. Za tem przemawiają okoliczności następujące: wzmaganie się objawów choroby z chwilą, kiedy na nie została zwrócona uwaga dziecka, współistnienie innych objawów histeryi, jak zniesienie odruchów z gardzieli i podniebienia, uleczalność choroby, występowanie jej nawet u osobników nie obarczonych dziedzicznie. W wielu nawet rozpoznanie różniczkowe jest bardzo trudne, tem trudniejsze, że u dzieci histerya bardzo często występuje monosymptomatycznie.

Wreszcie niekiedy objawy *choreae electricae* powstawać mogą na tle padaczki. Są to te przypadki, kiedy jednocześnie stwierdzić można u dziecka występowanie mniej lub więcej typowych napadów padaczki i w większym lub mniejszym stopniu rozwinięte osłabienie władz umysłowych. Przypadki takie BRUNS zalicza do t. zw. *epilepsia partialis continua*, opisanej przez wielu autorów [KOŻEWNIKOW, BECHTEREW, NAGL, BRESLER], przy której w okresach czasu między właściwymi napadami padaczkowymi występują stale z pewnemi krótkimi przerwami drgawki w oddzielnych grupach mięśniowych. Jeżeli drgawki te przyjmą charakter błyskawiczny i występować będą w mięśniach karku, barkowych i ramienia, to będziemy mieli obraz kliniczny, charakterystyczny dla *choreae electricae*.

Z powyższego wynika, iż *chorea electrica* nie ma nic wspólnego z płasawicą SYDENHAM'a lub HUNTINGTON'a, nazwa więc „*chorea electrica*“ nie jest zbyt szczęśliwie dla tych przypadków wybrana.

(Berl. klin. Wochen. 1902. Nr. 34).

L. D.

9. S. Schoenborn. Cytodyagnoza płynu mózgodzeniowego.

Normalna ciecz mózgodzeniowa (*liquor cerebrospinalis*) jest płynem przezroczystym, zawierającym 0,2—0,5% białka, ciężaru właśc. 1006—1007. Nie-

kiedy zdarzają się w nim w niewielkiej liczbie małe jednojądrowe komórki t. zw. limfocyty. Już FLERSCHMAN z kliniki prof. LICHTHEIM'a i BENDIX z laboratorium MINKOWSKIEGO znajdowali przy przewlekłym zapaleniu opon mózgowych [natury gruźliczej] wzmoczoną liczbę limfocytów w płynie mózgorzeniowym; przy ostrych ropnych zapaleniach opon znajdowano prócz tego w dużej liczbie wielojądrowe i duże jednojądrowe leukocyty.

W ostatnim czasie uczniowie REYMOND'a [SICARD, WIDAL, RAVAUT], wykazali na podstawie licznych spostrzeżeń obecność limfocytozy w płynie mózgorzeniowym przy syfilitycznych i metasyfilitycznych cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego [paraliż postępujący, wiał rdzenia, *myelomeningitis syphilitica*). Nie znajdowano zaś limfocytozy w przypadkach *poliomyelitidis*, długotrwałych bezwładach połowicznych, porażeniach nerwów obwodowych, chorobie FRIEDREICH'a, zapaleniu rdzenia uciskowem i nerwicach czynnościowych.

Autorowie francuscy zostali do tego stopnia zachwyceni powyższymi wynikami badań płynu mózgo-rdzeniowego, że uważają za możliwe u syfilityków przy pomocy punkcji łądźwiowej wykazać zaatakowanie układu nerwowego we wczesnych bardzo okresach. WIDAL i RAVAUT uważają obecność limfocytozy w płynie mózgo-rdzeniowym przy wiałdzie rdzenia za objaw równie ważny, jak nieruchomość odruchową źrenic.

W heidelberskiej klinice prof. ERB'a przedsięwzięto w ostatnim czasie cały szereg punkcji łądźwiowych i badania płynu mózgo-rdzeniowego potwierdziły w głównych punktach wyniki autorów szkoły francuskiej. Aby ustanowić granicę między fizyologiczną a patologiczną limfocytozą, SICARD podaje maksymalną liczbę limfocytów w normalnym płynie mózgo-rdzeniowym: wynosi ona w polu widzenia przy powiększeniu 400—500 razy nie więcej jak 3—4 limfocytów. Odpowiadając na pytanie, co wywołuje limfocytozę w cierpieniach rdzenia, SICARD stawia następującą hipotezę: ośrodkowy układ nerwowy otoczony jest przez dwa systematy dróg limfatycznych,—w normalnych warunkach jeden od drugiego niezależny. W jednym z tych systematów krąży właściwa limfa, drugi zaś znajduje się w bezpośrednim związku z płynem mózgo-rdzeniowym, zawiera w sobie takież sam płyn. Ta niezależność obydwóch systematów zostaje naruszona przy podrażnieniu opon [mechanicznym, toksycznym, infekcyjnym]; wówczas ciałka limfatyczne wędrują z jednych przestrzeni limfatycznych do drugich, a stamtąd przedostają się do płynu mózgo-rdzeniowego.

(*Neurol. Ctbl.* 1903).

S. Konwerski.

10. W. Heinicke. Przyczynek do kazuistyki zachowania się włosów u chorych umysłowych.

Autor przytacza na wstępie opisywane w literaturze przypadki zmiany barwnika włosów u chorych nerwowych i umysłowych: ANSTLIE sam na sobie zauważył częściowe siwienie włosów głowy i brwi podczas ataku *neuralgiae supraorbitalis*. Podobny przypadek obserwował PAQUET u chorej podczas nerwobólów głowy. REINHARD opisuje peryodyczną zmianę barwy włosów, z jasnobłond w rude zabarwienie u pewnej obłąkanej; zmiana ta odbywała się zazwyczaj w ciągu 48—60 godzin, przyczem zabarwienie blond przypadało jednocześnie z występowaniem stanu przygnębienia, zaś barwa rudawa — ze stanem podniecenia. Podobny przypadek opisuje RAEUBER u pewnego epileptyka-idyoty.

Przypadek autora dotyczy 21-letniej chorej, cierpiącej na *dementia praecox*, u której na parę godzin przed wybuchem stanu podniecenia występowała siwizna jednego pasma włosów od czoła do ciemienia z lewej strony głowy. Siwizna ta znikła w ciągu kilku godzin po ustąpieniu podniecenia, któremu stale towa-

rzyszyło rozszerzenie źrenic. Wypadania włosów autor przy tem nie zauważył. Badanie drobnowidzowe wykazało, iż włosy podczas podniecenia zawierały więcej powietrza, niż w stanie normalnym; powietrze to w formie dużych pęcherzy wypełniało warstwę rdzeniową włosa; w stanie normalnym warstwa ta była prawie niewidoczna. Nigdy przytem nie było znikania barwnika, gdyż po wyparciu powietrza zapomocą wody z warstwy rdzeniowej włosa, przyjmował on normalne zabarwienie i mikroskopowo i makroskopowo nie różnił się od innych włosów. Aby wytłómaczyć owo peryodyczne skupianie się powietrza w warstwie rdzeniowej włosów, autor przypuszcza, iż pod wpływem toksyn, warunkujących samo cierpienie-*dementia praecox*, występuje podrażnienie troficznych nerwów włosów; podrażnienie to pociąga za sobą zmiany w krążeniu krwi i limfy, czego następstwem bywa utrata soków włosa i kurczenie się komórek jego warstwy rdzeniowej; dzięki temu przestrzenie międzykomórkowe znakomicie się powiększają, co ułatwia przenikanie do nich otaczającego powietrza. Po ustąpieniu podrażnienia nerwów troficznych komórki znów przyjmują swą formę poprzednią, warstwa rdzeniowa włosa się zwęża, nadmiar powietrza zostaje wyparty, lub wchłonięty i włos znów przyjmuje normalne zabarwienie. Niewytłómaczonym tylko pozostaje pytanie, dlaczego w sprawie tej przyjmuje udział jedno tylko pasmo włosów?

(*Neurolog. Centralblatt. 1903. Nr. 4.*)

St. Konwerski.

II. K. Ceni. Swoiste autocytotoksyny i antyautocytotoksyny we krwi epileptyków.

Nowa nauka o cytotoksynach znalazła już zastosowanie w doświadczeniach CEN'ego nad toksycznością krwi epileptyków. Zdaniem tego autora, w ustroju epileptyka krążą dwa produkty: jeden toksyczny, który krąży w ustroju w stanie wolnym, drugi, posiadający lecznicze własności, związany jest z żywymi ciałkami krwi i uwalnia się z nich tylko podczas fagolizy, lub w chwili ścinania się krwi.

Autor chciał zbadać, czy surowica krwi epileptyków jest w stanie wywołać w ustroju zwierzęcym wytworzenie produktów wyżej wzmiankowanych o toksycznej lub też leczniczej własności. W tym celu autor wstrzykiwał królikom surowicę epileptyków i następnie badał, jak będzie działać surowica tych zwierząt na osobniki dotknięte padaczką. Przy wstrzykiwaniu epileptykom tej surowicy w ilości 1, 2 i 3 ctm. sz. autor otrzymywał: 1-o odczyn miejscowy—opuchnięcie w miejscu zastrzykiwania, zaczerwienienie, nacieczenie tkanek podskórnej; natężenie tego odczynu miejscowego było proporcjonalne do ilości wstrzykniętej surowicy; 2-o odczyn ogólny, który był wywoływany tylko przez zastrzykiwanie wyższych dawek 1—3 ctm. sz.; polegał on na podniesieniu ciepłoty do 39° i pewnym stanie obłądu połączonego z drgawkami, przypominającym *status epilepticus*.

Podobnych objawów autor nigdy nie otrzymywał przy zastrzykiwaniu epileptykom surowicy krwi królików nieszczepionych; przy zastrzykiwaniu zaś epileptykom surowicy krwi królików, którym zastrzyknięto uprzednio surowicę krwi ludzi normalnych, autor otrzymywał jedynie nieznaczny odczyn miejscowy, świadczący, zdaniem autora, o cytotoksycznym działaniu surowicy; *status epilepticus* nie występował przy tem nigdy. Przy zastrzykiwaniu zdrowym ludziom surowicy krwi królików, szczepionych surowicą zarówno ludzi zdrowych, jak i padaczkowych autor otrzymywał zawsze wynik, ograniczający się jedynie do niewielkiego odczynu miejscowego.

Na podstawie powyższych obserwacji autor twierdzi, iż surowica padaczkowych, zastrzyknięta zwierzętom jest w stanie przez odczyn ich ustroju wy-

tworząc ciało o własnościach toksycznych, specyficznie działających tylko na epileptyków. Substancja ta może wywoływać u padaczkowych wzmożenie objawów chorobowych. Owo stałe toksyczne działanie obserwowano również przy zastrzykiwaniu surowicy krwi jednych epileptyków innym epileptykom. Owe „autocytoksyny“ we krwi epileptyków powstają, zdaniem autora, w podobny sposób, jak cytotoksyny wogóle.

Na autocytotoksyny składają się dwa odrębne pierwiastki: 1-o aleksyna — rozpuszczalny ferment, uwalniający się z leukocytów podczas fagolizy, gdy krew już wystąpiła z ustroju i ścięła się; ciepłota 56° osłabia znacznie działanie aleksyny; 2-o. „*substance sensibilisatrice*“ — ferment, krążący w plazmie żywego ustroju. Zadaniem tej *substance sensibilisatrice* jest wzmożenie wrażliwości ko-mórek nerwowych na toksyczne działanie aleksyny.

Ten drugi ferment wytwarza się — według autora u zwierząt, szczepionych surowicą krwi padaczkowych i on to stanowi pierwiastek? czynny, wywołujący *status epilepticus* przy zastrzykiwaniu epileptykom surowicy zwierząt, szczepionych surowicą padaczkowych.

Ciepłota 56° nie wywiera na ten ferment osłabiającego działania.

Co się tyczy pierwiastku leczniczego w surowicy padaczkowych — czyli „antautocytotoksyny“, to jego powstawania w ściętej krwi epileptyków dowodzi słabnięcie objawów chorobowych przy kilkakrotnych zastrzykiwaniach padaczkowym surowicy krwi padaczkowych. Badania doświadczalne przekonały autora, iż substancja lecznicza, czyli antautotoksyczna surowicy epileptyków szczególnie dobroczynnie działa na tych samych chorych, z których została surowica otrzymana. Stąd pochodzą dodatnie wyniki autoseroterapii epileptyków, otrzymane przez autora.

(*Neurologisches Centralblatt*, 1903. Nr. 8).

St. Konwerski.

12. Rudolf Balint. Przyczynek do dyetetycznego leczenia padaczki.

Na podstawie dawnych swoich spostrzeżeń [opisanych w Nr. 23, *Berlin. klin. Wochenschr.* z 1901 r.] i nowych 10-u autor zdaje sprawę ze swej metody leczenia dyetetycznego padaczki. Leczenie to polegała na tem, iż chorzy w ciągu 1/2 roku dziennie otrzymywali: 1000 g. mleka, 50 g. masła, 3 jajka, owoce i 300—400 g. chleba, w którym sól kuchenną zastąpiono bromkiem sodu. Liczba i natężenie napadów padaczkowych znacznie [o 60%] się przytem zmniejszały. Jeżeli powyższe pokarmy sprzykszyły się choremu i przestawał je przyjmować, wskutek czego tracił na wadze, wówczas podawano mu przez pewien czas inne pokarmy, jak mięso, słodczyce, jarzyny — wszystkie jednak z domieszką bromku sodu zamiast soli kuchennej. Chorych ważono przytem co tydzień. Dorośli otrzymywali w ten sposób z pokarmami 3,0 *Nabr.* zaś dzieci 1—1,5 *Nabr.* dziennie. W razie występowania objawów bromizmu, które często poprzedzało osłabienie odruchów łącznicowych, autor zmniejszał stopniowo dzienną dawkę *Nabr.*, a nawet na pewien czas przerywał podawanie *Nabr.* Dodatnie wyniki tego leczenia stwierdzili również SCHAEFFER, GERBINI, SCHLOESS, CAPELLETTINI i D'ORMEN, LYON. HAHNY i BAGERUS nie zauważyli dodatnich wyników tej metody leczniczej.

(*Neurologisches Centralblatt* Nr. 8. 1903).

St. Konwerski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

II. Leczenie poronne wrzedzinek (*furunculosis*) zapomocą penzlowania ich silnego roztworem jodu w acetonie, zachwalają GALLOIS i COUREUX. Działanie jest silniejsze, więcej żrące, niż penzlowanie nalewką jodową, gdyż aceton rozpuszcza 4 razy więcej jodu niż alkohol. Autorowie zapisują *Jodi metallici* 4,0 na *Acetoni* 10,0. Roztwór ten po kilkunastu dniach gęstnieje i czernieje [od zamiany monojodoacetonu w bijodoaceton]; wtedy ma działać najmniej drażniąco. Kłaczkiem waty, nawiniętym na jakikolwiek pręcik i zmocznym w jodacetonie, dotyka się wrzedzionki. Zazwyczaj już jednorazowe takie przepenzlowanie, rzadziej dwukrotne, wystarczać ma do „rozpędzenia“ wrzedzionki. W. G.

12. ERLANGER (*Deutsche Medizinal-Zitung* 1904 Nr. 9 i 10) opierając się na własnym doświadczeniu, stwierdza skuteczność przetworów jodu w początkowych okresach stwardnienia tętnic mózgowych (*arteriosclerosis cerebialis*) i poleca podawanie jednocześnie soli potasowej i sodowej jodu i to przez długi czas bez przerw dłuższych. Aby to umożliwić i uniknąć zatrucia (*jodismus*), E. radzi podawanie dawek stopniowo zwiększanych. Zaczyna on od roztworu *Kali et Natri jod. aa* 1,0 na 240,0 wody [=0,83%] z którego chory bierze 3 razy dziennie po 20 ccm. [=0,17 jodu w dawce, =0,5 dziennie]. W następnych butelkach zwiększa ilość soli jodowych o 1,0 każdej, to jest w 2-jej butelce zapisuje tych soli 4,0, w 3-jej 6,0, w 4-jej 8,0 itd. w 10-jej = 20,0 [=8,3%], z których chory bierze 3 razy po 1,7 a więc 5,0 soli jodowych dziennie. Dziesięciokrotne zwiększenie dawki przypada na 37 dzień leczenia. Co 4 dni przyjmuje chory dawkę większą o 0,83%; w 40 dni wyżywa 10 butelek = 110,0 soli jodowych. Nadto do każdej butelki dodaje E. 5,0 *Natri bicarbonici* i każdą dawkę każe popić dużą ilością wody Fachingen, obfitej w sodę; zaleca choremu unikanie kwaśnych potraw i przyjmowanie jodu nie na czczy żołądek, lecz po jedzeniu. W ten sposób postępując, mógł chory przyjmować nieprzerwanie po 300—500 g. jodu bez wywołania objawów zatrucia i zaburzeń ze strony żołądka. E. uważa cierpienie naczyń krwionośnych mózgowych za bardzo częste i twierdzi, że wiele przypadków tego cierpienia branych jest za neurastenię z powodu podobieństwa objawów [ból głowy, uczucie ciężaru na głowie, zawrót głowy, zmniejszona sprawność fizyczna i umysłowa, łatwe męczenie się przy chodzeniu, przy pracy umysłowej etc.]; neurastenię zaś E. uważa za względnie radszą, niż to ogólnie twierdzą. Wpływ pomyślny soli jodowych na chore naczynia krwionośne przypisuje E. nie tylko działaniu ich depresyjnemu na nerwy serca i tętnic, lecz chemiczno-mechanicznemu na chore ściany naczyń krwionośnych. W. G.

Przegląd bibliograficzny.



Dr med. GUSTAW VOGEL, I asystent kliniki położniczej w Würzburgu. **Podręcznik Położnictwa** dla lekarzy i studentów w tłumaczeniu polskiem ZWEJGBAUMA i POPIELA z 214-ma rysunkami w tekście. Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”. Warszawa 1904; duża 8-a; stronnic: 467+XV.

Książka VOGEL'a, jak oznajmia sam autor, powstała z notat, które on, jako asystent kliniki położniczej w Würzburgu, przygotował do wykładów wakacyjnych z dziedziny akuszerji, a także do kursów badania i operacji położniczych, w których podczas semestru brał udział. Każdy z nas, kto miał sposobność uczestniczenia w takich wykładach semestralnych, lub odbywających się podczas feryi letnich w uniwersytetach niemieckich, przyznać musi, że organizacya ich, sam sposób prowadzenia, posiadają niezaprzeczoną wartość pod względem praktycznym, a nawet naukowym dla lekarza. Za najlepiej zorganizowane, z tych jakie znam w Niemczech, uważam kursy praktyczne, urządzone przez Związek lekarzy Prus Wschodnich z siedzibą w Królewcu, a także dawniejsze kursy akuszeryjne w Dreźnie. Książka VOGEL'a, o której mam na tem miejscu pisać, przekonywa mnie, że i Würzburg, owa siedziba jednego z największych akuszerów IX-go stulecia, SCANZONI'ego, godnie współzawodniczy pod tym względem z innemi wszechnicami niemieckimi. Wykłady takie prawie zawsze prowadzone są dydaktycznie, zapomocą demonstracyi, ze zwracaniem uwagi na stronę praktyczną kwestyi, a przyznać trzeba, że bywa to wykonywane nieraz z pewnym talentem. Preparaty makro- i mikroskopowe, miednice kostne, z papier-maché i gumowe, fantomy z manekinem i trupem dziecka, narzędzia, modele z wosku, rysunki, tablice i t. p. bywają konieczną, integralną częścią tych wykładów. Treść wykładu takiego zmierza wprost do nauczania, w jaki sposób lekarz praktyk ma sobie radzić wobec niekorzystnych warunków, wśród których nieraz musi działać, aby unikając prób daremnych, małymi środkami osiągnął istotne zadanie, tj. udzielił właściwej pomocy rodzącej, lub położnicy.

Podręcznik VOGEL'a jest właśnie odzwierciedleniem tych racjonalnych zasad pedagogiki, tak konsekwentnie i stale wprowadzanych w życie, zapomocą praktycznych kursów w Niemczech.

W braku u nas podobnych kursów i wogóle nieznanomości przez uczących się metodyki postępowania akuszerijnego, uważam podanie w języku rodzinnym Podręcznika Położnictwa VOGEL'a naszym lekarzom praktykom i młodzieży lekarskiej za rzecz wysoce pożyteczną i godną uznania.

Już przy przyczucaniu kart książki tej, zauważyć się daje, że autor nawet zapomocą strony zewnętrznej, samego układu, sposobu pisania, znaków pisarskich, ba, nawet wyboru druku, dąży do tego, aby ułatwić czytelnikowi odnalezienie potrzebnego rozdziału, aby dopomódz mu w odróżnieniu faktów ważnych od drugorzędnych, aby zwrócić jego szczególniejszą uwagę, co powinien nieodzownie zrobić, a czego stanowczo ma unikać, wreszcie, aby wdrożyć w jego pamięć pewne rady i wskazówki.

W tym celu autor umiejętnie, gdyż w miarę stopnia ważności treści, używa nagłówków drukowanych dużemi czcionkami, jako głównych i—mniejszych, jako poddziałów; przy wyliczaniu, np. cech głównych, dajmy na to objawów ciąży, główne cechy drukuje literami tłustemi, np. **barwa sina**, część pochwo-wa **gładka**, **usta maciczne okrągłe** i t. p. Ważne fakty szereguję cyfrowo i stawia częste „akapity”, a gdy pragnie położyć na coś akcent logiczny, sam tekst drukuje rozstawionym garmentem. W taki sam sposób wydrukowane są wszelkie rady. Treść ich związała, forma wyrażania dobitna, stanowcza, a w razie, gdy chodzi o przestrożę, opatrzona zawsze znakiem wykrzyknika. Fakty, nie mające praktycznego znaczenia, a także teorie, drukowane są *petitem*.

Te moje uwagi o zewnętrznej stronie, godnej naśladowania, niech usprawiedliwi okoliczność, iż obecnie i my jesteśmy w okresie pisanja i wydawania oryginalnych podręczników.

Przechodzę do treści książki VOGEL'a. Przedewszystkiem autor odstąpił od podziału, ogólnie przyjętego, bo w każdym dziale: ciąża, poród, połóg, pielęgnowanie dziecka i operacje położnicze, po fizyologii, zaraz podaje patologię. Układ taki, ułatwiający porównanie i zestawienie, posiada pewne zalety, ponieważ przy czytaniu mimowoli ułatwia uczenie się. Nauki o odkażaniu, o postępowaniu bez- i przeciwnilnem, autor nie zawarł w dział osobny, lecz pomieścił w dziale drugim—poród, p. n. „Ogólne zasady prowadzenia porodu przez lekarza“, gdzie jest mowa o odkażaniu rąk, a także w dziale piątym przy operacjach położniczych, w rozdziale, p. n. „Dezynfekcja narzędzi i rodzącej“. VOGEL jest przeważnie zwolennikiem antyseptyki, a uprzywilejowanym jego środkiem pod tym względem jest lyzol, którego wartość, mówiąc nawiasem, właśnie przez akuszerów niemieckich, jest obniżana z paru przyczyn. To niedowierzanie postępowaniu bezgnilnemu, a pewna bałwochwalczość dla przeciwnilnego, odnośnie rodzącej i noworodka, jak sądzę, ma źródło w tem, że VOGEL jest uczniem HOFMEIER'a, który w swoim czasie prowadził ożywioną polemikę z VEIT'em, SAENGER'em i MERMANN'em w sprawie bezgnilnego, czy przeciwnilnego postępowania wogóle przy porodach. Wiadomo, że HOFMEIER i FROMMEL wypowiedzieli się wówczas bezwzględnie za antyseptyką. W każdym razie VOGEL, zdaniem mojem, wpada w pewną przesadę, gdy np. radzi owijac rodzacy się tułów dziecka w pieluchy, zmoczone płynem dezynfekcyjnym. Z drugiej strony uznać muszę za szkodliwe to, co znów VOGEL doradza w postępowaniu z jamą ustną noworodka, aby ją wycierać i po każdym nakarmieniu dziecka. Delikatna warstwa nablonka błony śluzowej, w dodatku bardzo przekrwiona czynnością poprzedniego ssania, może uleść i ulega zniszczeniu, a tem samem ułatwia wstęp drobnoustrojom, tembardziej, gdy się to robi „zmaczaną“ szmatką w wodzie wyjałowionej. Gromadne pojawianie się pleśniawek w ustach noworodków w klinikach bywa wyrazem takiej zbytcej zabiegliwości wrzekomo prezerwatywnej. Staranne obmywanie piersi i brodawek karmiącej jest wystarczajacem w tym razie.

Rozpatrując dalej książkę VOGEL'a, słusznie podnieść wypada jej pewne cechy, obce nawet większym dziełom akuszerijnym, a wyjątkowo ważne dla lekarza praktyka.

Do takich zaliczam podawanie w podręczniku wszędzie, przy każdym opisie, acz małych i pozornie błahych, lecz bardzo licznych i ważnych rad i wskazówek, które same przez się mogą się wydać łatwo zrozumiałemi, a jednak dokładne ich przestrzeganie ustrzedz nieraz może od ciężkich przejść i zawodów.

Wprawdzie w każdym dziale VOGEL spełnia takie zadanie doświadczonego kierownika, jednakże tam, gdzie mówi o pomaganiu rodzącej i położnicy, gdzie przepisuje leczenie roztacza on z prawdziwem bogactwem przed czytelnikiem duży zasób doświadczenia lekarza praktyka.

Autor, lubo przywykły do roboty akuszerijnej w warunkach możliwie najkorzystniejszych, najwidoczniej miał możność i konieczność zetknięcia się w praktyce prywatnej z otoczeniem dla rodzącej i operującego jak najgorszem i dlatego był zdolen wyrobić sobie i podać, jako wzór, taki sposób postępowania, który jest właśnie wynikiem wyborowego wyszkolenia na doskonałych przykładach, a jednak umiającego się przystosować nawet do oślakanych stosunków środowiska, gdzie działaniu lekarza stoją nieraz na przeszkodzie brak zrozumienia najprostszej czystości, wprost brak światła i przestrzeni.

VOGEL przy opisach pewnych zabiegów jest drobiazgowym. Uważam to za dużą zaletę dydaktyczną w „podręczniku“. Tutaj należy między innymi opis małych rękoczynów, do których lekarza najczęściej powoływają, jako to: podtrzymywanie krocza, szwy na krocze, szczegóły porodu operacyjnego, oczysz-

ezanie macicy po poronieniu, leczenie krwotoków i t. d. Tekst książki jest bogato zaopatrzony w bardzo dobre rysunki, w liczbie 214-tu. Autor ilustruje nawet małe rękoćzyny, jak zeszyte krocza, tamponada, metreuryza i t. p. Podaje ciekawe rysunki, zdjęte ze zbiorów muzeum w Würzburgu, jak np. wgniecenia czaszki przy ręcznym wydobywaniu główki, a także z własnych zbiorów, jak np. wypadnięcie wynicowanej macicy, kobietę z obwisłym w najwyższym stopniu brzuchem i t. d.

Dążenie, aby podręcznik uczynić *par excellence* praktycznym, a zbytnio rozmiarów jego nie powiększać, zapewne, wpłynęło na to, że autor mało, lub wcale, nie uwzględnił teorii, dotyczących, wogóle etyologii, a nieco po macoszemu obchodzi się z anatomią patologiczną i embryologią. Nawet w patologii czyni pewne opuszczenia. Tak np., w patologii ciąży, słowem nie wspomina o cierpieniu, opisanem przez GUSSEKOW'a, a bliżej określonym przez niżej podpiasanego, znanem pod nazwą „*eine specielle Schwangerschaftskrankheit*“ (*Anaemia gravis gravidarum*). Wyliczając szczegółowo cierpienia noworodków, pomija *menstruatio praecox*, u nowonarodzonych dziewcząt spotykaną.

W podawaniu literatury odnośnych działów VOGEL trzyma się słusznej zasady dla książki podręcznej, iż cytuje prace tylko ważniejsze. Tak np., w dziale o drgawkach porodowych są zaledwie wymienieni: AHLFELD, DIENST, SCHMORL i SCHUMACHER; w rozdziale o wadach serca ciężarnych, tylko: FELLNER i JAWORSKI.

W niektórych opisach VOGEL bywa nieco za zwięzłym.

Wadę tę posiada między innymi opis metody HOFMEIER'a wtlaczania główki (*impressio*). Wobec tego, że sam HOFMEIER sposób swój zmienił, wypadło podać rysunek odpowiedni, lub czytelnika odesłać do zbliżonego rysunku [4-ty rękoćzyn], znanego z dziełka CREDE'go i LEOPOLD'a, o zewnętrznem badaniu rodzących.

Usterki książki, nieodłączne nawet w dziełach klasycznych, z których pewne powyżej przytaczam, w niczem istotnej, a dużej wartości podręcznika VOGEL'a nie uszczuplają.

Niektóre rozdziały książki, jak np. ciąża zewnętrznaciczna, drgawki porodowe, są opracowane znakomicie, a większość operacji położniczych i różnych rękoćzynów nader poglądowo, wprost plastycznie.

Czytając podręcznik VOGEL'a, odnoszę wrażenie, że pisał go lekarz, który sam dużo się uczył i dużo pracował, który na dobrych wzorach się kształcił, który za pewne podaje to tylko, co sam wypróbował, co doświadczeniem własnym stwierdził. Nadto, muszę autorowi przyznać dar pedagogiczny i znajomość psychologii. W wykładzie trzyma się wskazań ścisłych, stanowczych i *certi denique fines*. Już samym sposobem wypowiedzania rad i wskazówek autor budzi ufność w to, co mówi. Znać, iż miał możność, zapewne w poliklinice, obserwowania młodych akuszerów. Wiemy, iż w początkach swej praktyki każdy akuszer przesadza niebezpieczeństwem; zależy to od braku doświadczenia i niedowierzania siłom własnym. Ze sposobu wykładu przebija dążenie autora do zachęcenia każdego, aby w danym wypadku oceniał należycie grożące podług niego niebezpieczeństwo i nie powątpiewał zanadto o swoich siłach, gdyż nieraz najcięższe na pozór wypadki tracą swój niebezpieczny charakter i kończą się pomyślnie.

Sam przekład Podręcznika z języka niemieckiego na polski przez kolegów ZWEJGBAUMA i POPIELA, dokonany został dobrym językiem i wogóle, jest poprawny. Pewne błędy i usterki językowe, o których, zapewne, sami tłumacze wiedzą, wynikły z pośpiechu.

Strona zewnętrzna książki, jak wogóle, wszystkich wydawnictw „Gazety Lekarskiej“, jest staranna.

Tłómaczom i wydawcom należy się uznanie za trafny wybór, dobry przekład i staranne wydanie książki nader potrzebnej i bardzo pożytecznej.

Józef Jaworski.

Wiadomości bieżące.

— Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, zapowiedziany we Lwowie na lipiec r. b., z powodu wojny na Dalekim Wschodzie został odroczony na czas nieograniczony.

— Prof. W. SZYMONOWICZ [Lwów] donosi, iż „z powodów nieprzewidzianych i od wydziału lekarskiego we Lwowie niezależnych postanowiono odwołać kursa dla lekarzy, które się miały odbyć w marcu r. b.“.

— Towarzystwo Lekarskie Płockie wydało swym nakładem na jednej dużej stronie opis treściwy i popularnie skreślony „szkarlatyny czyli płonicy“, w którym zawarto najważniejsze pod względem praktycznym szczegóły o tej chorobie i jak zapobiegać szerzeniu się jej wśród dzieci. A że 100 egzemplarzy tego opisu kosztuje rb. 1, warto więc, by lekarze rozrzucili jak największą ich liczbę pomiędzy publiczność i porozlepiali je w miejscach przez nią uczęszczanych.

— Wskutek zawotowania przez senat francuski prawa o dożywotności katedr profesorskich we Francji, studenci medycyny w Paryżu urządzali przez szereg dni nieporządku, niedozwalając profesorom miewać wykładów, po poprzednim uprzedzeniu ich, iż demonstracje nie są wymierzone przeciw osobom profesorów. Od r. 1794 do 1886 więk wykładających profesorów nie był ograniczony. W r. 1886 celem odświeżenia wydziału lekarskiego i dopuszczenia młodych sił do wykładów, postanowiono, iż profesor może wykladać do 70 r. życia. Ponieważ jednak pokazało się, iż w następstwie tego ostatniego postanowienia budżet emerytalny niepomrotnie się zwiększył, więc wrócono do poprzedniego prawa.

— Krematoria, których idea powstała we Francji za czasów pierwszej rewolucji, mnożą się coraz więcej. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej jest ich 28, w Kanadzie 1, w Argentynie 1, w Australii 1, w Tokio 7. Co do Europy, to we Włoszech jest ich 30, w Anglii 9, Szwajcaryi 4, Szwecyi 2, Danii 1, we Francji 3 [Paryż, Rouen, Reims], w Niemczech 8 [Gotha (1878), Heidelberg (1891), Hamburg (1898), Offenbach (1900), Mannheim (1901), Eisenach (1902), Moguncya (1902)]. Ciekawem jest, iż w większych królestwach niemieckich [Prusy, Saksonia, Bawarya, Wirtemberg] palenie ciał nie jest dozwolone. W Niemczech istnieje 47 towarzystw kremacyjnych; mają one specjalny organ „Die Flamme“. We Francji od kwietnia 1889 r. do końca 1900 r. spalono 2299 ciał na żądanie rodziny, 27171 ciał ze szpitali i 20178 płodów.

— Międzynarodowy Kongres zwalczania gruźlicy odbędzie się w r. b. między 3—5 października w S-t Louis podczas wystawy powszechnej.

— Kongres międzynarodowy dermatologów i syfilidologów odbędzie się od 15—17 września r. b. w Berlinie.

— Kongres doświadczalnej psychologii odbędzie się w d. 18—20 kwietnia r. b. w Giessen.

— W Paryżu na uroczystem posiedzeniu pod przewodnictwem ministra oświaty CHAUMIÉ nastąpiło wręczenie złotego medalu prof. BOUCHARD'owi, kosztem uczniów i przyjaciół odbitego. W d. 8-ym marca r. b. podobny medal będzie wręczonym prof. CORNIL'owi.

— 19-go lutego r. b. przypadła setna rocznica urodzin ROKITANSKY'ego.

— HOCHENEGG został mianowany profesorem kliniki chirurgicznej po GUSSENBAUER'ze w Wiedniu, a BUMM, prof. akuszeryi po GUSSEROW'ie w Berlinie.

Zmarli: w Nancy w 82 r. życia prof. LIÉBAULT, twórca psychoterapii; we Fryburgu [w Bryzgowii] EMMINGHAUS, profesor psychiatrii.