

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA JAWDYŃSKIEGO W SZPITALU DZ. JEZUS.

I. PRZYPADEK MIMOWOLNEGO ODDAWANIA MOCZU

z powodu atonii pęcherza moczowego, wywołanej tyłopochyleniem macicy,

uleczony za pomocą pochwowego przytwierdzenia macicy

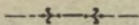
(*Vagino-fixatio uteri*).

[Rzecz, czytana w Towarzystwie Lekarskim Warszawskiem w d. 4. VI. 1895].

Podał

Bolesław Grzankowski,

asystent oddziału.



BYLICKI w „Nauce o chorobach kobiecych“, mówiąc o leczeniu operacyjnem wadliwych położeń macicy, robi uwagę taką: „przyznać trzeba, że w wielkiej części wykonanych operacyi odwagę, pewność operującego i materiał czysto kliniczny znacznie górowały nad rzeczywistymi wskazaniem“. Sądzę, że zdarzają się przypadki, w których te rzeczywiste wskazania można postawić z całą stanowczością i jako przykład przytaczam przypadek, operowany przeze mnie na oddziale D-ra JAWDYŃSKIEGO, który tem chętniej komunikuję, że *vagino-fixatio uteri* nie było opisane dotąd wcale w literaturze polskiej, a wykonanie tej operacyi dla wyleczenia bezwiednego wydzielania moczu przy tyłopochyleniu macicy nie było notowane w żadnej literaturze.

Emilia B., żona włościanina z Siedleckiego, lat 35 licząca, zameżna od lat 12, rodziła 4 razy na czasie bez pomocy lekarza. Pierwsze dziecko miała w 1½ roku po zamążpójściu, leżała w położu 3 miesiące, gorączkowała. W następnych położach leżała zawsze do 2 tygodni. Miesiączkowanie odbywało się u niej prawidłowo co miesiąc i trwało 3 dni.

B... jest chora od czasu pierwszego porodu; gdy wstała z łóżka po 3-miesięcznem leczeniu, zauważyła zaraz, że mocz wycieka bezwiednie, jeżeli dłuższy czas jego nie oddaje, szczególnie zaś przy dłuższem chodzeniu np. do kościoła, odległego o 3 wiorsty. Stan taki trwał lat 10, zwolna pogarszając się; mocz zaczął wyciekać i przy siedzeniu i przy leżeniu; po ostatnim porodzie mocz wyciekał bezustannie i wskutek tego chora po odstawieniu dziecka w 1½

roku po porodzie, w lipcu 1893 roku, przyjechała do szpitala Dz. Jezus, przyślana przez lekarza z Węgrowsa.

B... zapisaną została na oddział chirurgiczny D-ra JAWDYŃSKIEGO w przypuszczeniu, że chora jest na przetokę moczową. Wyprysk sromu i ud potwierdzały opowiadanie chorej o bezwiednym wyciekaniu moczu.

Przy pierwszych oględzinach nie znalazłem żadnej przetoki ani pęcherzowo-pochwowej, ani pęcherzowo-maciczej. Pęcherz moczowy, znacznie rozciągnięty, zawierał dość obfitą ilość moczu przezroczystego. Macica dość duża leżała w tyłozgięciu, przechylona nieco na lewo. Więzy maciczne, szczególnie szeroki prawy, były skurczone, zgrubiałe, niepodatne i ograniczały ruchomość macicy; jajniki prawidłowej wielkości były niebolesne.

Wskutek rozpoznania: *Incontinentia urinae ex atonia vesicae propter retroflexionem uteri* przepisano chorą na salę 9-tą dla leczenia ginekologicznego. Tutaj stosowałem chorej masaż obok irygacji gorących, tamponów ichtyolowych i kąpeli. Podczas leczenia masażem chora zauważyła, że, po odprowadzeniu macicy, mocz w ciągu kilku godzin nie wyciekał bezwiednie.

Po 3-tygodniowym leczeniu założyłem wianek HODGE'a i potem mocz tylko wyjątkowo wyciekał bezwiednie i to wtedy, gdy macica pomimo wianka przechyliła się ku tyłowi. Zdarzało się to niekiedy dlatego, że pochwa była bardzo obszerna, międzykrocze rozdarte i nawet duży wianek nie mógł leżeć prawidłowo i podtrzymywać macicy.

Zauważywszy polepszenie, chora po miesiącu wypisała się ze szpitala, otrzymawszy zastrzeżenie, że powinna być u lekarza dla kontrolowania położenia macicy w wianku.

Powtórnie wstąpiła do szpitala w październiku 1894 r. i opowiedziała, że po wyjściu ze szpitala — po tygodniu mocz zaczął wyciekać bezwiednie i z czasem coraz więcej; do lekarza nie udawała się, wianka nie wyjmowała. Przy badaniu zauważyłem, że wianek nie podtrzymywał macicy i że ta ostatnia leżała w tyłozgięciu. Więzy maciczne, szczególnie szeroki prawy, były przykurczone, zgrubiałe, mało podatne. W celu rozciągnięcia i wydłużenia więzów kontynuowałem leczenie masażem, obok gorących irygacji, tamponów ichtyolowych, okładów rozgrzewających na brzuch i kąpeli. Podczas tego leczenia B... spostrzegła, że wyciekanie moczu zatrzymywało się po odprowadzeniu macicy na 6 godzin, potem dłużej a niekiedy i na całą dobę. W końcu listopada założyłem wianek, stosując jeszcze masaż; kontrolowałem położenie macicy w wianku stale co kilka dni i zauważyłem, że wyciekanie bezwiedne moczu miało miejsce kilkakrotnie wówczas, gdy wianek nie leżał prawidłowo i macica przechyliła się ku tyłowi.

Z dłuższej obserwacji wynikało, że dla wyleczenia chorej koniecznym było ustalenie macicy w przodopochyleniu; ku temu były 2 drogi:

1-o. Zwężenie pochwy i wytworzenie wysokiego międzykrocza za pomocą *kolporaphia anterior* i *kolpoperineoraphia* dla ustalenia wianka, który dotychczas źle podtrzymywał macicę.

2-o. *Vagino-fixatio uteri.*

Tę drugą drogę wybrałem jako praktyczniejszą w klasie ludzi ciężiej pracujących i nie mających ani chęci ani czasu do stałego pielęgnowania swego zdrowia.

Plan leczenia operacyjnego zakresiłem następujący:

1-o. Wyskrobanie macicy w celu wywołania skurczenia się dużej macicy i usunięcia kataru macicznego, a więc i możliwych zarazków z pochwy przed operacją *vagino-fixationis uteri*, połączoną z otwarciem jamy otrzewnowej.

2-o. Operacja *vagino-fixationis uteri* po odkażeniu pochwy.

3-o. *Kolpoperorineoraphia* w celu wytworzenia wysokiego międzykrocza i uniesienia tylnej ściany pochwy ku górze, ażeby część pochwowa macicy miała oparcie na tylnej ścianie pochwy, co by sprzyjało ustaleniu macicy w przodopochyleniu.

Plan leczenia został zaaprobowany przez D-ra JAWDYŃSKIEGO i chora była przepisana na jego oddział.

Dnia 20 stycznia 1895 wyskrobałem macicę.

Dnia 3 lutego wykonałem operację *vagino-fixationis*.

W uśpieniu chloroformowem przy rozwarciu pochwy wziernikami SIMON'a ściągnąłem kulociągami część pochwową ku dołowi, przeciąłem na 1½ ctm. ponad ujściem macicznym błonę śluzową pochwy i tkankę podśluzową, doszedłem do *plica vesico-uterina* i, nie otwierając jamy otrzewnowej, przeszyłem grubą ligaturą dolną część trzonu macicy. Zdjąłem kulociągi, zepchnąłem część pochwową ku tyłowi i pociągając za prowizoryczną ligaturę maciczną, podnosiłem trzon macicy i nałożyłem 2-gą ligaturę prowizoryczną powyżej pierwszej. Postępując w ten sposób, nałożyłem 4 ligatury prowizoryczne i za pomocą nich wyprowadziłem macicę w przodopochylenie.

Następnie przeciąłem *plicam vesico-uterinam* i obszyłem szwem jedwabnym węzełkowym brzegi otrzewnej z brzegami błony śluzowej pochwy.

Wówczas dopiero nałożyłem 3 szwy jedwabne, przytwierdzające macicę do ściany pochwowej. Ujmując ligaturą górny brzeg otworu w przednim sklepieniu [błonę śluzową i otrzewną], przeszyłem ścianę macicy na przestrzeni 1—1½ ctm. i wykułem igłę w dolnym brzegu wspomnianego otworu. Szwy boczne były nałożone w kątach macicznych przy jajowodach, szew 3-ci na linii środkowej macicy. Po zawiązaniu tych ligatur macicznych nałożyłem jeszcze kilka szwów węzełkowych dla zespolenia ściany pochwowej i zamknięcia jamy otrzewnej, do pochwy włożyłem kilka pasków gazy jodoformowej.

Okres pooperacyjny przebiegał bez zakłóceń. Podwyższeń ciepłoty ponad 38° nie było wcale. Chora leżała bez kateteru, ale mocz był wypuszczany co 4—6 godzin. W 5 dni po operacji zmieniłem poraz 1-szy gazę jodoformową w pochwie, w 10 dni zdjąłem szwy pochwowe z wyjątkiem ligatur macicznych. Odtąd robiłem co 3 dni opatrunek, polegający na przepłukiwaniu pochwy roztworem sublimatu 1‰ i na zmienianiu pasków gazy jodoformowej. Przez ten czas bezwiednego wyciekania moczu nie było wcale.

W 6 tygodni po operacji zdjąłem ligatury maciczne i znalazłem macicę ustaloną w przodopochyleniu. Miesiączkowanie odbywało się po operacji prawidłowo, jak przedtem.

Dnia 7 kwietnia zrobiłem *kolpoperineoraphiam* według metody MARTIN'a w uśpieniu chloroformowem.

Po odpowiedniem okrwawieniu nałożyłem w głębi pochwy po 2 szwy z każdej strony *columna rugarum*, 4 szwy na międzykrocze.

Po tygodniu zdjąłem szwy na międzykroczu, po 10 dniach w pochwie przy zupełnym rychłozroście tkanek.

Chora pozostawała w szpitalu na obserwacji i w ciągu 3 miesięcy od czasu operacji *vagino-fixationis uteri* nie miała wcale bezwiednego wyciekania moczu. W dzień oddawała mocz 3 razy, w nocy ani razu. Macica pozostawała stale w przodopochyleniu.

W przypadku opisanym *vagino-fixatio uteri* było wykonane według metody DUEHRSEN'a, ogłoszonej w *Arch. f. Gynäk.* z r. 1894.

Od roku 1888, kiedy SCHUECKING ogłosił pierwszą operację *vagino-fixationis uteri*, po zarzuceniu jego metody, polegającej na przyszywaniu macicy do pochwy ze strony jamy macicznej za pomocą igłotrzonu wewnątrzmacicznego bez otwierania sklepienia pochwowego, utrzymały się w praktyce głównie 2 metody operacyjne: MACKENRODT'a i DUEHRSEN'a.

Metodę DUEHRSEN'owską przedstawiłem przy opisie swojej operacji i dlatego jej tutaj nie powtarzam.

Metoda MACKENRODT'a różni się od DUEHRSEN'owskiej w wielu punktach. Przecięcie ściany pochwowej ma kierunek podłużny zamiast poprzecznego.

Po oddzieleniu i odsunięciu pęcherza ku górze MACKENRODT nie nakłada prowizorycznych ligatur w celu odprowadzenia macicy ku przodowi.

Przytwierdzenie macicy do pochwy wykonywa bez otwarcia *plicae vesico-uterinae* i dzieli je na 2 momenty:

1) Zamknięcie *excavationis vesico-uterinae* przez kilka [3—8] szwów katgutowych, przyszywając *plicam vesico-uterinam* do trzonu macicy.

2) Właściwe przytwierdzenie macicy do ściany pochwowej przez nałożenie kilku szwów jedwabnych lub katgutowych, przyszywając trzon macicy do błony śluzowej i tkanki podśluzowej pochwy.

Obie metody opisałem według odmiany późniejszej, udoskonalonej, opisaną przez DUEHRSEN'a w *Archiv f. Gynäkologie*. 1894. B. XLVII H. 2 i przez MACKENRODT'a w *Berlin. klin. Wochenschrift*. 1894. № 31 i 32.

Każda z nich przed laty kilkoma przedstawiała się nieco inaczej.

DUEHRSEN w roku 1892 nie przecinał *plicam vesico-uterinam* i nie otwierał jamy otrzewnej. Po odprowadzeniu macicy za pomocą ligatur prowizorycznych nakładał on 3 ligatury jedwabne, ujmujące ścianę pochwową i trzon macicy i wiązał je na ślepo bez kontrolowania wzrokiem lub palcem, czy między ścianą pochwową i macicą nie uwięzła pętlica kiszek.

MACKENRODT w roku 1892 i 1893 przestrzegał pilnie, żeby po oddzieleniu pęcherza od fałdy otrzewnowej, obnażona powierzchnia pęcherza była ściągnięta szwem ciągłym; to miało zmniejszyć raną powierzchnię i zapobiedz wytworzeniu się jamy pomiędzy macicą, pochwą i pęcherzem i ułatwić przyleganie macicy do pochwy. W ostatniej modyfikacji szew ten, jako zbyt czyny

został przez MACKENRODT'a usunięty. W dawnej odmianie MACKENRODT przytwierdzał macicę do pochwy szwem jednopiętrowym, nakładając 2 szwy skośne, wzajemnie się krzyżujące; w późniejszej odmianie używa szwu dwupiętrowego, zamykając jednym *excavationem vesico-uterinam* i przytwierdzając drugim macicę do ściany pochwy ¹⁾.

DUEHRSEN i MACKENRODT przy dawnych modyfikacjach posiłkowali się zgłębnikiem dla odprowadzenia macicy ku przodowi, w ostatnich zaś czasach zgłębnik zarzucili, przekonawszy się, że on tylko utrudnia uniesienie trzonu macicy, uniemożliwiając zepchnięcie części pochwowej ku tyłowi.

Z pomiędzy tych 2 metod operacyjnych, DUEHRSEN'a i MACKENRODT'a, wybrałem dla swojej operacji DUEHRSEN'owską, którą uważam za lepszą.

Ułatwia ona odprowadzenie macicy ku przodowi przez prowizoryczne ligatury i pozwala przyszywać trzon macicy po otwarciu *excavationis vesico-uterinae*, a przez to zapewnia zamknięcie samej zatoki nawet przy jedno-piętrowym szwie pochwowo-macicznym i usuwa niebezpieczeństwo przyszycia kiszki i wytworzenia przetoki kałowej kiszkowo-pochwowej.

Obszycie brzegów błony śluzowej pochwy w otworze sklepienia z brzegami otrzewnej ułatwia szybkie przyrośnięcie otrzewnej przymacicznej do *plicae vesico-uterinae* i usuwa możliwość wytworzenia się bliznowatych zrostów ze ścianą pęcherza. Takie zrosty bliznowate z pęcherzem mogłyby się stać powodem bólów i zaburzeń w oddawaniu moczu przy ciąży następcej, a nawet przyczyną poronienia i dlatego należy ich unikać.

DUEHRSEN w ostatnich czasach po otwarciu *plicae vesico-uterinae* ogląda jajniki, usuwa torbiele, przecina bliznowate pasma w więzach szerokich lub otrzewnej i dopiero potem przystępuje do przytwierdzenia macicy. Ja tego wszystkiego nie robiłem, bo, mając chorobę w kuracji przez czas dłuższy, wiedziałem, że torbieli niema, że jajniki ma ona zdrowe, że zmiany bliznowate więzów macicznych zostały usunięte przez masaż, a nieżył maciczny przez wyskrobanie.

Leczenie chorób macicy i jej przydatków przed operacją *vagino-fixationis uteri*, a ewentualnie po operacji ma wielkie znaczenie ze względu, że nawroty cierpienia są powodowane zazwyczaj przez niewyleczone zapalenia przymaciczne (*residua parametritidis vel perimetritidis*) i zapalny przerost macicy (*metritis*); ciąża następca także niweczy niekiedy rezultat operacji.

W przypadkach DUEHRSEN'a nawroty cierpienia wydarzały się zwykle w pierwszych 9-ciu miesiącach po operacji, dlatego też orzeczenie co do ostatecznego wyniku operacyjnego można postawić dopiero po 9 u miesiącach.

Z pomiędzy 189 chorych operowanych przez DUEHRSEN'a [nową i starą metodą] pozostało po kilku miesiącach wyleczonych 157 [83%] i z nawrotami

¹⁾ MACKENRODT, przytwierdzając macicę do pochwy, nie otwiera nigdy *plicam vesico-uterinam* i nie wspomina o tem, aby mu się wydarzyło uwieżenie pętliki kiszki między macicą i ścianą pochwową. To powikłanie opisuje docent WERTHEIM, który, operując na klinice prof. SCHAUTA'y i stosując się do metody MACKENRODT'a przeszył kiszkę i otrzymał przetokę kałową kiszkowo-pochwową.

cierpienia 42. Z pośród tych 189 zgłosiło się do niego po 9 miesiącach 111 pacjentek [operowanych starą metodą] i pomiędzy niemi było 79 zdrowych [71%] i 32 z nawrotami. Nie można tej odsetki brać za normę wyzdrowień, bo zdrowe pacjentki często nie pojawiają się powtórnie u lekarza; można tylko przypuścić, że odsetka wyzdrowień u DUEHRSEN'a jest nieco większa od 71%, ale mniejsza od 83%.

Co do śmiertelności przy operacji *vagino-fixationis uteri*, to na 201 operacji [u 189 chorych] zdarzył się u DUEHRSEN'a 1 przypadek śmierci, co stanowi mniej niż 0,5%.

Taka śmiertelność nie powinna odstraszać od operacji wobec tego, że nawet najmniejsze operacje ginekologiczne nie są zupełnie zabezpieczone od śmierci. Wszak ZWEIFEL ogłosił, że w jego klinice przy 383 wyskrobaniach były 2 zejścia śmiertelne, a przy 151 operacjach wypadnięcia macicy 1 przypadek śmierci, a pomimo to operacje te są uważane za nieniebezpieczne.

O przebiegu ciąży i porodu u chorych, przedtem operowanych, DUEHRSEN podaje niektóre wiadomości. U tych chorych spostrzegał on 13 porodów normalnych, 6 poronień, 5 ciąży powtórnych. Z pośród 12 obserwowanych po porodzie, u 3-ech wystąpiły nawroty cierpienia.

Takie wyniki operacyjne pozwalają zaliczyć operację *vagino fixationis uteri* do rzędu zabiegów, które stosować należy nietylko w przypadkach rozpaczliwych, w których chora zgadza się na wszelkie operacje [jak w naszym], ale i w wielu innych, w celu zastąpienia drogą operacyjną zmuszonego leczenia wiankami, które, jak mara, ciągle prześladują pacjentkę, wymagając nieustannej kontroli lekarskiej, niejednokrotnie źle bywają znoszone i niezawsze mogą ustalić macię w przodopochyleniu.

L I T E R A T U R A.

SCHÜCKING. Eine neue Methode d. Radicalheilung der Retroflexio Uteri. Centrbl. f. Gynäk. 1888. Nr. 12.

SCHÜCKING. Die vaginale Ligatur d. Uter. u. ihre Anwendung bei Retroflexio Uteri u. Prol. Centrbl. f. Gyn. 1888. Nr. 42.

SCHÜCKING. Bemerk. ueber d. Method. d. vagin. Fixat. bei Retroflex. u. Prol. uteri. Centralblat. f. Gyn. 1890. Nr. 8.

DÜHRSEN. Ueber die operative Heilung d. Retroflex. Uteri. Centralblatt für Gynäkolog., 1892. Nr. 47.

MACKENRODT. Die Therapie d. Retroflex. Uteri. Ctblt. f. G. 1892. Nr. 25.

MACKENRODT. Zur Technik d. Vaginofixatio Uteri. Ctblt. f. Gyn. 1893. Nr. 29.

DÜHRSEN. Ueber die operative Heilung der mobilen u. fixirten Retroflexio Uteri auf vaginalem Wege an der Hand von 207 Operationsfällen. Arch. f. G. 1894. Bd. XLVII, str. 2.

MACKENRODT. Die Technik der Vaginofixation in Beziehung zu den Resultaten derselben. Berl. klin. Woch. 1894. Nr. 31, 32.

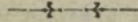
DÜHRSEN. Ueber eine neue Methode der Laparotomie (*vaginale Coeliotomie*). Berlin. klin. Woch. 1894. Nr. 29 i 30.

II. O HISTERYI, SYMULUJĄCEJ ORGANICZNE CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO.

Podał

Konstanty Stróżewski,

asystent oddziału.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 29].

B. *Tabes dorsalis.*

Spostrzeżenie, podane przez SOUQUES'a [streszczone]. A. P..., lat 37, szwaczka. Chora pochodzi z rodziny nerwowej; w dzieciństwie przechodziła wiele chorób; w małżeństwie bardzo nieszczęśliwa; od 10 lat zauważyła nieznaczne osłabienie w nogach, w 2 lata potem bóle błyskawiczne w nogach atakami, później uczucie obręczy w pasie. Nogi coraz więcej słabły i chora przy chodzeniu wyrzucała je w bok. Od 2 lat niemożność chodzenia zupełna; od roku osłabienie wzroku, podwójne widzenie przejściowe; pewna trudność przy oddawaniu moczu. Przy zapisaniu się do szpitala znaleziono: bezwład zupełny wiotki kończyn dolnych, odruchy kolanowe zachowane, osłabienie kończyn górnych; znieczulenie zupełne kończyn dolnych; zmysł mięśniowy i stawowy w dolnych i górnych kończynach zniesiony; lędźwiowa część kręgosłupa bolesna. Na dnie oka zmian żadnych; niedoślep i mikromegalopsya; od czasu do czasu napady bólów błyskawicznych i w dołku sercowym, te ostatnie z wymiotami. Za rozpoznaniem wiądu rdzenia przemawiały objawy: stopniowe osłabienie dolnych kończyn z bólami błyskawicznymi, ataksya, *crises gastriques*, widzenie podwójne i brak zmysłu mięśniowego, lecz autor, opierając się na następujących objawach, jak: znieczulenie zupełne dolnych kończyn, nadczołość dużego stopnia reszty ciała, micromegalopsya, niedoślep bez zmian na dnie oka, zupełny zanik zmysłu mięśniowego i stawowego, bezwład kończyn dolnych z ich znieczuleniem, usposobienie dziedziczne i nabyte, przychodzi do wniosku, że miano do czynienia z histeryą.

Przy rozpoznaniu pamiętać należy, że jedynie tylko takie objawy wiądu rdzenia, jak: zanik nerwów wzrokowych, cierpienia stawów i złamania kości samowolne nie spotykane były dotąd w histeryi, ale objawy te należą do radszych przy wiądzie rdzenia; inne zaś objawy, jak: osłabienie i niepewność w dolnych kończynach, bóle błyskawiczne, uczucie opasywania, znieczulenie, porażenie pęcherza moczowego, mięśni ocznych, dalej ataksya, *crises viscerales*, brak odruchów kolanowych, brak refleksu źrenicy—spotykają się często i przy histeryi.

C. *Sclerosis disseminata*

Spostrzeżenie, podane przez SOUQUES'a [streszczone]. D. D..., kowal 49 lat, pochodzi z rodziny nerwowej; w dzieciństwie był słabowity, chociaż
GAZ. LEK. NR. 31.

chorobom żadnym nie ulegał; w małżeństwie doznał wielu zmartwień. 3 lata temu po śmierci żony, nagle dostał zawrotu głowy, potem stracił przytomność i upadł na ziemię; według zeznań kolegów w ciągu 40 minut pozostawał bez przytomności, nie krzyczał, drgawek nie było. Po przyjsciu do przytomności okazało się porażenie ruchu prawostronne z utratą mowy, twarz nie była skrzywiona; w ciągu 5 miesięcy bezwład przeszedł, pozostało tylko lekkie osłabienie prawych kończyn; mowa powróciła do dawnego stanu. Po 1½ roku zjawily się bez widocznej przyczyny następujące objawy: drżenie, bóle i zawroty głowy. Wzrok zaczął słabnąć w prawym oku. Przy zapisaniu się na oddział w Salpêtrière znaleziono: mowa powolna, skandowana, do pewnego stopnia przypominająca jąkanie. W pozycji stojącej chory drży całym ciałem, szczególnie z prawej strony; przy chodzeniu drżenie zwiększa się, przyczem chory ciągnie prawą nogę; drżenie rąk przypomina drżenie przy *sclerosis en plaques*; jeśli podnosi szklankę z wodą, ręka zaczyna drzeć, wahania zwiększają się stopniowo i szklanka gwałtownie uderza w zęby, woda rozbryzguje się w strony. Drżenie w prawej ręce silniejsze, niż w lewej; porażenie prawych kończyn; odruch kolanowy osłabiony z prawej strony; język drży i zbacza haczykowato w lewo; brak porażenia nerwu twarzowego; ból i zawroty głowy. Zmiany czuciowe: znieczulenie zupełne prawej połowy ciała na wszystkie bodźce, zmysł stawowy i mięśniowy zniesiony; w jądrze lewem i lewym boku *zones hystérogènes*, znieczulenie gardzieli; brak smaku; dośrodkowe zwężenie pola widzenia w lewym oku; ślepotą prawego oka; na dnie oka zmian niema; *nystagmus* niema; *dyschromatopsia*, barwę zieloną i fioletową chory bierze za niebieską. Czasami drżenie znikalo bez widocznego powodu. Przytoczone objawy są bardzo podobne do objawów *sclerosis en plaques*, początek choroby [bóle i zawroty głowy], napad, podobny do apoplektycznego z następczem prawostronnem porażeniem i zmianą mowy, drżenie i zmiany wzroku, lecz autor wyklucza organiczną przyczynę cierpienia, gdyż wszystkie objawy, spostrzegane u chorego, noszą niezawodną cechę histeryi, mianowicie: typowe połowiczne znieczulenie, brak odruchu z gardzieli, brak zupełny zmysłu mięśniowego i stawowego; *zones hystérogènes*, dośrodkowe zwężenie pola widzenia, ślepotą bez zmian w oku, usposobienie dziedziczne. Bezwład połowiczny, utrata mowy przed 3 laty miała także charakter histeryczny: twarz nieporażona, język zbacza w lewo, zgięty haczykowato. Co się tyczy mowy, to nie była ona tyle skandowaną, ile jąkaniem, co jest charakterystycznym dla histeryi; drżenie, chociaż zupełnie przypomina drżenie przy *sclerosis en plaques*, lecz zmiany codzienne w niem, zbyt szybki rytm, zupełne wyleczenie przemawiają za histerycznem pochodzeniem.

D. *Syringomyelia*.

A. O.... Spostrzeżenie CHARCOT'a [streszczenie]. P..., lat 46, marynarz pochodzi z rodziny zdrowej; zawsze był zdrów; w ostatnich latach miał wiele zmartwień. Przed 3 laty raptem porażenie prawej kończyny górnej; po roku wyleczenie nagle; 3 miesiące przed obecną chorobą chory przebudził się znowu

z porażoną prawą kończyną górną. Przy badaniu znaleziono: porażenie prawej ręki i palców; obrzęk twardy, koloru fioletowego, z obniżoną ciepłotą zajmuje dłoń prawą; na porażonej ręce czucie na dotyk zachowane w zupełności; czucie na ból i ciepłotę [lód i wrząca woda] zniesione; zmiany czuciowe zajmują i $\frac{1}{5}$ dolną część prawego przedramienia. Wkrótce w szpitalu wystąpiły: klasyczne napady histeryczne, 2 *zones hystérogènes*, dośrodkowe zwężenie pola widzenia i inne stygmaty histeryczne. Porażenie kończyny górnej i obrzęk znikały widocznym więc jest, że objawy: porażenie ruchu, troficzne zmiany i dysocjacja czuciowa—zależały w danym przypadku, nie od syringomyelii, lecz wyłącznie od histeryi.

B. Spostrzeżenie WICHMANN'a ¹⁾ [streszczone]. Anna Fr ..., lat 27, w młodości miewała nieraz napady histeryczne; na 2 lata przed zapisaniem się do szpitala chora musiała przy pracy długo trzymać ręce w wodzie; po 3 tygodniach takiej pracy pokurczyły się palce u rąk tak, iż nie mogła je wyprostować; wkrótce potem zaczęły się robić na palcach nadżarcia, owrzodzenia, które nie chciały się goić pomimo opatrunków i wskutek tego amputowano chorej pierwszy członek 3 palca u lewej ręki, w kilka miesięcy potem 2-gi palec, a potem mały palec u lewej ręki; operację robiono bez uśpienia, gdyż chora nieczuła bólu. Przy badaniu w szpitalu znaleziono: sfera ruchowa: w prawej górnej kończynie ruchy czynne osłabione, w dłoni zaledwie widoczne; przy chodzeniu chora ciągnie prawą nogę, ruchy w teje osłabione (*hemiparesis dextra*). Odruchy: z łącznicy osłabiony, gardzielowego niema, kolanowy bardzo wzmożony z obu stron. Sfera czuciowa: czucie na dotyk osłabione na całej prawej połowie ciała, włączając głowę prócz stopy, i na kończynie górnej lewej od palcy do połowy ramienia; na teje przestrzeni *analgesia, termánaesthesia i electroanaesthesia*; 2 *zones hyperesthesiques*. Pole widzenia zwężone, szczególnie w prawem oku; zapach, smak i słuch zmniejszony z prawej strony. Autor, opierając się na braku objawów charakterystycznych dla syringomyelii [dysocjacji czuciowej, zaników mięśni i t. p.], i na obecności stygmatów histeryi (*hemiparesis dext., hymianaesthesia sensitivo-sensoriellis, zones hyperesthesiques*) doszedł do wniosku, iż miał do czynienia tylko z histeryą z objawami troficznymi. Autor obserwował chorą w ciągu kilkunastu miesięcy i podczas tego czasu chora pod wpływem hipnozy pozbywała się nieraz wszelkich objawów histeryi, po pewnym zaś czasie zjawiały się nowe lub też same objawy, np. między innymi przykurczenia palcy u rąk, a także troficzne zmiany, jak pęcherzyki, owrzodzenia na palcach, przypominając w zupełności także owrzodzenia przy syringomyelii, lecz owrzodzenia te po pewnym czasie goiły się pod wpływem wodnego roztworu kwasu bornego.

E. Amyotrofia.

Spostrzeżenie SOUQUES'a [streszczenie].

M. G..., lat 22, pochodzi z rodziny nerwowej, w dzieciństwie miewała drgawki, w 16 roku życia napady histeroepileptyczne, *crises largngées*; a w je-

¹⁾ Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. 1895.

dnym z tych ostatnich zrobiono jej tracheotomię. Chora przebudziła się z bólem silnym w rękach i obrzękiem białym. Objawy te zniknęły stopniowo; po kilku dniach chora zauważyła osłabienie w prawej ręce i wychudnienie, które szybko postępowało z każdym dniem; zjawily się wkrótce i drgawki włókienkowe. Przy zapisaniu się do szpitala znaleziono: zanik mięśni prawej ręki, głównie mięśni *thenaris*; ręka w położeniu małym, wielki palec nieruchomy; odczyn zwyrodnienia w zanikłych mięśniach; prócz tego stygmaty historyczne [*zones hystérogènes*, dośrodkowe zwężenie pola widzenia, ataki historyczne, zmiany czuciowe]. Po pewnym czasie zanik znacznie się poprawił i odczyn zwyrodnienia zniknął. Autor wyklucza w danym przypadku możliwość amyotrofii organicznej rdzeniowej, bacząc na okoliczności, w jakich się zjawila, szybki jej rozwój, znaczną poprawę i niezawodny fakt, że chora jest typową historyczką.

IV. Choroby opon rdzenia.

Pachymeningitis cervicalis hypertrophica.

Spostrzeżenie *PARIER'a* ¹⁾ [streszczone].

B. L..., tragarz, lat 53, miewał w ciągu swego życia napady nerwowe, nerwoból kulszowy, od kilkunastu lat nadużycia w picciu. Przed 3 laty stracił nagle przytomność, po odzyskaniu której okazało się porażenie prawostronne z uczuciem drętwienia i mrowienia. Po 6—7 miesiącach objawy bezwładu szybko poprawily się i zniknęły zupełnie; kilka dni przed zapisaniem się do szpitala chory przeziębil się i zmokł, nazajutrz po tem zjawil się silny ból w szyjowej części kolumny pacierzowej, który trwał 3—4 dni; ból rozprzestrzenił się do skroniowej okolicy, w prawe ramię, później w całą kończynę górną prawą; wkrótce przyłączyło się mrowienie i ból w tejże kończynie. Przy zapisaniu się do szpitala znaleziono: palce prawej ręki *en griffe*, wielki palec wyprostowany; ręka w pół wyprostowana do przedramienia. Chory podnosi prawą kończynę górną do linii poziomej, kończyna dolna prawa słabsza niż lewa; w twarzy zmian niema; znieczulenie na wszystkie bodźce z prawej strony; *zone hyperestésique* w tylnej części szyi od 2-go do 6-go wyrostka szyjowego; także *zones*: 1) nad sutką prawą, 2) *in regione epigastrica*; dośrodkowe zwężenie pola widzenia, zniesienie wężchu z prawej strony. Pozycję zachowuje chory charakterystyczną dla chorych, dotkniętych *malò* *PORRI* w części szyjowej; mięśnie karku przykurczone; ruchy głową bolesne; przy nagłym ucisku na głowę nie wywołuje się bólu ograniczonego w części szyjowej. Najżejszy dotyk *zone hyperestésique* szyjowej nadzwyczaj bolesny, mocny zaś ucisk mniej bolesny. Miano więc do czynienia z osobnikiem dotkniętym historyą: alkoholik przed 3 laty był dotknięty charakterystycznym bezwładem połowicznym historycznym; później zjawiają się objawy, przypominające zupełnie *pachymeningitis cervicalis hypertrophica*: 1) ból stały z nasileniami, 2) umiejscowienie bólu z tyłu szyi, 3) rozchodzenie się bólu do głowy i górnych kończyn, 4) szty-

¹⁾ L'histerie simul. la pachym. cerv. hypert. 1890.

wność mięśni karku, 5) uczucie mrowienia w górnej prawej kończynie i 6) osłabienie ruchu. Różnicę stanowiły następujące objawy: 1) umiejscowienie objawów chorobowych tylko z prawej strony, 2) bolesność z tyłu szyi mniejsza przy silnym ucisku, aniżeli przy dotknięciu, 3) brak zmian troficcznych na skórze, 4) najważniejszą zaś różnicę stanowiły zmiany czuciowe przy *pachymeningitis* [w okresie bólów niema zmian czuciowych, u chorego zaś było znieczulenie połowiczne i miejsca nadczułe].

V. Cierpienia nerwów obwodowych.

I. Polyneuritis.

Spostrzeżenie, ogłoszone przez doktora W. GAJKIEWICZA ¹⁾ [streszczone].

M. Z..., szewc lat 32, zapisał się do szpitala d. 4. I. 1892 r., pochodzi z rodziny zdrowej. Jesienią zeszłego roku wezwany został na manewra wojskowe, podczas których odbywał długie i uciążliwe marsze i wtedy to miał mieć silne bóle w łydkach, obrzmienie kolan, osłabienie nóg, tak, iż pewien czas nie mógł chodzić. Według opowiadania chorego, cierpieniem podobnem było dotkniętych jednocześnie kilku jego towarzyszy. Trwać to miało przez 3 tygodnie. Po zapisaniu się na oddział, chory skarżył się głównie na ból w łydkach i trudność chodzenia. Przy badaniu chorego znaleziono: silną bolesność przy naciskaniu na mięśnie łydkowe, na nerw strzałkowy (*n. peroneus*) i goleniowy (*n. tibialis*), znacznie mniejszą drażliwość przy uciskaniu na nerwy kończyn górnych i twarzy; ból głowy na wierzchołku, zwiększający się przy wywieraniu ucisku na tę okolicę; ból w niektórych miejscach kolumny kręgowej, zwłaszcza w okolicy krzyżowej, bolesność międzyżebry prawych. Bóle te przeszkadzają często choremu spać. Uskarżał się nadto na uczucie zimna, zwłaszcza w nogach. Objętość kończyn z obu stron jednakowa. Badanie strumieniem elektrycznym nie wykazuje nic nieprawidłowego w kończynach górnych. Co się zaś tyczy kończyn dolnych, to nerwy ich oddziałują dobrze na strumień galwaniczny, gdy tymczasem mięśnie nie kurczą się zupełnie, przy użyciu nawet najsilniejszych prądów, prócz mięśni łydkowych, które kurczą się z obu stron przy 4—5 MA., przychem KaSZ > AnSZ i kurcz nie dość prędkie. Nadto znaleziono w kończynach dolnych lekkie osłabienie pobudliwości faradycznej tak w nerwach, jak i w mięśniach. Badanie, kilkakrotnie powtarzane przez kol. HIGIERA i przezemnie, dawało zawsze ten sam wynik. Odruchy skórne [podeszwy, *cremaster*, brzuszny] zachowane. Z początku zupełnie nie było odruchów kolanowych; później to zjawiały się, to ginęły. Po pewnym czasie wystąpiły dwa nowe objawy: objaw ROMBERG'a i od czasu do czasu zataczanie się w tył (*retropulsio*).

Brak odruchów kolanowych wespół z objawami takimi, jak: bóle, przychodzące same przez się i przy ucisku na mięśnie i nerwy, *paraesthesiae*, znieczulenia, niemożność stania i chodzenia, zaburzenia w pobudliwości elektrycznej i t. d., mogłyby skłonić do rozpoznania zapalenia nerwów (*polyneuritis*) w kończynach dolnych, powstałego na skutek nadmiernych marszów, jakie

¹⁾ Gaz. Lek. Nr. 48. 1892.

chory bezpośrednio przed zaślabnięciem zmuszonym był robić. Autor zaś rozpoznał w danym przypadku wyłącznie histeryę, opierając się na następujących danych: szczegółowsze badanie wykazało, że zmiany w czuciu nie ograniczały się do sfery nerwów kończyn dolnych, lecz miały postać połowiczną; nadto niemożność chodzenia i stania nie zależała od osłabienia mięśni, gdyż te kończyny dolne były wtedy tak mocno wyprężone, iż nie można było przemocą ich zgiąć w kolanie. Co zaś do odruchów kolanowych, to znane są przypadki, iż w histeryi ginęły czasowo; w danym przypadku to istniały, to zginęły. Zaburzenia w równowadze niejednokrotnie spostrzegane bywają w histeryi. Toż samo można powiedzieć o pobudliwości elektrycznej. Na potwierdzenie rozpoznania, u danego chorego w krótkce wystąpiły objawy niezawodnie histeryczne: *spasmus saltatorius*, *globus*, *polyuria*, *pollakuria* i inne.

2. Porażenie nerwu twarzowego.

Do bardzo niedawnego czasu porażenie nerwu twarzowego przy histeryi było silnie zakwestyonowane; szczególnież szkoła w Salpêtrière wyrażała się kategorycznie przeciwko takiej możliwości. CHARCOT utrzymywał, zgodnie ze zdaniem, wygłoszonym przez TODD'a, że ci, co rozpoznają porażenie dolnych gałązek nerwu twarzowego histerycznego pochodzenia, nie zdają sobie dostatecznie sprawy, z jakim cierpieniem mają do czynienia, w tych przypadkach bowiem niema porażenia nerwu twarzowego, lecz kurecz języko-wargowy (*spasme glosso-labié*). Liczne fakty późniejsze przekonały i CHARCOT'a, że istnieją porażenia nerwu twarzowego pochodzenia histerycznego, aczkolwiek spotykają się rzadko, o wiele rzadziej, aniżeli spazm języko-wargowy.

Spostrzeżenie LOMBROSO'a, podane przez GASNIER'a ¹⁾ [streszczenie].

C. G...., lat 23, mężatka, nie obciążona dziedzicznie, od 18 roku życia miała napady drgawek, powtarzające się dość często, z utratą przytomności. Po jednym z nich zauważyła, że lewe oko skoszone jest nazewnątrz, i że tylko z wielkim trudem może unieść cokolwiek lewą górną powiekę, przyczem zjawia się podwójne widzenie. Autor przy badaniu chorej znalazł osłabienie dolnych gałązek nerwu twarzowego lewego i mięśnia, unoszącego lewą górną powiekę. Język, podniebionie miękkie nie porażone. Prócz tego znaleziono: *hemi-hyphaesthesia sensitivo-sensoriellis sinistra*; *ovarialgia dextra*; 3 *zonae hyperaestheticae*. Wyleczenie nastąpiło nagle. W 2 miesiące potem powrót cierpienia i wyleczenie w ciągu 4 dni samo przez się. W miesiąc później nowy powrót porażenia i wyleczenie w przeciągu tygodnia.

Przy różniczuowem rozpoznaniu między porażeniami nerwu twarzowego *a frigore* i porażeniami histerycznymi, powinniśmy brać pod uwagę następujące dane:

1) porażenie histeryczne najczęściej zajmuje tylko dolne gałązki nerwu twarzowego;

¹⁾ Étude sur la paral. faciale hyst. 1893.

2) przy histerycznych porażeniach ruchy synergiczne zwykle są zachowane, i objawy porażenia często widoczniejsze są podczas spokoju, aniżeli przy ruchach;

3) brak odczynu mięśni i nerwu twarzowego przy cierpieniu jego histerycznym;

4) obecność znieczulenia połowicznego i innych zmian czuciowych przy histeryi.

Przy odróżnianiu histeryi od chorób organicznych zwracać szczególniejszą uwagę musimy na:

1) Anamnezę [co do dziedziczności i co do przeszłości chorego].

2) Objawy cierpienia.

Przy histeryi spotykamy t. zw. stygmaty, t. j. objawy stałe i uporczywie spotykane w histeryi, jakoto: połowiczne znieczulenie czucia i zmysłów, dośrodkowe zwężenie pola widzenia, znieczulenie gardzieli, czkawkę, miejsca hysterorodne, t. j. takie, których ucisk może wywołać lub przerwać napad histeryczny. Każdy z tych objawów, pojedynczo wzięty, może być spowodowany cierpieniem organicznym. Dopiero zbiorowa ich obecność mówi za istnieniem histeryi.

Zwrócić należy dalej uwagę:

3) Na rozwój i zakończenie choroby.

Objawy histeryi powstają i kończą się przez to nagle. Wszystkie raptowne wyzdrowienia wrzekomo organicznych chorób układu nerwowego odniesione być winny do złego rozpoznania cierpienia.

4) Na etyologię; wpływy psychiczne przy histeryi odgrywają ważniejszą rolę, niż przy innych chorobach, aczkolwiek niema przyczyny, któraby mogła wyłącznie wywołać histeryę.

5) Na wyniki leczenia; na histeryę wpływ wielki miewa elektryczność, hypnotyzm, hydroterapia, sugestya; często np. po jednym już seansie hypnozy lub elektryzacyi znikają nagle objawy, trwające całe tygodnie, miesiące, co nie może mieć miejsca z cierpieniem organicznym.

Szczególniejszą trudność przedstawia t. zw. *l'hystérie monosymptomatique*, gdzie choroba przejawia się jednym objawem. Wtedy musimy bacznie zwrócić uwagę na przeszłość chorego, czy ona nam nie wykaże jakiegoś objawu histerycznego, na sposób powstania danego objawu, na okoliczności, w jakich on zaszedł, pomnając, że dany objaw jest tylko oddzielnym epizodem, jednym kółkiem łańcucha, związanem z innymi za pomocą innych trudnych na razie do spostrzeżenia.

L I T E R A T U R A.

- 1) Archives de Neurologie 1890. Nr. 60, 1891. Nr. 63, 1892. Nr. 72, 1893. NN 73, 74, 75, 77. —
2) BABIŃSKI. Les associations hystéroorganiques. Soc. méd. des hôpitaux. 11 Novembre, 1892. —
3) BABIŃSKI. Contract. organ. et hystér. 1883. 4) BARDOL. De l'hystérie simul. des mal. org. de l'encephale chez les enfans. 1893. 5) BOURNEVILLE et VOULET. De la contract. hystér. 1872. —
6) CHARCOT. Clin. des mal. du syst. nerv. T. 1. 1892. — 7) CHARCOT. Leçons du mardi. 1888. —

1889. — 8) DECOUX. De la paralys. faciale hystér. 1891. — 9) W. GAJKIEWICZ. Gazeta Lekarska Nr. 48. 1892. — 10) GASNIER. Étude sur la paral. faciale hystér. 1893. — 11) GILLES DE LA TOURETTE. Traité de l'hystérie. 1891. — 12) HIGIER. Gaz. Lek. Nr. 20. 1892. — 13) F. HUGHARD. De la paraplegie hystér. 1881. — 14) KNOUD PONTOPPIDAN. Neurol. Centrbl. Nr. 2. 1894. — 15) LEGRAND DU SAULLE. Les hystériques. 1891. — 16) L. LOEWENFELD. Neurasthenie und hysteric. 1893 i 1894. — 17) PEL. Berl. klin. Woch. Nr. 5. 1894. — 18) POIRIER. L'hystérie simul. la pachym. cerv. hypert. 1890. — 19) REYNAUD. La Loire médicale. 1885. Nr. 3. — 20) PAUL RICHER. Paralys. et contract. hystér. 1892. — 21) SOUQUES. Syndr. hystér. simulateurs des mal. org. de la moelle épinière. 1891. — 22) G. TOURNANT. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris. 1892. — 23) R. WICHMANN. Berlin. klin. Woch. Nr. 12. 1895.

III. EPIDEMIA CHOLERY AZYATYCKEJ

z r. 1894 w Warszawskim szpitalu starozakonnych.

(STATYSTYKA I SYMPTOMATOLOGIA).

Opisał

St. Pechkranc.

[Ciąg dalszy.— Patrz Nr. 29].

Przechodząc do symptomatologii cholery, wypada przedewszystkiem zastanowić się nad 2-ma kwestyami, dotyczącemi okresu wylegania i okresu zwiastunów. Długość pierwszego okresu bywa ocenianą przez różnych autorów rozmaicie — od kilku godzin do kilku tygodni. Średnia długość, o ile mię poucza materiał szpitalny, wynosi 1—2 dni. Niezgodnemi również są zapatrywania na okres zwiastunów. Czy istnieje wogóle przy choleryze jakiś okres zwiastunów? Jedni autorowie zupełnie nie przyznają takiego okresu, drudzy opisują jakies nieokreślone objawy, które mają poprzedzać chorobę, jak osłabienie ogólne, niedomaganie, szum w uszach, zawrót głowy, *anxietas praecordialis* i t. d., inni wreszcie sprowadzają wszystkie zwiastuny do biegunki [biegunka zwiastunna]. Jeśli pod nazwą zwiastunów będziemy rozumieć objawy, poprzedzające napad choleryczny [lecz nie zakażenie choleryczne], to w ogromnej większości przypadków sprowadzą się one do biegunki, przyczem biegunce tej towarzyszyć będą lub nie będą przytoczone wyżej objawy ogólne. Niektórzy upatrują nawet w tych objawach ogólnych, zwłaszcza w osłabieniu ogólnem, szybko występującem i nieproporcjonalnem do obfitości wypróżnień, charakterystyczną cechę biegunki cholerycznej, lecz pogląd taki nie zawsze okazuje się słusznym: widzieliśmy wiele przypadków, w których chorzy, cierpiąc na rozwolnienie, które następnie przeszło w ciężką postać cholery, przez cały czas trwania tego ostatniego, na nic się nie uskarżali, gdyż czuli się silnymi i rześkimi, mieli dobre łaknienie i t. d.; inni chorzy zapewniali, że biegunka była im nawet bardzo przyjemną, gdyż sprawiała ulgę. Lecz tem nie mniej faktem jest, że w większości przypadków występuje przy biegunce cholerycznej znaczne osłabienie. Drugą charakterystyczną cechą biegunki cholerycznej stanowić ma brak bólów brzucha. I ten objaw, jakeśmy niejednokrotnie mieli

sposobność przekonać się, nie jest stały, lecz poni waż przytrafia się bardzo często, zyskuje, narówni z wyżej omówionym, niejakię znaczenie rozpoznawcze podczas panowania epidemii cholery i przy pochodzeniu chorego z miejscowości zakażonej. Do nas rzadko przybywali chorzy wyłącznie tylko z rozwolnieniem, tak, że o przebiegu i czasie trwania tego ostatniego dowiadawali się przeważnie z anamnezy. Podług naszych danych, czas trwania tego okresu wynosi *maximum* 2 tygodnie; przypadków, w których okres wstępnej biegunki trwał do tygodnia, mieliśmy około 20. Najczęściej mieliśmy do czynienia z 1—2—3 dniową biegunką. Drugie miejsce pod względem częstości zajmują przypadki z kilkogodzinną biegunką. Rzadko [około 10] zdarzały się przypadki, w których rozwolnienie wstępne trwało tak krótko, że prawie nie istniało oddzielnie: chorzy z całą pewnością utrzymywali, że przed napadem cholerycznym wcale na biegunkę nie cierpieli; ci sami chorzy przed napadem nie doznawali ani burkotania w brzuchu, ani uczucia ściskania w dołku lub zawrotów głowy i t. d. Podobne przypadki we wszystkich epidemiach należą do wielkich rzadkości, a niektórzy dość poważni autorowie są nawet tego zdania, że takie przypadki nigdy się nie zdarzają, że zawsze napad choleryczny poprzedza biegunka, przypadki zaś podobne do naszych objaśniają oni tem, że większa część chorych, zwłaszcza z niższych warstw ludności, nie zwraca wcale uwagi na stan swego zdrowia i na niewielką biegunkę, nie uważa wcale za chorobę, szczególniej, jeśli ta nie wywołuje bólów. Zdanie to jest prawdziwem do pewnego tylko stopnia. Naszem zdaniem, niepodobna zaprzeczyć możliwości wystąpienia napadu cholerycznego bez uprzedniej biegunki. Mieliśmy kilka przypadków niewątpliwej cholery, w których chorzy przed napadem cierpieli nawet na zaparcie stolca, a sam napad występował nagle wśród nocy, przyczem bezpośrednio po pierwszym wypróżnieniu lub podczas niego zjawiały się wymioty i w ciągu kilku godzin rozwijał się obraz cholery zamartwicznej. Następnie spostrzegaliśmy i takie przypadki, gdzie sprawa zaczynała się od wymiotów, które w ciągu kilku godzin wzmogły się do tego stopnia, że, zanim jeszcze wystąpiło rozwolnienie, chory wpadał w stan zamartwiczny.

Czy istnieje jaki związek między czasem trwania biegunki wstępnej a ciężkością zakażenia cholerycznego? Na pytanie to możemy odpowiedzieć: tak. Te przypadki, w których biegunka trwa przez czas bardzo krótki [parę godzin], mają zwykle przebieg ciężki i kończą się bardzo często niepomyślnie. Co się zaś tyczy tych przypadków, w których biegunka zwiastunna trwała przez kilka dni, to nie można uchwycić związku między czasem jej trwania a zejściem choroby, choć wogóle otrzymuje się także wrażenie, że im dłuższy jest ten okres, tem częściej rozwija się tyfoid i tem dłużej trwa okres zdrowienia. Czas trwania biegunki wstępnej zależy widocznie od charakteru epidemii: im cięższą jest ta ostatnia, tem więcej się zdarza przypadków z krótkotrwałym okresem biegunki. Można także zauważyć związek między czasem trwania biegunki zwiastunnej, a okresem epidemii: na szczycie epidemii widzimy najwięcej przypadków z krótkotrwałym okresem biegunki wstępnej, jak o tem poucza także epidemia z r. 1894.

W powyższem nadawaliśmy biegunce, o której mowa, nazwę „zwiastunnej, wstępnej“. Nazwa ta, wprowadzona przez J. GUÉRIN'a, stosowną jest, według słusznej uwagi JACCOUD'a, tylko dla tych przypadków, w których biegunka stanowi pierwszy okres zakażenia cholerycznego, pierwszą fazę w rozwoju cięższych postaci cholery.

W oddziałach szpitalnych dla chorych cholerycznych ma się do czynienia prawie wyłącznie z takimi chorymi, którzy pierwszy okres cholery przebyli w domu; rzadko tylko zdarza się, aby chorzy przybywali do szpitali w okresie biegunki. Takich przypadków mieliśmy 12. Wobec tego na podstawie materiału szpitali nie możemy orzec, o ile częstą jest ta postać cholery, która ogranicza się tylko na rozwolnieniu, postać, dla której nie nadaje się nazwa biegunki wstępnej, lecz dla której nie jest także odpowiednią nazwa, proponowana przez JACCOUD'a—cholera śluzowa (*cholera muqueux*), gdyż wypróżnienia bardzo szybko nabierają charakteru surowiczego i wogóle tego samego wyglądu i składu, jakim odznaczają się w cięższych postaciach (*cholera séreux, asphyxique*—JACCOUD). Takim postaciom lepiej byłoby nadawać poprostu miano „biegunki cholerycznej“, nie przesądzając o dalszym przebiegu choroby, a czy dana biegunka była zwiastunną, czy nie, o tem można sądzić tylko *a posteriori*. Ta postać cholery jest bardzo częstą we wszystkich epidemiach, aczkolwiek nie w jednakowym stopniu. Zależy ona albo od znacznej odporności ustroju, albo od małej ilości jadu cholerycznego, który przedostał się do ustroju, albo wreszcie od słabości tego jadu. Biegunka choleryczna, jako najłżejsza postać cholery, daje naturalnie najlepsze rokowanie, lecz tem nie mniej niebezpieczeństwo, jakie zagraża osobom, w podeszłym wieku będącym, jest wielkie: kilkakrotnie widzieliśmy, że u starców, dotkniętych jedynie tylko biegunką choleryczną, rozwijał się stan zamartwicy i następowało zejście śmiertelne.

Po dłuższym lub krótszym okresie biegunki wstępnej, a w niektórych przypadkach, jakeśmy rzekli, i bez tej ostatniej, rozwija się stan zamartwicy (*status algidus*). Większość chorych przybywała do nas właśnie w tym okresie. Wygląd takich chorych jest bardzo charakterystyczny. Patrząc na chorego, znajdującego się w okresie zamartwicy, otrzymuje się wrażenie silnej intoksykacji, jak to bywa w istocie.

Wychudzony, z twarzą zapadłą, z wystającymi kośćmi licowemi i zaostrowym nosem, z napółzamkniętymi oczami i białkami oczu zwróconemi ku górze, z sinicą szczególnie wyraźną na wargach i na końcu nosa, chory leży zimny, bezwładny, dręczony od czasu do czasu silnymi kureczami, słabnąc coraz więcej po każdym wypróżnieniu lub wymiotach, wyrażając swe skargi głosem cichym, słabym, niejasnym, albo suchym, wysokim. Twarz i głos chorego są do tego stopnia typowe, że słusznie otrzymały nazwę „cholerycznych“ (*vox cholericæ, facies cholericæ*). Kończyny i tułów są zimne, wilgotne i sine. Skóra utraciła normalną sprężystość; jest ona zwiotczała, zmarszczona, ujęta w fałdę bardzo wolno się wyrównywa. Brzuch wpadnięty, w dolnej części nieco wypukłony, przy ucisku niebolesny; przy obmacywaniu czujemy konsystencję woskową lub chlebocącą, często pod palcami czujemy przelewanie. Język jest czysty lub obłożony lepkiem nalotem, często zimny na dotyk. Wydechane przez chorego powietrze jest

zimne. Przy zupełnem braku łaknienia istnieje niczem nie dające się ugasić pragnienie, od którego chory doznaje katuszy; przy nieogłędnem zaspakajaniu pragnienia wymioty wzmagają się, co znów zwiększa pragnienie, tak, że tworzy się błędne koło. Czynność serca jest słabą; tony głuche, 2-gie tony często wcale niesłyszalne, tętno małe, ledwo wyczuwalne, wkrótce zupełnie znika. Czynność nerek głęboko zakłócona, zjawia się *ischuria* lub zupełna *anuria*. Świadomość zupełnie zachowana. Chory doznaje zawrotu głowy, szumu w uszach, uczucia ściskania *sub scrobiculo*, kołatania serca, uczucia trwogi; lecz bardzo prędko nastrój chorego zmienia się i on wpada w stan zupełnie obojętny, apatyczny; występuje śpiączka (*coma*), która nareszcie kładzie kres cierpieniom chorego. Taki jest w o gólnych zarysach obraz okresu zamartwiczego. Lecz nie we wszystkich przypadkach daje się spostrzeżeć opisany wyżej przebieg: jest on właściwy przypadkom z bardzo ostrym przebiegiem.

W innych przypadkach, dość licznych, swoiste objawy choleryczne, jako to wymioty, rozwolnienie, kurcze, ustają, zjawia się tętno, ciepłota ciała podnosi się do lub powyżej normy, czynność nerek zostaje przywrócona, jednym słowem, chory wstępuje w okres odczynu. Często zdarza się także, że objawy stanu zamartwiczego stopniowo zmniejszają się i nareszcie znikają, chory poczyną się poprawiać, gdy wtem, bez wszelkiej widocznej przyczyny, wymioty i rozwolnienie nanowo się pojawiają i znów rozwija się stan zamartwiczcy, w którym chory ginie, choć zdarzają się przypadki, że chory znów pomyślnie wychodzi z tego stanu.

Zanim przyjdziemy do rozpatrzenia oddzielnych objawów cholery na podstawie naszego materiału szpitalnego, zastanówmy się nad kwestyą t. zw. cholery suchej (*cholera asiatica sicca*). Czy istnieje taka postać cholery i co należy rozumieć pod tą nazwą? Nazwa ta łączy się zazwyczaj z taką postacią cholery, w której albo zupełnie niema wymiotów i rozwolnienia albo są one nader skąpe, lecz mimo to chory popada w stan głębokiej apatyi i przy znacznym upadku czynności serca, bezmoczu oraz silnych i rozprzestrzenionych kurczach mięśniowych, szybko, niespełna w dobę, umiera. Nie wszyscy autorowie przyznają tę postać cholery, co, zdaje się, zależy od tego, że nie wszyscy ją jednakowo pojmują: podczas gdy jedni [np. DIERL], utrzymujący, że tylko tę postać cholery możnaby nazwać chelerą suchą, przy której byłby zupełny brak przesięku w przewodzie pokarmowym, obstają przytem, że taka postać wcale nie istnieje, drudzy natomiast łączą tę nazwę z wyżej wzmiankowanemi postaciami cholery. Zapatrując się na omawianą kwestyę z punktu widzenia klinicznego, my, z naszej strony, utrzymujemy, że cholera sucha bez wątpienia istnieje. Co prawda, nie spostrzegaliśmy przypadków, w których byłby zupełny brak wymiotów i rozwolnienia, lecz u kilku [3—4] chorych wydzielimy były o tyle skąpe, a przebieg cierpienia do tego stopnia [ostry i złośliwy, że przypadki te w zupełności zasługiwały na miano cholery suchej. Przypadki te dotyczyły młodych ludzi, cierpienie rozpoczynało się do uczucia znacznego osłabienia i silnych kurczów wielu mięśni, wymioty bywały 1—2 razy, [bardzo skąpe, rozwolnienia albo wcale nie było albo bardzo nieznaczne, przebieg piorunujący. Prócz tego spostrzegaliśmy także takie przypadki [3], w których

przy zupełnym braku rozwolnienia i wymiotów [jeden chory raz wymiotował po olejku rycynowym, drugi wskutek upicia się wódką] pojawiły się u młodych ludzi, pochodzących z zarażonej miejscowości, których krewni zapadli przy objawach niewątpliwej cholery azyatyckiej, nader rozległe i silne [bolesne] kurcze mięśniowe. Prócz braku łaknienia i obłożenia języka [istniało także wybitne osłabienie ogólne], nie było żadnych innych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Chorzy byli to ludzie mocnej budowy, bez wszelkich śladów konstytucyi neuropatycznej odziedziczonej lub nabytej. Obydwaj chorzy wyzdrowieli. 2 przypadki były szczegółowo opisane przez nas¹⁾.

Rozpatrzmy teraz niektóre właściwości kliniczne minionej epidemii. Ta ostatnia cechuje się przedewszystkiem, w porównaniu z innymi epidemiami cholery, skąpością wydzielin żołądkowo-kiszczowych. W ogromnej większości przypadków zdarzały się t. zw. stolce ryżowe, niemniej jednak w dość licznych przypadkach zupełnie rozwiniętej cholery wypróżnienia bywały, aczkolwiek wodniste, lecz zabarwione żółcią i podobne w pewnym stopniu do zupy grochowej. Przez ten okres przechodzą zawsze stolce ryżowe, gdy poczynają przeobrażać się w normalne wypróżnienia. O takich przypadkach tu nie mówimy, lecz o tych, w których wygląd stolców był taki od początku choroby. O ile przekonał się, to takie przypadki dają względnie niezłe rokowanie. Stolce niezawsze są bezwonne, przeciwnie czasem są cuchnące. O znalezieniu przez nas w roku 1892 laseczników przecinkowatych w prawie całkiem upostaciowanych stolcach chorych cholerycznych była już mowa w „Etyologii“; tam również wzmiankowaliśmy, że w kilku przypadkach niewątpliwej cholery, pomimo wielokrotnych badań w okresie zamartwiczym i odczynowym, nie zdołaliśmy stwierdzić w wypróżnieniach obecności spirylli Koch'a. Z przypadkowych domieszek zanotowaliśmy kilkarotnie obecność w stolcach martwych tasiemców i *ascaris lumbricoides*.

Drugą cechę charakterystyczną minionej epidemii stanowi wybitna częstota krwawych stolców, którym tu poświęcimy trochę więcej miejsca. Wszystkich przypadków było 26, co wynosi 6,2% ogólnej liczby chorych cholerycznych [417]. Z nich najwięcej przypada na pierwsze 4 tygodnie [licząc od otwarcia u nas oddziału] 15, na następne 4 tygodnie—8, na pozostałe 2 tygodnie — 3 przypadki.

Tak więc na szczycie epidemii było najwięcej przypadków z krwawymi wypróżnieniami. Z 26 chorych wyzdrowiało trzech [mężczyzna 42 lat mający, kobieta 30 i 41 lat], co daje nam dostateczne pojęcie o rokowaniu w takich przypadkach. U d-ra NIKOLSKIEGO²⁾ na 5 przypadków krwawych stolców było 5 zejść śmiertelnych. U d-ra RÓŻAŃSKIEGO³⁾ z 35 chorych z takimi wypróżnieniami wyzdrowiało tylko 2 chorych. Między 26 naszymi chorymi było 16 mężczyzn i 10 kobiet. Jeśli weźmiemy odpowiednio stosunki

¹⁾ Gaz. Lek. 1894. Nr. 36.

²⁾ Cholernaja epidemia w Szliselburgskom prigorodnom uczastkie Petierburga. 1893—1894. Wiestnik obščestwiennoj higieny i t. p. Ku. 2. Awgust. 1894.

³⁾ Cytow. u NIKOLSKIEGO.

tych cyfr do liczby wszystkich mężczyzn [233 z niewątpliwą cholera] i kobiet [184], to otrzymamy dla mężczyzn 6,9%, dla kobiet 5,4%, czyli, że mężczyźni częściej cierpieli na takie rozwolnienie, aniżeli kobiety. W stosunku do cyfry zmarłych każdej płci, otrzymamy dla mężczyzn 14,8%, dla kobiet 12,3%. Nadzwyczaj ciekawy jest wpływ wieku. Na 26 chorych z krwawymi wypróżnieniami 23 miało przeszło 40 lat. W wieku od 40 do 50 lat było 8 chorych, od 50 do 60 lat — 6 chorych, od 60 do 70 lat — 6 chorych, od 70 do 80 lat — 2 chorych, od 80 do 90 [82 lat] i chory. Jeśli weźmiemy stosunki tych cyfr do liczb chorych w odpowiednim wieku, to okaże się, że na krwawe stolce cierpiało w 5-em dziesięcioleciu życia 17% chorych [liczba chorych w tym wieku będących=47], w 6-em dziesięcioleciu [29 chorych] 20,7%, w 7-em dziesięcioleciu [21 chorych]—28,6%, w 8-em dziesięcioleciu [5 chorych]—40%, w 9-em dziesięcioleciu [1 chory]—100%. Z przytoczonych cyfr można wywnioskować, że wiek do 40 lat jest mało usposobiony do zachorowania na rozwolnienie krwawe i że u osobników, liczących przeszło 40 lat, rozwolnienie to przytrafia się często i to tem częściej, im starszy jest dany osobnik, zapadający na cholere. Zmiany anatomiczne, powodujące powstawanie krwawych stolców w cholere, polegają już to na silnem przekrwieniu błony śluzowej kiszek, doprowadzającym do wynaczynienia, już też na ciężkich zmianach dyfterytycznych [nekrotycznych], które są analogiczne do tych, jakie spotykamy w cholere i na innych błonach śluzowych. Patagoneza tego zjawiska bywa rozmaita. Nie można tu odmówić pewnej roli materyom gnilnym, wytwarzanym w kiszkiach. „Wstrzykiwania materyi gnijących, robione przez MAGENDI'ego, potem przez GASPARD'a i ponawiane przez STICH'a, przez BÉHIER'a, powodują krwotoki kiszkiowe...“¹⁾. Z drugiej strony wiadomo, że rozpuszczalne wytwory mikrobowe, wprowadzone do ustroju, mogą również wywołać wynaczynienia. „W przebiegu choroby, jaką wywołuje mikrob błękitnej ropy, niejednokrotnie spostrzegano wylewy krwawe w ścianach kiszek. Takież wynaczynienia spostrzegali EHLERS i NEUMANN u człowieka. Otóż wprowadzając toksyny z hodowli rzeczzonego mikroba do żył królika, częstokroć udaje się wywołać owe krwotoki w ścianach przewodu pokarmowego, a ma tu miejsce istotne otrucie, gdyż owe krwotoki pojawiają się nagle, bezpośrednio po opezcacy, jeżeli tylko użyte zostały znaczne dawki toksyny“²⁾. Częstość, z jaką krwawe stolce zdarzają się w wieku podeszłym, dałaby się, być może, objaśnić istniejącymi już przedtem zmianami błony śluzowej kiszek, stanem naczyń błony śluzowej i zmniejszoną z wiekiem energią życiową anatomicznych elementów przewodu kiszkiowego.

Na 26 przypadków w 9 wypróżnienia krwawe ukazały się w okresie zamartwiczym, a 17—podczas okresu odczynowego, 8 razy—3 dnia od początku choroby, 4 razy—4-go dnia, 4 razy—5-go i 1 raz—6-go dnia. Czas trwania rozwolnienia krwawego bywa rozmaity: w naszych przypadkach wahał się on od kilku

1) Wykłady z dziedziny patologii ogólnej i szczegółowej, wydane pod kierunkiem prof. CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. Przekład polski, str. 151.

2) Ibidem.

godzin do 3—4 dni. Śmierć następowała w kilka godzin do kilku dni od chwili ukazania się krwi w stolcach: w 13 przypadkach tego samego dnia, w 4-ch—nazajutrz, w 3-ch—3-go dnia, w 2-ch—4-go i w jednym—6-go dnia. Tak więc, więcej niż w połowie wszystkich przypadków [23 przypadków śmierci], ten dzień, w którym pojawiły się wypróżnienia krwawe, był ostatnim dniem w życiu chorego. Rozwolnienie krwawe zwykle trzyma się do samej śmierci; tylko w rzadkich przypadkach [u nas w 2-ch] ustaje na 1—2 dni przed śmiercią.

Co się tyczy wyglądu tych wypróżnień, to w niektórych przypadkach przedstawiają prawie czystą krew, tylko rozcieńczoną płynem wodnistym, i wówczas są obfite i bezwonne; w innych razach są one gęstsze ze znaczną domieszką śluzu, mniej obfite niż poprzednie, zazwyczaj także bez zapachu. Te ostatnie stolce, ukazujące się zwykle w okresie reakcyjnym, przedstawiają niezmierne podobieństwo do dyzenterycznych. 2 razy była tylko domieszka krwi do płynnych lub już kaszkowatych wypróżnień. W kilku [5] przypadkach stolce były czarne, ciągnące się [zmieniona krew, zmieszana ze śluzem]. Wreszcie nierzadko zdarzały się stolce barwy brudnej, miejscami z domieszką czystej krwi, z obfitymi ciemno-szarego koloru kłaczkami, cuchnące. Co się tyczy objawów towarzyszących, zauważyć należy, że bóle brzucha zdarzają się rzadko [zanotowane wszystkiego w 4 przypadkach], wydymania również są rzadkie i przyłączają się zazwyczaj tylko do wypróżnień, podobnych do dyzenterycznych [zajęcie najniższego odcinka kiszek]. Ogólny stan takich chorych jest ciężki, najwięcej zaś budzi obaw przy zgorzelinowych zmianach kiszek. Aby zakończyć z tym przedmiotem, dodamy jeszcze jedną uwagę.

Spostrzegając takich chorych, nie mogliśmy się oprzec tej myśli, że stolce ich są zaraźliwe, że mogą się udzielać innym chorym, pozostającym w tem samym pomieszczeniu: mianowicie zauważyliśmy, że przypadki krwawych stolców zdarzały się szczególnie często na pewnych salach i na pewnych łózkach, pomimo dezynfekcyi wypróżnień, palenia sienników, prześcieradeł i t. d., po każdym chorym cholerycznym. Okoliczność ta nas do tego stopnia zastanowiła, że nie mogliśmy uważać jej za przypadkową. Później, czytając sprawozdanie d-ra NIKOLSKIEGO o epidemii cholery w okolicach Petersburga ¹⁾ znaleźliśmy tam potwierdzenie naszego przypuszczenia w następujących słowach: „O ile odpornym jest zarazek cholerycznych wypróżnień krwawych, nam nie udało się stwierdzić, lecz, według spostrzeżeń d-ra RÓŻAŃSKIEGO, jest on bardzo trwałe i urąga zwykłej dezynfekcyi. Jak utrzymuje d-r R., pomimo starannej dezynfekcyi lokalu po takich chorych inni chorzy umieszczeni tam pozarządzali się i podostawali takiego samego rozwolnienia. Warto byłoby dokonać bardziej szczegółowych poszukiwań nad temi wypróżnieniami“. Być może nie od rzeczy będzie przypomnieć w tem miejscu teorię HŁAVY, według którego wynaczynienia krwi, zdarzające się w przebiegu niektórych chorób zakaźnych, mają być zależne od swoistego lasecznika krwotokorodnego („he-

¹⁾ Op. citat.

*morrhagipare*⁴⁾). Pewna liczba bakterjologów podziela zdanie Hlavý. CHARCOT, nie przecząc tym badaczom, robi następującą uwagę¹⁾: „Dany zarazek chorobotwórczy, który zwykle nie sprowadza krwotoków, może w pewnych szczególnych warunkach nabywać tę zdolność. Nie zapominajmy nigdy, iż zarazki bynajmniej nie są niezienne tak co do swej postaci, jak i co do swych czynności. Zakaźność ich się wzmacnia lub słabnie w miarę własnej ich żywotności, w miarę modyfikacji, jakim podlega grunt, w miarę różnic wieku, gatunku i t. d.“ [patrz wyżej: częstość krwawych stolców w wieku podeszłym].

W symptomatologii cholery pierwsze miejsce po rozwolnieniu zajmują wymioty. Przypadków bez wymiotów, lecz tylko z rozwolnieniem, mieliśmy 12; z tych 3 miały zejście niepomyślne. W większości przypadków wymioty były nieobfite, lecz częste. W przypadkach z obfitymi wymiotami godną jest uwagi ta łatwość, z jaką przychodzi do skutku akt wymiotny: nie wymaga on od chorego żadnego wysiłku. Jaccoud trafnie porównywa go do zwracania zawartości żołądka (*regurgitatio*). Pierwsze masy wymiotne składają się zwykle z resztek pokarmowych: widywaliśmy często w nich niestrawione kawałki ogórków, śliwek, gruszek, kartofli i t. d. Następnie wymiociny przedstawiają płyn wodnisty, zabarwiony żółcią, a w końcu bezbarwne masy wodniste. Te ostatnie podobne są do ryżowatych wypróżnień, lecz w nich rzadziej i w mniejszej ilości napotyka się kłębki śluzu, tak charakterystyczne dla odchodów ryżowych, wskutek czego są one więcej przezroczyste. Po każdym akcie wymiotnym chory czuje się coraz bardziej zmęczonym i osłabionym, choć sam akt nie jest połączony z żadnym wysiłkiem. Często zdarza się, że wymioty na pewien czas ustają i następnie nanowo powracają i takie wahania mogą odbywać się po kilkakroć. Wtedy w przestankach zazwyczaj występuje czkawka, powodująca nieraz silne bóle w okolicy nadbrzuszej. Uporczywa czkawka, nie ustępująca działaniu najenergiczniejszych środków [morfina, kokaina w dużych dawkach...], stanowi *signum mali ominis*.

Wymioty, pojawiające się w okresie odczynu, są często pochodzenia mocznicowego. Wymioty potęgują pragnienie, zaspakajanie zaś pragnienia wzmacnia wymioty. Z napojów nasi chorzy lepiej znosili gorące [np. gorącą herbatę], aniżeli zimne. Jako przypadkową domieszkę, spostrzegaliśmy w 5 przypadkach martwe askarydy w wymiocinach.

Podobnie jak krwawe stolce, napotyka się w cholery i krwawe wymioty, aczkolwiek bardzo rzadko. Spostrzegaliśmy 5 podobnych przypadków [4 mężczyzn, 1 kobieta]; z tych tylko w jednym nastąpiło wyzdrowienie [mężczyzna 54 lat]. Wiek tych chorych: jeden—2 lata, 3—poniżej 30 lat, jeden—54 lat. W 2-ch przypadkach wymioty pojawiły się na szczycie napadu choleerycznego, w 3-ch—w okresie odczynowym [4, 5 i 7 dnia choroby]. Co się tyczy wyglądu krwawych wymiotów, to w 2 przypadkach były one z początku czerwone, a po 2—3 dniach ciemne, podobne do fusów: w 1 przypadku domieszka

¹⁾ Wykłady z dziedziny patologii ogólnej i szczegółowej, wydane pod kierunkiem prof. CHARCOT, BOUCHARD, BRISAUD. Przekład polski.

świeżej, czerwonej krwi do mas wymiotnych ciemnego koloru, w jednym przy padku—czerwonawe, wodniste, i wreszcie w jednym—z początku ciemne, a p-2 dniach obfite, z czystej krwi, ponawiające się co parę dni. Bóle *in epigastrio* albo były umiarkowane, albo też wcale ich nie było. Żaden z chorych, dotkniętych krwawymi wymiotami, nie miał krwawych stolców. Żaden z rze czonych chorych nie miał przedtem objawów peptycznego wrzodu żołądka, [napadowy ból brzucha, wymioty, wymioty krwawe...]. Mechanizm powsta wania podobnych wymiotów jest rozmaity: w niektórych przypadkach — pę knięcie naczyń błony śluzowej żołądka wskutek nadmiernych wysiłków wymio tnych, w innych razach, prawdopodobnie zmiany nekrotyczne na błonie ślu zowej żołądka i t. d. [porównaj wyżej patogenezę krwawych wypróżnień].

Objawy ze strony układu nerwowego.

Układ nerwowy w cholercie cierpi niezmiernie często, częściej, aniżeli przy innych chorobach zakaźnych, przyczem zaburzenia dotyczą wszystkich czynności jego: psychicznej, ruchowej, czuciowej, swoistej [sfery zmysłów], naczynioruchowej, wydzielniczej i troficznej.

I w tem niema nic dziwnego, gdyż przyczyny działające tu są wieloliczne: głębokie zaburzenie krążenia krwi, utrata ogromnych mas wody, toksyny... Świadomość zostaje zachowaną bardzo długo, tylko w okresie reakcyjnym przyćmiewa się często, przyczem u wielu chorych daje się spostrzegać skłon ność do snu (*coma*). Bredzenie bywa zwykle ciche i zjawia się niezadługo przed śmiercią, tylko w 4 przypadkach spostrzegaliśmy bredzenie maniaka lne, przyczem chorzy krzyczeli, śpiewali, kęsali otaczających. U 2-ch z tych chorych można było z całą pewnością wykluczyć alkoholizm, u pozostałych 2-ch był on bardzo wątpliwy. U jednej kobiety, która zachorowała na chole rę w 6 tygodni po porodzie, była w okresie poporodowym mania, która zakoń czyła się pomyślnie. W okresie reakcyjnym cholery wystąpiła u tej chorej ostra psychoza, która trwała przeszło 2 tygodnie. Chora była nadzwyczaj niespokojna, prawie wcale nie sypiała, krzyczała, śpiewała, kęsała. W moczu chorej przez kilka dni były ślady białka. Chora przedstawiała nadto objawy katalepsy, nadczułość skóry. Pomimo wielu powikłań [rumień rozlany, od leżyna w okolicy krzyża, liczne ropnie, ropne zapalenie gruczołu sutkowego], chora wyzdrowiała. Wielu chorych na kilka godzin do jednej doby przed śmiercią zdradza silny niepokój, zrywa się z łóżka i usiłuje uciec. Żaden z tych chorych nie wyzdrowiał.

Ilekróć służba opowiadała nam, że chory „lata“, stawialiśmy, pomimo niezłego tętna, dostatecznej dyurezy i t. d., złe rokowanie i ani razu nie po myliliśmy się. Co się tyczy nastroju chorych, to w początku daje się spo strzegać pewna trwoga, niepokój, stan podniecenia, który wkrótce ustępuje miejsca apatyi, kompletnej objętności na wszystko.

W okresie zamartwiczym często dają się słyszeć skargi na ból w okolicy serca i w dołku podsercowym, kołatanie serca, uczucie braku powietrza, a w okre-

sie odczynowym—na ból głowy, zawrót głowy, szum w uszach, chociaż te ostatnie objawy występowały nie rzadko już na szczycie napadu cholerycznego.

[D. c. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

61. -L. Weiss. O dowolnem wyleczeniu zez (Ueber das Schilen und seine Spontanheilung).

Nieraz zauważyć się daje, że zez zbieżny z latami się zmniejsza i nareszcie zupełnie znika. Zdarza się także, że pousunięciu zez zbieżnego za pomocą operacyi, z latami zaczyna się rozwijać zez rozbieżny. Fakty te stoją w sprzeczności z teorymi, tłómaczącemi powstawanie zez zbieżnego. Jeżeli przyjąć teorię DONDERS'a, według której zez ten zależy od zbyt wielkiej czynności mięśnia akkomodacyjnego, to zrozumieć jedynie można fakt ten, że zez zbieżny znika przy zmniejszeniu się dalekowzroczności. Częściej jednak dalekowzroczność się powiększa, siła akkomodacyjna z latami się zmniejsza, a mimo to zez znika zupełnie. Znikania zez zbieżnego przewadze mięśnia wewnętrznego, bo przewaga ta powiększa się jeszcze z biegiem czasu.

Najprościej, zdaniem autora, tłómaczą znikanie zez zmiany, które zachodzą w oczodole podczas rozwoju kości głowy i twarzy. Główna zmiana zasadza się na tem, że z latami oczodoły przyjmują kierunek więcej rozbieżny. Setki wymiarów, jakich autor dokonał u chorych z zezem zbieżnym i rozbieżnym, przekonały, że zachodzą charakterystyczne różnice w kierunku oczodołów, i że kierunek oczodołów jest w związku z rodzajem zez. Fakt ten spostrzegali autor już dawniej. Być bardzo może, że na powstawanie i znikanie zez wpływają i inne czynniki, autor jest jednak zdania, że najczęściej znika zez zbieżny dla tego, że oczodół przyjmuje kierunek więcej rozbieżny.

(Kongres okulistyczny w Heidelbergu. 1893).

L. Feinstein.

62. Goldzieher. O nieznanym dotychczas objawie zupełnego porażenia nerwu twarzowego (Ueber ein bisher unbekanntes Symptom der completeen Facialis-lähmung).

Zdaniem autora łyzy pochodzą z dwóch źródeł: 2 gruczołów łzowych i łącznicy. Gruczoły łzowe wydzielają łyzy tylko przy pewnem podrażnieniu [przy płaczu], podczas gdy z łącznicy łyzy wydzielają się bezustannie i służą do odwilżania worka łącznicowego. Z fizjologii wiadomo, że innerwatorem gruczołu łzowego jest *nervus trigeminus*, a właściwie gałązka jego *n. lacrimalis*. Badania anatomiczne i kliniczne przeczą temu. Zdaniem HEULE'go pytanie, czy rzeczywiście *n. lacrimalis* dochodzi do gruczołów łzowych, należy uważać za nierozstrzygnięte. ARNOLD wprost zaprzecza temu. Według HYRTL'a *n. lacrimalis* prawdopodobnie dzieli się, nie dochodząc do gruczołu łzowego, na dwie gałązki, z których jedna łączy się z drugą gałęzią nerwu trójdzielnego, a druga prze-

chodzi do gruczołu; za pewnik jednak tego nie uważa. Dane fizyologiczne w tej kwestyi pierwsi podali CZERMAK i KOLOMAN VON BALOGH. Autorowie ci, jak również późniejsi, a mianowicie ULRICH VON HERZENSTEIN i DEMTSCHENKO utrzymują, że nerw trójdzielny jest innerwatorem gruczołów łzowych. REICH w laboratorium BRUECKE'go dowiódł, że poprzednie doświadczenia były błędne. Dopiero badania VULPIAN'a i JOURNAE'a pozwalają przypuszczać, że nie nerw trójdzielny, lecz twarzowy jest innerwatorem gruczołów łzowych. (*Nervus facialis* za pomocą *n. petrosus superficialis major* łączy się z *ganglion spheno-palatinum* i drugą gałęzią nerwu trójdzielnego.) Za przypuszczeniem tem przemawiają kliniczne spostrzeżenia, a mianowicie kilka przypadków, obserwowanych przez różnych autorów i przez GOLDZIEHER'a. Przypadek autora jest następujący: leczyla się u niego chora z *episcleritis* na oku lewem; jednocześnie chora była dotkniętą bezwładem nerwu twarzowego prawego. Podczas płaczu chora przedstawiała widok bardzo pouczający: lewe oko było mokre od łez, gdy prawe było suche, chora płakała jedynie okiem lewem. Autor spostrzegał to u chorej kilkakrotnie. Identyczny prawie przypadek ogłosił HUTCHINSON. Przypadek UTHOFF'a, w którym jednostronny płacz spowodowany został wyrwaniem zęba i następczem zapaleniem drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego, da się wytłómaczyć w ten sposób, że w danym razie właśnie zajęte były wyżej wspomniane włókna, łączące *facialis* z *trigeminus*. Czwartym przypadkiem spostrzegał znowu sam autor; przytacza on również kilka przypadków, gdzie przy podrażnieniu nerwu twarzowego występowało wzmożone wydzielanie się łez. Ostatecznie autor dochodzi do wniosku, że jednostronny płacz należy uważać za objaw zupełnego bezwładu nerwu twarzowego, przy częściowem zaś bezwładzie, np. z powodu uszkodzenia nerwu w okolicy *foramen stylo-mastoideum*, objawu tego nie będzie, bo odpowiednie włókna wyżej odchodzą (z *ganglion geniculatum*).

Leon Feinstein.

63. Schneyer. Przyczynek do różniczkowego rozpoznania pomiędzy rakiem żołądka a wrzodem okrągłym.

Podczas trawienia ilość leukocytów we krwi zwiększa się; zjawisko to nosi nazwę leukocytozy trawienia. Występowanie tej leukocytozy już dawno stwierdzili badacze niemieccy: MOLESCHOTT, NASSE i HIRT; wszelako niektórzy badacze, a szczególnie francuscy, jak: HAYEM, MALASSEZ zaprzeczali istnieniu tego zjawiska. Niezgodność ta zależy od nieściśłych sposobów badania. Zaslugę więc POHL'a stanowi wykazanie za pomocą dokładniejszego sposobu badania, iż po dostarczeniu zwierzętom, przez pewien czas głodzonym, pokarmu, obfitującego w białko, zwiększa się zawsze ilość białych ciałek krwi.

LIMBECK i RIEDER wykonywali odnośne doświadczenia u ludzi, i wyniki ich badania wypadły w zupełnej zgodności z wynikami POHL'a, t. j. że we krwi ludzi, przedtem głodzonych, a następnie odżywianych pokarmem, obfitującym w białko, ilość białych ciałek zawsze się zwiększa.

SCHMIDT-MUEHLEIM, jak wiadomo, wykazał, że białko zostaje wessanem tylko wówczas, gdy przedtem ulegnie peptonizacji. HOFFMEISTER zajął się zbadaaniem dalszych przemian peptonu i przekonał się, że większa jego część zostaje wessaną przez liczne komórki limfatyczne, zawarte w błonie śluzowej

przewodu pokarmowego i jego torebkach, nieznaczna zaś część jego przechodzi bez zmiany do krwi. Pepton, związany z ciałkami limfatycznymi, przechodzi wraz z nimi do krwi i tym sposobem nie wydziela się przez nerki, podobnie jak i ta ilość peptonu, która bezpośrednio do krwi przechodzi.

HOFFMEISTER, obserwując dalsze losy wchłoniętego peptonu, zauważył, że tkanka adenoidalna żołądka i jelit cienkich wypełnia się podczas trawienia komórkami limfatycznymi, które wówczas przedstawiają ogromną ilość figur karyokinetycznych. Wessany zatem pepton wywiera na komórki limfatyczne wpływ drażniący, wywołując w taki sposób rozmnażanie się tych ostatnich. W związku z peptonizacją białka i wchłanianiem peptonu znajduje się właśnie według POHL'a leukocytoza trawienia, gdyż wraz z rozmnażaniem się komórek limfatycznych podczas trawienia, następuje wzmożone przenikanie ich do krwi. To też leukocytoza występuje li tylko podczas trawienia tłuszczów, wodorów węgla i soli.

Opierając się na wynikach badań HOFFMEISTER'a i POHL'a, można było już z góry przypuścić, że w stanie patologicznym błony śluzowej przewodu pokarmowego, przy zmniejszeniu lub nawet przy zupełnym zaniku jej działalności fizjologicznej, zmieni się też i t. zw. leukocytoza trawienia. Temi właśnie doświadczeniami zajął się SCHNEYER. Badając skład krwi przy raku, wrzodzie okrągłym i łagodnym bliznowatym zwężeniu odźwiernika stwierdził, że w tych cierpieniach zachodzą tak charakterystyczne zmiany leukocytozy trawienia, że mogą w przypadkach wątpliwych posłużyć do celów rozpoznawczych. Sposób badania był następujący: pozbawiono chorych pokarmu na 16 godzin; naczem zliczono ilość białych ciałek krwi. Następnie chory dostawał 800 ctm. sześć. mleka z dodatkiem czasami dwóch jajek na miękko; ciężko zaś chorym, cierpiącym na brak łaknienia, dawano tylko 400 ctm. sześć. lub 600 ctm. sześć. mleka. W godzinę, dwie i trzy po spożyciu tego pokarmu ilość białych ciałek krwi zliczono po raz drugi za pomocą przyrządu THOMA-ZEISS'a. Rozumie się, że badania przeprowadzono z możliwą skrupulatnością i z zachowaniem wszelkich wymaganych ostrożności. Lecz nawet przy takim skrupulatnym badaniu nie można uniknąć błędów w granicy jednego tysiąca, tak, że dopiero zwiększenie się ilości leukocytów przynajmniej o tysiąc można uważać za objaw leukocytozy. Odnośne badania przeprowadził autor u 18 chorych na raka żołądka, u trzech ze zwężeniem bliznowatym odźwiernika, u ośmiu z wrzodem okrągłym. Wynik badań był następujący: w żadnym przypadku raka żołądka nie było z wyjątkiem leukocytozy trawienia.

[Taki sam rezultat dały badania MUELLER'a w pięciu przypadkach raka żołądka, kilku niedokrwistości i zastoju w obrębie żyły wrotnej]. Leukocytoza nie występowała, bez względu na to, czy rak przedstawiał się w postaci wyczuwalnego guza, czy też guza nie wyczuwanego; brak leukocytozy nie zależał również od stopnia charłactwa, od istnienia lub od nieobecności kwasu solnego wolnego lub dostarczanego po jedzeniu. Przeciwnie w trzech przypadkach bliznowatego zwężenia odźwiernika i w ośmiu wrzodach okrągłym stwierdzono znaczne powiększenie się ilości białych ciałek krwi po przyjęciu pokarmu, obfitego w białko.

W jednym tylko przypadku wrzodu okrągłego leukocytoza nie wystąpiła, ale wyjaśnić to można było współlistnieniem znacznego wycieńczenia i częstych krwotoków żołądkowych, wskutek czego mógł nastąpić upadek fizyologicznej działalności narządów trawienia. Brak leukocytozy przy raku żołądka autor kładzie wyłącznie na karb zmian anatomicznych błony śluzowej żołądka: objaw ten bowiem występuje niezależnie od charłactwa, braku wolnego kwasu solnego i zwężenia odźwiernika.

Podczas gdy wrzód okrągły jest sprawą mniej więcej miejscową, przy raku przeciwnie zmiany anatomiczne zajmują całą błonę śluzową, wskutek czego ulega osłabieniu ruch robaczkowy, siła wchłaniania i peptonizacja białka, która konieczną jest do powstawania leukocytozy trawienia.

Badanie krwi na leukocytozę trawienia ma znaczenie rozpoznawcze w przypadkach, w których zachodzi wątpliwość, czy mamy do czynienia z rakiem, czy z wrzodem okrągłym żołądka, zwłaszcza przy krwawych wymiotach, kiedy nie można wykonać badania chemicznego zawartości żołądka.

(*Zeitschrift für klin. Med.* II. V u. VI. 1895).

G. Lewin.

Wiadomości bieżące.

— Kol. GRZANKOWSKI mianowany został ordynatorem nadetatowym szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

— Prof. III kliniki chirurgicznej w Wiedniu po DIRTL'u, który zrzekł się z powodu wieku jej prowadzenia, mianowany został prof. ENGLISCH.

— III międzynarodowy kongres dermatologów odbędzie się w Londynie od 4—8 sierpnia 1896 r.

— Redakcja „*Deutsch. med. Woch.*“ zebrała 10240 przypadków dyfterytu, z których 5790 było leczonych surowicą przeciwbłoniczą, a 4450 — nie. W leczonych śmiertelność wynosiła 9,5%, a w nieleczonych 14,7%.

— Prof. kliniki chirurgicznej w Innsbruku NICOLADONI objął także katedrę w Grazu.

Zmarli: w Płocku dr. DRUŻYŁOWSKI;
we Lwowie dr. JENDL;
w Heidelbergu prof. Moos, znany otyatra.
w Tübingen prof. oftalmologii NAGEL.

Odpowiedź od Redakcyi.

Kol. Wrześniowskiemu w Częstochowie. W braku gazu zalecamy użycie do termostatów lampki petroleinowej z elektrycznym regulatorem. Cena takiego termostatu w fabryce Lautenschläger'a [Berlin, Oranienbergstrasse] wynosi około 50 rs.. Przy nakładzie większym [300 rs.] zaopatrzyć się można w przyrząd, służący do otrzymania gazu z gazoliny. Ilość wytworzonego gazu pozwala na założenie 18 lampek. Przyrząd ten zatem służyć może do wszelkich potrzeb laboratoryjnych. Nabyć go można u inżyniera v. RICHTER'a [Berlin, Blücherplatz, 3].

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дов. Цензурою, Варшава 20 Юля 1895 г.

Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej

w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigulek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi 0,03	1) Dragées ferri albuminati 0,05
„ „ „ 0,05	„ „ carbo tici-Blandii minor $\bar{a}\bar{a}$ 10,00 = 100
„ „ „ 0,05 c. acid. arsenicos 0,001	„ „ „ Blandii major $\bar{a}\bar{a}$ 15,00 = 100
„ kreosoti Fagi 0,10	„ „ „ Valletti
„ „ „ 0,10 c. acid. arsenicos 0,001	„ „ dialisati peptonati 0,05
„ kreosoti Fagi 0,15	„ „ lactici 0,05
„ „ „ c. balsam. tolutan $\bar{a}\bar{a}$ 0,05	„ „ oxydulati Kirchmani (Eis magn. pill.)
„ acid. arsenicos 0,001	„ guajacoli 0,05
„ aloes 0,10	„ „ 0,05 c. acid. arsenicos 0,001
„ balsam. peruviani 0,05	„ „ 0,05 c. extr. belladonae 0,0001
„ „ „ 0,05 c. acid. arsen. 0,001	„ ichtyoli 0,05
„ chinini ferro-citrici 0,05	„ jodoformii 0,05
„ „ muratici 0,05	„ „ 0,05 c. acid. arsenicos 0,001
„ „ sulfurici 0,05	„ „ 0,05 c. morph. muratici 0,004
„ extr. Cascar. sagrad. fluid. 0,5	„ pepsini 0,05 (c. acid. muriat.)
„ „ hydrast. Cenadens. fluid. 0,5	„ picis 0,05
„ „ rhei comp. 0,05	
„ „ rhei simpl. 0,05	
„ „ Valerianae spir. 0,10	

1) Dwie pigułki odpowiaają jednej tyżeczce roztworu.

Dragées czyli pigułki cukrem powlekane, pomimo swego pięknego wyglądu posiadają tę wyższość przed innemi formami lekarskimi, że zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem ślazowym i wyciągiem lukrecjowym, że zapobiegają rozkładowi lub też ułatwianiu się danego leku jakim podlegać może pod wpływem tlenu powietrza i długiego przechowywania, że znoszą nieprzyjemny smak lub zapach stosowanych środków leczniczych i że pozwalają z największą ścisłością dozowanie przepisanego leku.

Wszelkie zamówienia na draże z żadaną kompozycją jak najchętniej przyjmuję, lecz w ilości niemniejszej dwóch funtów, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) mniejszych ilości pigulek jest niemożliwem.

J. RUTKOWSKI

Apteka i Pracownia Chemiczno-farmaceutyczna

w Warszawie, ulica Długa Nr. 16. Telefonu Nr. 155,

poleca:

Przetwory chemiczno-farmaceutyczne specjalnie **Ekstrakty lecznicze** (*Extracta fluida, spissa et sicca in vacuo paratae*), wyrabiane przez perkolację i wyparowanie w próżni.

Nowe środki lekarskie sprowadzane z pierwszych źródeł z chwilą pojawienia się w handlu.

Czyste przetwory chemiczne do celów analitycznych.

Barwniki Dra G. Grüblera w Lipsku do badań mikroskopowych.

Różne przyrządy pomocnicze do robót mikroskopowych, jako to: szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, miseczki, flaszki, igły, szpadle, pincety i t. p.
(dla aptek i szpitali ceny hurtowe). 26—12

St. Dr. Żel.

między

Wrocławiem-Halbstat.

Kąpiele SALZBRUNN

na Szląsku

Sezon

od 1 Maja

do końca Września.

407 n. p. morza; łagodny klimat górski; rozprzestrzeniony park; wspaniały zakład mleczny i żętyczny (mleko sterylizowane, kumys, kefir); gabinet pneumatyczny; zakład kąpielowy, Masaż i t. d.

Główne źródło: **Oberbrunnen**, od r. 1601 znane, skuteczne w chorobach gardła i krtani, oskrzeli i płuc, katarze kiszek i żołądka, chorobach wątroby, nerek i pęcherza, pedogrze i diabetycznych.

Rozsyłka wód Oberbrunnen przez Panów
Furbach & Striebold

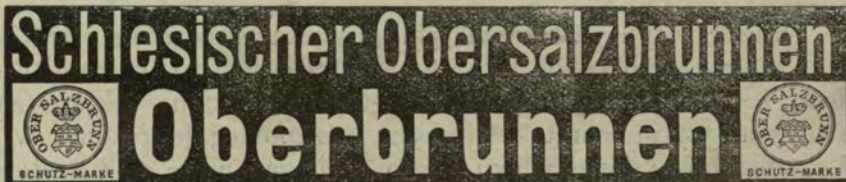
Wszelkie informacje o miejscowości kuracyjnej
przez Książecą „Plessische“ Dyrekcyę kąpielową

w Salzbrunn.

6—6

D-r W. MAYZEL Asyst. Uniw. wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteriologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteriologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).



Pierwszorządne alkaliczne źródło, stosowane z powodzeniem od r. 1604.

Analizy i szczegółowe wiadomości o źródle wysyła bezpłatnie pocztą:

Kantor transportowy książęcych mineralnych wód w Obersalzbrunnen.

Furbach i Striebold, Salzbrunn na Szląsku. Składy we wszystkich aptekach i magazynach aptekarskich. 10—4