

GAZETA LEKARSKA.

I. ZMIENNOŚĆ NAPRZEMIENNA W NAPIĘCIU TĘTNA (*Allotensio pulsus*).

Podał

Władysław Janowski,
ordynator szpitala Dz. Jezus.

— † — † —

Jeżeli określenie arytmii, czyli asystolii tętna weźmiemy w najogólniejszym znaczeniu tego wyrazu, t. j. jeżeli będziemy pod nią pojmować wszelkie zboczenie od normy, to przyznać musimy, że w zwykłym klinicznym spostrzeganiu tego objawu miewamy do czynienia tylko z pewnymi jego odmianami, podczas gdy inne w warunkach zwykłych od naszej obserwacji się usuwają. Mianowicie, klinicznie stwierdzamy zazwyczaj niemiarowość tętna, polegającą bądź na nienormalnym jego rytmie (*p. irregularis, embryocardia etc.*), bądź na niejednakowej wielkości oddzielnych jego fal (*p. inaequalis, p. alternans, p. paradoxus*), bądź wreszcie na jednoczesnym skombinowaniu tych dwóch nieprawidłowości prawidłowem (*p. bigeminus, trigeminus alternans*), lub zupełnie nieprawidłowem (*p. irregularis, inaequalis, inaequalis intermittens, deficiens...*). Łatwo jednak wyobrazić sobie teoretycznie, że tętno może różnić się od normalnego tylko tem, że napięcie lub charakter oddzielnych jego fal nie będą jednakowe, podczas gdy rytm jego i wielkość pozostaną prawidłowemi. W odczycie swoim o tętnie [Odczyty kliniczne. 1897, Nr 1 i 2, str. 61] zwracałem już uwagę na to, że skoro jest faktem powszechnie wiadomym, że tętno normalne, lub nawet twarde, może stawać się przy gorączce miękkim; skoro tętno zwykle może stawać się czasowo twardem pod wpływem warunków przemijających [ostre zapalenie nerek, otrucie łożyskiem]; skoro tętno szybkie (*celer*) może pod wpływem tych samych warunków stawać się twardem, a przy skombinowaniu dwóch wad aorty może być u tego samego osobnika raz typowo szybkim, raz typowo wolnym, innym znów razem pośredniem między jednym i drugim: to należy przypuścić, że, wyczekawszy odpowiedniej chwili, możnaby stwierdzić moment przejścia jednego rodzaju tętna w drugi, które wyraziłoby się na krzywej sfigmograficznej jako swego rodzaju arytmia, polegająca na niejednakowym charakterze fal, zmieniającym się stopniowo w jednym lub w drugim kierunku. Mówiłem wtedy, że takie tętna, o ile by się dały stwierdzić bezpośrednio, należałoby też zaliczyć do swego rodzaju nie-

równych, czego się dotąd nie robi, gdyż mianem tem oznaczamy tylko tętno ze zmienną wielkością oddzielnych fal, a nie ze zmiennym ich charakterem lub napięciem.

Przypadek zrządził, że byłem w stanie stwierdzić klinicznie bezpośrednio istnienie takiego rodzaju arytmii tętna, które *à priori* dało się dotąd tylko przypuścić. Spostrzeżenie to zrobiłem na pewnej chorej Franciszce D., lat 21 liczącej, przybyłej na mój oddział 22-go lutego r. b.. Chora ta przeżyła 4 lata temu ospę i od tego czasu ma szereg coraz bardziej wzrastających dolegliwości. Mianowicie, nie może zupełnie chodzić, ani zajmować się żadną pracą, bo dostaje przytem silnej duszności; nadto od czasu do czasu brzękną jej nogi, zmniejsza się ilość oddawanego moczu, występuje czasem silny kaszel, któremu parę razy [raz nawet w szpitalu] towarzyszyło krwioplucie. Gdy chora leży, czuje się dobrze; skoro jednak trochę pochodzi, duszność i bicie serca zaczynają ponownie jej dokuczać. Badanie obiektywne wykazuje objawy zwężenia lewego ujścia żylnego i niedostateczności zastawki dwudzielnej. Oprócz powyższych wywiadów, przemawiają mianowicie za tem rozpoznaniem: zachodzenie granicy prawej komórki serca po za środek mostka; czasami pomruk koci u wierzchołka serca; stały szmer presystoliczny, słyszalny u wierzchołka serca i przeprowadzony, choć mniej wyraźnie, do tętnicy płucnej i aorty; szmer post-systoliczny u wierzchołka serca; występująca czasami, choć nie stale, gwałtowność pierwszego tonu u wierzchołka; silne wzmoczenie drugiego tonu tętnicy płucnej, wreszcie zmienność tętna. Tętno to było jednak przez parę tygodni pobytu chorej w szpitalu miarowe, 80—90 na minutę, czasami zupełnie normalne, czasem nieco miękkie [Rys. 1], czasami zaś nieco twarde [Rys. 2]. Dla ścisłości dodaję, że chora białka w moczu nie ma. Chora mówiła co parę dni o biciu serca, które jej czasem dolega, ale podczas wizyty szpitalnej nigdy się na nie

Rys. 1.



Rys. 2



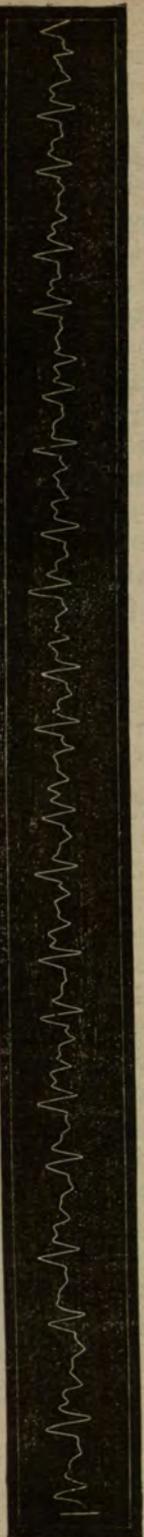
nie skarżyła. Dopiero 10 marca dostała podczas wizyty szpitalnej gwałtownego bicia serca. Było ono tak silnem, że tętnienie tętnic szyjowych można było doskonale widzieć i zliczyć na odległość kilkunastu kroków (*sic*) od chorej. Tętno na tętnicy promieniowej wydało mi się początkowo zbyt małem, bym mógł być pewnym stwierdzonej na niem ilości uderzeń na minutę. Można było je jednak zliczyć z zupełną łatwością, patrząc na tętnienie tętnic szyjowych (*aa. carotides*) lub przy trzymaniu ręki na gwałtownie uderzającym wierzchołku serca. W ciągu kilkunastu minut stwierdzałem przytem 192—220 uderzeń na minutę. Napad ten *tachycardiae paroxysmalis* trwał prawie 1½ godziny. Zdjęte sfigmografem DUDGEON'a tętno to, jak widać na rysunku 3-im, przedstawiało szczególną osobliwość. Mianowicie, jedne fale jego są mięciutkie,

monokrotyczne, inne zaś zgoła do nich niepodobne, wyraźnie twarde, często nawet anakrotyczne. Nieprawidłowość ta powtarzała się na kilku zdjętych krzywych sfigmograficznych z prawidłowością, widoczną na załączonym tu rysunku 3-im. Mianowicie, zawsze po jednej fali monokrotycznej następowała twarda, potem trzecia była znowu monokrotyczna, czwarta zaś i piąta znowu twarde. Kolej ta powtarzała się dalej z tą samą prawidłowością, tak, że z pomiędzy każdych 5-ciu fal tętna zawsze 1-a i 3-a były monokrotyczne, 2-a zaś, 4-a i 5-a—twarde.

Przypominam, że tętno omawianej tu chorej było w okresach zupełnej swej miarowości przez kilka dni twardem. Fale więc 2-a, 4-a i 5-a są dla naszej chorej jakby normalne, monokrotyczne zaś [1-a i 3-a] stanowią anomalię, która wystąpiła dopiero podczas napadu *tachycardiae*.

Widzimy w ten sposób na jednej krzywej sfigmograficznej oddzielne fale tętna o krańcowo różnym napięciu. Ponieważ zaś ta zmienność w napięciu tętna powtarza się prawidłowo naprzemian, co jedno, lub co dwa uderzenia, proponuję więc nazwać anomalię tę zmiennością naprzemienną w napięciu tętna (*allotensio pulsus*). Jak długo trwała w danym przypadku ta prawidłowość w nieprawidłowości, ze ścisłością określić nie mogę. W każdym razie mam ją ustaloną na 4-ch krzywych, zdjętych kolejno w ciągu kilkunastu minut. Na innych krzywych, zdjętych również podczas tego napadu, widać też bardzo wyraźnie, obok fal twardych, monokrotyczne z ostrym prawie wierzchołkiem; ale następują one tu po sobie już nie zawsze z taką prawidłową naprzemiennością, jak to widać na rysunku 3-im. Po napadzie, który trwał 1½ godziny i ustąpił tak samo nagle, jak przyszedł, chora miała — i ma też dotąd — tętno miarowe, dość duże, najczęściej nieco miękkie.

Znaczenie praktyczne, względnie rozpoznawcze lub prognostyczne opisanego tu fenomenu tętna jest żadnem. Niepodobna go wreszcie nawet palcem rozpoznać. Przeciwnie, teoretycznie tętno to jest bardzo ciekawem. Dowodzi ono bowiem rzeczowo, że mogą istnieć nieprawidłowości tętna, przejawiające się tylko znacznem wahaniami w napięciu oddzielnych jego fal; czyli dowodzi nadzwyczajnej żywości gry wazomotorów. Na pierwszy rzut oka wydaje się nadto, że fale monokrotyczne są na załączonym rysunku większe od twardych. Różnica ta jest jednak rzekomą, gdyż za to podstawa tych fal jest węższą od podstawy fal twardych, *resp.* anakrotycznych. Siła więc fal tych, ich wartość, jest jednakoowa, a ztąd o nierówności tętna (*p. inaequalis*) nie może tu



być mowy. Już sam fakt możliwości tak szybkiej gry wazomotorów jest zadziwiający. Jeszcze bardziej zaś zadziwiająca jest prawidłowość, mianowicie naprzemiennosc co 1 lub co 2 tych wahań w czynności wazomotorów, utrzymywana przez pewien czas, pomimo tak nadzwyczajnie szybkiej działalności tętna. Niezmiernie szybka działalność serca musiała w danym razie wpływać w ten lub inny sposób na tę tak żywą grę wazomotorów. Trudno objaśnić przypuszczenie to ze ścisłością. Przemawia jednak za niem ta okoliczność, że gdy gwałtowna czynność serca ustąpiła, napięcie tętna stało się znowu jednostajnym, przynajmniej w szeregu fal, podlegających naszej obserwacji palcem lub utrwaleniu krzywej sfigmograficznej.

W dziewięć dni po pierwszym napadzie chora dostała [19. III] również podczas wizyty szpitalnej drugiego napadu *tachycardiae paroxysmalis*, z 190—210 uderzeniami na minutę. Tetno, zdjęte w początku tego napadu, było zupełnie miarowem, bardzo małym, z wiercholkiem prawie okrągłym. W kilkanaście minut później krzywa sfigmograficzna wykazała taką samą anomalię, jak na rysunku 3-im, z tą jednak różnicą, że występowanie fali monokrotycznej regularnie co 1 i co 2 uderzenia trwało krótko, poczem fale twarde i monokrotyczne następowały po sobie w innej kolei lub bez określonego porządku.

II. SYFILIS DZIEDZICZNY, JAKO PRZYCZYNA CHORÓB NERWOWYCH.

Opracował

Konstanty Stróżewski.



Dzięki licznym i doskonałym pracom, jakie pojawiły się w ciągu ostatnich 50 lat, wiadomo nam, jak wybitną rolę odgrywa syfilis nabyty w etiologii chorób układu nerwowego. Co się tyczy znaczenia syfilisu dziedzicznego, jako momentu etiologicznego w powstawaniu cierpień nerwowych, kwestya ta jeszcze dotychczas, aczkolwiek przez wielu autorów poruszana, nie jest dość znaną i rozpowszechnioną. Bacząc na częstość syfilisu dziedzicznego i na wielkie znaczenie umiejętnego rozpoznania właściwego cierpienia i pod względem naukowym i pod względem praktycznym, powziąłem zamiar w pracy niniejszej zapoznać czytelnika z cierpieniami nerwowymi, jakie powstają wskutek syfilisu dziedzicznego.

Zanim przejdę do właściwego tematu, postaram się przedstawić panujące dziś pojęcia o dziedziczeniu syfilisu i przejrzyć objawy, z których sądzić możemy o obecności dziedzicznego syfilisu. Dla zupełniejszego i jaśniejszego przedstawienia omawianej kwestyi pozwolę sobie przytoczyć w krótkości odpowiednie spostrzeżenia kliniczne z dostępnej mi literatury; ograniczam się do takich spostrzeżeń, w których rozpoznanie nie ulega wątpliwości i zostało w przeważnej liczbie przypadków, stwierdzonem przez badanie pośmiertne.

Począwszy od PARACELSA, do ostatnich prawie czasów panowały różnorodne pojęcia o możliwości dziedziczenia syfilisu i o sposobach przeniesienia zarazy na potomstwo. Były szkoły, utrzymujące, że przyczyną dziedziczenia syfilisu jest ojciec [przez nasienie], inne, że matka [przez jajko]; byli zwolennicy nauki, według której dziecko zaraża się od matki dopiero podczas porodu, przechodząc przez jej narządy płciowe; wspomnieć nareszcie należy o licznych w dawnych czasach, a i teraz jeszcze istniejących antymerkuryalistach, którzy utrzymują, że objawy, przypisywane syfilisowi dziedzicznemu, są skutkiem leczenia rtęcią rodziców, dotkniętych syfilisem.

KASSOWITZ'owi należy się zasługa należytego opracowania i ugruntowania obecnie panujących pojęć o dziedziczeniu syfilisu.

Przy poczęciu płodu mogą być następujące kombinacje: 1) tylko ojciec zarażony jest syfilisem, 2) tylko matka, 3) oboje rodzice i 4) płód poczęty przez zdrowych rodziców, lecz matka podczas ciąży zaraża się syfilisem.

Ad 1. Jeśli ojciec ma podczas zapłodnienia pierwsze lub wtórne objawy syfilisu, w takim razie dzieci rodzą się bardzo często zarażone; jako odstępstwo od tego prawa dotychczas [znane są nadzwyczaj nieliczne spostrzeżenia [ZEISSEL, GRUENFELD (1), GREFBERG] Jeśli ojciec ma trzeciorzędne objawy lub też nie ma żadnych objawów dawniej przebytego syfilisu (*Latenzsyphilis*), dzieci mogą się rodzić zdrowe. Przyjętem jest obecnie prawo [KASSOWITZ, P. DIDAY (2)] stopniowego z biegiem czasu słabnięcia intensywności dziedzicznego syfilisu, chociaż są i przeciwne spostrzeżenia, np. HUTCHINSON'a, ERLÉNMEYER'a (3). Ten ostatni spostrzegał bardzo szczegółowo przypadek, w którym 1-sze i 4-te dziecko urodziło się z objawami syfilisu dziedzicznego, 2-gie i 3-cie zdrowe zupełnie. FERRAS (4) spostrzegał często, że po wielu zdrowych dzieciach rodziły się jeszcze dzieci, zarażone syfilisem. Spostrzeżenia takie mają ważne, praktyczne znaczenie, gdyż są wskazówką, iż w przypadku urodzenia się zdrowego dziecka nie należy uważać ojca już za wyleczonego całkowicie i nie należy przerywać swoistego leczenia, które wywiera dodatni wpływ na stan zdrowia następnego potomstwa. Jak długo trwa zdolność przekazywania dzieciom syfilisu, trudno określić; są spostrzeżenia, w których po 20–30 latach skrytego okresu syfilisu dzieci rodziły się dotknięte syfilisem [HENOCH, LEE].

Ad 2. Znaczna część autorów przyjmuje, że matka, mająca w jakimkolwiek bądź okresie syfilis, zawsze rodzi dzieci zarażone. BAERENSPRUNG utrzymuje, że matka z trzeciorzędnymi objawami syfilisu może rodzić zdrowe dzieci. Wogóle wpływ syfilisu na płód ze strony matki jest znacznie szkodliwszym, aniżeli ze strony ojca, ponieważ wpływ ten jest bardziej długotrwałym. Niektórzy autorowie [ZEISSEL, BEDNAK, MAYER] utrzymują, że kobiety z zastałym syfilisem są bezpłodne, doświadczenie jednak nie potwierdza tego zdania.

Ad 3. Przy syfilisie obojga rodziców dzieci rodzą się zarażone.

Ad 4. Jedni [BAERENSPRUNG, KASSOWITZ, MANDON] utrzymują, że dziecko rodzi się wtedy zdrowe, większość autorów [ZEISSEL, FOURNIER, LANCEREAU i inni] że dziecko jest zarażone. Niektórzy przywiązują wagę do czasu, w jakim nastąpiło zarażenie: czy w początku, czy w końcu ciąży.

Ciekawą jest wielce kwestya, czy matka, rodząc zarażone syfilisem dziecko, pozostaje zdrową, czy też zaraża się. Znanem jest i bardzo rozpowszechnionem prawo BAUMÉS-COLLES'a, według którego od zarażonego płodu zawsze następuje zarażenie matki, t. z. *choc en retour* RICORD'a, przyczem występują od razu wtórne objawy u matki, a nawet według HUTCHINSON'a mogą wystąpić od razu objawy trzeciorzędne. SZADEK (79) uważa, iż łożyskowe zarażenie się płodu syfilisem od matki jest bardzo wątpliwem, gdyż w zwykłych okolicznościach zarazek syfilityczny nie może przeniknąć przez łożysko.

Istnieją w literaturze bardzo ściśle spostrzeżenia [BERTIN, HAASE, BENDNAŘ, KOEBNER, ERLÉNMEYER, 43 przypadki KASSOWITZ'a], stwierdzające, że matka może urodzić zarażone syfilisem dziecko, pozostając sama zupełnie zdrową. Wiadomo ogólnie, że matka, która urodziła zarażone syfilisem dziecko, może karmić je bez narażania się na zarażenie od niego syfilisem, gdy tymczasem bardzo często takie dzieci zarażają karmiące je mamki. Fakt powyższy służy jako ważny argument dla zwolenników prawa BAUMÉS-COLLES'a; lecz fakt ten dowodzi jedynie pewnego rodzaju uodpornienia matki. FINGER (80) przypuszcza, iż w niektórych przypadkach odporność u matek, płodzących syfilityczne dzieci, następuje wskutek działania na ustrój matki toksyn, wytworzonych przez jad syfilityczny. Spostrzeżenia KASSOWITZ'a (5), TAYLOR'a, DIDAY'a, HUTCHINSON'a dowodzą, że w przypadku, jeśli cierpienie zostaje wyleczonem, matka, która poprzednio rodziła zarażone syfilisem dzieci, zaczyna rodzić zdrowe dzieci; toż samo bywa, jeśli takie kobiety wychodzą powtórnie za zdrowych mężczyzn. Spostrzeżenia kliniczne i próby szczepienia dowodzą, że matki dzieci syfilitycznych mogą uleść zarażeniu, aczkolwiek mniej łatwo, aniżeli inne osoby. RANKE (6) podaje ciekawy pod tym względem przypadek, mianowicie: mąż na 11 lat przed ożenieniem się miał pierwotne owrządzenie syfilityczne z następnymi objawami syfilisu, żona urodziła 2 dzieci z objawami syfilisu, sama pozostając zupełnie zdrową; dopiero karmiąc drugie swe dziecko, dostała na brodawce od piersi *ulcus durum* z następnymi objawami syfilisu. Dziedziczny syfilis jest zaraźliwym, dowodem czego często spostrzegane zarażenie mamki przez dziecko z objawami syfilisu dziedzicznego, a także syfilis dziedziczny może być przekazywanym następnym pokoleniom. Ciekawy przypadek syfilisu w 3 pokoleniach spostrzegał ETIENNE (7): dziadek umarł w 57 roku życia na napad apoplektyczny, babka w 55 roku, cierpiąc w ciągu ostatnich lat na próchnienie syfilityczne kości czaszkowych; syn ich w 34 roku miał napad niemoty (*aphasia*), która pod wpływem swoistego leczenia ustąpiła zupełnie; potem cierpiał na bóle głowy i zaburzenia umysłowe; i te objawy znikły wskutek leczenia swoistego; umarł wskutek apopleksyi. Żona nie miała objawów syfilisu, rodziła 15 razy, z tego 5 pierwszych poronień, a 8 w następującym stanie: 1) z powstrzymanym rozwojem, zaczęło mówić dopiero w 8 roku życia, 2), 3), 4), 5) i 6) cierpią na bóle głowy i zaburzenia psychiczne, ustępujące pod wpływem leczenia swoistego, 7) cierpi na podejrżane wysypki na skórze i 8) przyszło na świat zmacerowane z przedziurawieniem podniebienia twardego.

Osobniki, dotknięte syfilisem dziedzicznym, zwykle posiadają odporność przeciwko syfilisowi nabytemu, lecz są i spostrzeżenia przeciwne [E. LANG].

Syfilis dziedziczny przejawiać może się zaraz lub wkrótce po urodzeniu i wtedy mamy do czynienia z syfilisem wczesnym (*syphilis hereditaria precox*), lub też w wieku późniejszym (*syp. tarda*). Niektórzy autorowie nie uznają tej drugiej formy, utrzymując, że syfilis dziedziczny zawsze przejawia się zaraz po urodzeniu, lecz objawy są często mało wyraźne, wskutek czego otoczenie nie zwraca na nie dość uwagi [POLLAK (8), WOLFF (9)]. ERLÉNMEYER [l. c.] opisał 2 przypadki późnego przejawu syfilisu dziedzicznego, w których chorzy spostrzegani byli bardzo szczegółowo przez lekarzy od samego urodzenia i żadnych objawów syfilisu nie mieli do 12, albo 15 roku życia. Według FOURNIER'a (10), większość przypadków syfilisu dziedzicznego, późnego daje pierwsze objawy w dzieciństwie, mniejszość zaś dopiero w późniejszym wieku. Na 272 przypadki, zebrane przez FOURNIER'a, 251 w przypadkach syfilisu dziedzicznego przejawiał się w wieku od 3 do 28 roku życia [większość z nich przed 12 rokiem] i w 21 przypadkach między 28 a 65 rokiem.

Zanim przejdziemy do opisu cierpień układu nerwowego, powstających wskutek syfilisu dziedzicznego, musimy zaznaczyć, iż często sam obraz choroby nie jest dość charakterycznym dla stanowczego rozpoznania właściwego cierpienia: zmuszeni jesteśmy posiłkować się i innymi danymi, mianowicie wiadomymi co do przeszłości chorego i jego rodziny, i obecnością różnych oznak syfilisu dziedzicznego, mniej lub więcej patognomonicznych dla tego cierpienia. U noworodków rozpoznanie syfilisu dziedzicznego zwykle nie przedstawia trudności [*coryza syphilitica*, wysypki charakterystyczne]; u osobników starszych bywa to o wiele trudniejszym.

Już FAUCHARD (11) i MAHON (12) wspominają o zboczeniach w budowie zębów u osób, dotkniętych dziedzicznym syfilisem. Zasługa pierwszeństwa jednakże należy się HUTCHINSON'owi, który z całą stanowczością skreślił niektóre oznaki syfilisu dziedzicznego, popierając swoje twierdzenie licznymi przykładami. Na cześć HUTCHINSON'a FOURNIER nazwał 3 główne oznaki syfilisu dziedzicznego trójcą HUTCHINSON'a. Do tej trójcy zaliczamy: 1) zęby charakterystyczne, 2) cierpienie oczu i 3) głuchotę. Według opisu HUTCHINSON'a u osób, obarczonych syfilisem dziedzicznym, 2 środkowe, górne, sieczne zęby [stałe, nie mleczne] są mniejsze, niż normalnie i mają wycięcie półokrągłej formy na dolnym swym brzegu. Według FOURNIER'a, nie tylko stałe zęby, lecz i zęby mleczne z podobnym zniekształtnieniem, a zarazem i następujące zaburzenia w uzębieniu są charakterystyczne dla syfilisu dziedzicznego: a) późny rozwój zębów, b) dołki, rowki na *corpus dentis* (*érosions dentaires*), c) *microdontisme*, t. j. zęby małe, zwykle wszystkie lub tylko niektóre sieczne, d) *amorphisme*, t. j. zęby sieczne mają kształt zębów trzonowych lub kłów i naodwrot; niekiedy zęby są zupełnie bezkształtne; e) symetryczne zęby na koronie mają biały kredowy pasek.

Często wszystkie patologiczne formy zębów łączą się ze sobą u osobników, obarczonych syfilisem dziedzicznym. Często zęby takie rosną nieprawidłowo, zamiast wprost do góry rosną pod kątem, są krzywe wzdłuż swej osi;

niekiedy brak paru lub kilku symetrycznych zębów od urodzenia; często pomiędzy zębami są szerokie przerwy i zęby takie szybko ulegają zepsuciu. Niejednokrotnie nie tylko zęby, lecz i szczęki przedstawiają zbroczenia w budowie.

Do cierpień oczu, charakterystycznych dla syfilisu dziedzicznego, należą zapalenie rogówki miąższowe (*keratitis interst.*), zapalenie tęczęwki (*iritis*) i zapalenie naczyńówki (*chorioiditis*). Według statystyki FOURNIER'a, na 212 przypadków późnego syfilisu dziedzicznego w 82 przypadkach było zapalenie rogówki miąższowe; SAEMISCH znalazł 62%, HORNER 64%, SCHWEIGER 83% tego cierpienia wskutek syfilisu dziedzicznego. HIRSCHBERG (13) i SILEX (14) potwierdzają zdanie poprzednich badaczy, uznając, że zapalenie miąższowe rogówki przemawia z wielkim prawdopodobieństwem za syfilisem dziedzicznym. SILEX opisał szczególną formę zapalenia naczyńówki, mianowicie *chorioiditis areolaris*, którą uważa za patognomoniczną dla syfilisu dziedzicznego: przy badaniu wziernikiem widzimy na dnie oka, szczególnie w okolicy *macula lutea*, czarne plamy, w nich tam i owdzie białe punkty różnej wielkości, miejscami białe bryłki (*Schollen*) z czarną obwódką; nerw wzrokowy przytem niekiedy bywa odbarwiony, niekiedy normalny; siła widzenia zawsze znacznie zmniejszona; siła widzenia pozostawała na jednym poziomie w ciągu całych lat. Zmiany te bywają niekiedy tylko w jednym oku i wogóle spotyka się je rzadko. Leczenie swoiste nie zmienia stanu oczu.

Głuchota wskutek syfilisu dziedzicznego najczęściej następuje szybko, niekiedy w ciągu kilku tygodni dochodzi do wysokiego stopnia, bez żadnych zmian w uchu; częściej przytrafia się obustronna głuchota. Według licznych spostrzeżeń DALBY'ego (15), syfilis dziedziczny jest najczęstszą po szkarlatynie przyczyną głuchoniemoty u dzieci, które urodziły się z dobrym słuchem.

Do innych oznak syfilisu dziedzicznego należą następujące objawy. Osobniki takie najczęściej są słabo zbudowane, delikatne, z cerą ziemistą. Często spostrzegamy u nich opóźnienie i powstrzymanie rozwoju cielesnego: późno zaczynają chodzić i mówić, jądra małe, dziecinne, uwłosienie późne i słabe; u dziewcząt późne wystąpienie miesiączkowania; słaby rozwój narządów płciowych i gruczołów piersiowych; jednym słowem, według FOURNIER'a: „*l'infantilisme constitue un des attributs de la syphilis héréditaire*“. Zniekształnienia czaszki i nosa: 1) czoło wystające naprzód (*le front olympien*); częściej jeszcze wydętne guzy na kości czołowej, 3) wypukłość pośrodku czoła (*le front en carène*), 4) czaszka hydromyeliczna i inne jeszcze formy. Nos najczęściej przedstawia się w formie siodełkowatej. Zniekształnienia innych kości, np. zgrubienie kości długich; szczególnie charakterystycznym dla syfilisu dziedzicznego jest skrzywienie goleni wskutek hyperostozy przedniej jej części t. z. *tibia en lame de sabre* francuzów. Do wielce charakterystycznych oznak należą białe, najczęściej okrągłe, blizny w kątach ust, na wargach, szczególnie jeśli rozchodzą się na policzki i podbródek, na nosie, w okolicy łądźwiowo-pośladkowej, tylnej powierzchni ud, na podniebieniu i w gardle. Obrzmienie gruczołów chłonnych, cierpienia stawów należą do częstych zjawisk przy syfilisie dziedzicznym.

Do bardzo charakterystycznych następstw syfilisu dziedzicznego należy powstrzymanie rozwoju inteligencji, a nawet idiotyzm. Spostrzegamy przypadki, w których dzieci, obciążone syfilisem dziedzicznym, po leczeniu swoistem, przeprowadzonym w pierwszych latach lub miesiącach po urodzeniu, rozwijają się umysłowo dobrze; dopiero w wieku 8—10 lat bez widocznej przyczyny zaczynają tracić pamięć i zdolności umysłowe, stają się niemoralne, kapryśne, złe, nareszcie dochodzą do zupełnego idiotyzmu. Według Bury'ego, przyczyna niedorozwoju mózgu u dzieci, obciążonych syfilisem dziedzicznym, może być trojaka: 1) zgrubienie kości czaszkowych wskutek *osteitis syphilitica*, 2) przewlekłe zapalenie opon mózgowych i 3) najczęściej stwardnienie i zatkanie tętnic mózgowych.

LEWIN (16) uważa za częsty objaw syfilisu dziedzicznego spostrzegany przez VIRCHOW'a zanik gruczołów łagiewkowych języka (*Zungenbalgdrüsen*).

Ważną oznaką syfilisu dziedzicznego są poronienia, przedwczesne porody i wielka śmiertelność we wczesnym dzieciństwie. Według statystyki FOURNIER'a (17), na 491 ciąży w rodzinach, w których jedno lub oboje rodziców byli zarażeni syfilisem, tylko 109 było żywych dzieci. Na 165 dzieci, obarczonych syfilisem dziedzicznym, 145 zmarło w dzieciństwie; według innej statystyki FOURNIER'a, na 441 dzieci zmarło 341, z których tylko 6 po pierwszym roku życia, reszta wcześniej.

Mówiąc o oznakach syfilisu dziedzicznego, należy powiedzieć słów parę o kwestyi stosunku krzywicy do omawianego cierpienia. Pod tym względem panują różnorodne poglądy. Jedni [PARROT] utrzymują, iż wszystkie przypadki krzywicy są następstwem syfilisu dziedzicznego; inni, że tylko przypadki *craniotubes*, większość zaś [FUERTH, BAGINSKI, KASSOWITZ, GRUENFELD (18)] uznaje syfilis dziedziczny za jedną z wielu przyczyn krzywicy. MONTI (19) utrzymuje, że nie widział ani jednego przypadku dziedzicznego syfilisu, któryby został wyleczony bez następnej krzywicy. MAYR jest zdania, że większość przypadków dziedzicznego syfilisu daje w następstwie krzywicę.

Dość popularnem jest zdanie, że skrofuły u dzieci są następstwem syfilisu rodziców. FOURNIER powstaje ostro przeciwko rozwielenionemu rozpoznawaniu skrofułów, sądząc, że znaczna ilość podobnych przypadków bezsprzecznie należy do typowego syfilisu dziedzicznego, i w tych przypadkach otrzymujemy doskonałe skutki od swoistego leczenia.

Omówiwszy oznaki syfilisu dziedzicznego, zaznaczyć muszę, że żadna z tych oznak sama przez się nie jest patognomiczną dla omawianego cierpienia, lecz obecność jednej z powyższych oznak powinna nas skłonić do szczegółowego badania w celach wykrycia innych oznak, ponieważ obecność paru lub kilku ich już z wielkiem prawdopodobieństwem, a nawet z pewnością pozwolą nam rozpoznać syfilis dziedziczny. Ważnem jest bardzo ściśle zebranie wywiadów i zbadanie stanu zdrowia całej rodziny. Często rodzice, *resp.* ojciec, nie wiedzą, czy są zarażeni, przyjmując np szankra twardego bez widocznych wtórnych objawów za cierpienie czysto miejscowe, lub też skrywają właściwą chorobę przed lekarzem. Szczególniej w praktyce szpitalnej, gdzie mamy do

czynienia z ludźmi mało inteligentnymi, bardzo często nie możemy się dowiedzieć niczego z przeszłości chorego; w mojej np. szpitalnej praktyce daleko więcej, niż w połowie przypadków syfilisu układu nerwowego, chorzy nic nie wiedzą o 1-szych i wtórnych objawach. We wszystkich więc przypadkach, w których podejrzewamy syfilis dziedziczny, ważnem jest zbadanie rodziców chorego, przyczem należy pamiętać, że matka często może być zdrowa, pomimo iż rodziła zarażone syfilisem dzieci. Badanie reszty dzieci może nam dać bardzo ważne dane; jednak niekiedy inne dzieci mogą być zdrowe, gdyż dany osobnik może być pierwszym dzieckiem, dotkniętem syfilisem dziedzicznym, lub, jak nam z powyższego już wiadomo, mogą rodić się naprzemian zarażone i zdrowe dzieci. Jednem słowem: w celu wykrycia oznak syfilisu dziedzicznego zwracać powinniśmy uwagę na cały ustrój chorego i na jego rodzinę.

Pod względem anatomo-patologicznym syfilis dziedziczny niczem nie różni się od syfilisu nabytego, a więc i tutaj spostrzegamy gumaty, zapalenie opon mózgo-rdzeniowych, cierpienie naczyń krwionośnych, rozmięczenie i stwardnienie substancji mózgowej. Według obecnie panujących w nauce poglądów, cierpienie syfilityczne ogranicza się do tworów łączno-tkankowych i naczyń, substancja zaś nerwowa ma ulegać zmianom wtórnym. Spostrzeżenia pierwotnych zmian w istocie nerwowej są nieliczne i wymagają jeszcze dalszych potwierdzeń. Pod względem objawów klinicznych syfilis dziedziczny może przedstawiać też same postaci chorobowe, co i nabyty; szczególną cechą dziedzicznego syfilisu jest to, że dotyka mózg podczas okresu rozwoju, powodując tym sposobem często niedostateczność rozwoju czynności umysłowych. Z cierpien układu nerwowego wskutek syfilisu dziedzicznego, najczęściej spotykamy cierpienia mózgowe i mózgo-rdzeniowe, daleko już rzadziej cierpienia wyłącznie rdzeniowe i bardzo rzadko cierpienia nerwów obwodowych.

I Cierpienia mózgowe.

A. Cierpienia rozlane.

Do najczęstszych cierpień mózgu, powstałych wskutek syfilisu dziedzicznego, należą cierpienia wielogniskowe wskutek rozlanej sprawy, zajmującej opony mózgowe, naczynia krwionośne mózgu i substancję nerwową. Zwykle cierpienia powyższe pod względem klinicznym charakteryzują się drgawkami epileptycznymi, niekiedy natury jacksonowskiej, bólami głowy z nasileniami nocnymi, zmianą charakteru, usposobienia, osłabieniem pamięci i innych władz umysłowych, wreszcie porażeniami połowicznymi i t. p..

Dla dokładnego pojęcia o zmianach anatomo-patologicznych, a zarazem o przebiegu klinicznym podobnych rozlanych cierpień mózgowia, pozwolę sobie przytoczyć następujące przypadki, opisane w literaturze.

Spostrzeżenie I DOWSE'go (20). Preparaty przedstawione były w Tow. Lek. Lond. 9. II. 1878. r..

12-letnia chora była jednym z 4 dzieci, z których żadne nie jest zdrowem; ojciec jej przechodził syfilis; matka kilka razy ronila, 3 dzieci zmarło

w dzieciństwie. Dziewczynka owa zdrową była do 5 roku życia, wtedy wystąpiły cierpienia oczu i *osaena*; w 10 roku napad drgawek z utratą przytomności w ciągu 4 godzin i wtedy wystąpiła wysypka syfilityczna na skórze, szybko wrzodziejąca. Następnie zjawily się bóle głowy z nasileniami nocnymi, napady epileptyczne, powtarzające się od czasu do czasu, podwójne widzenie, brodawka zastoinowa (*Stauungspapille*); zaburzenia inteligencji i równowagi ciała; znieczulenie lewej połowy twarzy; porażenie 6-go prawego i 7-go lewego nerwu czaszkowego. Przed śmiercią niemota i porażenie prawej ręki. Śmierć nastąpiła po seryi napadów epileptycznych, przyczem prawa połowa ciała była więcej nimi dotknięta.

Badanie pośmiertne wykryło następujące zmiany: 1) przewlekłe zapalenie opon mózgowych, 2) zrosty między oponą twardą i powierzchnią mózgu w okolicach ciemieniowych, 3) 3 duże gumaty na powierzchni zrazu ciemieniowego górnego prawego, tylnego lewego i na zakręcie nadbrzeżnym lewym (*l. srpamarginalis*), 4) rozmiękczenie powierzchniowej części mózgu w sąsiedztwie gumatów, 5) tętnicę podstawy mózgu przedstawiały zmiany, opisane przez HEUBNER'a, jako charakterystyczne dla syfilisu, 6) nerwy 5-ty i 7-my lewe zgrubiałe. Prócz tego zmiany syfilityczne w wątrobie.

Spostrzeżenie II BURR'go (21). Przypadek bardzo długotrwałego przebiegu syfilisu dziedzicznego mózgu:

Dziecko rodziców, zarażonych syfilisem, miało w 3-im roku życia napady epileptyczne z niedowładem prawostronnym, w 4½ roku niemożność chodzenia; w 9-ym roku niemota, wkrótce potem zupełny idyotyzm; w 11½ roku po całej seryi napadów epileptycznych śmierć.

Badanie pośmiertne wykryło: zmiany syfilityczne w różnych narządach; zgrubienie kości czaszkowych, eksostoza lewej skroniowej kości, wskutek tego znaczne zmniejszenie jamy średniej czaszkowej lewej; *meningitis diffusa pseudomembranacea*; zanik lewego skroniowo-klinowatego zawoju; stwardnienie naczyń mózgowych i t. d..

Spostrzeżenie III MENDEL'a (22). Dziecko, którego matka ma objawy syfilisu, miało w 3-im miesiącu swego życia liczne objawy syfilisu dziedzicznego; w 3-im roku porażenie niektórych mięśni ocznych i rozszerzenie źrenic; od 7 do 9 roku choroby oczu i gruczołów chłonnych; w 9 roku zaburzenia inteligencji i charakteru, w 15 roku napady manii z halucynacjami, idyotyzm, drżenie rąk nóg i języka, osłabienie siły mięśniowej, nareszcie drgawki, głównie z prawej strony i w 18 roku śmierć. Badanie pośmiertne: zgrubienie kości czaszkowych, na podstawie czaszki duża eksostoza; zgrubienie i liczne zrosty opon mózgowych; rozszerzenie komór mózgowych, głównie lewej bocznej, rogi tylny i dolny lewe przedstawiały dwa wgłębienia, mogące łatwo pomieścić orzech; spłaszczenie zawojów mózgowych; zanik tylnej części lewej półkuli.

[D. c. n.].

III. SZEREG PRZYPADKÓW WCZESNEGO MACIERZYŃSTWA.

Podał

Fr. Neugebauer.

— † — † —

W czasopiśmie „*La Semaine médicale*” 1898. № 8, p. 59, redakcja pomieściła artykuł ciekawy: „Przypadki przedwczesnego macierzyństwa, kilka słów z okazji urodzenia donoszonego dziecka przez francuzkę lat 13 i 6 miesięcy liczącą”. D-r SAGE w Bordeaux opisał poród u dziewczynki 13 i pół lat, która miała pierwszą miesiączkę w wieku lat 12 i 9 miesięcy. Dr. SAGE zmuszony był przy położeniu czaszkowem zastosować wysokie kleszcze i wydobyl donoszonego chłopczyka wagi trzech kilogramów i siedmuset gramów, a długości 53 cmt.. Łoże ważyło 550 gramów, zamiast około 528. Ciąży i połóg przeszły bez jakichkolwiek nadzwyczajnych objawów. Podług sprawozdawcy „*Semaine Médicale*” ma to być pierwsze we Francyi autentycznie sprawdzone spostrzeżenie tak wczesnego macierzyństwa. [Czyżby? N.] MONTÉGUT opisał w roku 1889 poród u dziewczynki 14 lat i 1 miesiąca, a M. F. MAGNIER w roku 1896 u dziewczynki 15-letniej.

W pewnym artykule „*Dictionnaire des Sciences Médicales*” w roku 1813 A. L. MURAT pisze, że odbierał dziecko u dziewczynki 12 lat i kilka miesięcy liczącej.

W średniowiecznych czasach kilkakrotnie opisywano porody u tak młodych dziewcząt, lecz owe opowiadania mają być wątpliwej wartości. J. A. PARIS w pracy swojej „*Medical Jurisprudence*” [London, 1823] pisze, że w roku 1812 przyjęto do Maternité Paryzkiej kilkoro dziewcząt w wieku lat 13 i że podczas rewolucyi nawet 11-letnie ciężarne dziewczynki tam widywano.

Redakcja „*la Semaine médicale*” zestawiała kazuistykę różnych krajów. Niemcy: dwa spostrzeżenia d'OUTREPONT'a [1825], *abortus* 12—14-tygodniowy u 9-letniej dziewczynki oraz poród 7-miesięcznego dziecka u dziewczynki 13-letniej. W przypadku FENNER'a 10-letnia, a w przypadku FRANCK'a dziewczynka mająca 10 lat i 6 miesięcy rodziły dzieci donoszone.

Wielkie księstwo Luksenburgskie: w przypadku MOLITOR'a dziewczynka zaszła w ciążę w wieku lat 8 i trzech miesięcy i w 7-m miesiącu ciąży wydała na świat zaśniad, zawierający obumarły płód.

Szwecya: w przypadku LINDSTEDT'a dziewczynka 13-letnia urodziła dziecko w roku 1891.

Szwajcarya: przypadek HALLER'a: dziewczynka urodzona w roku 1751 została matką w roku 1759, a więc w wieku od 8 do 9 lat.

W Polsce opisano poród u 11-letniej dziewczynki w roku 1848.

W Królestwie Brytańskiem przypadki tego rodzaju przedwczesnego macierzyństwa są stosunkowo częste; zarejestrowano porody w wieku matki: mniej od lat 9 i miesięcy 8: DOOD [1881] dziecko żywe; lat 12, mies. 3: ROBERTON; lat 12, miesięcy 6: TAYLOR; lat 13 i 19 dni: HARRIS 1890]; lat 13 i 19 dni

MAY [1830]; lat 13, miesiący 4: H. SMITH [1881]; lat 13, miesiący 6: WILSON [862], ALLEN [1885]; lat 13, miesiący 7: RUSSEL [1893]; lat 13, miesiący 2: CHAPMAN [1856]; lat 14, miesiący 4: LEGAT [1885]; lat 14, miesiący 10: GODSON [1893]; lat 10, miesiący 10 i dni 13: J. YOUNG [1870].

Redakcyja dodaje jeszcze dwa spostrzeżenia przedwczesnego macierzyństwa, nie mogąc jednak podać na razie szczegółów; są to spostrzeżenia G. SMITH'a [1818] i Mazzr'ego [1896].

W krajach bliższych równika porody w wieku dziecięcym są o wiele pospolitsze. Poród u dziewczynki lat 10 opisał ROWLETT [1534]; lat 10, miesiący 2: GLEAVES [1895], dziecko urodzone żywe; lat 10, miesiący 8: CURTIS [1863]; lat 11: WILLIAMS [1874]; lat 11, miesiący 2 EDMONSON: [1890]; lat 11, miesiący 9: STALLEUP [1894]; lat 11, miesiący 11 i 22 dni: HALL [1859]; lat 12: FOX [1889]; lat 12: WATES [1890]; lat 12, miesiący 8: WALKER [1846]; lat 12, miesiący 8 i 25 dni: GOODRIDGE [1874], Negrzynka; lat 12, miesiący 10: FINDLEY [1897]. Dziecko obumarło w trakcie porodu; lat 12, miesiący 10 i 16 dni: KINNEY [1885]; lat 13: NICHOLS [1890]; lat 13: STOAKLEY [1855], Negrzynka; lat 13: MURILLO [1875]; lat 13, miesiący 9: HERRICK [1874]; lat 14: WARRINGTON [1892]; lat 14, miesiący 8 i 10 dni: BUCHANAN [1893].

Redakcyja dodaje jeszcze kilka spostrzeżeń amerykańskich, nie mogąc jednak podać szczegółowo wieku, mianowicie spostrzeżenia KILPATRICK'a [1873], HARRIS'a [1874], ENGELMANN'a [1877], SPRINGSTEEN'a [1880], THOMAS'a [1881], LEÓNARD'a [1887]. Najpospoliej zdarzają się przypadki przedwczesnego macierzyństwa w krajach podzwrotnikowych, lecz, niestety, brak opisów szczegółowych.

Tyle podaje autor artykułu w piśmie „*Semains Médicale*“.

Wobec ciekawości poruszonej kwestyi dodaję do streszczenia tego jeszcze kilka uzupełnień oraz szereg spostrzeżeń nieuwzględnionych przez autora, mianowicie spostrzeżenia, podane przez PLOSS'a w jego dziele, „*Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. 4 Auflage her. von MAX BARTELS*. Lipsk, 1895. T. I. str. 283.

MONTGOMÉRY; Sally Deweese w Kentucky urodzona 1824, od pierwszego roku życia już miewała miesiączkę i w 10 roku życia już została matką.

D'OUTREPONT [patrz powyżej]: A. M., miesiączkująca od 9-go roku życia, zaszła wkrótce potem w ciążę i w 14 miesiący po porodzie zmarła na suchoty płucne. HALLER [patrz powyżej]: Anna Mummenthaler, urodzona 1751 w kantonie Bern, miesiączkowała od wieku lat dwóch, urodziła się o sromie już owłosionym i sutkach dobrze rozwiniętych, w ciążę zaś zaszła poraz pierwszy w 9 roku życia i miesiączkę miewała do 52 roku życia.

MOLITOR [patrz powyżej]: X. X. urodzona 27 października 1868 o owłosionym sromie, pierwszą miesiączkę miała w czwartym roku życia, od 8-go zaś roku miesiączkowała regularnie i już wtenczas często spółkowała z mężczyzną 32-letnim. Od trzech miesiący miesiączka się wstrzymała, zjawily się nudności, następnie krwawienia, trwające przez dwa i pół miesiąca, nareszcie X. X. poroniła dnia 27 lipca 1877 zaśniad groniasty wraz z płodem. Wyzdrowiała.

PLOSS [na str. 471 l. e.] podaje nadzwyczaj ciekawe dane co do wieku, w którym u różnych narodowości małżeństwo zawieraniem bywa prawnie lub podług obyczajów miejscowych: „*Das Heiratsalter und die Erstgeburt bei den Culturvölkern*“ oraz [na str. 475] „*Das Heiratsalter und die Erstgeburt bei den Naturvölkern*“. W południowej Afryce, Ameryce, w Australii u bardzo wielu narodowości łącznie z wcześniejszym rozwojem płciowym małżeństwo zawieraniem już bywa jak tylko miesięczka pierwsza się zjawiała, jak tylko dziewczynka zdradza oznaki dojrzałości.

Tam też porody u dziewczynek, czyli kobiet lat 8 do 10 nie należą bynajmniej do rzadkości. ROBERTON u indyanek Północnej Ameryki w tablicy synoptycznej podaje, że pierwszy poród w 10 roku życia widział 1 raz, w 11 roku 4 razy, w 12 roku 11 razy, w 13 roku 11 razy, w 14 roku 18 razy, w 15 roku 12 razy i t. d..

Opierając się na doświadczeniu co do wieku osiągnięcia dojrzałości płciowej, każdy kraj, naród i t. d. ma swoje przepisy co do wieku najwcześniejszego, w którym zawarcie małżeństwa bywa pozwołonem. Tak naprzykład przepisy cesarstwa niemieckiego nie pozwalają zawarcia małżeństwa kobiecie przed osiągnięciem 16 roku życia, w Austrii 15 roku życia, w Anglii 14 roku życia, w Rosyi 16 roku życia, we Francyi Napoleon I wiek, w którym prawo pozwala na zawarcie małżeństwa, oznaczył jako 15 lat skończonych, podczas gdy dawniej już po 13 latach życia zawarcie ślubu było pozwołonem.

Gdy porównać historję różnych narodów cywilizowanych i dzikich, pokazuje się, że w miarę większej kultury wiek, w którym kobiecie zawarcie małżeństwa jest dozwołonem, oznaczono coraz to starszy. Charakterystycznymi są dane, przytoczone przez PLOSS'a na str. 472, tak naprzykład: u dawnych indusów podług przepisu *Manu* dla mężczyzny 24-letniego nadawała się panna lat 8, dla 30-letniego dziewczynka lat 10. BOETHLINGK przytacza kilka wierszy z Sanskrytu, wskazujących na to, że dziewczyna każda jest zdolną do zawarcia małżeństwa, *resp.* spółkowania, skoro zjawiała się u niej miesięczka. Wiersze te podają w tłumaczeniu podług miejsca zacytowanego:

„*In wessen Hause eine Tochter die Menses bekommt ohne verheiratet zu sein, dessen Väter sinken zur Hoelle, befänden sie sich auch infolge ihrer Vorzüge im Himmel*“.

W innem miejscu znów powiedziano: „*Sowohl die Mutter, als auch der Vater und auch der aelteste Bruder, alle drei fahren zur Hoelle, wenn sie ein Mädchen die Menses erleben lassen, ehe sie verheiratet ist*“.

„*Von einem Mädchen, das im Hause seines Vaters noch ungetraut seine Menses erblickt, heist es, dass es von da an die niedrigste Çudra sei, die man nicht mehr heiraten dürfe*“.

W południowej Hiszpanii panny zawierają małżeństwo już w 12 roku życia, w Grecyi w 13, lub 14 i t. d..

Dwa przypadki wczesnego macierzyństwa opisane są w czasopiśmie *Lancet*: 1896. Vol. II pag. 1542: „*Early pregnancy*“. Dwa porody u dziewczynek lat 14 i 15.

SLOCUM: „*Report of a case of Caesarean Section in a girl sixteen and a half years of age*“. *American Journal of Obstetrics*. 1896, Vol. XXXIII, pg. 222. Dziewczynka zaszła w ciążę licząc lat 15 i 9 miesięcy.

GLEAVES „*A young mother*“. *Med. Rec.* 1895. Vol. XLVIII, pg. 715. Dziewczynka miesiączkująca już od 5-go roku życia, urodziła dziecko mając lat 10 i miesięcy dwa.

GOODSON „*Pregnancy in the fourteenth year previous to menstruation*“. *The British Med. Journal*. 1893. Vol. I. pag. 743.

M'NICOL „*Case of early gestation*“. *Lancet*. 1893. Vol. II. pg. 672. W czasie porodu matka liczyła lat 15 i trzy tygodnie. Ojciec liczył lat 16. Dziecko donoszone urodziło się żywe.

SLAUGHTER. „*Another Case of precocious pregnancy*“. *Med. News Philadelphia*. Vol. LXIII. 1893, pg. 278. Murzynka, lat 13 i kilku miesięcy urodziła dziecko 5 i pół funta wagi.

BUCHANAN „*Precocious pregnancy*“ *Med. News*, 1893. Vol. XLIII. pag. 15. Matka miała w czasie porodu dopiero lat 14 i miesięcy 8, była jednak zamężną. Dziecko ważyło 9 funtów.

PRESTON „*Precocious pregnancy*“. *Med. News*, 1893. Vol. XLIII. pg. 112. Murzynka, lat 13, miesięcy 10 i 23 dni, urodziła dziecko żywe, wagi 6 funtów.

RUSSELL „*Precocious pregnancy*“ *Med. News*, 1893. Vol. XLIII, pag. 219. Dziewczynka urodziła w tydzień po ukończeniu 7 lat.

HYATT. *Philadelphia Polyclinic*. 1897. Mai 15. Elżbieta S. w miesiąc po urodzeniu córki ukończyła lat 13. Córka jej miesiączkująca już od 11-go roku życia, wyszła za mąż w dwunastym roku i dopiero w miesiąc po urodzeniu syna ukończyła 13 rok. Patrz: referat w „*Centralblatt f. Gynäkologie*“. 1897. pg. 1312: „*Eine 26-jährige Grossmutter*“. Elżbieta S. od owego czasu rodziła jeszcze siedmiero dzieci, czuje się zupełnie zdrową i nie zdradza przedwczesnego starzenia się.

EVANS „*Precocious maternity*“. *St. Louis Med. Review*. 1890. 11. września Dziewczynka ciężarna lat 11 i 8 miesięcy.

YOUBERT „*Precocious maternity*“. *Indian Med. Gazette*. 1890. Wrzesień. Ciężarna dziewczynka 13-letnia.

Przytaczam nareszcie spostrzeżenie TARDIEU'a: „*Étude médicolegale sur les attentats aux mœurs*“, Paris. 1878. p. 172. *Observ. XXXIII*). „*Viol suivi de grossesse chez une jeune fille de 12 ans*“. Dziewczynka urodziła szczęśliwie dziecko donoszone żywe.

Ciekawem jest, że i u nas w Warszawie w ostatnich czasach zanotowano kilka bardzo wczesnych macierzyństw.

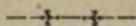
W przytulku położniczym kolegi GROMADZKIEGO rodziła dziewczynka bardzo młoda: Otylja X. [№ 16, 2283, 2261] 11 i pół lat licząca, zaczęła miesiączkować w 10 roku życia, prawidłowo po cztery dni co 28 dni; ostatnia miesiączka w końcu maja 1895. Ciężarna szczupła, blada, kościec prawidłowy, gruczoły piersiowe mało rozwinięte, wzgórek łonowy uwłosiony dobrze, części rodne zewnętrzne prawidłowe. Wysokość 145 centymetrów. Objętość brzucha na wysokości pępka 83 centymetrów, od wyrostka mieczykowatego do

pępka 17, a od pępka do spojenia łonowego 42 centymetry. *Conjugata externa* 17 *diagonalis* 10, *vera* 8 centymetrów D. Cr. 20, D. tr. 29 centymetrów. Położenie płodu czaszkowe pierwsze. Cięża 8 i pół miesiący. Bóle porodowe zjawily się dnia 8 lutego o godzinie 7 rano, wody odeszły dnia 4 lutego o godzinie 3 ej popołudniu, a o godzinie czwartej i pół popołudniu urodziło się dziecko niedonoszone 8 i pół miesięczne płci męskiej. Pęknięcie krocza drugiego stopnia—zeszycie. Połóg prawidłowy.

Osobiście zawezwany dla narady przez szanownego kolegę WEITZENBLUTA dnia 12 marca dokonać musiałem cięcia cesarskiego u rachitycznej w najwyższym stopniu dziewczynki 14 i pół lat liczącej o *conjugata vera* 5 i pół centymetrów. Dziewczynka zmarła na 9 dzień po operacji wskutek zakażenia septycznego. Dziecko wydobyłem donoszone żywe.

Tydzień temu miałem okazję na oddziale ginekologicznym kol. ROSENTHALA widzieć dziewczynkę Rojzję F. obecnie lat 13 i 9 miesięcy liczącą i w 8 miesiącu ciąży będącą. Dziewczynka ta jeszcze nigdy miesiączki nie miała. *Conjugata externa* 16 centymetrów, *diagonalis* 9 ctm.. Hymen pozostał nienaruszonym — *hymen integer!* Ciężarna nigdy żadnych chorób nie przechodziła. Wzrost jej wynosi 136 centymetrów. *Diam. bispin.* 21 i pół, *Diam. bicr.* 24, *bitraah.* 27 ctm.. Ustrój kostny i mięśni prawidłowo rozwinięty. Dno macicy wyczuwa się na dwa palce poprzeczne poniżej wyrostka mieczykowatego, objętość brzucha na wysokości pępka wynosi 83 centymetry, od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego 32 ctm., od pępka do spojenia łonowego 13 ctm.. Biała smuga oraz brodawki zabarwione ciemno. *Colostrum* wyciska się z piersi. Błona śluzowa pochwy zdradza zabarwienie fizyologiczne przy ciąży. Jak mi zakomunikował kolega ROSENTHAL, dnia 14. IV. na żądanie rodziców ciężarna wypisała się ze szpitala, udając się do rodziców na prowincję.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



90. Zabłudowski. Zastosowanie mięsienia w chirurgii.

Na wstępie autor zaznacza, iż stosowanie mięsienia na szerszą skalę wogóle nie jest rzeczą ani kosztowną, ani zajmującą zbyt wiele czasu. Autor, podawszy parę wskazówek co do samego sposobu mięsienia, przechodzi do wykazu dolegliwości, przy których stosuje masaż z należytem powodzeniem, a więc mięsienie zapobiega najrozmaitszym zastojom i skutki tychże usuwa, jakoto: *decubitus*, *varices*, *thrombosis*, obrzmienia kończyn nieraz bardzo dokuczliwe wszelkiej natury. Dalej, mięsienie ma szerokie zastosowanie w wielu cierpieniach jamy brzusznej, leczonych zazwyczaj środkami wewnętrznymi, jako to: przy objawach niedrożności i bólach w związku z enteroptozą lub zlepami otrzewnej, pozostałymi po przewlekłych sprawach zapalnych otrzewnej; przy zwężeniu odźwiernika pochodzenia bliznowatego nieraz udaje się za pomocą odpowiedniego mięsienia ściany brzusznej przepchać zawartość żołądka do dwunastnicy i w ten sposób stopniowo usuwać zwężenie, dopomagając warstwie mięśniowej żołądka w jej ciężkiej pracy.

Przy pomocy mięsienia bardzo prędko podlegają wessaniu wysięki, gromadzące się w okolicach kiszki ślepej, macicy i t. p.. Zwykle mięsienie ściany brzusznej oddaje wielkie usługi w cierpieniach kobiecych, przy których większość stosuje t. zw. „masaż ginekologiczny“, bardzo kłopotliwy i mozolny.

Przy zaburzeniach ze strony pęcherza moczowego u „prostatyków“ mięsienie daje często bardzo dobre wyniki [mięsienie gruczołu krokowego odbywa się za pomocą ruchów palca, wprowadzonego do odbytnicy].

Przy najrozmaitszych postaciach bezwładu ruchy powracają nieraz po wielu miesiącach od chwili ich zaniku pod wpływem sumiennego mięsienia; jest ono również nieocenionym środkiem leczniczym w takich cierpieniach, jak: *neuritis chronica*, *neuralgiae*, *rheumatismus musculorum*, *anaesthesia dolorosa* i t. d..

Dalej Z. przechodzi do urazów kończyn, mianowicie zwłknięć, złamań i skręceń; przedewszystkiem zaznacza on, iż w podobnych przypadkach zbyt wczesne mięsienie nie tylko jest zbyteczne, lecz wprost szkodliwe; przy zwłknięciach radzi czas pewien stosować opatrunek unieruchamiający i następnie dopiero mięsienie; po złamaniach zaleca się nie wcześniej przystępować do mięsienia, jak dopiero po otrzymaniu dobrego zrostu kostnego.

Przy przewlekłych zapaleniach stawów, gdzie mamy do czynienia z ograniczeniem ruchów, należy postępować bardzo ostrożnie, aby wykonywaniem gwałtownych ruchów biernych nie odnowić zagasłej sprawy, zwłaszcza stosuje się to do stawów zajętych sprawą gruźliczą; w takich przypadkach należy zabieg ograniczyć do rozcierania samych mięśni w celu działania przeciw ich wolnemu zanikowi.

Leniwie ziarninujące powierzchnie, jak również owrzodzenia nieraz goją się szybko pod wpływem mięsienia [rzecz jasna, rozcierać należy nie same rany, lecz otaczające je bezpośrednio zdrowe tkanki].

Godne uwagi są dobre wyniki mięsienia ściany brzusznej przy owrzodzeniach błony śluzowej kiszki w przebiegu biegunki krwawej, przewlekłej.

Nakoniec Z. podaje szereg wyników ujemnych, a więc na skórze ropnie i wrzodziaki, na kościach złamania i przemieszczenia, w stawach i miękkich częściach przejście sprawy już stłumionej w ostrą, ostrej — w przewlekłą (*distorsio in arthritidem chronicam*), *tendovaginitis*, *myositis*, *neuritis traumatica*; w jamie brzusznej powiększanie się przepuklin, powstanie nerki wędrującej; w stanie ogólnym histerya, neurastenia.

(*Sammlung klinischer Vorträge*, Nr. 209).

E. Lewenstern.

91. Franke Felks. O przymocowaniu wędrującej śledziony.

Autor uważa sposób RYDYGIERA tworzenia torebki z błony brzusznej dla zewnątrzotrzewnowego przymocowania śledziony za dobry i trwały, lecz za bardzo trudny pod względem technicznym. Dlatego też podaje własną metodę, łączącą strony dodatnie metody RYDYGIERA i BARDENHEUER'a. Autor twierdzi, że powierzchnia obnażona przez otworzenie jamy brzusznej nie powinna być zbyt obszerną, bo jakkolwiek rozpoznanie jest przy szerokim rozcięciu znacznie ułatwione, to jednak wiadomo, że zetknięcie wnętrza jamy otrzewnej z powietrzem naraża chorego na tego rodzaju niebezpieczeństwo, jak tworzenie się zrostów w kiszki, tembardziej, że przymocowanie śledziony jest rękoźnym dość długim. W dalszym ciągu autor skłania się ku BARDENHEUER'a metodzie tworzenia całkowitej torebki z otrzewnej i z płata przepony, który odziera się ku dołowi i przyszywa do więzadła śledziono-żołądkowego; tym sposobem śledzioną mocniej jest podtrzymywaną, aniżeli przez połowiczną torebkę RYDYGIERA. Na zasadzie własnego doświadczenia autor twierdzi, że przepuklina nie zagraża zupełnie choremu operowanemu w powyższy sposób. Najważniejszą jednak modyfikacją metody RYDYGIERA jest to, że autor prowadzi

cięcie nie w smudze białej, lecz obok, wzdłuż zewnętrznego brzegu lewego mięśnia prostego; tym sposobem cięcie znajduje się bliżej śledziony, a zrost powłok brzusznych jest trwalszym i następuje szybciej, prócz tego zaś cięcie boczne umożliwia przymocowanie wędrującej nerki, istniejącej niekiedy obok wędrującej śledziony. Autor zwraca uwagę na groźne objawy niedrożności kiszek, zachodzące nieraz bez żadnej widocznej przyczyny po rękoczynach w dolnej części jamy brzusznej. Na poparcie powyższej uwagi przytacza przypadek, w którym 34-letnia ciężarna chora zmarła wskutek zamknięcia światła w kiszce grubej.

Po za tem autor przytacza następujący przypadek z własnej praktyki. 40-letnia chora przybyła w 1893 r., uskarżając się na trwające od 10 lat bóle w lewej górnej części jamy brzusznej, które po ostatniem rozwiązaniu znacznie się wzmogły. Przed 25 laty chora przechodziła w Ameryce bardzo silną zimnicę. Badanie wykazało w dolnej lewej części brzucha guz podługowaty, mało wrażliwy, który autor rozpoznał jako wędrującą śledzionę.

Skoro autor przekonał się o słuszności swego rozpoznania za pomocą długiego na 8 ctm. cięcia, wzdłuż mięśnia prostego, przystąpił wówczas do operacji, prowadząc cięcie pod 12-tym żebrzem od tylnej linii łopatkowej, ukośnie, ku przodowi aż do przedniej linii łopatkowej. Cięcie próbne zostało zeszyte po uprzedniem upewnieniu się o współlistnieniu wędrującej nerki, cięcie boczne zaś pogłębiono aż do błony brzusznej, którą oddzielono od powłok brzusznych i przepony w celu wytworzenia dość wielkiej torebki na pokrycie śledziony. Następnie przecięto błonę brzuszną w miejscu, odpowiadającym środkowi torebki, i wsunięto w nią śledzionę, za pomocą wytłaczania ku przodowi i ku górze; otwór w błonie brzusznej zaszyto, błonę zaś przymocowano do mięśni naokoło dolnego końca śledziony, wreszcie przymocowano górny koniec śledziony do przepony. Po przedłużeniu cięcia aż do mięśnia krzyżo-łędźwiowego przyszyto nerkę dwoma szwami do 12 żebra i kilkoma innymi do mięśnia czworokątnego łędźwiowego.

Do śledziony założono dren, poczem zeszyto kilkopiętrowym szwem jamę brzuszną i nałożono umiarkowanie obcisły opatrunek. Po zagojeniu doraźnem pacjentka w krótkim czasie powróciła do zdrowia i do sił. Śledziona znajduje się w położeniu normalnem, jedynie o 5 ctm. głębiej i więcej ku przodowi, niż zwykle.

(*Deut. Zeit. f. Chirurgie. Bd. 47. H. 5 i 6*).

A. Ciechomski.

Przegląd bibliograficzny.



Dr. ZYGMUNT ASHKENAZY. *Masaż i Ruchy (Kinesiterapia)*. Książka Podręczna. Część I. Wyrazoznawstwo. Działanie. Wskazanie. Wykonawstwo. We Lwowie 1897. Ocenił *M. Zweigbaum*.

Już po raz drugi Dr. ASHKENAZY próbuje sił swoich na masażu. W roku 1892 wydał dziełko p. t. „Leczenie ruchowe i mięsienie“. Dziełko to było przeważnie reklamą Vibratora LIEDBECK'a [Zob. *Gaz. Lek.* 1892 str. 927]. Książka, której ocenę dziś podaję, jest pracą większych rozmiarów na temat masażu i ruchów. Oba tym czynnikom mechano-terapeutycznym nadał A. wspólną nazwę „*Kinesiterapia*“, mając na celu w ten sposób odróżnić je od innych gałęzi mechanoterapii, mianowicie od elektroterapii, hydroterapii i t. d. „Z zadowoleniem wyczytałem—powiada—że Francuzi i Niemcy za poradą Pinnarda, Buscha, Nebla i Schreiberera, będą nadal używali nazwy „*Kinesitherapia*“. Nas, co prawda, nazwa ta nie zachwyca, lecz skoro podobała się Fran-

cuzom i Niemcom, to pewnie jest ładna. Praca, zawierająca 347 stronic, nosi na tytule napis: „Książka Podręczna“ i rzeczywiście, sądząc ze spisu rzeczy, powinna być podręcznikiem masażu i gimnastyki leczniczej. Niestety, autor książkę swą przeładował tyłu wiadomościami najrozmaitszemi z teorii i praktyki medycyny, że stworzył nie podręcznik masażu, ale encyklopedyę wszech nauk lekarskich. Bo czegoż w niej niema? Są całe ustępy z anatomii i fizjologii, z patologii ogólnej i szczegółowej, jest wykład o tem, co to jest reumatyzm i neuralgia i z jakiej przyczyny powstaje migrena, jest wykład obszerny o nawykowym zatrzymaniu stolca, o hemoroidach, o tem co rozumiemy pod nerwością, jest pogląd porównawczy powszechnie stosowanych środków leczniczych w chorobach kobiecych wobec konkurencyjnej metody THURE BRANDT'a, jest wykład o miesięczkowym krwawieniu, kilka uwag w kwestyi reformy stroju niewiast, wykład o rzeźączce u kobiet, o wpływie kolarstwa, o kuracyi odłuszczej, o tem, jak działają kąpiele borowinowe, o dycie i smakołykach— a wszystko nadziane cytatami i naszpikowane nazwiskami autorów, tak, iż niepodobna w chaosie tym się połapać; trudno jest bowiem odnaleźć tu związek między wykładem teorii a zastosowaniem praktycznem i skutkami zbawiennymi, jakie z niego wypłynąć mogą. Autor poprostu kocha się w cytatach. Na każdej niemal stronicy roi się od nazwisk, najczęściej zbyt licznych i nie mówiących. Nawet tak znaną prawdę, że „wraz z kalem często gazy uchodzą“, poparł autor w nawiasie nazwiskiem: „Fleischel“. Czyżby FLEISCHTEL był pierwszy, który to spostrzeżenie zrobił?

Masaż rozpada się na 2 działy: masaż częściowy i masaż ogólny. W I-ym dziale, najobszerniejszym, uwzględnił autor masaż każdej okolicy ciała, a więc głowy, nosa, połyku, krtani, oka, ucha, szyi, mięśni klatki piersiowej, grup mięśni kończyn, grzbietu, stawów, brzucha, żołądka i wreszcie podbrzusza w chorobach kobiecych. Mamy tu „wyrazoznawstwo, działanie, wskazanie i wykonawstwo“ każdego rękoczynu, a więc zbiór przepisów masowania nieomal każdego mięśnia, każdego stawu, każdego narządu poszczegółe. Wątpię jednak, czy pomimo usiłowań autora ktokolwiek nauczy się masażu z książki jego, a przynajmniej czy stanie się zwolennikiem mechanoterapii. Trudności jeżą się na każdym kroku; wykład jest tak zawily, tak pogmatwany najprzeróżniejszymi wstawkami i uwagami, że czytelnik napewno dostanie zawrotu głowy, zanim cośkolwiek z nauki tej zrozumie. Przytem autor wcale się nie stara zachęcić ucznia do nauki. Mówi naprzykład, że „potrzeba wiele ćwiczenia i zapanowania, by wyczerzyć się wykonawstwa ruchu drżącego. Kto nerwowy, a zwłaszcza niecierpliwy, nie radzę próbować mordegi“. [str. 52] Piękna zachęta, nieprawda? A przecież według autora, ten „ruch drżący“, ta „wibracja“ to podstawa masażu: „w metodzie Szwedów, zatem i Thure Brandta, nie masz ani jednego rękoczynu masażu, który nie byłby połączony z wibracją“. [str. 51]. A samą technikę masażu przedstawił autor w wielu razach tak, iż chcący trzymać się ściśle podanych przepisów, stanowczo wyrzec by się musiał masowania. Jak npr. wykonać przepis tego rodzaju? „Gdy n. p. masujemy jajnik, muszą być owe koła [ruchy kolistę] o wiele mniejsze, niżeli sam narząd“. [str. 203]. Ciekawa rzecz, jak wielkie będą te koła, skoro mają być o wiele mniejsze niż jajnik. A zaraz dalej: „Należy ile możliwie ująć skórę w fałd tak, by nie przesunąć powłoki brzusznej, natomiast by ręka [palców końce] społem z fałdem t. j. z powłoką brzuszną pocierały chory narząd dotyczący“. [Dosłownie]. Czyż to możliwe, aby móżdż ujął skórę brzucha w fałdę i nie przesunąć przytem powłoki brzusznej. A zresztą pocóż ten zakaz? Cóż szkodzić może, gdy się powłokę przytem przesunie.

Wiadomo, że t. z. podnoszenie macicy i pochwy („lyftning“), wynalezione przez THURE BRANDT'a do radykalnego wyleczenia obniżenia i wypadnięcia macicy i pochwy, okazało się wprost niewykonalnem, a więc zostało już zu-

pełnie zarzucone. Obecnie Dr. ASHKENAZY wyciąga na nowo tę metodę z zapomnienia, podaje szczegółowy jej opis i zaleca ją [co prawda dość ogólnie] przeciw opuszczeniu się i wypadnięciu macicy i pochwy. To, że autor ogromnym pietyzmem otacza majora THURE BRANDT'a, nazywając go co chwila „mistrzem“, „twórcą“, „nieprześcignionym mistrzem“, „wielce sumiennym mistrzem nad mistrzami“ — to nie upoważnia go jednak do zalecania w podręczniku poronionych i dawno potępionych pomysłów w rodzaju lyftningów i malningów. *Lyftning*, powtarzam, jest absolutnie niemożliwy do wykonania i ludzi się tylko ten, komu się zdaje, że podniósł w ten sposób macicę ku górze. Ująwszy trzon macicy w obie ręce, ułożone obok siebie na powłoce brzusznej i wsunięte jak najgłębiej pod spojenie łonowe, należy posuwać ręce w kierunku ku pępкови i w ten sposób ma się unieść macicę ku górze; oto zadanie lyftningu, który wykonywać ma asystent lub asystentka, stojąca między nogami pacjentki, twarzą ku niej zwrócona, podczas gdy lekarz wprowadzonemi do pochwy palcami wsuwa jak najwyżej macicę do pochwy. Przecież, gdyby nawet udało się uchwycić macicę w obie ręce, co możliwem byłoby tylko przy dużej i zupełnie ku przodowi zgiętej macicy, a także przy powłoce brzusznej zupełnie cienkiej i podatnej, to podniesienie jej ku górze aż do pępka wraz z powłoką brzuszną, przez którą ujęta została głęboko, aż za spojeniem łonowem, jest zupełnie niemożliwe do wykonania. Gdyby jednak i to było możliwe, pytam, czy takie podnoszenie macicy i pochwy może „przywrócić trwale sprężystość spodu miednicy, energię aparatu nerwo-mięśniowego, a więc i prawidłową pochwę [zwłaszcza powierzchnię przednią]“ — jak chce według ASHKENAZEGO mistrz jego THURE BRANDT. Jeśli procedura taka nie powiększyłaby zwiotczenia i rozciągnięcia tkanek, to już by ich na pewno nie zmniejszyła. A ten „malning“? Toż to procedura wstrętna, której zalecać nie należałoby, choćby dlatego, żeby nie odstręczać publiczności i lekarzy od masażu. „Brandt u dziewczę z cierpieniem jajnikowem masuje palcem w odbytnicy wprowadzonym. Jest to t. zw. *malning*, t. j. pociąganie podłużne, [jakby penzlem malar skim] (*sic!*), w celu wywołania szybszego chłonięcia. Twórca wykonywa ręko czyn ten wysoko w odbytnicy zwyż zwieracza trzeciego wzdłuż ściany miedniczej blisko przebiegu biodrowych żył i dróg chłonnych“.

Z masażem ogólnym obszedł się autor dość pobieżnie. Na dwu kartach opisał działanie fizjologiczne masażu ogólnego, wskazania do niego i wykonawstwo masażu całego ciała. Następnie przeszedł do gimnastyki leczniczej, która według niego, znajduje się u lekarzy w zaniedbanii. „Nikt nie mąci swej mózgowicy“, aby sprawdzić i ocenić jej wartość. Gimnastyka lecznicza jest niezbędnem uzupełnieniem masażu i polega na systematycznych ruchach ciała, które mogą być bierne, czynne i odporne. Ruchy bierne bywają wywołane przez siłę od zewnątrz za pomocą ręki lekarza lub przyrządu ZANDER'a, podczas gdy pacjent zachowuje się biernie; ruchy czynne, do których zaliczyć można przedewszystkiem chodzenie, bieganie, ślizganie się, pływanie, wiosłowanie, kolarstwo i t. p., składają się z całego szeregu ruchów skombinowanych, zalecanych przez lekarzy szwedzkich; autor przytacza kilka najważniejszych. Ruchy odporne, „czyli czynno-złożone“, są wykonywane przez dwie osoby, z których jedna stawia opór, druga wykonywa ruch. Ruchy te bywają ośrodkowe, gdy pacjent wykonywa ruch, a lekarz stawia opór i dośrodkowe, gdy pacjent stawia opór, a lekarz wykonywa na pacyencie ruch bierny. Zaraz potem dodaje autor, że „ruchów biernych z oporem, jak lekarze błędnie mniemają, nie znamy“. A czemże są tylko co przytoczone ruchy dośrodkowe? Ruchów opornych przytacza autor pięć.

Następnie opisał autor system ZANDER'a, „docenta kinezyologii“ w Sztokholmie i podał 20 fotografii przeróżnych maszyn. „Wiadomo — powiada autor — że w celu wykonawstwa masażu, nie zgola, *żaden przyrząd nie za-*

stąpi ręki owego dzieła sztuki, wszechpotężnej przyrody. Wszak ręka wprawna i leczy i wciąż bada. Natomiast, gdzie i to najczęściej bezwłasnowolny pacjent współdziała, czyniąc ruch lub stawiając opór, tam bez kwestyi czolobitnie musimy przyklasnąć pomysłowemu Zauderowi, którego przyrząd, maszyna obejmuje trud lekarza“ [str. 302 dosłownie]. Prościej powiedziawszy, jest to leczenie ruchowe [gimnastyka i po części masaż] za pomocą maszyn, które, wykonywając opór ściśle miarkowany, mają zastąpić pracę ręczną. Autor wyraża się z uznaniem o *machinoterapii* ZANDER'a w leczeniu chorób serca, uważając ją nawet za racjonalniejszą, niż metodę OERTEL'a.

Wreszcie osobny rozdział poświęcił autor wskazaniom i przeciwwskazaniom „dla“ kinesiterapii, na zakończenie zaś mówi o „leczeniu połączonym“, pod którem rozumieć należy kombinację kinesiterapii z leczeniem ortopedycznym, z elektroterapią, z hydroterapią i z balneoterapią, wreszcie z odpowiednim zachowaniem się dyetetycznym.

Jak widzimy, treść dzieła jest dość obfita i gdyby obrobienie materiału stało na wysokości nauki, gdyby wykład był zwięzły i jasny, książka Dra ASHKENAZEGO o masażu i ruchach mogłaby być nabytkiem bardzo pożytecznym w naszej literaturze. Niestety, ani jednego ani drugiego niema w dziele Dra ASHKENAZEGO.

Autor jest oddany duszą i ciałem masażowi. Zślepienie swe jednak posuwa za daleko, jeśli sądzi, że choroby po to istnieją, by się masaż i gimnastyka lecznicza mogły należycie odznaczyć. „Wiadomo—powiada—że prócz niezżytu błony śluzowej jamy macicznej, właśnie i to, szczęściem ku sławie kinesiterapii, ku zbawieniu cierpiących niewiast, proces chorobowy podotrzewnowy należy do najczęstszych plag płci nadobnej“ [str. 222]. Takich poglądów w podręczniku, mającym pretensję do nazwy naukowego, wygłaszać nie należy. Już to wogóle, pomimo nsiłowań autora, aby książce swej dać podkład naukowy, rażą w niej na każdym kroku błędy albo nieścisłości naukowe. Dla przykładu przytoczę ich kilka. „Arytmię lub *alopecia areata*, łysinę plackowatą, często gęsto możemy spostrzegać u cierpiących na obstipację nawykową na tle neurastenii“ [str. 120]. To zestawienie arytmii z łysiną plackowatą jest wprost paradne. W innym miejscu mówi autor o jakiejś oddzielnej postaci nozologicznej „zaparcia stolca pod wpływem kurczu pojedynczych odcinków odbytu“, którą nazywa „*Spasmus*“: „Wszak wiadomo, że w postaci kurczowej obstipacji „*Spasmus*“ jest masaż przeciwwskazany“ [s. 129 i 132]. Albo naprzykład poglądy tego rodzaju: „Zdaje mi się, że zbyt dorywcze pożywanie gorących pokarmów i napojów, lub zimnych, powoduje przedarcie włókienek mięsnych i w następstwie atonię“ [s. 138]. W innym miejscu: „Że włókna mięśni gładkich reagują na działanie wstrząsania, dowodzą objawy podmiotowe pacjentów, u których stosujemy natrzepywanie i wstrząsanie [wibrację za pomocą przyrządu Zandera lub Liedbecka] krzyżów. Ujawnia się [słuchajcie!] objaw, cechujący uśiłowane powstrzymanie odchodów z ujścia stolcowego [Zander, Hasebroeck, Thure Brandt]“ [s. 51]. Metodę swego mistrza THURE BRANDT'a streszcza autor w sposób następujący: „Thure Brandt za przewodnią pierwiastkową zasadniczą kinesiterapii, za pomocą ręcznych zabiegów i osi metody swojskiej t. j. ruchów opornych, kusi się wywołać wpływ na macicę i wokół jej otoczenia“ [s. 161]. Gdyby „sumienny mistrz“ to przeczytał, zwróciłby na pewno pobrane od ucznia za naukę honorarium. Ja bo absolutnie nic z tego nie zrozumiałem, nawet i po wyjaśnieniu, że „wpływ i tendencja metody Brandta mają podzielać dowodząco i odwodząco“ [s. 160]. Na stronie 223 czytamy: „Niekiedy zapalenie przenosi się na macicę i powstaje pokurczenie zwyż wewnętrznego ujścia macicy, wówczas wytwarza się stan przez Fritscha zwany *Retroversio c. Anteflexione*“. Wątpię, aby FRITSCH wspomniał gdzie o takim nieprawdopodobieństwie. Albo czy można nazwać naukowem wyrażenie

się tego rodzaju: „*Retroversio* jest stanem gorszym niżeli *Retroflexio uteri*, zatem odwrotnie, niżeli dotąd mniemano“. [s. 235]. Zdanie takie w mo-
wie potocznej uszłoby jeszcze, ale w podręczniku, bez wyjaśnienia, dlaczego
stan taki ma być gorszym od innego, razi niesłychanie. Albo spostrzeżenie,
że „najczęściej jest kombinacja odchylenia z odgięciem“ [s. 235], czy nie po-
lega na złudzeniu? Mówiąc o działaniu kinesiterapii w chorobach serca, au-
tor wtrąca zdanie następujące: „Ponadto, bałwochwalezo upragniona potęga
mamony najbardziej ułatwia przedłużenie żywota choremu na serce, gdyż umo-
żliwia mu stosować się podług przepisów dyety i higieny“. [s. 310]. Czyż ta-
kie zapatrywanie się na terapeutyczne i higieniczne znaczenie pieniędzy mo-
że być brane na seryo i figurować w podręczniku lekarskim? Albo wreszcie
taki dziwny motyw postępowania leczniczego: „W uporczywych przypadkach
zakładam wskazany krążek pochwoy ósemkowy, częściej Hodgego z celu-
lojdu i podczas gdy krążek swobodnie spoczywa, wykonywam, czyli kontynu-
uję masaż macicy. Zwłaszcza czynię to w Krynicy, gdzie pacjentki zniewolo-
niewe a uciążliwego przedostania się do wanny oczyszczającej“ [s. 242]. Co to
za ewolucje i dlaczego te właśnie skłaniają autora do masowania macicy
w obecności krążka w pochwie? Chyba autor nie masuje macicy podczas wy-
chodzenia pacjentki z kąpieli i przedostawania się do wanny oczyszczającej,
a czyni to albo przed temi ewolucjami albo też po nich, czyli gdy pacjentka
może się położyć. A wtedy mógłby wianek wyjąć, wykonać masaż macicy
i następnie wianek na nowo założyć. Czyż to nie właściwsze?

Już wprost niesmacznymi są wycieczki autora przeciwko publiczności,
według niego, nie oceniającej należycie lekarzy masażystów, a nawet przeciw-
ko kolegom, źle, według autora, masującym, a jednak mającym powodzenie.
Zaraz w słowie wstępem powiada autor: „Winną jest publiczność, pragnąca
zbyć się „tanio“, winni są lekarze, którzy wspierają matactwo lub sami
masują nieumiejętnie (*Mundus vult massari, ergo massatur*)“. A na str. 218:
„Już też co do kwestyi honorarium los terapeuty nie jest zazdrości
godny. Wizyty muszą być codzienne, a każda trwa 15 — 30 minut;
pacjenci nie pomną, że sztuka leczenia i trud ze strony lekarza codziennie są
jednakie, a przecież sumując, nie jednako oceniają ofiarności i fatywę tego,
który im ułatwia powrót do zdrowia—do najwyższego dobra śmiertelników“.
Albo ta zgorzkniała apostrofa do ludzkości, wprowadzie z serca płynąca, lecz
nie licująca wcale z podręcznikiem naukowym: „...metoda Brandta lubo wy-
maga wiele czasu i cierpliwości, zato najpewniej i stosunkowo najta-
niej wiedzie do zbawczego celu, zaczem zniewala ludzkość do wdzięczności
[przynajmniej słowem...], atoli rozwija u nas praktykę temu, kto ma...
plecy“. [s. 205].

Z przedstawionych tu próbek czytelnik chyba dostateczne także powziął
wyobrażenie o języku Dra ASHKENAZEGO. Języka bardziej zepsutego
i zgiermanizowanego, stylu zawilszego i bombastyczniejszego, nie zdarzyło mi
się spotkać w książce naukowej. Takich wyrażen jak: „ruchomość zбочo-
nego jajnika“, „gdy jajnik jest tkliwy“, „objaw powikłający“, „zaręczają nas
pacjentki“, „zachowują słusność“, „powierzony nam w leczenie mechaniczne
pacjent“, znaleźć można w tej książce bez liku. Albo zdania w rodzaju na-
stępujących: „W postawie zwykłej siedzącej, utrudnia nas siła masy od usiło-
wanego powstania z miejsca“ [s. 265]; „Fritsch przyjmuje zwiotczenie wszys-
tkich narządów przez samogwałt (*Masturbatio*), gdzie macica raz naprzód, raz
w tyle leży“ [s. 236]; „Fritsch i Schwarz tłómaczą także *Vaginitis adhaesiva*
(*senilis*) na tle przebytego a raczej zadawnionego nieżyty szi macicznej (*Hy-
drometra*) ze źródłem rzeżączkowym“. [s. 230]; „Schorzenia stawów, zaburze-
nia ruchu, leczą się pocieraniem kolistem, już silniejszem okolicy stawu i je-

dnocześnie, jako też poprzód, wstępny masażem dotyczących grup mięśni powyżej stawu dotyczącego“ [s. 17]; a wyrazy w rodzaju: „poprzód“, „mankament“ i wiele, wiele innych—czyż wszystko to razem nie dowodzi dostatecznie, że książka Dra АШКЕНАЗЕГО jest napisana złym językiem polskim?

Na tytule książki widnieje napis: „Część I“. Bardzo zadowolony będę, jeśli ocena moja przyczyni się do poprawniejszego opracowania części drugiej.

Wiadomości bieżące.

— Jesteśmy proszeni o zawiadomienie, iż d. 30 czerwca r. b. odbędzie się w sali Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zebranie w kwestyi przyszłej kasy zaliczkowo-wkładowej dla lekarzy, której ustawa ogłoszona została w N-rze 4 „Kroniki Lekarskiej“. Pożądaną byłaby obecność jak największej liczby kolegów.

— Prof. WŁODZIMIERZ BRODOWSKI w tych dniach obchodził 50-lecie doktoratu. Z tego powodu Towarzystwo Lek. Warsz. przesłało swemu sekretarzowi stałemu telegram gratulacyjny do Mühlau pod Insbrukiem, gdzie obecnie jubilat przebywa.

— Wyszedł z druku podwójny zeszyt [Nr. 113 i 114] „Odczytów klinicznych“, obejmujący pracę ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO p. t.: „O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych“. Praca, poświęcona przez autora uczestnikom sekcji medycyny wewnętrznej VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, dzieli się na 3 części: 1) zmiany, spostrzegane w gardzieli, 2) w jamie noso-gardzielowej, 3) w krtani przy chorobach ogólnych ustroju i niektórych sprawach przewlekłych. We wszystkich tych trzech działach szczegółowo rozebrany jest wpływ stanu ogólnego na zmiany miejscowe w górnym odcinku dróg oddechowych. Uwzględnione są tutaj: 1) stany anemiczne (*chlorosis, leukæmia, pseudoleukæmia, anaemias consecutivæ, scorbutus, hæmophilia, morbus maculosus Werlhofii*), 2) cukromocz, 3) krzywica i zolzy, 4) artrytyzm i podagra, 5) choroby przewlekłe dróg oddechowych natury niespecyficzej, 6) zaburzenia w krążeniu [wady serca, cierpienia mięśnia sercowego, miażdżycza naczyń, tętniaki aorty], 7) choroby narządów trawienia, 8) choroby nerek, 9) choroby organów płciowych, kobiecych, 10) wpływ niektórych zatruc [tytoniem, alkoholem, rtęcią, jodem i morfina], 11) choroby zawodowe. Praca ta, oparta na osobistym doświadczeniu autora oraz na wynikach badań różnych autorów, przytoczonych w bardzo obszernej literaturze, obejmuje około 4½ arkuszy druku. Cena tej monografii w odręcznej sprzedaży wynosi kop. 60.

— Osny Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 1-go do 3-go sierpnia 1898. W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami: 182) Docent Dr. HASKOWEC z Pragi: „Wrzekomo-opuszkowe porażenie (*paralysis pseudobulbaris*). 183) Docent Dr. O. FRANKENBERGER z Pragi: „Seroterapia ozeny“. 184) Prof. Dr. E. MEIXNER z Pragi: „Opuszkowe objawy syringomyelii“. 185) Prof. Dr. V. RUBESKA z Pragi: „Stosowanie wśródmaciczne baloników kauczukowych“. 186) Docent Dr. Ot. KUKULA z Pragi: Temat zastrzeżony z chirurgii. 187) Dr. B. BOUCEK z Pragi: „Hygiena szkolna“. 188) Prof. Dr. VIT. JANOWSKY z Pragi: Temat zastrzeżony z dermatologii. 189) „Appendicitis“. Referent Dr. KRAJEWSKI z Warszawy, korreferent Dr. DUNIN z Warszawy. 190) Dr. J. DRZEWIECKI z Warszawy: „O dyetetycznym leczeniu suchot płucnych. 191) Docent Dr. BAUROWICZ z Krakowa: „O odrażaniu lusterek do badania górnych dróg oddechowych“. 192) Dr. Stanisław SZUMAN z Poznania: „Przyczynę do nerwic, słonecznym wywołanych udarem“. 193) Tenże. „Nowa próba leczenia rwy [kulszowej]“. 194) Tenże. „Pogląd na dzieje psychiatrii“. 195) Prof. A. BECK ze Lwowa: „O unerwieniu ślinianek“. 196) Tenże. „O zjawiskach galwanicznych w rdzeniu pacierzowym“. 197) Tenże. „Wpływ czasowego podwiązania przewodu WHARTON'a na czynność gruczołu podszczękowego“. 198) Tenże. Sprawozdanie

z pracy Dr. JASIŃSKIEGO: „O tak zw. antytoksykcyjnej czynności wątroby“. 199) Tenże. Sprawozdanie z pracy Dr. BIKELESA: „O przebiegu dróg czuciowych w rdzeniu pancerzowym królika i psa. 200) Dr. A. KOZERSKI z Warszawy: „O pewnej krwawo-martwicowej postaci wysypki skórnej i jej stosunku do innych chorób skórnych“. 201) Dr. E. SACHS z Warszawy: „*Lues maligna*“. 202) Dr. KRYSIEWICZ z Poznania: „Enteroenterostomia przy wgłobieniu jelit“. 203) Dr. DROBNIK z Poznania: „O leczeniu złośliwych gruczolaków wśródmiąższowemi wstrzykiwaniami arszeniku“. 204) Tenże. „Leczenie gruźliczego zapalenia stawu biodrowego“. 205) Dr. Jan PANIEŃSKI z Poznania: „O działaniu kąpieli piaskowych przy przewlekłym reumatyzmie stawowym“. 206) Dr. GURANOWSKI z Warszawy: „W sprawie etyologii zapobiegania i leczenia ostrych zapaleń ucha środkowego“. 207) Tenże. „Z kazuistyki otyatrycznej“. 208) Prof. Dr. RYDYGIER ze Lwowa: „Pierwszy rok istnienia kliniki chirurgicznej we Lwowie“. 209) Tenże. „Kilka uwag o antyseptyce i aseptyce“. 210) Tenże. „O znieczulaniu miejscowem“. 211) Tenże. „Demonstracja zmienionych kleszczyków *TIEBMANN*'a do wyjęcia ciał obcych z oskrzeli“. 212) Tenże. „Demonstracja nowego przyrządu do podwiązywania naczyń RYDYGIER-LEPSZEGO. 213) Tenże. „Nowe cięcie do wycinania nowotworów z *coecum* i *S romanum*“. 214) Dr. KRASOWSKI ze Lwowa: „O metodzie *CALLOR*'a na podstawie doświadczenia w klinice chirurgicznej we Lwowie“. 215) Tenże. „O leczeniu wilka“.

Uwagi. Karty uczestnictwa już teraz wydaje podskarbi Zjazdu, pan dyrektor WŁĘCKOWSKI [Poznań, Rynek, Bank Przemysłowców] oraz komisarze Zjazdu, a mianowicie w Warszawie: Dr. K. RYCHLIŃSKI [Krucza 35], w Krakowie: prof. WICHERRIEWICZ [Wolska], we Lwowie: radzca dworu prof. RYDYGIER, w Paryżu: Dr. MOTZ [Boul. St. Michel 45], w Pradze: prof. Dr. CHODOUNSKY. Radzimy wcześniej zgłaszać się o mieszkania w czasie Zjazdu do p. Dr. B. KAPUŚCIŃSKIEGO, Poznań, ulica Wilhelmska Nr. 11.

— Zarząd VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich donosi. Ponieważ na zbliżający się VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, jaki się odbędzie w Poznaniu od 1-go do 3-go sierpnia r. b., już do dzisiaj przeszło dwieście nadesłano zgłoszeń z odczytami, a krótkość czasu Zjazdu wyłączałaby możliwość wygłoszenia wszystkich odczytów, gdyby Szanowni Prelegenci nie stosowali się do pewnych przepisów zasadniczych, przeto Komitet gospodarczy uprasza o nadesłanie **najpóźniej do 3-go lipca r. b.** na ręce prezesa Zjazdu, p. D-r H. ŚWIĘCICKIEGO, Poznań, pałac Działyńskich, jak najkrótsze streszczenie zapowiedzianego odczytu, Autoreferaty te wyjdą drukiem kilkanaście dni przed Zjazdem i rozesłane, względnie rozdane będą wszystkim Uczestnikom. Wygłoszenie odczytu więcej niż 15 minut czasu zająć nie powinno. Zabierającemu głos w dyskusji wolno tylko przez 5 minut przemawiać. Nadto już w czasie posiedzenia winien przemawiający wręczyć sekretarzowi Zjazdu poprzednie przemówienie swoje i to spisane na jednej tylko stronie, wręczonej mu przez sekretarza karty. Komitet gospodarczy ma nadzieję, że przeprowadzona w ten sposób organizacja umożliwi wygłoszenie wszystkich odczytów i dyskusję uczyni bardziej wyczerpującą.

— **Odezwa.** VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. Stosując się do życzeń wielu kolegów z Warszawy, urządza Komitet gospodarczy po ukończeniu Zjazdu w piątek dnia 5 sierpnia r. b. wspólną wycieczkę do zdrojowisk szląskich, a mianowicie: do Landeck, Langenau, Reinerz, Cudowy, Goerbersdorf, Salzbrunn, Flinsbergu i Warmbrunn. W odnośnych miejscowościach lekarze zdrowi, zawiadomieni o przybyciu gości, ułatwią zwiedzającym bliższe zapoznanie się z wodami. Ponieważ do odpowiedniego przyjęcia szanownych gości koledzy w zdrojowiskach powyższych pragną choćby w przybliżeniu wiedzieć, ilu będzie uczestników Zjazdu korzystało z wycieczki, przeto komitet gospodarczy uprasza o wczesne zgłaszanie się do członka komitetu, p. D-r BOLESŁAWA KAPUŚCIŃSKIEGO [ulica Wilhelmska nr. 11], który też bliższemi służyć będzie informacjami.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.