

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. O zapaleniu rdzenia

podali

E. Flatau i J. Koelichen.

(Referat zbiorowy, odczytany na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 21 i 23 Maja 1901 r.).



Ciąg dalszy.

A. Właściwe zmiany zapalne w rdzeniu.

1) Poliomyelitis.

Zmiany zachodzące w poliomyelitis (zapalenie istoty szarej, właściwie przednich rogów rdzenia) zostały dopiero zbadane w ostatnich latach kilkunastu. W 1865 r. Prévost i Vulpian pierwsi wskazali na zanik i zmniejszoną ilość komórek nerwowych w przednim rogu rdzenia w jednym przypadku poliomyelitis. Gdy w kilka lat później (1870) Charcot i Joffroy stwierdzili również ten zanik komórek nerwowych w przednich rogach rdzenia,—fakt ten stał się na długie lata pewnikiem. Zjawił się później cały szereg prac odnoszących, w których notowano ten sam zanik komórek nerwowych (Roger-Damaschino, Roth, Leyden, Eisenlohr i inni). Jakkolwiek niektórzy z badaczy np. F. Schultze, Leyden, Roger-Damaschino, Drumond i inni widzieli i opisali oprócz zaniku komórek zmiany zapalne w szarej istocie rdzenia, jednak teoria Charcota o pierwotnem zwyrodnieniu i zaniku komórek nerwowych pozostała miarodajną dla poliomyelitis.

Dopiero od kilku lat rozpoczął się zwrot od tej teorii Charcota do teorii zapalnej toksyczno-naczyniowej.

Jest rzeczą zrozumiałą, że do wyświeetlenia istoty zmian histopatologicznych, najbardziej się nadają przypadki świeże, t. j. te w których śmierć nastąpiła w kilka lub kilkanaście dni po zacho-

rowaniu. Przypadki te zdarzają się w poliomyelitis stosunkowo rzadko, lecz w ostatnich kilku latach zjawily się badania odnośnie Mari'e'go, Siemerling'a, Goldscheider'a, Redlich'a, które odrazu sprawę tę wyświetliły. Okazało się w tych przypadkach świeżych, że główne zmiany, zachodzące w przednich rogach są natury zapalnej. Dla przykładu przytoczymy doskonale zbadany przez Goldscheider'a przypadek poliomyelitis acutae. 2½ letnia dziewczynka, zmarła na 13-ty dzień choroby. Rdzeń był w części lędźwiowej zaczerwieniony, przeważnie w okolicy rogów przednich. Istota rdzenia jakby wypływała z przekroju rdzenia. W części grzbietowej i szyjowej zmian nie znaleziono. Badanie drobnowidzowe wykazało w części lędźwiowej znaczne przekrwienie naczyń opony miękiej. Tętnice były szczelnie napełnione krwią. To samo zauważono w naczyniach biegnących w sulcus longitudinalis anterior; były one przekrwione, a w ich okolicy znajdowano nacieczenie drobnokomórkowe. Na niektórych przekrojach widziano zmiany anologiczne w naczyniach obwodowych, biegnących od opony miękiej i wnikających do istoty białej słupów przednio-bocznych. To samo zjawisko stwierdzono w niektórych naczyniach rogów tylnych i pęczków tylnych części lędźwiowej rdzenia. *Najsilniejsze były jednak te zmiany w naczyniach rogów przednich.* W tych ostatnich przekrwienie naczyń wystąpiło w stopniu najwyższym. Oprócz tego przednie rogi były zasiane okrągłymi elementami komórkowymi. Komórki te tworzyły prądiwe wały, otaczające naczynia. Oprócz tego jednak leżały one również w istocie szarej pomiędzy naczyniami. Znaleziono zarazem wybitne zmiany w komórkach rogów przednich (rozmaite stopnie zwyrodnienia i zaniku, jako to zmniejszona zdolność barwienia, pęcznienie, zniekształcenie, zanik jądra i wyrostków, zmniejszona ilość komórek). Oprócz tego stwierdzono zwyrodnienie i częściowy zanik włókien myelinowych w rogach przednich. Te same zmiany, lecz w stopniu mniejszym, napotymano zarówno w części krzyżowej rdzenia, jak i w odcinkach grzbietowych i szyjowych. W niektórych przypadkach poliomyelitis acutae znajdowano zmiany podobne nie tylko w rdzeniu lecz i w opuszce, a nawet w mózgu, np. w przypadkach opisanych przez Redlich'a i Medin'a.

Widzimy więc, że *w okresie ostrym poliomyelitis główne zmiany powstają w naczyniach. Zmiany te są pierwotne i powodują wtórne zwyrodnienia komórek i włókien nerwowych, leżących w istocie szarej (rogach przednich) rdzenia.* Zmiany te nie trzymają się tej lub innej grupy komórek rogów przednich, lecz powstają w naczyniach, a mianowicie przeważnie w rozgałęzieniach arteriae centralis. Ponie-

waż jednak niektóre gałązki tej tętnicy wykraczają poza zakres istoty szarej i wnikają do istoty białej, zmiany więc zapalne znajdujemy również w tej ostatniej (głównie w przednio-bocznych słupach, otaczających rogi przednie). Na skutek zmian, zachodzących w niektórych naczyniach obwodowych, powstają sprawy zapalne (bardzo nieznaczne) i w więcej obwodowych częściach pęczków istoty białej. Najglówniejsze jednak zmiany pierwotne są—przekrwienie naczyń i nacieczenie drobnokomórkowe, pozatem mogą powstawać zakrzepy, wylewy krwi, nacieczenia surowicze i większa lub mniejsza ilość komórek ziarnistych w istocie szarej.

Wszystkie te zmiany histopatologiczne powstają (w okresie początkowym) zapewne na całej długości rdzenia, lecz najsilniej są rozwinięte w jednym ze zgrubień rdzeniowych (intumescencia lumbalis aut cervicalis), wywołując przez to największe zmiany kliniczne w odpowiednich częściach dolnych lub górnych kończyn.

Opisane powyżej zmiany dotyczą tych przypadków, w których śmierć nastąpiła w kilka dni po zachorowaniu. Ponieważ jednak poliomyelitis nie należy *quo ad vitam* do chorób niebezpiecznych, zwykle więc robiono sekye dopiero w kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt lat po chorobie; jest więc rzeczą zrozumiałą, że w tych przypadkach przedawnionych nie znajdowano, ani widocznego przekrwienia naczyń, ani nacieczeń drobnokomórkowych. Natomiast stwierdzono większy lub mniejszy zanik rogów przednich, widoczne ich zwężenie, (często wraz ze zwężeniem odpowiedniej połowy rdzenia) zanik lub bardzo zmniejszoną ilość komórek rogów przednich i korzeni przednich wraz z bujaniem neuroglei i zgrubieniem naczyń.

W części klinicznej zaznaczamy ten fakt, że poliomyelitis anterior acuta zdarzyć się może nie tylko u dzieci, lecz i u dorosłych. Badania sekcyjne G o m b a u l t'a, F. S c h u l t z e'g o, W i l l i a m s o n'a, F r i e d l a e n d e r'a i innych wykazały, że zmiany histopatologiczne są w tych przypadkach zupełnie podobne do zmian, spotykanych u dzieci.

Po za ostrą formą zapalenia rogów przednich rdzenia (poliomyelitis acuta) istnieje jak wiadomo forma przewlekła lub podostra (poliomyelitis chronica, subacuta). W tych przypadkach zanik mięśni rozwija się nie odrazu, lecz stopniowo i ogarnia co raz to nowe okolice ciała. Badania drobnowidzowe odnośnych przypadków poliomyelitis chronicae dokonane zostały przez E i s e n l o h r'a, D r e s c h f e l d'a, O p p e n h e i m'a, N o n n e g'o, D a r k s z e w i c z'a, D u t i l'a i C h a r c o t'a, B i e l s c h o w s k y'g o i innych. Wykazały one, że w przypadkach tych przeważnie komórki i włókna myelinowe rogów

przednich zanikają w większym lub mniejszym stopniu. Po zatem znajdowano w szarej, a w stopniu nieznacznym i w białej istocie zmiany zapalne w naczyniach (rozszerzenie naczyń, zgrubienie otoczek) nacieczenia drobnokomórkowe, komórki Deiters'a, komórki ziarniste, bujanie neuroglei, wylewy krwi. W tych ostatnich przypadkach, sądzić należy, że i tutaj mamy również do czynienia ze sprawą zapalną, wychodzącą z naczyń. Ponieważ jednak w niektórych przypadkach zmiany zapalne są bardzo nieznaczące i główne podścielisko anatomiczne stanowi zanik elementów nerwowych, większa więc część badaczy sądzi, że sprawa chorobowa powstać musi pierwotnie w komórkach przednich rogów rdzenia. Jest jednak rzeczą możliwą, że przyszłe badania wykażą, że w poliomyelitis chronica zanik komórek i ich grup również ściśle się wiąże z pewnymi rozgałęzieniami arteriae centralis. Tak się rzecz miała w przypadku poliomyelitidis chronicae opisanym niedawno (w r. 1899) przez Bielschowsky'ego o.

Myelitis centralis.

Mówiąc o zapaleniu istoty szarej rdzenia zaznaczyć musimy, że w niektórych przypadkach zmiany zapalne nie są umiejscowione wyłącznie w rogach przednich, lecz w całej istocie szarej. Są to te przypadki, w których sprawa zapalna rozwija się zarówno w arteria centralis jak i w vasocorona, lecz w ten sposób, że głównie jest zajęta istota szara (istota zaś biała w znacznie mniejszym stopniu). W wypadku tym powstaje t. zw. myelitis centralis. Jako przykład tej choroby można podać t. zw. paraliż Landry'ego (Westphal, Landry, Leyden, Kahler, Pick, Eisenlohr, Kummel, Hlava, Baumgarten, Hoffmann, Oppenheim, Pribytkow, Marie, Marinesco, Remlingen, Bailey i Ewing Krewer, Piccinino, Burghardt, Mills, Spiller, Goebel, Wersiloff, Chantemesse, Dydyński, Biro i inni). Natychmiast jednak zaznaczyć musimy, że choroba ta (paralysis Landry) powstać może również *na skutek zmian występujących głównie w opuszcze mózgowej lub w nerwach obwodowych* (typy: opuszkowy, rdzeniowy i obwodowy). Bywają także przypadki, w których najskrupulatniejsze badanie nie wykrywają żadnych zbożeń histopatologicznych. Choroba Landry'ego powstaje bezwątpienia na tle infekcyi lub intoksykacyi. W rzadkich tylko przypadkach udało się wykazać rozmaite mikroorganizmy, jak laseczniki duru brzuszego, monodiplo-streptokoki (Baumgarten, Curschmann, Centanni,

Eisenlohr, Marinesco, Oettinger-Marinesco, Piccinino i inni).

Choroba ta rozwijać się może w kierunku wstępującym lub zstępującym. Makro- i mikroskopowo znajdujemy te same zmiany, jakiesmy opisali powyżej w poliomyelitis,—tylko że *umiejscowienie* spraw zapalnych jest inne. Ogniska zapalne znajdujemy przeważnie w całej istocie szarej, po zatem jednak i w istocie białej wykrywamy zmiany mniej intensywne. Same ogniska są albo rozrzucone na całej długości rdzenia (przypominają wtedy myelitis disseminata acuta) lub też mogą występować pod postacią myelitis transversa. Najczęściej jednak pierwszeństwo ma istota szara, w której zmiany zapalne są najwyraźniejsze. Uważać należy za rzecz pewną, że w myelitis centralis lub w specjalnej jej postaci porażenia Landry'ego zmiany rozwijają się na tle sprawy naczyniowo-zapalnej.

2). Myelitis circumscripta.

Myelitis acuta (circumscripta s. transversa).

Jako myelitis acuta uważać należy tylko te przypadki, w których na skutek infekcji nastąpiły zmiany zapalne w rdzeniu (przeważnie w białej istocie rdzenia). W ostatnich latach podnosiły się głosy, które zalecały nadzwyczajną ostrożność w rozpoznawaniu myelitis acutae. Sądono, że w większości tych przypadków, myelitis powstaje nie jako samoistna choroba rdzenia, lecz jako wynik nowotworów rdzenia, przymiotu rdzenia, caries vertebrarum i innych. Lecz cały szereg badaczy uznał na podstawie zmian histopatologicznych, samodzielność tej postaci chorobowej. Uczony tej miary co Strümpell wygłasza w 1898 r. zdanie, że istnienie myelitis acutae circumscriptae (transversae) nie ulega najmniejszej wątpliwości.

Badania histopatologiczne, prowadzone przez Leyden'a, Moeli'ego, Knapp'a, Oppenheim'a, Küsterman'n'a, Bruns'a, Pick'a, Schmaus'a, Babes'a, Marinesco, Strümpell'a, Hochhaus'a, Mager'a i wielu innych znacznie wyświetliły nam odnośne sprawy histologiczne w rdzeniu.

Zaraz na początku podkreślamy ten fakt, że w *myelitis acuta* (również w *myelitis chronica*) główną rolę grają naczynia obwodowe rdzenia (*vasocorona*). W nich znajdujemy przeważnie zmiany, a co za tem idzie—w istocie białej. Ponieważ jednak niektóre z tych gałązek wkraczają przez istotę białą do szarej, z drugiej zaś strony w niektórych przypadkach mogą uleść zmianie również gałązki arteriae cen-

tralis (Hochhaus), wynika więc ztąd, że i istota szara może przyjąć udział w rzekomych sprawach zapalnych.

Świeżo wyjęty niepreparowany rdzeń w miejscach zapalnych jest mięki. Na przekroju widzimy po największej części zatarte kontury szarej istoty rdzenia. Sama istota rdzenia jest rozmięczona i zabarwiona na kolor czerwono-żółty (we wczesnym okresie) lub na żółto-biały, lub szaro-biały (w okresach późniejszych). Na przekroju poprzecznym istota wystaje ponad powierzchnię przeciętą, jakby wypłynąć z niej chciała. Jeżeli zeszkobać z tego przekroju rdzeniowego trochę istoty i rozpatrzeć ją pod mikroskopem, ujrzymy wtedy oprócz bryłek myelinowych głównie wielką ilość komórek ziarnistych (*Körnchenzellen*). Po stwardnieniu w solach chromowych, ogniska zapalne występują bardzo wybitnie w postaci jasno-żółtych plam.

Zmiany mikroskopowe, znajduwane w myelitis acuta, podzielić można wraz ze Schmausem na 3 typy, a mianowicie: na typ zwyrodnienia mięszowego, nacieczenia drobnokomórkowego z przeważającymi zmianami naczyniowymi i typ rozmięczenia.

Do pierwszego typu zwyrodnienia mięszowego, należą te przypadki myelitidis acutae, w których wykrywamy pod drobnowidzem nieznaczne zmiany naczyniowe, główną zaś uwagę zwracają na siebie zwyrodnienia elementów nerwowych białej istoty rdzenia. Widzimy więc napęczniałe wyrostki osiowe, szczególnie zaś nabrzmiałe są otoczki myelinowe, które nadają istocie białej rdzenia wygląd pęcherzykowaty. W dalszym ciągu spęczniałe elementy mogą uleść rozpadowi. Również siatka neuroglei ulega pęcznieniu i zgrubiałe jej i mocno zabarwione przegrody otaczają pierścieniami nieforemnymi włókna nerwowe. Komórki neuroglei są często nabrzmiałe i powiększone. Zmiany te mięszowe są w przypadkach tych najważniejsze. Oprócz nich występują jednak zmiany naczyniowe w postaci przekrwienia, rozszerzenia tętnic i żył, wysięków surowicznych do istoty białej, wędrowki leukocytów poprzez warstwy naczyniowe do otaczającej istoty i komórki ziarniste.

Najczęstsze są przypadki, które zaliczyć można do drugiego typu z przeważającymi zmianami naczyniowymi i nacieczeniem drobnokomórkowym. W przypadkach tych widzimy zmiany w naczyniach biegnących od obwodu rdzenia do istoty białej, znaczne przekrwienia i rozszerzenia w naczyniach wraz z wysiękiem surowiczym i bardzo widocznym nacieczeniem drobnokomórkowym. Na skrawkach zabarwionych odpowiednio (np. hematoksylinowych) rzucają się w oczy bardzo widoczne nacieczenia drobnokomórkowe, leżące głównie w otoczeniu naczyń krwionośnych, w postaci oddzielnych skupień lub pasemek podłużnych (wzdłuż przegródek, a więc i naczyń). Elementy drobnoko-

mórkowe leżą przeważnie w przestworach chłonnych otaczających naczyń, oprócz tego leżą one w samej istocie białej w siatece neuroglei lub nawet w przestworach okołokórkowych. Elementy te drobnokórkowe stanowią wielojądrowe leukocyty lub jednojądrowe komórki okrągłe, powstałe, zapewne z komórek adventitiae lub z komórek neuroglei. Poza tym znajdujemy większe i mniejsze skupienia komórek ziarnistych. Oprócz tych zmian naczyniowych, widzimy te same zmiany mięsaszowe, jakie występują w pierwszym typie myelitis acutae, a więc przeważnie zmiany wyrostków osiowych i otoczek myelinowych, rozpadanie się jednych i drugich, bujanie i zgrubienie siatki neuroglei. Czasami widzimy, że zwyrodnienie istoty rdzenia powstaje li tylko w bezpośrednim otoczeniu naczyń zmienionych, w innych zaś miejscach w istocie tej zmian nie ma. Ogniska zapalne, w których wszystkie te zmiany występują, mają często postać *klinów*, których szeroka podstawa leży na obwodzie rdzenia, a ostrze wrzyna się w rdzeń. W przypadkach, w których zmianom zapalnym ulega również istota szara, znajdujemy w niej analogiczne sprawy chorobowe wraz z głębokimi zmianami i zanikami komórek nerwowych. W przypadkach trwających zaledwie kilka tygodni, mogą powstać głębsze zmiany w naczyniach w postaci endarteriitis obliterans.

Do trzeciego typu zmian histopatologicznych w myelitis acuta zaliczamy rozmięczenie istoty rdzeniowej. W przypadkach tych istota ta w okolicach odpowiednich wydaje się mięką, czasami nawet płynną, koloru szarego lub żółtego. Badanie drobnowidzowe wykazuje w ognisku rozmięczonym przeważającą ilość komórek ziarnistych, oprócz tego szczątki rozpadających się wyrostków osiowych, otoczek myelinowych i neuroglei. W bezpośrednim otoczeniu tych ognisk rozmiękłych znajdujemy opisane powyżej stany zapalne (pęcznienie i nacieczenie). Naczynia wykazują te same zmiany, jakie opisaliśmy powyżej. Czasami napotykaemy zakrzepy w naczyniach. W niektórych przypadkach znajdujemy krwotoki w okolicy ognisk rozmięczonych lub też w samym ognisku (rozmięczenie czerwone). W dalszym ciągu ogniska rozmięczone mogą się zblizniać lub też na ich miejscu powstają jamy, które mogą się z czasem rozszerzać. Zachodzi jednak pytanie, czy jesteśmy w stanie w każdym przypadku poszczególnym zawyrokoać, czy ognisko rozmięczone powstało na skutek zapalenia rdzenia, czy też—zmian odżywczych (ischaemia przy zakrzepie naczyń, krwotoku urazowym). Otóż wyznać musimy, że nie jesteśmy w posiadaniu faktów pewnych, które by umożliwiły odróżnienie jednej sprawy od drugiej. Jakkolwiek ognisko rozmięczone w myeli-

tis jest otoczone tkanką znajdującą się w stanie zapalnym, to jednak te same zmiany zapalne mogą wystąpić wtórnie (na skutek podrażnienia naczyń) w zwykłym niezapalnym rozmięczeniu (myelomalacia). Musimy więc w przypadkach odpowiednich szukać w innych okolicach rdzenia objawów znamiennej dla myelitis, a wrazie potrzeby zwrócić uwagę na przebieg kliniczny choroby.

Jeżeliśmy w szkicu powyższym odróżnili 3 typy zmian, jakie zachodzą w myelitis acuta, to czyniliśmy to więcej ze względów dydaktycznych. W większości przypadków badanie drobnowidzowe wykrywa kombinacje tych typów (szczególniej pierwszego i drugiego), jakkolwiek bywają przypadki, w których jeden z tych typów może przeważać i nadawać im odpowiedni koloryt. *Za najbardziej charakterystyczne dla myelitis acuta zmiany uważamy jednakowoż zmiany naczyniowe.*

Co się tyczy umiejscowienia zaburzeń anatomicznych w myelitis acuta, to najczęściej znajdujemy je w dolnej lub środkowej okolicy grzbietowej. Same zmiany są te same i nie zależą od umiejscowienia sprawy zapalnej w części grzbietowej, lędźwiowej lub szyjowej (myelitis dorsalis, lumbalis, cervicalis).

Jakkolwiek sama nazwa myelitis circumscripta s. transversa wykazuje, że w przypadkach odpowiednich powstaje jedno główne ognisko na różnej wysokości rdzenia, jednakowoż fakt ten przyjmować należy z pewnem zastrzeżeniem. Bardzo często, a w przypadkach świeżych zapewne zawsze znajdujemy oprócz właściwego ogniska myelitycznego zmiany również w innych okolicach rdzenia, mianowicie zmiany w naczyniach, w elementach nerwowych, a nawet mniejsze ogniska zapalne. W tych ostatnich przypadkach główne ognisko zapalne nadaje, że się tak wyrazimy, ton cierpieniu, powodując odpowiedni obraz kliniczny (z typem grzbietowym, lędźwiowym lub szyjowym). Samo ognisko ogarnia często większą przestrzeń (właściwie składa się wtedy z połączonych ze sobą ognisk pomniejszych) i prowadzi do tworzenia się t. zw. *myelitis diffusa*. Zarówno w myelitis diffusa, jak w myelitis circumscripta s. transversa prawie nigdy nie bywa uszkodzona cała przestrzeń poprzeczna rdzenia, gdyż pozostają zwykle większe lub mniejsze jej pola normalne.

Jest rzeczą zrozumiałą, że intensywność zmian anatomicznych, ulega w przypadkach poszczególnych bardzo znacznym wahaniom. Przy poglądzie na myelitis acuta, jako na chorobę rdzenia infekcyjno-naczyniową, rozumiemy, że mogą zajść zmiany nieznaczne, które w dalszym przebiegu zapalenia się zatrzeć mogą. Istnieją przecież przypadki wyleczenia myelitis lub prawie zupełnej poprawy. W przypad-

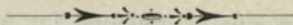
kach tych mamy oczywiście do czynienia z przekrwieniem naczyń, z nieznacznymi zmianami w elementach nerwowych, zdolnych jeszcze do naprawy. Przypominamy fakt niezmiernie ważny, mianowicie, że *funckye* ustroju nerwowego mogą wykazywać bardzo znaczne zmiany przy bardzo nieznaczących zmianach *anatomicznych* tkanki nerwowej. Przypadki wyleczenia ostrego zapalenia rdzenia należą jednak do wyjątków.

Po większej części zmiany w rdzeniu są bardzo głębokie, niszczą one w odpowiednich ogniskach tkankę nerwową doszczętnie i wywołują wskutek przerwania jej ciągłości t. zw. wstępujące i zstępujące *zwyrodnienia wtórne*. Jest to fakt niezmiernej wagi ze względu na odróżnianie spraw myelitycznych od sclerosis multiplex, w której zwyrodnienia wtórne nie powstają prawie nigdy.

W krótkości tylko zaznaczymy, że w przypadkach t. zw. *meningomyelitis* znajdujemy w rdzeniu analogiczne zmiany naczyniowe, mięsaszowe lub śródmięsaszowe, wynikające na skutek rozprzestrzeniania się zmian anatomicznych z opony miękiej na naczynia obwodowe rdzenia. Są to rozmaite formy meningitidis serosae, fibrinosae, purulentae, w których opony rdzenia wykazują odpowiednie zmiany, umiejscowione głównie w tylnej okolicy rdzenia i to często w okolicy lędźwiowej. Ztąd sprawa zapalna zagłębia się wraz z naczyniami obwodowymi w istotę rdzenia i wywołuje w niej odpowiednie zmiany zapalne (pęcznienie i rozpadanie się elementów nerwowych, nacieczenia drobnokomórkowe, zakrzepy, wynaczynienia, ogniska rozmiękczenia).

Zmiany analogiczne znajdujemy również w t. zw. *myelitis gonorrhoeica* (najczęściej meningitis, albo meningomyelitis, rzadziej—myelitis disseminata).

D. c. n.



Z Oddziału Ginekologicznego Warszawskiego Szpitala Ewangelickiego.

II. KILKA SŁÓW

o powtarzaniu się obojactwa wrzekomego w jednej
i tej samej rodzinie

(De pseudohermaphroditismo hereditario)

z 6 rysunkami w treści.

Podał

Dr. med. Fr. Neugebauer.

(*Ciąg dalszy*).

W roku 1890 jeden z byłych uczniów moich z kliniki Berlińskiej Dr. Nonne, w czasopiśmie *Jahrbuch der Hamburgischen Staats-Krankenanstalten her. von Alfred Kast*, II. Jahrgang, 1890, Leipzig 1892, pg 446 w artykule: „Zwei Faelle von Pseudohermaphroditismus masculinus bei zwei Geschwistern“ opisał tego rodzaju przypadek jako unikat, twierdząc, że ani w dokładnem zestawieniu statystyki dawniejszej Arnold'a, ani u Ahlfeld'a podobnego spostrzeżenia dwóch obojnaków wrzekomych w jednej rodzinie nie było. Osobiście jednak nie tylko zestawić mogłem cały szereg takich spostrzeżeń powtarzania się wrzekomego obojactwa u dwojga dzieci tych samych rodziców, a nawet u trojga i czworga, a niedawno osobiście miałem sposobność w Towarzystwie Lekarskiem przedstawić dwie siostry rodzone lat 21 i 18, u których badanie ścisłe ujawniło płęć męską. Kwestya ta jest tak interesującą, że na czasie będzie przypadki te wszystkie raz synoptycznie zestawić. Zestawiam je podług abecadłowego porządku nazwisk autorów, którzy spostrzeżenia opisali. Do przypadków tych zaś zaliczę nie tylko przypadki wrzekomego obojactwa w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz i niższe stopnie tej samej anomalii rozwojowej—*hypospadiasis penis*—wywołującej u noworodków męzkich pozory płci żeńskiej, czyli uwzględnię chociaż nie wszystkie przypadki, to jednak sporo spostrzeżeń *hypospadiaseos hereditariae* męskiej.

Rozszczepienie mniej lub więcej daleko posunięte prącia: *hypospadiasis penis* częściej się zdarza niż rozszczepienie moszny

i o wiele częściej niż ogólnie dotąd przyjmowano. Chaussier w Paryżu na 23,293 noworodków męskich napotkał 132 razy wady rozwojowe, a wśród nich tylko dwa razy hypospadiasis penis. Rennes zaś na 3,000 rekrutów we Francyi, znalazł aż 10 spódzców, a więc jednego spódzca na 300 mężczyzn. Bouisson na 300 żołnierzy dotkniętych chorobą weneryczną napotkał jednego spódzca.

1). Fancourt Barnes „O wrzekomem obojnactwie męzkim wskutek hypospadiasis peniscrotalis.—(British Gyn. Journal 1888, pg. 205, 231), opisał dwoje dzieci z 12-orga rodzeństwa jednych rodziców. Dnia 25, IV, 1888, przedstawił on w Towarzystwie Ginekologicznem Londyńskiem spódzca męskiego aż do 19 roku życia za kobietę uchodzącego. Po urodzeniu się dziecka lekarz określił płeć dziecka jako żeńską. Już w 9 roku życia ukazało się owłosienie w okolicy sromu, oraz na linii pośrodkowej brzucha sięgające aż do pępka. Objaw ten mocno zaintrygował matkę dziecka. W 16 roku pannie wyrosły wąsy. Peryodów nigdy nie miała. Ogólny wygląd, głos, krtań, sutki męskie, penis hypospadiacus, scrotum fissum. Jako rzecz niezwykłą u kobiet zauważono, że u tej panny wargi sromne kobiece były pokryte włosami na powierzchni wewnętrznej. Pochwy, macicy lub jajników nie znaleziono. Przypuszczano natomiast kryptorchizm obu stronny. Panna ta urodziła się jako trzecie z 12-orga dzieci, ostatnie czyli 12-te z tych dzieci również miało pozory płci wątpliwej, wychowane jednak zostało przez rodziców jako chłopiec. Barnes zwraca uwagę na to, że przy kateteryzowaniu musiał użyć tak zwanego *tour de maitre*. W tym więc przypadku dwoje z dwunaściorga dzieci urodziły się z tą samą wadą rozwojową: wrzekomem obojnactwem męzkim. Jednego z tych chłopców mylnie wychowano za dziewczynę, drugiego wychowano jako chłopca.

2). Bauhin opisał bliźnięta urodzone 1486 we wsi Rohrbach, niedaleko Heidelberga, zrosnięte grzbietami pomiędzy sobą, oboje dzieci były obojnakami. Rysunek podał Paraeusz, a po nim Arnaud (patrz fig. 2).

3). Bryant widział trzy razy hypospadiasin penis hereditarium u ojca i syna.

4). Le Cat, w okolicy Vernan we Francyi znał kobietę, która prawie wszystkich synów rodziła spódzców, jak o tem wspomina też później Osiander.

5). Chiarleoni („Due Casi di malconformazione dei genitali esterni“, „Lezioni cliniche“. Palermo 1897, patrz również: „Ermacroditismo in due sorelli“, „La Riforma Medica“, Palermo 1899, vol.

I, № 65, pg. 301, oraz vol. II, № II, pg. 126), opisuje dwóch chłopców mylnie za dziewczęta wychowanych, których badał 28, XII, 1898: 17-letnia Francesca d'Angelo i 15-letnia Angela d'Angelo, okazały się chłopcami. Franciszkę w wieku 6 miesięcy przedstawiono lekarzowi z powodu obustronnej jakoby przepukliny pachwinowej. Lekarz przeciw niej zalecił noszenie bandażu odpowied-

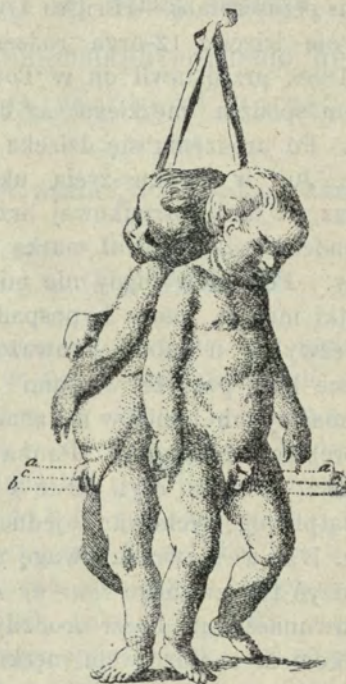


Fig. 2.

niego, który też Franciszka niepotrzebnie nosiła do 13 roku życia. Ogólny wygląd męzki, sutki i owłosienie sromu kobiece. Peryodów nigdy nie miała. Po każdej stronie sromu daje się wymacać twarde ciało przesuwalne. Hypospadiasis peniscrotalis. Cewka moczowa miała 5 centymetrów długości. Nie znaleziono ani śladu warg sromnych, ani też moszny. Per rectum nie wymacano ani macicy, ani jajników. Erekcye prącia częste. Popędów płciowych jakichkolwiek dotąd nie zdradzała i nie odczuwała. Descensus testiculorum incompletus. Wygląd 15-letniej siostry Franciszki Angeli był zupełnie taki sam: Hypospadiasis perionaealis vulviformis, jak wyraża się autor.

6). Cheselden widział dwóch braci spóźców męzkich o hypospadiasis peniscrotalis o pozorach płci żeńskiej.

7). Frank, jak podaje Hofmann, opisał hypospadiasin penis u trzech pokoleń zrzędu: ojca, syna i wnuka.

8). Heuermann, jak podaje Guenther, opisał dwóch braci spóźców, których dziad i krewni płci męskiej wszyscy byli spóźcami.

9) Van-der-Hoeven („Weekblad v. h. Ned. Tijds. vo. Geneeskunde“ 1882, № 45), opisał mylne określenia płci u dwóch sióstr rodzonych. U młodszej 23-letniej ogólna budowa ciała, wygląd i głos były kobiece. Wargi większe łącząc się u góry, pokrywają prącie rozszczepione, dwóch cali długości, o żołądki, napletku i dwóch ciałach jamistych. W każdej wardze sromowej wielkiej wymacano jądro, przyjadrze i sznurek nasienny, idący do kanału pachwinowego. W sznurkach nasiennych można było wymacać vas deferens oddzielnie oraz plexus pampiniformis. Jądra wielkości jaj gołębich: prawe jądro cokolwiek większe od lewego. Ucisk nie wywołuje bólów, ani śladu małych warg sromnych. Na jeden centymetr poniżej żołądki otwór cewki, wpuszczający wążki zgłębnik. Po obu stronach otworu cewki znajduje się otworek jeden wpuszczający *bougie filiforme* na kilka milimetrów głębokości. Otwory 2—3 centymetrów, na kształt kobiecej fossae navicularis. Owłosienia sromu wcale niema. Ogólny wygląd przypomina wygląd sromu 14-letniej dziewczynki. Cewka ma długości 5-ciu centymetrów, jak się przy badaniu per rectum podczas kateteryzacji pokazało. Nie wymacano ani śladu gruczołu krokowego, gruczołów Coopera, gruczołów nasiennych, jako też macicy lub jajników. Miesiączki, jak również ejakulacyj a nawet erekcyj, osobnik ten jeszcze nigdy nie miał. Jest on zupełnie obojętny zarówno względem obu płci. 28-letnia siostra jego jest zupełnie tak samo ukształtowaną. Na *Mons Veneris* nie posiada owłosienia żadnego. Miesiączki, ani też wytrysków nasienia nigdy nie miewała. Sutki dobrze rozwinięte, zarostu męskiego na twarzy niema. Włosy na głowie długie, głos silny, brak również jakiegokolwiek popędu płciowego.

10). Everard, Home opisał dwóch braci spóźców.

11). Hutchinson ogłosił spostrzeżenie własne: „Hypospadiasis in different degree in two brothers“, Clinical. Museum, Part I. pg. 117 (w roku 1894).

12). Gader „Ein Beitrag zur Lehre von der Fortpflanzungsfähigkeit bei Hypospadien und von der Vererbung dieser Missbildung“, „Zeitschrift fuer Medicinalbeamte“, 1890, pg. 247), opisał

osobnika, który jako mężczyzna był zaręczony. Rodzice narzeczonej chcieli zerwać narzeczeństwo z powodu wadliwego ustroju narzeczonego, lecz nareszcie zmuszeni byli przystać na zawarcie ślubu z powodu, że narzeczona już była w ciąży, pomimo, że u narzeczonego cewka otwierała się u samej osady prącia tuż nad moszną. W rodzinie, do której należał powyższy osobnik dotknięty hypospadią, ta wada ustrojowa była dziedziczną, lecz tylko przez linię kobiecą udzielaną, kobiety zaś same pozostawały wolne od jakiegokolwiek hypospadyi.

13). K a t z k y („Monstri hermaphroditi historia. Acta Medicorum Berolinensium“, Dec. I, Vol. IX patrz także: Elben „De acephalis sive monstis corde carentibus“, Berlin 1821, pg. 8), jak wspomina A h l f e l d („Die Missbildungen des Menschen II Abschnitt Leipzig“ 1880, pg. 16), opisał bliźnięta o identycznym zniekształceniu organów płciowych, jak w przypadku N a e g e l e g o -- spóźców męzkich o hypospadiasis peniscrotalis czyli perinealis.

14). K a u f m a n n („Verletzungen und Krankheiten der maennlichen Harnroehre und des Penis“, Stuttgart 1886), wspomina o tem, że osobiście zna ojca i syna spóźców.

15). K e l l o c k („Medical Press and Circular“, 18 January 1899, pg. 61, patrz również: „British Medical Journal 1899“, 21 January, pg. 152), demonstrował dwóch chłopczyków braci o hypospadiasis peniscrotalis. Starszego chłopczyka, który dziś ma sześć i pół lat, wskutek mylnego określenia płci wychowano jako dziewczynkę. 6 miesięcy temu nastąpił opóźniony descensus testiculi unius do wargi sromowej wielkiej; drugiego chłopczyka również wskutek istnienia pozorów płci żeńskiej (hypospadiasis et kryptorchismus) ochrzczono za dziewczynkę. Matka łomaczyła sobie zniekształcenie dzieci tem, że koniecznie pragnęła mieć córkę („Complete hypospadias with cleft scrotum“).

16). L e p e c h i n znalazł trzech braci spóźców.

17). L e s s e r (Beitrag zur Vererbung der Hypospadien“, Virchow's Bd. CXVII. Heft 3), badał dwóch braci, dotkniętych w równym stopniu hypospadiasi penis. Cewka otwierała się na jeden centymetr ku tyłowi od szczytu żołędzi, na której znaleziono małe tylko zagłębienie, pomiędzy tem zagłębieniem a otworem cewki istniał rodzaj torebki. Tę samą wadę rozwojową znaleziono w drugim i czwartym pokoleniu tejże rodziny, w trzeciem zaś i piątym pokoleniu tej wady nie było. Drugie pokolenie było reprezentowane przez męskiego spóźca oraz siostrę. Z 14 wnuków 10 było spóźcami, o dwóch szczegółów nie podano. Wada rozwojowa

z drugiego pokolenia przeszła na trzech wnuków, w czwartym pokoleniu przez matkę. Ma to przypominać podobne fakty, dotyczące daltonizmu dziedzicznego. W piśmiennictwie dotąd mają być opisane tylko spostrzeżenia przeniesienia hypospadiaseos z ojca na syna, nie zaś przez matkę, jest to jednak pogląd mylny.

18). Levy z Grispalsheim, jak podaje Laurent opisał dwie siostry wrzekomych obojnaków męzkich, słynnych z lubieżności, miały one stosunki zarówno jako kobiety, jak i w roli mężczyzny.

19). Lindsay (Centr. f. Gyn. 1898, № 20, p. 548), który 5 lat temu w Tow. Ginekologicznem w Glasgowie mówił o trojgu dzieci płci wątpliwej z jednej rodziny pochodzących, opisał dnia 19, II, 1898 sekcyę jednego z tych osobników, który okazał się spódcem męzkim: na tylnej powierzchni pęcherza moczowego znalaziono vasa deferentia oraz pęcherzyki nasienne. W kanałach pachwinowych leżące twory drobnowidz rozpoznał jako jądra. Dwóch z tych 3 spódców męzkich mylnie wychowano za dziewczęta. Rodzice mieli 9-ro dzieci, a pomiędzy nimi 3 spódców („British. Med. Journal“ 1893, № I, pg. 357).

20). Lingard „The hereditary transmission of hypospadias and its transmission by indirect atavism“, Lancet 19, April 1884, opisał spostrzeżenie o którym wspominałem powyżej.

21). Mabaret du Basty („Absence d'une partie des organes génitaux externes chez deux soeurs“, Progrés Médical 1890 II, pg. 503, patrz Referat: Frommel s. „Jahresbericht ueber die Fortschritte der Geburtshuelfe und Gynaekologie“ 1890 pg. 358) opisuje dwie siostry, które, prawdopodobnie, były braćmi. Thorax męzki, deska piersiowa i sutki owłosione, sutki płaskie, głos męzki, broda i wąsy, budowa miednicy kobieca. Warg sromnych wielkich i małych wcale nie ma. Lechtaczka cztery centymetry długości, u młodszej z tych sióstr z napletkiem, u starszej bez napletka; poniżej lechtaczki otwiera się cewka moczowa, poniżej cewki leży drugi otwór, prowadzący do kanału 5 cent. długości. Z tego kanału co miesiąc wypływa ciecz krwawa. O macicy, jajnikach i t. d. nie ma mowy w referacie. Stumpf w referacie swoim wyraża mniemanie, że w obu przypadkach czyli u obu sióstr chodzi raczej o wrzekome obojnaństwo męzkie, a więc o mylne określenie płci.

22). Christopher Martin („The British Gynaecological Journal“. Part 37, May 1894, pg. 35), dnia 8 III. 1894 w Angielskiem Towarzystwie Ginekologicznem miał odczyt o przypadku wrze-

kiego obojactwa, nader ciekawym głównie dla tego, że przypadek ten dowodzi, jak trudnem czasami bywa właściwe rozpoznanie płci. W danym przypadku na drodze herniotomii, przy oglądaniu makroskopijnem wzięto mylnie jądro za jajnik ektopiczny i do jamy brzusznej wsunięto, wskutek tej pomyłki mylnie wychowywano chłopca dalej jako dziewczynę, chłopiec z winy lekarza chirurga i nadal pozostał ofiarą „*erreur de sexe*“.

M. demonstrował jądro wycięte na drodze herniotomii u wrzekomego obojnaka: 20-letnia niańka, która nigdy peryodu nie miała, 12 miesięcy temu poddała się radykalnej operacji, przepukliny pachwinowej prawostronnej. Operacji z dobrym co do przepukliny skutkiem dokonał inny operator. Przy operacji znalazł w worku przepuklinowym jakieś solidne owalne ciało, które wziął za jajnik i napowrót wsunął do jamy brzusznej. *De facto* wsunął on jak później się ujawniło, jądro do jamy brzusznej. W styczniu 1894 wytworzyła się przepuklina pachwinowa lewostronna. Tym razem panna ta zgłosiła się do Chr. Martin'a z prośbą o uwolnienie jej od bólów, wywołanych przez guz w pachwinie leżący, zarazem pytając się, dla czego dotychczas nie miewa peryodów, jak inne dziewczęta. Wyraz twarzy, głos, sutki kobiece, ani śladu wąsów lub zarostu męskiego na twarzy, ogólna budowa ciała czyni raczej wrażenie kobiecej niż męskiej. Mons Veneris wyraźny, lecz bez śladów owłosienia, którego również niema dokoła sromu pomimo wieku pacjentki. W okolicy prawej pachwiny widać bliznę pooperacyjną: ani śladu recydywy niema. W lewej pachwinie leży guz owalny, niezbyt twardy, wrażliwy na ucisk. Guz ten solidny nie dał się do jamy brzusznej doprowadzić, leżał zaś bezpośrednio przed zewnętrznym otworem kanału pachwinowego. Wygląd organów zewnętrznych płciowych zupełnie jak u kobiety, która nigdy nie rodziła. Większe i małe wargi sromne prawidłowe, lechtaczka wielkości prawidłowej, niepodobna do prącia. Po odciągnięciu warg sromnych na zewnątrz, widać otwór cewki moczowej kobiecej, w szparze sromnej normalnej. Pochwa na wysokości trzech czwartych cała ślepo zakończona, wpuszcza jednak koniec palca. Ani śladu ciała ani szyi macicy nie wyznaczono. Cewka długości półtora cala bez śladu gruczołu krokowego. Pomędzy kateterem a palcem w kiszce nie znaleziono żadnych tworów trwałych. Ponieważ guz pachwinowy bardzo dokuczał pacjentce, Martin zdecydował się na ekstyrpację. Zrobiono odpowiednie cięcie w kierunku skośnym; znaleziono worek surowiczy, zawierający owalne ciało, solidne, długości cala. Było to jądro o *tunica vaginalis testis*. *Gubernaculum, Hunteri* wyraźnie przebiega ku do-

lowi i ginie w tkankach *labii majoris pudendi*. Izolowano jądro i usunięto po odpowiedniem podwiązaniu powrózka nasiennego, palec przez kanał pachwinowy wprowadzony do jamy brzusznej przy pomocy dwuręcznej palpacji w jamie miednicy, nie znalazł ani śladu macicy, natomiast można było śledzić przebieg *vasis deferentis* ku bocznej tylnej części ściany pęcherza moczowego. Przebieg ten można było łatwo kontrolować, lekko pociągając za powrózek nasienny, przyczem tenże naprężał się.

Operację ukończono sposobem radykalnym, zaszywając otwór kanału pachwinowego doszczętnie. Wyzdrowienie. Allan pod drobnowidzem stwierdził, że guz ten zawierał jądro i przyjądrze: *tunica vaginalis testis* i *tunica albuginea*, kanaliki nasienne różnego stopnia rozwoju i w niektórych *tubuli* niezupełnie wykształcone spermatozoidy. Bardzo ciekawe było, że o dwa lata starsza siostra tego osobnika, czyli spódźca męskiego, mylnie za kobietę wychowanego o *descensus testicularum retardatus* i *fissura peniscrotalis* oraz rudymen tarnej pochwie i ogólnej budowie ciała kobiecej, również nie miała nigdy miesiączki, miała sutki dziecięcego wyglądu, genitalia bez śladu owłosienia, pochwę ślepo zakończoną na wysokości ciała bez śladu macicy. Ojciec tych dwóch wrzekomych sióstr był umysłowo chorym w czasie poczęcia przez żonę. Pokazuje się więc, że obie siostry dotknięte są identyczną wadą rozwojową, ponieważ są one wrzekomymi obojnakami męzkimi, przynajmniej prawdopodobnem jest, że i starsza siostra jest raczej spódźcem męskim, pomimo że niewymacano gruczołów płciowych u niej, widocznie nie nastąpił jeszcze *descensus testicularum*. U siostry młodszej po dokonaniu kastracyi, zjawilo się owłosienie sromu, nabrzmienie obu gruczołów piersiowych, oraz rozwinęła się histerya.

23). Lehmann opisał donoszone bliźnięta, dotknięte równemi wadami rozwojowemi, prócz znacznej *encephalocoele occipitalis*, znalezione u obu wrzekome obojnakstwo męskie, oparte na hypospadyi.

(Nederland. Tijds. v. Geneeskunde 1857 I, pg. 97, patrz Schmidt's. Jahrbuecher Bd. 96, pg. 161).

24). Van Mons (Journal de Bruxelles 1868, vol. 47, pg. 467), opisał bliźnięta wrzekomych obojnaków męzkich.

25). Morgagni widział hypospadiasis w dwóch pokoleniach tej samej rodziny.

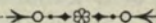
26). Naegele („Beschreibung eines Falles von Zwitterbildung bei einem Zwillingspaare“, Meckel's Archiv Bd. 5, pg. 136). Dnia 31 września 1844 r. urodziły się w H. bliźnięta, ochrzczone

jako Katarzyna i Marya Manzer. W 17 roku życia obie siostry zauważyły same, że nie są kobietami, lecz mężczyznami, zamieniły więc odzież na męską i nadały sobie imiona męskie Karola i Michała.

Jeden z braci wykształcił się na mularza, drugi został wyrobnikiem; podczas sprawy sądowej, wywołanej zmianą płci, stwierdzono, że Karol był męzkim spódzcem o fissura peniscrotalis i małych wargach kobiecych i że miewał pollucye. Michał był podobnego stroju, lecz nie posiadał małych warg sromnych.

27). Narich opisał dwóch braci spódzców męzkich.

D. c. n.



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. *Chiurgia.*

XXX. Zjazd Chirurgów Niemieckich w Berlinie

(10—13 Kwietnia 1901 roku).

№ 448—473.

Ciąg dalszy.

Wieczór posiedzenia czwartego poświęcono szeregowi demonstracyj naukowych, a mianowicie:

Wilms z Lipska przedstawił zdjęcia fotograficzne z procesu wytwarzania się nasady kończyny górnej, następnie zaś kilka wodniaków.

Sudeck z Hamburga—blaszki przedwczesnego skostnienia nasady m. barkowego wewnętrznego (m. brachialis int.) w następstwie zwłknięcia łokcia.

v. Mangold z Drezna demonstrował przypadki cierpienia stawu biodrowego.

Joachimsthal z Berlina. Przypadek wrodzonego zwłknięcia biodra, wreszcie Immelmann z Berlina—złamania rzadkie.

Prace posiedzenia piątego rozpoczął:

Göbel z Ruhrortu, podając w charakterze przyczynka do odczytu Heidenhain'a opis spostrzeżenia, w którym dokonał rezekcji płuc. W ciągu dalszym mówił:

Sarfert z Berlina: *O leczeniu operacyjnem suchot płucnych.*

Autor otwierał jamy rozpadowe (cavernae) po wycięciu częściowym 2-go żebra.

Küster z Marburga demonstrował na fotografiach sposób pokrycia braku miękich części nosa skórą ramienia.

Payr (Hradec). *O rękoczynach zachowawczych na jądrze i przyjądrzu.* Na uwagę bardziej szczegółową zasługuje tu jeden przypadek, w którym dokonano zabiegu chirurgicznego w obec ostrego zapalenia jądra. Pewien lekarz nabawił się tej sprawy chorobowej po rzeźączce, przyczem cierpieniu towarzyszyły bóle, wysoka ciepłota i zły stan ogólny. Po przecięciu błony białej jądra (tunica albuginea) i opróżnieniu ropnia otrzymano w czas jakiś zgorzel miejscową. Należało zatem całe jądro zropiałe usunąć. Operowany wyzdrowiał i w ciągu lat dwóch czuł się dobrze. W następstwie jednak zauważono wysięk w okolicy jądra drugiego (orchitis). Rozcięto wówczas błonę właściwą (tunica vaginalis propria), ażeby zaś zapobiedz wypadaniu jądra oraz innych narządów gruczołowych, przeprowadzono przez błonę białą kilka nitok katgut. Po dokonaniu cięcia i wypuszczeniu ropy zaszyto błonę białą, właściwą i skórę z pozostawieniem drenu. Wyzdrowienie otrzymano po upływie dni 12 wraz z uratowaną sprawnością chorego przedtem jądra.

Bessel-Hagen z Charlottenburga. *Operacja wytwórcza w razie zupełnego braku skóry na prąciu i mosznie.* W przypadku autora ropień stoczył skórę wyszczególnionych w nagłówku narządów. Brak pokryto skórą brzucha, przyczem członek przeciągnięto uprzednio przez dwa otwory, wykrajane w niej. Po upływie dni 10 mostki owe przecięto, części zaś boczne zaszyto ponad powierzchnią prącia grzbietową.

Mikulicz z Wrocławia. *Różne metody usuwania bólu i wskazania do tychże.* M. rozbiera głównie środki, działające miejscowo, rozważając w porządku chronologicznym zastrzykiwanie kokainy, znieczulanie naciekowe sposobem Schleich'a, postępowanie Oberst'a, wreszcie anestezją lędźwiową według Bier'a. Tę ostatnią M. stosował z powodzeniem w przypadkach 40, mniema jednak, że dużo jeszcze czasu upłynie, zanim metoda ta znajdzie zastosowanie powszechne. Nie otrzymano, wprawdzie, w żadnym z owych spostrzeżeń po znieczulaniu w ten sposób zejścia niepomyślnego, lecz widziano za to wiele nieprzyjemnych objawów pobocznych. W ogóle rzeczy biorąc, trudno nie przyznać, że znieczulanie miejscowe wywalczyło sobie w chirurgii rozległe tereny; nie ma jednak wartości w całym szeregu zabiegów takich, jak laparotomia, wyluszczenie nerki, odcięcie sutki i t. p. Wątpliwą jest również jej skuteczność podczas wykonywania rękoczynów chirurgicznych na żołądku lub kiszki, w razie podjęcia operacji przepukliny lub wola. Przypadki śmierci zdarzały się tu, właśnie, niejednokrotnie, a wielką wadą metody była wywołana przez nią trudność orientowania się. Chorzy na serce lub płuca przełożą naturalnie, często znieczulenie takie nad narkozę, lecz występowanie pooperacyjnej pneumonii zabójczej nie bywa rzadszem, bynaj-

mniej, po zastosowaniu np. metody Schleich'a, a wstrząs powstać może i bez narkozy, jedynie tylko w następstwie bólu. Mówca stosował dawniej tylko chloroform; obecnie stosuje częściej eter, odkąd przez dawkowanie odpowiednie jest w stanie zmniejszyć niebezpieczeństwo, związane z usypianiem za pomocą eteru.

Temat podobny poruszył również Bier z Greifswaldu w od-czycie p. n. *O znieczuleniu rdzenia*. W sposób ten dokonano do dziś dnia 1200 operacyj. Po zastrzyknięciu 0,01—0,03 kokainy słabnie zaraz wrażliwość na ból; pacjent doznaje na przemian uczucia ciepła i zimna, następuje dalej porażenie zwieraczy, w końcu osiąga się znieczulenie tak znaczne, że staje się możliwym dokonanie spokojne rękoczynu takiego, jak np. wycięcie żebra. Następują wszelako i objawy zatrucia: bóle i zawroty głowy, wymioty, brak snu oraz łaknienia, dreszcz wstrząsający i gorączka, pocenie się, zaburzenia w krążeniu i porażenia częściowe; wreszcie, dojsć może do wystąpienia zapaści, zaczem śmierć wieńczy seryę chorobowych objawów. W takiej zatem, jak dziś, postaci, znieczulanie rdzeniowe nie może doprowadzić do celu. Dla wyszukania drogi, niweczącej wpływu szkodliwe kokainy B. przeprowadził szereg odpowiednich badań na zwierzętach. W jednym z doświadczeń takich znieczulono zupełnie kota za pomocą zastrzyknięć roztworu fizyologicznego soli kuchennej; należy więc mniemać, że porażenie na skutek ucisku i obrzęku rdzenia jest czynnikiem głównym w zjawieniu się anestezji. Użycie derywatów kokainy lub rozcieńczonych jej rozczyńców nie wywierało prawie działania żadnego. Autor mniema też, że po nałożeniu na szyję opaski uciskającej aż do wystąpienia sinicy powstrzymać by można dostęp jadu do mózgu (!); w każdym bądź razie przynajmniej, że nauka cała o anestezji rdzeniowej nie jest ukończoną wcale, że zatem wiele brak jeszcze do rozpowszechnienia jej na skalę szerszą.

Braun z Lipska. *O narkozie mieszanej*. Mówca przedstawia przyrząd, używany do usypiania jednocześnie chloroformem i eterem. Istota aparatu polega na tem, że mieszek przepędza razem eter i chloroform z osobnych flaszek; dający zaś narkozę może, posługując się kurkiem odpowiednim, przerwać dowolnie dopływ jednego z owych dwu środków nasennych.

Wohlgemuth z Berlina. *Nowy sposób usypiania mieszani-
ną chloroformu i tlenu*. Z walca wybiega strumieniem obfitujące w tlen powietrze pod ciśnieniem, dającym się regulować; jednocześnie strumień ten przepędza się przez umieszczony na walcu przyrząd z chloroformem; aparat działa automatycznie i można kierować nim według upodobania. Wydzielający się kroplami chloroform, zmieszany po drodze z tlenem, przedostaje się do maski, która do twarzy operowanego przylega ściśle i jest zaopatrzoną w jeden tylko wentyl do wydechu. Liczne próby, dokonane z przyrządem tym na klinice Bergmann'a, przekonały, że metoda taka chroni usypianego przed wystąpieniem objawów duszenia się lub porażenia serca. Chloroformu zużywa się w ten sposób bardzo niewiele; dla dokonania operacji wielkich, które trwały godzinę i dłu-

zej, wystarczyło 7 do 18 grm. Zastanawiającem było tu zachowanie się tętna, prawie zawsze nie przewyższające 60 na minutę uderzeń u wszelakich osobników—młodych i starych, schorowanych i odpornych. Operowani, po cdstawieniu środka, budzili się nagle, jakby ze snu, a wymioty stwierdzono tylko w 20% przypadków.

Z dziedziny *cierpień mózgu* wysłuchano na *posiedzeniu szóstym* odczytu Tilmanna's'a z Greifswaldu, który wystąpił ze swym *Przyczynkiem w sprawie ucisku mózgowia*. Autor przytacza dwa spostrzeżenia, dotyczące osobników, zapadających w położeniu poziomem w stan śpiączki, gdy przeciwnie, po przywróceniu im pozycji pionowej, ludzie ci budzili się prawie bezzwłocznie. Dla naukowego rozwikłania kwestyi przedsięwziął badania na psach i wywierał na mózg tychże ucisk płynami o rozlicznej wadze gatunkowej. Z badań tych wyciągnięto wniosek tej treści, że krew wywiera ucisk nie tylko przez ograniczenie przestrzeni, lecz działając również w duchu praw ciężkości.

Braun z Göttingen mówił *O rezekcyi szyjowego nerwu współczulnego w obec padaćzki*. B. toruje sobie drogę od tyłu, po za mięśniem zginaczem głowy (m. sternoclei domastoideus). Jak widać z załączonych fotografii, zwój górny (ganglion sup.) jest mało widoczny, dolny zaś wcale; radzi też ten ostatni pozostawić lepiej w spokoju, zabieg to bowiem nadto niebezpieczny. Po operacyi zauważano stałe opadanie powieki górnej, zwięzienie żrenicy a rozszerzenie naczyń, nieraz także zmżożone wydzielanie się potu. Po upływie 24 godz. objawy te zwykle przechodziły bezpowrotnie. W trwałość wyniku operacyjnego, bynajmniej, nie wierzy. Operował jedynie za przykładem Jonnesco'a. W dwóch przypadkach otrzymano wynik niepomyślny; jeden z chorych zmarł po rezekcyi obustronnej podczas napadu. Wyzdrowienia nie zauważono nigdy.

W ciągu dalszym nastąpił szereg odczytów z zakresu *chorób kobiecych*. Jordan z Heidelbergu: *Leczenie operacyjne raka macicy*. Uznaje za dobre operowanie od strony pochwy, jak również i drogą brzuszną. We Francyi stosuje się przeważnie tę ostatnią metodę, lubo nie należy, bynajmniej, zarzucać zupełnie drogi pochwowej, gdyż, jak poucza np. statystyka kliniki heidelberskiej i operowanie przez jamę brzuszną nie daje rękojmi usunięcia podejrzanego aparatu limfatycznego w całości. Wprawdzie rozejrzenie się w brzuchu przy laparotomii jest dogodniejsze, usunięcie tkanki łącznej miednicowej daleko łatwiejsze, można jednak dokonać tego samego i przez pochwę, jeżeli tylko zmiany chorobowe nie są rozległe. Całego zresztą układu gruczołowego strefy zajętej nie da się i przez brzuch usunąć. Nadto gruczoły ulegają zwyrodnieniu nowotworowemu zazwyczaj późno i nie zawsze; o wycięciu ich do szczętnem nie może być mowy, częściowe zaś nie prowadzi do celu. Z drugiej strony, wraz z większą rozległością zabiegu wzrasta, rzecz prosta, i niebezpieczeństwo dla chorej, a trwałość wyniku po laparotomii nie jest znaczniejsza, niż po hysterektomii przez pochwę. Tu zauważyć trzeba, że przejście raka na pęcherz lub odbytnicę

nie jest wcale przeciwwskazaniem do stosowania sposobu pochwowego. W końcu zaleca cięcie okołopochwowe na sposób Schuchardta, przyczem należy przedewszystkiem zeszyć ponad częścią pochwową macicy ścianę przednią pochwy z tylną celem uniknięcia zakażenia.

Schuchardt ze Szczecina. *O sposobie wycięcia macicy okołopochwowym i jego wynikach w obec raka.* Prelegent sądzi, że za pomocą jego cięcia wskazania do wyluszczenia macicy mogą być bardziej rozległe i pokazuje preparaty, z których osądzić wypada, że drogą tą udaje się wyciąć i warstwy przymaciczne równocześnie (parametria). Samo cięcie nie zagraża niebezpieczeństwem, zejścia niepomysłne nie przewyższają 12% wszystkich przypadków: ciężkich i lżejszych. Samo cięcie goi się zawsze przez rychłozrost. Autor dokonał 60 operacyj takich na 58 osobnikach, z których 37% odchodzi na sprawy powikłane. Z tych ostatnich w 14% otrzymano wyzdrowienie zupełne. Biorąc pod uwagę te przypadki tylko, w których operowano przed pięcioma laty, prawie w połowie otrzymano wyniki trwałe. S. zatem posiada statystykę lepszą od najpomysłniejszych, jakie ogłoszono dotąd w zakresie tym gdziekolwiek.

Dührssen z Berlina. *Laparotomia pochwową, jako operacja współzawodnicząca z laparotomią brzuszną.* Autor uwzględnia statystykę, obejmującą 874 spostrzeżenia odnośnie. Wprowadzone przez D. w użycie cięcie przednie pochwowo-brzuszne (kolpocoeliotomia anterior) uczyniło dlań zbytecznym prawie incyzyę brzuszną. Technika, jak przekonały dołączono momentalne zdjęcia fotograficzne, nie jest wcale trudną i największe nawet guzy jajnika można w ten sposób przez pochwę uprzystępnąć dla noża oraz łatwo podwiązywać z szypułą. Z szeregu zalet, właściwych takiemu cięciu, wyszczególnić trzeba: mniejsza znacznie śmiertelność (374 przyp. ciężkich dały zaledwie 2% śmiertelności), wyzdrowienie wcześniejsze, uniknięcie niedogodności i niebezpieczeństw, związanych z powstawaniem blizny na brzuchu. W 700 przypadkach trzeba było operować w obec tylopochylenia lub zgięcia macicy, przyczem w większości razy owo ustawienie się wadiwe wikało się rozlicznymi cierpieniami przydatków lub zapaleniem przewleklém otrzewny miednicowej. Wytworzone stąd zrosty dają się, dzięki metodzie autora, rozciąć i za pomocą utrwalenia pochwowego (vaginofixatio) zapobiega się powstaniu wtórnemu zmian pozycyi. W 300 przypadkach zapalenia jajników, jajowodów, jak również w obec nowotworów tychże narządy te wycinano z pozostawieniem jednak macicy oraz resztek jajnika, by nie pozbawiać młodych kobiet cechy niewieściej—miesiączki; w 200 przypadkach dokonano na przydatkach zabiegów zachowawczych, jak np. rezekcyi obu jajników celem przeszkodzenia zajściu w ciążę z uwagi na ciężkie stany chorobowe, przызegania lub wycięcia częściowego zwyrodniałych torbielowato jajowodów, poczem następowały ciążę zupełnie prawidłowe; wreszcie u 74 kobiet podjęto tego rodzaju zabiegi na trzonie macicy—enukle-

acye lub wycięcie całej śluzówki w razie nie dających się niczem powstrzymać krwawień macicznych.

Döderlein z Tübingen. *O nowym sposobie operowania przez pochwę.* Przecenianie, jak również zarzucanie zupełne sposobu pochwowego na korzyść metody brzusznej należy uważać za błąd prawie. Autor wykazuje zalety operowania przez sklepienie tylne, popierając pogląd swój dołączonymi preparatami, z których można przekonać się, o ile dalej wyluszcza się tą drogą. Sposób, stosowany przez D., polega na mocnem wyciągnięciu części pochwowej ku górze, pionowem, głębokiem rozkrajaniu ściany tylnej szyi, poczem macicę ściąga się na dół i rozcina narząd obnażony aż do ściany przedniej w kierunku ku szyi. Palce operującego nie dotykają pęcherza, który zostaje mocno odsuniętym ku górze. Ścianę szyi przednią przecina się nożem od wewnątrz, poczem wyluszczyć trzeba każdą z połówek macicy oddzielnie.

Olshausen z Berlina wygłasza przekonanie, że wtedy tylko można rachować na wyleczenie z raka macicznego, gdy ten ostatni nie szerzy się do góry po za macicę. W takich razach operować nie należy wcale. Autor spostrzegał nawroty po upływie lat 4 do 5, a nawet później jeszcze stosunkowo często (38,9%). Zgadza się z poglądem, że na operację brzuszną decydować się należy wtedy dopiero, gdy pochwowa staje się ze względów technicznych niemożliwą. Metoda Schuchardt'a, w ogóle, nie wydaje mu się nader odpowiednią, jako pociągająca za sobą groźne krwotoki i niebezpieczeństwo zakażenia; operację zaś Döderlein'a uważa za nieznaczną tylko zmianę metody Doyen'a, dobrą w początkowym tylko raka okresie, z czem zgadza się i Dührssen.

W ciągu dalszym Petersen z Heidelbergu i Kossmann z Berlina przedstawiali rysunki i zdjęcia fotograficzne z badań, przedsięwziętych nad budową, wzrostem i histogenezą raka skór nego, Ehrhardt z Królewca mówił *O niszczeniu resztek nowotworu w ranie wodą wrzącą*, której przypisuje pożytek większy, niż zęga dłu Paquelin'a.

Kronlein z Zurychu, zastanawia się nad kwestyą: *Czy wskazanem być winno usypianie dla wykonania rezekcyi szczęki górnej?* Nader różne wyniki, które otrzymują różni chirurdzy w przypadkach podejmowania operacyi, wyszczególnionej w nagłó wku, przypisać należy głównie niezpełnemu w tych razach zastosowaniu przepisów postępowania bezgnilnego. Autor wini tu głównie narkozę i związaną z nią aspirację krwi. To też połowa operowanych w ten sposób przez König'a i Küster'a zmarła na bronchopneumonię. Niebezpieczeństwo nie daje się zażegnać przez usypianie połowiczne i dla tego też autor operuje w tych razach bez narkozy zupełnie.

W końcu posiedzenia szóstego mówił Wohlhardt z Halli: *O neutralizowaniu kokainy w ciele zwierząt.* Przekonawszy się, że 0,2 cocaini jest bezwzględnie dawką śmiertelną dla królika, autor w doświadczeniach następnych dokonywał zastrzyknięć po uprzedniem dopiero obwiązaniu kończyny uciskadłem. Po upływie minut

30 zdejmowano to ostatnie, a lubo zwierzęta zdradzały objawy zatrucia, to jednak stan ich polepszał się wkrótce. Jeżeli zdejmowano opaskę po godzinie, nie było żadnych nawet lub bardzo nieznaczne tylko objawy chorobowe. Stąd wniosek, że kokaina może ulegać zubożeniu w ustroju.

Werckmeister z Zittau odczytał swój *Przyczynek w sprawie wycięcia krtani*. Autor zestawil 297 przypadków wyluszczeń, na które przypada 36 zejść niepomysłnych. Na posiedzeniu przedstawionym został jeden z chorych, któremu dokonano zrazu tracheotomii, a w dni ośm — całkowitego wycięcia krtani wraz z nagłośnią. Do końca dolnego rany wszystko tchawicę, przelyk zaś szwem zamknięto ponad zglębnikiem, ustawionym w paszczy. Utrzymały się jednak szwy tchawicowe za ledwie, to też, celem zabezpieczenia śródpiersia, koniec nożny łóżka, na którym operowany spoczywał, był stale uniesionym ku górze.

v. Hacker z Innsbrucku o spostrzeganym przezeń *ropniu śródpiersia*, który powstał po dokonaniu przedtem wysokiego cięcia przelyku (oesophagotomia). Chora zakładała sama sobie zglębnik do przetoki szyjowej, w następstwie czego powstało przedziurawienie przelyku na 3 ctm. poniżej jugulum. Podczas badania znaleziono jamę na 9 ctm. długą i sięgającą do brzegu dolnego 5-go żebra. Jama znajdowała się tuż przed kręgosłupem.

Z kolei wysłuchano kilku krótkich przemówień, między innymi Gottstein'a z Wrocławia o użyteczności wycinania na próbę części guza w celach rozpoznawczych; potem:

Küster z Marburga demonstrował preparat oraz przypadek kostnowytwórczej resekcji stopy, wreszcie Schuchardt ze Szczecina miał odczyt o *Nastawieniu krwawem rozluźnionej na skutek urazu nasady dolnego końca kości udowej*. Nasada w przypadku autora umocowana została gwoździem. Prócz odczytu odbyła się demonstracja chorego i zdjęć.

W szeregu przemówień następnych zabrał głos Henle z Wrocławia. *Pneumonia i laparotomia*. Występujące niezwykle często po laparotomii zapalenie płuc H. przypisuje głównie oziębieniu chorego podczas operacyi. Na poparcie tego twierdzenia przytacza fakt, że na klinice wrocławskiej z rokiem 1899 ilość zapadań tych zaczęła się zmniejszać, pomimo wzmagania się liczby laparotomii; od tego bowiem roku począwszy, wprowadzono tam w użycie wykonywanie operacyi na stole ogrzanym oraz gorące polewania jelit chorego. Doświadczenia zresztą, na zwierzętach przekonały wyraźnie, że osobniki oziębiane przychodziły do siebie daleko później po narkozie, niż te, o których ogrzewaniu pamiętano, nadto pierwsze dostawały prawie zawsze płucnych spraw chorobowych.

Samter z Królewca: *O stosowaniu tamponady otrzewnowej na sposób Mikulicza*. S. mniema, że zabieg ten, stosowany pierwotnie dla wykluczenia jam wielkich, zabezpiecza dobrze szwy i tamuje krwawienia. W jednym przypadku, dzięki metodzie owej autorowi powiodło się wygoić nader upartą przetokę kałową.

D. n.

II. Choroby kobiece.

474. Dr. A. Czempin: **Geneza drgawek porodowych.** (Centralbl. f. Gynäk. 1901, № 21, str. 593).

Według poglądów ostatnich geneza drgawek porodowych polega na samozakażeniu organizmu matczynego przez produkty wstecznej metamorfozy płodu. W jaki sposób odbywa się zakażenie—niewiadomo. Również nie mamy pojęcia o przemianie materii u płodu; nie wiemy, jak ona się odbywa i w jaki sposób wydalają się produkty zużyte.

Bądź co bądź, owa przemiana materii u płodu musi być bardzo intensywne (energiczna), skoro w ciągu 280 dni z jaja płodowego rozwija się organizm płodu, zdolny do życia samodzielnego. Z drugiej strony, ta przemiana materii u płodu nie postępuje w jednakowym stopniu w ciągu tych 280 dni; wynika to z wahań w rozwoju płodu w każdym miesiącu. W początkowych miesiącach rozwoju jaja płodowego, kiedy różnica (miesięczna) w rozwoju płodu bywa bardzo nieznaczna, odbywa się energiczny dowóz materiału rozwojowego i również forsowne wydalanie produktów zużytych; w późniejszych miesiącach, kiedy płód szybko rośnie, przemiana ta musi się odbywać w tempie daleko szybszem.

Płód otrzymuje od matki potrzebne do rozwoju produkty przez pośrednictwo łożyska; przyczem produkty te mogą być dostarczane przez organizm matczyny w stanie zupełnie gotowym, tak iż płód tylko asymiluje, lub też w postaci związków chemicznych, które płód przerabia na swój użytek; albo, wreszcie, łożysko przerabia te produkty i dostarcza je w stanie spreparowanym płodowi. Na łożysko więc w czasie ciąży przypada główny udział w przemianie materii płodu.

Według autora, z wielu względów należy przyjąć, że wszystkie 3 sposoby przemiany materii się odbywają i że w drugiej połowie ciąży czynność organów płodu największą w sprawie tej odgrywa rolę.

Nie wiadomo również, w jaki sposób eliminują się produkty wsteczne. Należy przypuścić, iż mała cząstka tych produktów zostaje wydalona przez nerki i kanał pokarmowy płodu do pęcherza płodowego (do wód płodowych) i tam zostaje do chwili porodu. Są również dowody niewątpliwe, że część tych produktów przedostaje się przez pośrednictwo łożyska do krwiobiegu matki i ztąd zostaje wydalona przez nerki (matczynie); autor przypuszcza, że tak się dzieje w początkach ciąży. Trzecia, i do tego bardzo ważna, możliwość jest ta, że część tych produktów wstecznych zatrzymuje się w łożysku, tam się zbiera i tam przechowuje do chwili wypchnięcia łożyska po porodzie. Według autora, dzieje się to w drugiej połowie ciąży, kiedy się odbywa najenergiczniejsza przemiana materii, i co za tem idzie, że najjadownitsze produkty przemiany wstecznej gromadzą się w łożysku.

Przypisując łożysku tak ważną rolę w sprawie przemiany materii u płodów, autor podaje następnie swój pogląd na całą procedurę, jaka się odbywa podczas ciąży.

W początkach ciąży w samym organizmie matki zachodzi przede wszystkim wzmózona przemiana materii, która sprzyja rozwojowi płodu i udziela się również organizmowi matki. Już wówczas u niektórych ciężarnych produkty wsteczne płodu przechodzą w krew matki i powodują niektóre dolegliwości, jako to: wymioty, podrażnienie systemu nerwowego, białkomocz.

Pod koniec ciąży przeważa czynność organów płodu. Produkty wsteczne wytwarzają się w takiej ilości, że ich eliminacja przez organy matczyne może spowodować najcięższe ich zaburzenie. Wtedy występuje łożysko ze wzmózoną funkcją, po części zatrzymując produkty wsteczne i po części odkażając je dzięki osobliwym własnościom chemicznym (sekrecyi).

Skoro jednak pod koniec ciąży łożysko zostanie przeładowane tymi produktami wstecznymi i nie będzie w stanie więcej ich przyjmować, zaczyna się wędrówka tych produktów wstecznych do krwiobieg matki; ten fakt może wywołać skurcze fizyologiczne macicy i poród przedwczesny.

Eklampsja jest to mniej lub więcej ciężkie zatrucie, któremu ulega matka wskutek przedostania się produktów wstecznych do jej krwiobiegu. Gdyby te produkty stałe przez czas trwania ciąży przechodziły od płodu do matki, to trudno byłoby sobie wytłumaczyć powstanie zatrucia. Ani hipoteza nader wzmózonej przemiany materii, ani przypuszczenie istnienia przeszkody w organach wydzielniczych matki (ostrego lub chronicznego zapalenia nerek) nie mogą objaśnić zatrucia. Prawdopodobniejszą wydaje się autorowi hipoteza, że łożysko nie odgrywa zupełnie biernej roli i że na niem ciąży główne zadanie przemiany materii płodu; ono musi chronić matkę od zbytniego napływu do jej krwiobiegu toksyn, pochodzących ze wstecznej przemiany ciał białkowych; i to nie tylko przez bierne przechowanie szkodliwych substancji, lecz przez ciągle, w miarę postępu ciąży, wzrastające własności odkażania tych produktów. łożysko zatem w ciąży nabiera własności i nerki, dzięki własnościom wydzielniczym, i wątroby przez wzgląd na własności odkażające.

Dotychczas jeszcze nie wyjaśniono, jakie przyczyny usuwają powyższą czynność fizyologiczną, czy choroba infekcyjna, czy wzmózona pobudliwość nerwowa matki, czy wreszcie cierpienia samego organu. W każdym razie, konkluduje autor, badacze powinni zwrócić uwagę na możliwy związek eklampsji z łożyskiem i przedsięwziąć badanie chemiczne łożyska w rozmaitych okresach jego rozwoju.

M. Warszawski.

475. Ahlfeld: **Geneza, zapobieganie i leczenie eklampsji.**

Autor obserwował 31 przypadków eklampsji w klinice Marburskiej od roku 1882—1900 i nie widział, aby choroba ta została

przeniesioną z jednego osobnika na drugiego; fakt ten podrywa przypuszczenie Stroganowa, że eklampsja—to choroba zakaźna. Powstanie eklampsji autor przypisuje upośledzonej czynności nerek, powodującej nagromadzenie toksyn w krwiobiegu matki. Nie wiadomo dotychczas, gdzie się te toksyny tworzą; najsluszniej, według autora, przyjąć istnienie trucizny placentarnej. Do ostatniego momentu przy czynowego zazwyczaj przyłączają się przyczyny przypadkowe, które w połączeniu z główną wywołują drgawki porodowe. Czy możliwa jest eklampsja bez udziału nerek, dalsze badania mogą to rozstrzygnąć.

Na mocy nabytego doświadczenia autor przekonał się, że można rozpoznać zwiastuny tej choroby, obserwując dokładnie ciężarną. Żąda on nawet, aby zwrócić na ten fakt baczną uwagę akuszerki. Przy najłżejszem podejrzeniu na wystąpienie drgawek porodowych należy stosować koczé Jaquet'a; jest to zabieg tak prosty i tak zbawienny, iż akuszerki same powinny to stosować przed przybyciem lekarza.

Zapobieganie wystąpieniu drgawek polega właśnie na stosowaniu koców Jaquet'a i podawaniu ciężarnej, jeżeli ta zachowała przytomność, obfitej ilości wody, zawierającej kwas węglany, i mleka; przy utracie przytomności autor zaleca obok koców podskórne wlewania wody słonej (fizjologicznej), a przy objawach osłabienia serca wstrzykiwanie pod skórę kamfory i kofeiny.

Nawet, gdy drgawki już wystąpiły, zastosowanie koców w połączeniu z innymi zabiegami położniczymi może oddać znakomite usługi, zwłaszcza, gdy drogi rodne jeszcze dostatecznie nie są otwarte i napady niezbyt często się powtarzają.

Gdy macica jest dostatecznie otwarta, należy czempędzej poród ukończyć. Ewentualnie można przyspieszyć otwarcie ujścia macicy przez stosowanie balonu wewnątrzmacicznego lub też, przy ścięczyznych brzegach ujścia, nadeić je nożyczkami lub nożem.

Należy przywiązywać wielką wagę do usunięcia wszelkich podrażnień zewnętrznych. Gdy napady często się powtarzają, a poród nie może być zakończony, należy z wielką ostrożnością stosować środki narkotyczne (1,0—2,0 chloralhydrat per clysma lub też podskórnie 0,01 morfiny kilkakrotnie). Przy obrzęku płuc i znacznej sinicy znakomite usługi oddaje upust krwi.

Do cesarskiego cięcia autor radzi przystępować tylko wtedy, gdy płód żyje i stan matki jest beznadziejny, a poród nie może być natychmiast zakończony drogą naturalną. Cięcie cesarskie, per vaginam dokonane, autor uważa za zabieg o wiele niebezpieczniejszy dla lekarzy - praktyków, niż cięcie cesarskie klasyczne. Drgawki powstałe dopiero w okresie połogowym należy leczyć za pomocą koców i małych dawek morfiny. Przy wysokiej gorączce autor zaleca chłodne kąpiele lub też chłodne zawijania.

M. Warszawski.

476. Göz. **Przypadek spóźnionych drgawek porodowych, powstałych w 8 tygodni po porodzie.** (Centrabl. f. Gyn. 1901. № 21, str. 547).

Autor obserwował następujący przypadek eclampsiae tardissimae. 25 letnia mężatka, która nigdy nie chorowała, po raz pierwszy urodziła w dniu 7 stycznia 1901 r. sponte dziecko donoszone. Okres poporodowy prawidłowy; chora po 2 tygodniach wstała z łóżka. W dniu 7 Marca (59 dni po porodzie) po nakarmieniu dziecka chora dostała napadu typowego drgawek porodowych (w moczu autor znalazł dużo białka). W południe tego samego dnia, karmiąc dziecko, chora dostała drugiego napadu nieco lżejszego; napady powtórzyły się jeszcze 2 razy (o 5-ej i 8-ej). Razem napadów było cztery. Autor zapisał chorej większą dawkę bromu, poczem chora zasnęła i obudziła się dopiero nazajutrz nieświadoma tego, co zaszło dnia poprzedniego. Ilość białka w moczu zaczęła się zmniejszać, a 11 Marca nie było śladu białka w moczu. Przy stosowaniu koców ciepłych autor obserwował na piersiach i pośladkach bardzo liczne drobne guziczki białe, spoczywające na podłożu nieco sinawem. Z tego autor robi przypuszczenie, że w danym przypadku miało miejsce zaburzenie w transpiracji, które w połączeniu z drażnieniem sutek przy karmieniu spowodowało wystąpienie nagle drgawek.

M. Warszawski.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

477. (jz.) **Alcohol.**

Burnwinkler zaleca stosowanie okładów z wysokoku w gościec stawowym, podagrze, zapaleniu opłucny, zarówno ból jak nateżenie sprawy chorobowej zmniejszyły się.

(Allg. med. C. Zg. 44).

478. —jz.— **Bismutosa.**

Lauer ogłasza, iż bismutosa (Bism. proteinicum c. Bismuto 70%) daje wyborne wyniki w cierpieniach kiszki u dorosłych i u dzieci. Dawka 1—2 grm. dla szkieci, znacznie więcej dla dorosłych.

(Ther. d. Gegw. 1901).

479. (jz.) **Carcinoma**

Hérard zaleca wobec nieoperacyjnym kwas osmowy. Autor wstrzykuje w chorą tkankę 8—30 cm. roztworu Flemminga i widział

zmniejszenie się guza, znikanie rozpadu oraz zmniejszenie bólu. Roztwór Flemminga ma skład następujący: 4 części 2% roztworu kwasu osmowego, 15 cz. 1% roztworu kwasu chromnego i 1 cz. kwasu octowego lodowatego i jak wiadomo używa się do stwardniania preparatów.

(Bull mód, 37).

480. (jz.) **Djamboe.**

Pod nazwą liści Djamboe w r. 1894 Hugel opisał środek lecznicy używany przeciw cholercie i biegunkom na Jawie, analiza znalazła w nim smołę działającą (10,1%), tanniny 8,3% i 2,7% szczawianu wapnia, w winie smoła nie rozpuszcza się stąd brak jej w nalewce winnej (1:10), extr. fluid. djamboe natomiast prócz tanniny

zawiera i smolę. Według Hugel'a działanie w biegunkach wszelkiego pochodzenia u dorosłych i dzieci było wyborne. Kobert widział doskonale wyniki stosując wyciąg, nalewka natomiast była na biegunkę bez wpływu. Obecnie środek wypróbował Wittthauer u dorosłych i dzieci i przypisuje mu wyborne w biegunkach działanie. Preparaty diambae są następujące: 1) folia D. pulv. po 0,5 grm. dla dzieci, po 1,0 grm., dla dorosłych co 1—2 godziny, 2) inf. Djambae (5:80) dorosłym po łyżce, dzieciom po łyż. kaw. co 1—2 godz., 3) Tinc. Djambae winna (1:10), dawka dla dzieci 20 kr., dorosł. 30 kr. do 1 łyżki, 4) Fxtr. fluid. Djambae (1:1) dawka jak nalewki. Wittthauer najbardziej zaleca tra vinosa djambae.

(M. m. W. 30).

481. (jz.) Ergotinum.

Dr. Wittthauer rozpatrując wartość różnych preparatów sporyszu, oddaje pierwszeństwo ergotylinie Fromme'a, która nie ma żadnego działania ubocznego i, co jest nader ważną rzeczą, jest trwałą, wstrzykiwanie podskórne nie wywołuje zadrażnienia.

(M. m. W. 29).

482. (h. u. l.) Gonorrhoea.

Według Boczkalskiego, korzystne byłoby zmodyfikowanie zalecanej przez Janex'a techniki obfitych przemywań cewki moczowej nadmanganianem potasu przez doprowadzenie ciepłoty rozczyntu nie do 36°c jak to się zwykle robi, lecz do 50° a nawet 55°. Na 24 chorych, w których B. stosował takie przemywania, wzmacniając stopniowo rozczynt od $\frac{1}{6000}$ do $\frac{1}{2000}$, a niekiedy do $\frac{1}{1000}$, 23-ch wyleczył po 9 do 47

przemywaniach. Niepomyślny wynik B. otrzymał w jednym tylko przypadku rzeżączki zastarzałej i odpornej na wszelkie środki lecznicze. Przemywania te nie wykazałyby żadnych objawów ubocznych, pomimo to, że powtarzane były 2 razy dziennie. Po zestawieniu spostrzeżeń powyższych z wynikami d-ra Woodraffa, jakie otrzymał niedawno w leczeniu ostrej rzeżączki szprycowaniami garącą wodą słoną, możemy przypuścić, że ciepłota płynu zastrzykowanego do cewki moczowej stanowi jeden z głównych czynników w leczeniu rzeżączki i że ciepło gra tutaj rolę ważniejszą, niż czynność bakteryobójcza, stosowanego rozczyntu.

(La Sem. Méd. № 23. 1901).

483. (jz.) Hyperhydrosis

W nadmiernem poceniu nóg Legano stosował z powodzeniem kąpiele z liści orzechowych oraz pęzlowanie:

Rp. Glycerini 10,0

Ferri sesqu. chlor. 30.0

0 l. Bergam.

Mds Ext.

(B. fl. Woch. 29).

484. —jz.— Menthol-Jodol.

Dr. Joris stosując preparat powyższy w ciągu roku w cierpieniach jamy nosowej i krtani ogłasza następujące wyniki: 1) zapach preparatu jest nader przyjemny, 2) jest silniejszym antyseptykiem niż jodol; 3) działa znieczulająco i odkażająco; 4) jako środek krystaliczny daje się do brze wdmuchiwać; 5) nie wywołuje zaburzeń w w trawieniu.

(Kl. Ther. Woch 15).

485. (jz.) Rhachitis.

Marfan zaleca mieszanek następującą po 2—3 łyż. kaw. dziennie.

Rp. Ol. jecor. aselli 100,0
 Solut. lactofosphati calcii 5%
 150,0
 Syr. lactofosf. calcii 5% 350,0
 Gum. tragacant.
 M. D. S.

486. (jz.) **Światło.**

Według badań Minina światło niebieskie gazowe o sile 16 świec działa kojąco i ułatwia wchłanianie wycopin, i pod tym względem nie da się porównać z innymi prozskami.

(D. m. Woeb^e 12—13).

487. —jz— **Tussis convulsiva.**

Loro t zaleca kombinacye heroiny z bromoformem w syropie, którego łyżeczka kawiana zawiera 0,005 heroini hydrochlor i 0,15 bromoformu. Dzieciom 2—4 lat daje w ciągu 24 godzin łyżeczkę

syropu na łyżeczkę syropu 9—10 2 łyżeczki na 3 łyż., 1—2 l. 1/2 łyżeczki na łyżeczkę. (L'indep. méd. 48) lub

Rp. Heroini hydrochl. 0,025
 Bromoformi 0,75
 Syr. simpl. 20,0

MDS. Po 5—20 kropel 6 razy dz.
 488. —jz— **Validol.**

Schwersenski podaje, że Validol jest doskonałym analepticum w histeryi, migrenach i ostrym alkoholizmie.

(Ther. mon. 1901).

489. (jz.) **Vomitus.**

Wymioty szczególnie u dzieci przechodziły przy stosowaniu Potio Riveri (120,0) c. tra opii (2,5—3,0) i syr. papaveri (25,0) łyżeczka kawiana.

(M. m. w. 23).

V. Sprawa zaraźliwości gruźlicy i perlicy.

Dotychczasowe zjazdy przeciwgruźlicze miały głównie na celu szerzenie wśród szerokich warstw znajomości istoty gruźlicy i sposobów zwalczania jej, a nie komunikowanie uczoneму światu nowych zdobyczy wiedzy. Na ostatnim jednak zjeździe przeciwgruźliczym w Londynie Robert Koch zakomunikował zebranym rzecz niezmiernie interesującą i mogącą mieć bardzo doniosłe znaczenie. Wieleletnie doświadczenia robione w berlińskim Instytucie chorób zakaźnych wykazały, że laseczniki gruźlicy ludzkiej nie są w stanie wywołać u bydła sprawy gruźliczej, lub też t. zw. perlicy. Szczepienie laseczników gruźlicy ludzkiej było dla bydła zupełnie nieszkodliwe. Doświadczeń dopełniających o nieszkodliwości laseczników gruźlicy bydłowej czyli perlicy dla ludzi ze zrozumiałych powodów nie udało się Kochowi wykonać. Koch jednak skłania się do przypuszczenia, że gruźlica bydła jest dla ludzi nieszkodliwą, gdyż inaczej byłaby niezrozumiałą, niezwykle rzadką pierwotną gruźlicą kiszek wobec tak częstej możliwości zarażenia się mlekiem chorych na gruźlicę krów. Praktyczny wniosek z tego jest taki, że niebezpieczeństwo szerzenia się gruźlicy wśród ludzi przez zachorowanie bydła nie istnieje, a przynajmniej w tych rozmiarach, jak przypuszczano dotąd

i że przedsiębrane dotychczas środki w celu ograniczenia spożycia mleka i mięsa chorych na gruźlicę bydła nie są uzasadnione.

Niespodzianka z takiego obrotu sprawy musi być tem większą, gdy przypomnimy sobie, że idea o identyczności gruźlicy ludzkiej i perlicy powstała głównie dzięki badaniom Kocha, a mianowicie: odkrycie lasecznika gruźlicy doprowadziło do identyfikowania tych dwóch chorób, które stosownie do nauki Virchow'a o morfologicznej samodzielności gruzełków były poprzednio rozpatrywane jako różne. W swoim słynnym i wyczerpującym wykładzie o etyologii gruźlicy mówił Koch w 1882 roku w następujący sposób: „Drugim źródłem zarażenia się gruźlicą jest bez wątpienia gruźlica zwierząt domowych, a przede wszystkim perlica. Na okoliczność tę powinniśmy zwrócić w przyszłości uwagę higieny i powinna zbadać szkodliwość mięsa i mleka zarażonych perlicą bydła. Perlica jest chorobą identyczną z gruźlicą u ludzi, i jako taka może się udzielać ludziom. Z tego też powodu należy uważać perlicę jako cierpienie zakaźne, mogące się udzielać ludziom od zwierząt“.

Higiena praktyczna przyjęła ściśle wszelkie konsekwencje tego poglądu: liczne badania na obecność laseczników w mięsie, w mleku i maśle, jak również pozytywne wyniki, otrzymane przy stosowaniu tuberkuliny u zwierząt doprowadziły do surowych rozporządzeń, obowiązujących przy kwalifikowaniu tych produktów do użytku ludzi. Jeżeli więc teraz została dowiedziona różnorodność tych dwóch chorób i jeżeli wracamy do dawnego poglądu Virchow'a, to powinna również nastąpić zmiana przepisów sanitarno-policyjnych. Na jednym z ostatnich posiedzeń towarzystwa lekarskiego w Berlinie Virchow wyraził swe zadowolenie, że wraca obecnie do znaczenia jego poglądu morfologicznego na gruzełek, głos jego w tej kwestyi podajemy niżej.

Na zjeździe w Londynie, o ile pozwalają sądzić otrzymane dotąd wieści, zaczęto się poważnie namyślać nad uchynieniem tych środków ostrożności, które dotąd uważane były za niezbędne. A właśnie w Anglii w 1895 roku komisya królewska wypowiedziała się bardzo kategorycznie co do możliwości zarażenia się przez mięso bydła rogatego. Jeżeli nowe wyniki badań utrzymają się w całej rozciągłości, to, naturalnie, żałować tylko należy, że dopiero teraz w 20 lat po odkryciu lasecznika gruźliczego przeprowadzone zostały te badania, na których konieczność jeszcze w 1891 roku wskazywał Baumgarten. Poza tem dodać należy, że Bollinger w 1879 roku, a Chauveau w 1891 robili doświadczenia, na zasadzie których, jak się zdawało, można było twierdzić, że ludzka gruźlica jest zaraźliwą dla zwierząt. (Berl. kl. Woch. 30, 1901). *K. Ł.*

Rudolf Virchow. **Gruźlica u ludzi i zwierząt.** (Odczyt w berlińskim towarzystwie lekarskim dnia 24 lipca 1901 r.).
(Berl. Klin. Woch. 31).

Pp.! Przed porządkiem dziennym chciałem jeszcze zrobić małą uwagę w kwestyi roztrząsanej obecnie w Londynie gruźlicy u ludzi i zwierząt. Już w rozmaitych pismach wypowiedziano się za i przeciw poglądom Roberta Kocha, i słusznie na pierwszy plan wysuwano poglądy Lister'a. Również w „Dzienniku Berlińskim“, który otrzymałem dziś wieczorem wskazywano na brak odpowiednich doświadczeń na ludziach i podkreślano, że należy przede wszystkim oczekiwać na nie. Przy tej sposobności zaznaczono, iż spotkała mnie zaszczytna nominacya na członka komisji rządowej dla zbadania tej kwestyi. Trzeba więc będzie poczekać na ogłoszenie drukiem istotnych obserwacyj. Ja osobiście o tem wszystkim nie więcej nie mogę powiedzieć, chciałbym jednak przypomnieć, że na konferencyi, zwołanej przez państwowy urząd sanitarny, w której brali udział wybitni specjaliści z całych Niemiec, mówiono obszernie o potrzebie dalszych badań w tym kierunku i sformułowano cały szereg postulatów. Wy, panowie, być może powiedzielibyście, że żądania konferencyi były zbyt wielkie, ale przy tak ważnej decyzyi wydawało się rzeczą konieczną uprzystępnąć i zebrać wszelkie obserwacye. Ja, ze swej strony mogę stwierdzić, że preparaty otrzymane przy doświadczeniach prowadzonych specjalnie w tutejszej szkole weterynaryjnej pod kierunkiem prof. Schütze'a i pod kontrolą Koch'a, były wystawione w sali konferencyjnej i podług mego zdania, nie dawały żadnego powodu do powątpiewania, że nie czynią zadość celowi, dla którego były wystawione. Stwierdzają one istnienie, że masy infekcyjne, które z wielką starannością były otrzymane z produktów gruźlicy ludzkiej, nie wywołały u poddawanych doświadczeniom zwierząt żadnych zjawisk, które mogłyby być porównane z gruźlicą zwierząt, z t. zw. perlicą.

Co się zaś tyczy dowodów analogicznych co do ludzi, to samo przez się się rozumie, że u ludzi również nie znaleziono gruźlicy bydlęcej; należy oczekiwać na szczęśliwą okazyję w przyszłości. W tej kwestyi chciałbym jednak zauważyć, że Koch, być może posunął się trochę za daleko, wyłączając te wszystkie wypadki, gdzie w bardzo możliwy sposób mogło nastąpić przeniesienie gruźlicy bydlęcej na ludzi za pomocą pokarmów. W Charité miesialiśmy od czasu do czasu takie przypadki (są nawet zebrane preparaty), w których były niezwykle objawy gruźlicy otrzewnej, znajdowały się mianowicie takie obfite zrosty, jakie u ludzi nie zdarzają się. Jeden szczególnie taki przypadek uważaliśmy za bardzo podejrzany i uważamy go za taki jeszcze i teraz, wobec tego uważam za możliwe, że zaprzeczenie Kocha może być w przyszłości obalone. Z tego też powodu nie mam żadnego skrupułu nie uznawać tego, co Koch wypowiedział w zdaniu wydrukowanem w cudzysłowie w swoim komunikacie, opartym na rezultacie najnowszych badań: „Z zadowoleniem wypowiadam twierdzenie, że gruźlica u ludzi różni się od gruźlicy

u zwierząt i że nie może ona być przeniesioną na zwierzęta". Tutaj mamy jednak dwie tezy, złożone w jedno, a mianowicie o różnorodności gruźlicy ludzkiej i zwierzęcej, i niemożliwości ich przeniesienia. Co się tyczy tego ostatniego, to komunikowałem już panom, że są preparaty, które na to pytanie dają odpowiedź twierdzącą. Co się zaś tyczy pierwszej tezy, że gruźlica ludzka i zwierzęca różnią się wzajemnie, to zachodzi bardzo ciekawa okoliczność. Pewna waż moja dawna teza, że te dwa cierpienia różnią się, była przez długi czas traktowana z pogardą przez szkołę Kocha i jako cierpliwy z natury oswoiłem się z tem, nie było więc dla mnie nic niespodzianego, że p. Koch przekonał się obecnie, iż to są dwie rzeczy różne. Właśnie nigdy nie mogłem zrozumieć, jak można było dowodzić ich identity. Tutaj chciałbym dodać, że podług mnie nie można nazywać sprawy chorobowej gruźlicą, jeżeli niema gruzelków w tej formie, w jakiej prawdziwe anatomo-patologiczne gruzelki występują, nie można więc nazywać gruźlicą każdej sprawy, w której znajdują się laseczniki gruźlicze, jeżeli jednocześnie nie tworzą się gruzelki. Z tego przeważnie pomieszania pojęć powstają podług mnie trudności dla publiki, a szczególnie dla lekarzy. Jeżeli bowiem ktoś nie może wyjaśnić sobie dokładnie tego, co się nazywa gruzelkiem, to w dalszym ciągu nie może mieć jasnego i zrozumiałego pojęcia o rzeczy.

Z tego powodu ośmielałem się jeszcze raz zaznaczyć wobec panów, że podług mego pojęcia gruzelka nie jest tworem, w którym znajdują się laseczniki gruźlicze, lecz jest to twór, składający się z komórek, które moglibyśmy nazwać gruźliczemi, że jednym słowem gruzelka jest to organizm, jest to nowotwór, jest to coś, co wyrosło z ciała samego, może zaś taki gruzelka powstać i wskutek podrażnienia przez laseczniki gruźlicze. Laseczniki gruźlicze nie są jednak składową częścią gruzelki, jako takie uważać należy tylko komórki, które powstały z żywego ciała. Panowie zechcą przypomnieć sobie, że tutaj już dawniej wielokroć razy podkreślałem różnicę pomiędzy produktami bakteryologicznymi i produktami stecyficznymi gruźliczymi. Nie chcę powtarzać znowu, że różnica ta nie jest dla mnie czemś nowem. Mogę tylko powiedzieć bez względu na długi przeciąg czasu, który od tej chwili upłynął (panowie zechcą sobie przypomnieć, że minęło już przeszło dziesięć lat od tego czasu, gdy jak powiada sam Koch, poddano się złudzeniu), że jeżeli nie chcemy oddawać się złudzeniom jeszcze przez drugie dziesięć lat, to musimy zdecydować się, aby z większą starannością rozróżniać rzeczy różne i przedewszystkiem brać pod uwagę tylko istoty gruzelki anatomo-patologicznej, nie zaś gruzelki bakteriologicznej.

Trudności w określeniach powstają w rzeczywistości stąd, że uważano za możliwe nazywać gruzelkami twory, w których znajdowały się laseczniki gruźlicze, nie zwracając uwagi na nic więcej. W ten sposób perlica u zwierząt i wiele u ludzi były rozpatrywane wspólnie nie dla tego, że są to rozrosty anatomiczne, co przecież o wiele więcej rzucało się w oczy, lecz dla tego, że w jednym i drugim wypadku w preparatach mikroskopowych, wziętych z rozrostów

skórnych, znajdowano laseczniki gruźlicze. Takie określanie musi, naturalnie, upaść w najbliższym czasie. Trzeba sobie raz wreszcie wyjaśnić, że oprócz gruźledek i hepatyzacji bacylarnych, istnieją także i nie bacylarne, i że nie można nazywać gruźlekiem każdej rzeczy, na zasadzie jego tylko, że w niej znajduje się lasecznik. Należy raczej rozpatrywać gruźledek, jako twór organiczny, który powstał z części składowych organizmu. Tę okoliczność chciałbym przy tej sposobności specjalnie zaakcentować.

Ponieważ mam zaszczyt być wybranym do komisji, która ma za zadanie kontrolować dalsze badania, obiecuję sobie postarać się obstawać z możliwą surowością przy tem odróżnianiu, abyście panowie nie mieli w przyszłości takich kłopotów, jak w latach ostatnich. Publiczność dobrze wyjdzie na tem i ja sam będę kontent, jeżeli istotnie potwierdzi się, że laseczniki gruźlicze nie tak często, jak to sobie dotychczas zwykle wyobrażano, przechodzą do organizmu ludzkiego przy spożywaniu mięsa, mleka i różnemi innymi drogami. Mnie się zdaje, że pod tym względem trochę przesadzano. Nigdy nie będę sobie robił skrupułów z piciem mleka lub spożywaniem mięsa, uznając możliwość, że w pokarmie tkwi lasecznik, gdyż zawsze byłem tego zdania, że tu nie chodzi o ten lub ów lasecznik, o ile nie dostanie się ich do organizmu w znacznej ilości. Ale ilości laseczników dotąd wogóle nie jest traktowana odpowiednio przez bakteriologów; gdy znajdują choćby jeden tylko lasecznik tyfusowy lub cholearyczny, uważają już za rzecz wystarczającą, aby z niego bez żadnych dalszych kwestyj powstały niezliczone miliony laseczników tego rodzaju. Musimy być nieco oględniejsi, panowie, i jak wyżej wzmiankowałem, ja osobiście dopóki będę mógł działać, obiecuję panom starać się, z możliwą troskliwością, aby gruźledek anatomiczny odzyskał wszystkie swoje prawa i abyśmy w przyszłości wystrzegali się łączyć w jedno, sprawy anatomiczne i bakteriologiczne.

O szczegółach nie czas teraz mówić. Mogę tylko powiedzieć, co zresztą uważam za rzecz samą przez się naturalną, że preparaty, które są dotąd przygotowane przy doświadczeniach w szkole weterynaryjnej, zostaną w jak najprędszym czasie przedstawione. Jeżeli to nie nastąpi przed ferjami, postaram się na początku przyszłego semestru urządzić panom tutaj taką demonstrację.

K. Łazarowicz.

VI. O D C I N E K.

DR. JÓZEF JAWORSKI.

W sprawie udostępnienia ludowi korzystania z krajowych zdrojowisk mineralnych.

(Odczyt w wydziale higieny ludowej Warsz. Towarzystwa Hygienicznego).

Ludność kraju naszego w rozumieniu lekarsko-hygienicznym, podzielić można na dwie główne warstwy: na ludność miejską i wiejską.

Gdy porównamy te dwie najliczniejsze, a pod względem zamożności najbardziej zbliżone do siebie warstwy ludności, jakimi są — wieśniak i miejski rzemieślnik, lub wyrobnik, to zobaczymy, że mieszkaniec miasta bez porównania lepiej jest uposażony od mieszkańca wsi.

W miastach (mam tu na myśli wielkie środowiska i centry fabryczne) znajdują się odpowiednio pobudowane domy mieszkalne, targi prawidłowo zaopatrywane we wszystkie produkty spożywcze; dzieci mogą chodzić, często bezpłatnie, do szkółek elementarnych, dla nich istnieją ochronki, kolonie letnie; dla ludzi pozbawionych pracy i dachu kuchni tanie, domy zarobkowe; dla starców domy przytułku i pracy. Ludność miast posiada kasy oszczędności, bezpłatną pomoc lekarską, położniczą, szpitale, wogóle możliwe ułatwienia w leczeniu, i opiekę w chorobie.

Wreszcie, kąpiele publiczne dla ludu miejskiego, coraz w większej ilości budowane, świadczą, że nie brak tutaj, w miastach, gorliwych orendowników potrzeb higienicznych najbiedniejszych warstw.

Kmiotek nasz zazwyczaj pozbawiony jest tych wszystkich dobrodziejstw. Najprzód mniej on zarabia, nędzniej żywi się, najczęściej gorzej mieszka, a nieraz ciężiej pracuje.

Potrzebna w razie nieszczęścia pomoc i opieka jest daleka, nieodpowiednia wyobrażeniom jego, lub niedochodząca z najwłaściwszego źródła.

Do tego dodam, że pewne szkodliwości stosunków niepomysłnych miasta, jako to, powietrza, a niekiedy pomieszkania, mogą być zrównoważone przez odpowiednie warunki życia, i przeciwnie, że korzyści z dobrego pomieszkania i czystego powietrza wiejskiego, mogą być zmniejszone przez ubóstwo, niezdrowy, niedostateczny, lub nieodpowiedni pokarm.

Jeżeli te zestawienia czynię, to robię to w tym celu, aby przypomnieć ten, często zapominany pewnik, że najbiedniejsi, najmniej oświeceni, mało zaradni, a najliczniejszą i podstawową warstwę społeczeństwa stanowiący, mają największe prawo do tego, aby higiena publiczna, przedewszystkiem, ich warunki życia badała i środki za-

radeże na ich potrzeby, na wszelaką biedę fizyczną, a nawet moralną, obmyślała. Wszak higiena brać musi pod opiekę wszystkie warstwy społeczeństwa, badać poszczególnie każdą jego część z osobna, i wogóle wystawiać zle i dobre warunki życiowe każdej zbiorowej społeczności; podawać sposoby, mające na celu zaspakajanie potrzeb, odnoszących się do zdrowia. A wiemy już o tem, że potrzeb tych ludność wiejska ma wielką mnogość. Chłopiek nasz potrzebuje wszystkiego prócz chleba, bo na niego, póki jest zdrów, sam zarabia w pocie czoła.

Wprawdzie potrzeby te co do ważności są różnego stopnia i znaczenia. Nie przeczę, że nader pożądaną jest chwila, w której w naszych wioskach i siolach widzieć będziemy domy pobudowane tylko na odpowiednich miejscach, z dużemi otwieranemi oknami, z podłogami nietylko w izbach, lecz i w sieniach, gdzie obok kuchni znajdzie się i piec do ogrzewania mieszkania. Niech by jaknajprędzej zadość się stało elementarnym wymogom higieny; co do tego, aby po wsiach zbiorowo nie sypiano w jednym łóżku, a nadto w odzieży; aby izba mieszkalna nie była jednocześnie miejscem wylęgania drobiu, a niekiedy—hodowli trzody; aby nie stanowiła, jak się to wydarza, nierozłącznej części ze stajnią, lub chlewem.

Przyznaję, że większą korzyść pod względem zdrowotnym oddałyby ludności wiejskiej pobudowane w każdej wiosce kąpiele lub łaźnie, więcej by ta ludność zyskała na zdrowiu przez właściwe odżywianie, niż przez ułatwienia czynione z korzystania, np. ze źródeł mineralnych, lub wogóle w leczeniu się. Pomimo tego, nie uważałbym za słuszne, aby w dążeniach do wytworzenia warunków, sprzyjających lecznictwu wśród ludu wiejskiego, w usiłowaniach niesienia mu odpowiedniej pomocy podczas choroby, powiadam, abyśmy się mieli ograniczać wskazywaniem tylko pewnych środków, podawaniem tylko niektórych sposobów i metod.

Wykreślanie podobnie ograniczonych badań dla pracy nad zdrowiem ludu jest nieuzasadnionem. Praca ta nie powinna i nie może być zawartą w jakiegokolwiek sztuczne ramy, jeżeli ma być skuteczna, a podejmować ją należy na najróżnorodniejszych polach, we wszystkich dziedzinach, gdzie tylko zapowiada choć nawet ilościowo niewielki wynik dodatni.

Do pracy takiej między innemi zaliczam i sprawę ułatwienia ludności wiejskiej korzystania ze źródeł kąpielowych mineralnych, znajdujących się w kraju.

Kwestya ta wśród innych wydaje mi się właśnie w chwili obecnej za godną podjęcia, choć co do stopnia ważności i znaczenia dla zdrowia ludu ustąpić musi—pierwszeństwa wielu, wielu innym.

Sprawa wogóle kąpiele, znaczenia ich dla zdrowia ludu, już wielokrotnie w tym wydziale w sposób wyczerpujący omawiana była. Dzięki zajęciu, jakie ta kwestya obudziła, osiągnięto nawet pewne praktyczne rezultaty. Mnie w tej chwili chodzi jednak o kąpiele lecznicze.

Oprócz bezpośredniej korzyści wynikającej z nich dla zdrowia, być może, że w danych miejscowościach, odegrają one rolę i pedagogiczną,

t. j. staną się zarazem propagandą wogóle w przestrzeganiu czystości i używania kąpeli zwyczajnych. Pragnę, aby mnie źle nie zrozumiano; chciałbym uniknąć zarzutu, że myślę o wysyłaniu do zagranicznych źródeł naszych włościan, gdy oni wprost za chlebem codziennym podążać muszą w obce strony, a nawet w zamorskie kraje, że chcę im zapewnić, nawet zamożniejszym warstwom niedostępne korzystanie z pobytu w leczniczych zakładach kąpielowych, gdy oni kąpeli zwyczajnych nie posiadają, a potrzeby ich nie uznają najczęściej.

Zarzuty takie sam przewiduję, gdyż łatwiej jest w najpoważniejszej sprawie cośkolwiek wrzekomo dziwaczного odszukać, niż myśl praktyczną swym wpływem poprzeć i w czyn ją wprowadzić. Jeżeli się bliżej sprawie tej przyjrzymy, to się przekonamy, że kąpiele lecznicze, źródła mineralne, zbawienne ich działanie na organizm, bynajmniej nie budzą w ludzkiej wiejskiej niedowierzania, przeciwnie, te przyrodzone bogactwa, w ziemi zawarte, a z ziemi się wydobywające, ich moc lecznicza, posiadają u ludu w swą skuteczność wiarę, a stosowanie ich jako środka leczniczego trafia mu do przekonania.

Widoczne, nieraz namacalne skutki działania źródeł kąpielowych mineralnych, szczególnie w zaburzeniach w sferze ruchowej, wiarę tę potęgują i ustalają.

To też prawie wszędzie, gdzie znajdują się źródła mineralne, okoliczna ludność wiejska, w razie choroby, a w miarę istniejących dostępnych balneotechnicznych właściwych urządzeń i ułatwień, skwapliwie z nich korzystać zwykła. Powiem więcej, u tej ludności wytworzyła się do miejscowych źródeł niezachwiana wiara w uzdrawiającą moc danej wody i to w dodatku omal na wszelkie cierpienia i dolegliwości. To przeświadczenie o skuteczności w działaniu na organizm danej wody mineralnej i w tem się między innymi ujawnia, że jej nadużycie, lub nieodpowiednie użycie, według tradycji pokoleń wielce szkodzi zdrowiu, a nawet zagrozić życiu może. Takie zdania i sądy każdy z nas, o ile się bliżej chciał zetknąć z ludnością wieśniaczą, w danej miejscowości leczniczej, miał możność zauważyć i słyszeć.

Podczas mego dłuższego pobytu ubiegłego lata, na Górnych Węgrzech, w Piszczanach, poczyniłem w tym względzie pewne spostrzeżenia, co do zajmującej nas obecnie kwestyi.

Piszczany położone w Małych Karpatach posiadają o bardzo wysokiej ciepłocie kąpiele siarczane, a także mułowe.

Rdzenną ludnością tamtejszą są słowacy, którzy z powodu madziaryzacji, w sposób gwałtowny i wyrefinowany na wszystkich polach prowadzonej, nie wiele odbiegają pod względem intelektualnym i sposobu życia, od przeciętnego typu naszego wieśniaka.

Otóż miejscowa ludność słowacka posiada niezem nie dającą się zachwiać wiarę, najwidoczniej przekazywaną pokoleniami, w skuteczność na różne cierpienia źródeł siarczanych i siarczano-mułów. Dla każdego słowaka, który wie o istnieniu Piszczan, byłoby wprost niezrozumiałem, aby owe terminy w odnośnym wypadku chorobowym pomóc nie mogły. Jeżeli na razie nie widać z ich użycia skutku, to nastąpi on bez wątpienia później. Ta woda i muł zawsze— zdaniem

ludu, swoje zrobić muszą. Wiara i silne przekonanie w lecznicze działanie kąpeli piszczzańskich sprawiają, że ludność wieśniacza nawet z dalekich okolic, na równi z arystokracją węgierską, tłumnie nawiedza termy w Piszczanach. Zamożny i ubogi chłopiec, szczególnie w razie cierpienia gośćcowych, cierpienia kostnych natury gruźliczej lub innej, chorób skórnych i t. p. przybywa do tych, jak mówią, cudownych źródeł, aby się poddać leczeniu.

Różnobarwny i wdzięczny krajobraz przedstawia brzeg Waagi, nad którą leżą Piszczany, szczególnie odnosi się to do dni przedświątecznych i samych świąt. Szereg wozów, bryczek i innego rodzaju pojazdów, ustawia się w długi łańcuch i rzędów kilka na dużej przestrzeni ponad rzeką. Obozują tutaj włościanie obojga płci, a różnego wieku od dzieci do starców, w różnobarwne stroje ludowe przybrani. Na samych wozach często widać ludzi, złożonych ciężką niemocą, którzy o własnej sile poruszać się nie mogą. Cały ten tłum—to lżej lub ciężiej chorzy, często o całe mile w celu użycia kąpeli leczniczych i przybył już wczesnym rankiem, bo o 4 ej, można ich widzieć gromadzących się przed budynkami, w których znajdują się kąpiele wspólne, basenowe t. zw. Spiegelbad (Tükérfurdő) wodne i mułowe, a także zebranych w miejscu, gdzie stosują muło-siarczany w postaci okładów miejscowych. O ile obraz zgromadzonych nad Waagą na swych wozach bywa miły dla oka, to widok kąpiących jest przykry, gdyż często zdarza się spostrzegać tutaj nie tylko ciężką niemoc fizyczną, lecz i wielkie kalectwo. Powrót tych wieśniaków z kąpeli przedstawia się zazwyczaj niezwykle, najczęściej zdrowi wodą ciężiej chorego, który stąpa powoli i ostrożnie, to znów w taczkach lub ich odmianie wiozą bezwładnego chłopka, a każdy z chorych, odziany w grubą sukmanę, otulony w chusty lub nakryty derą, aby w ten sposób jaknajdłużej uczucie ciepła zachować. Pod względem balneotechnicznych urządzeń i pieniężnych ułatwień dla warstw ludności niezamożnej Piszczany służyć mogą za pewnego rodzaju wzór dla innych miejscowości kąpielowych. Obok łazienek wytwornie urządzonych, znajdują się wanny, a także ogólne baseny dla kąpeli wodnych i mułowych, naprawdę dostępne dla biedaków, gdyż cena kąpeli takiej obniżona jest do 20 halerzów, t. j. mniej więcej 8 groszy polskich. Oprócz tego znajduje się tam szpital komitatowy dla ubogich i t. zw. „pensjonat dla robotników“, gdzie za opłatą 4-ch złotych polskich (80 krajcarów) chory otrzymuje mieszkanie z całkowitem utrzymaniem i kąpielami. Pewna ilość kąpeli zawsze bywa wydawana bezpłatnie, a w dni świąteczne ilość ta zostaje zwiększoną.

Dodam nawiasowo, że zakład tamtejszy, własność prywatna, jest wydzielawiony przedsiębiorcy, który z niego płaci około 80 tysięcy koron rocznego czynszu.

Ta chęć i gotowość ludności wieśniaczej korzystania przy istniejących ułatwieniach ze źródeł mineralnych, nie stanowi zjawiska odosobnionego i wyłącznego odnośnie do wzmiankowanej miejscowości. I nasz lud, na całym obszarze zamieszkiwanej ziemi, z niemniejszą wiarą, a z równą ufnością, odnosi się do leczniczych własności źródeł

mineralnych. A ów dwuwiersz: „I w naszych górach wody tryskają—
Co niemoc leczą, kraj wzbogacają“, który umieścił na wstępie swych
„Uwag nad zdrojowi skamikrajowemi“ dr. Dietl, najlepiej zdaje się
charakteryzować pogląd pod tym względem ludu na tę sprawę.

Spostrzegać się to w mniejszym lub większym stopniu daje, gdzie
dla ludu tego zdroje mineralne w jakikolwiek sposób są dostępne.
W takiej np. Krynicy, lub Szczawnicy, w pewnych godzinach, omal
codziennie widzieć można, jak ludność wieśniacza zapija się chciwie,
wodą ze źródeł mineralnych, jak nią napełnia różne naczynia, wy-
próżnione po sprzedaży mleka, czy maślanek, jak je starannie—aby
gaz się nie ulotnił, kłopciami zatyka i wodę tę dla swoich, w domu
pozostających, często daleko niesie. *D. n.*

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15-go Sierpnia 1901 r.

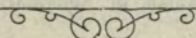
—z— W pierwszych dniach b. m. otwarto w ogródku przy ul.
Agrykoli ogródki dla dzieci z zapisu ś. p. W. Raua. Od dni paru
prócz tego odbywają się zabawy dla dzieci w Ogrodzie saskim, nadto
projektowane są ogródki w dzielnicy nadwiślańskiej oraz na placu
bronii. Nowej instytucji higienicznej życzymy rozwoju. Zarządza
instytucją tymczasowo Rada Towarzystwa higienicznego.

—z— Tow. Hufelanda wydało następujące premia na rok 1901:
drowi *D ü n s c h l i a n n* 800 m. za pracę „O wpływie zawartości so-
li w wodzie do picia na własności krwi“ i dr. *F. P i c k* z Pragi—
„Wpływ czynników termicznych i mechanicznych na napięcie naczyń
i ciśnienie krwi“.

Z M A R L I.

Zmarł w Wiedniu prof. pedyatryi *W i d e r h o f e r*.

Do Zeszytu 15 dołączyliśmy dla wszystkich prenumeratorów
ogłoszenie *Białkan Kreozotu* (Kreozalbina) w gruzliczy płuc.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. O zapaleniu rdzenia—E. Flatau i J. Koelichen—str. 788.
- II. Kilka słów o powtarzaniu się obojactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie (De pseudohermaphroditisme hereditario) z 6 rysunkami w treści.—Dr. med. Fr. Neugebauer—str. 796.
- Dr. E. Flatau et dr. J. Koelichen. Sur les myélites (Patologie et anatomie pathologique).
- Dr. Fr. Neugebauer. Sur le pseudohermaphroditisme héréditair (avec 6 fig).

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

- I. Chirurgia.
448—473. XXX Zjazd Chirurgów Niemieckich w Berlinie—str. 804.
- II. Choroby kobiece.
474. Dr. A. Czempin — Geneza drgawek porodowych—str. 811. 475. Ahlfeld—Geneza, zapobieganie i leczenie eklampsyi—str. 812. 476. Güz—Przypadek późniejszych drgawek porodowych, powstałych w 8 tygodni po porodzie—str. 814.
- Wiadomości terapeutyczne 477—489 str. 814.
- Sprawa zaraźliwości gruźlicy i perlicy—str. 816.
- Odcinek — str. 821.
- Kronika bieżąca — str. 825.
- Nekrologia—str. 825.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 1 Августа 1901 г.