

# GAZETA LEKARSKA

## I. KILKA SŁÓW

### O ZACHOWANIU SIĘ OBJAWÓW DYSPEPTYCZNYCH W KLIMACIE WYSOKOGÓRSKIM.

Napisał

**D-r W. Jaworski,**

prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O sposobie działania czynników klimatycznych dotąd mało nam wiadomo. Jedynie w podręcznikach klinicznych znajdujemy stałą wzmiankę, że przeciw zbożeniom trawienia działa także korzystnie pobyt w świeżem, a zwłaszcza morskiem, lepiej jeszcze w górskim powietrzu. Prawdopodobnie opiera się polecenie ostatniego czynnika tylko na tradycyi z praktyki lekarskiej, bo szczegółowej pracy o wartości leczenia klimatycznego w zbożeniach narządu trawienia, o ile mi wiadomo, dotąd nie posiadamy. Bardzo też pożądana była dla mnie sposobność przejrzenia historyj chorób i stwierdzenia wyników na chorych, pod względem zachowania się przypadłości dyspeptycznych, w sanatorjum D-ra TURBAN'a w Davos, leżącego na wysokości 1,576 metrów.

Wszyscy chorzy przybyli z nizin z pod ciśnienia barom. 750 mm. pod ciśnieniem 630 mm. w Davos i przebywali w sanatorjum pod jednakowemi warunkami higienicznymi i dyjetetycznymi<sup>1)</sup>. Swoiste leczenie co do przewodu pokar-

<sup>1)</sup> Wszystkich chorych żywiono w sanatorjum w następujący sposób: O godzinie 7—8 rano śniadanie, według upodobania w dowolnych ilościach: mleko, kawa, czekolada, herbata, bułki, chleb, ciastka, masło, miód. O godzinie 10½ w dowolnych ilościach: mleko słodkie, bułki, chleb, ciastka, masło, miód. O godzinie 1 obiad w dowolnych ilościach: zupa, ryba ze sosem i z przystawkami z jarzyn, wołowina [rozbef lub filet] z dodatkiem przynajmniej dwojakiego rodzaju jarzyn lub owoców, dziczyzna [koza dzika, sarna, ptaki i t. p.] ze sosem i sałatą lub zamiast dziczyzny pieczeń z drobiu [kapłon, bażant, indyk, gęś i t. p.]; legumina słodka, owoce lub ciasta, bułki i wino. O godzinie 4 w dowolnych ilościach: kawa lub mleko, bułki, chleb, ciasta, masło miód. O godzinie 7 wieczera, w dowolnej ilości: zupa, pieczeń z jarzyną, zimne mięswo w postaci szynki z dodatkiem rozbehu, ozoru, salcesonu i żelatyny, kompot owocowy, bułki i wino. O godzinie 9 wieczór, dowolne ilości mleka do picia przez noc. Chorzy przytem przebywają przez cały dzień od godziny 9 rano do 10 wieczór na wolnem powietrzu (*Freiluftcur*), co się da skutecznie niezależnie od stanu pogody i pory roku, gdyż w razie niemożności przechadzi siedzą lub leżą na wyściełanych stołkach ustawianych na terasach ku południowi zwróconych. Całe postępowanie jest więcej na tuczenie, niż na leczenie dyspepsy, obliczone. To też z początku byłem z wielkiem niedowierzaniem co do korzystnego wpływu tego żywienia na dyspepsyję, mniemając, że pod wpływem tak obfitego i różnorodnego żywienia przypadłości gastryczne tylko powiększyć się mogą. Wkrótce jednak przekonałem się, że chorzy których całemi latami wyszukana ścisła dyjeta w domu się leczy, tu w krótkim czasie nie tylko po

mowego tylko wyjątkowo stosowano i ograniczało się do środków symptomatycznych. Właściwych dyspeptyków mogłem tylko 44 odnaleźć, gdyż przeważna część chorych przychodzi do sanatorium bądź w stanie gorączkowym, bądź bez objawów dyspeptycznych. Obserwacja na dyspeptykach ograniczała się, według historii chorób zakładu, do stwierdzenia objawów podmiotowych, czynnościowych i fizykalnych narządu trawienia. Wewnętrzne badania żołądka nie przedsięwzięto. Pomimo to mogą i te obserwacje na razie podać wskazówki dla praktyki w celu bliższego zorientowania się, zwłaszcza że na tak znacznej wysokości niezawsze trafi się sposobność zebrania większego materiału obserwacyjnego, a zestawione niżej przypadki nie są ambulatoryjne, lecz stale przebywające pod okiem lekarza w zakładzie przez 3—10 miesięcy, a zatem kliniczne.

Między 44 dyspeptykami było 35 z lasecznikami gruźliczemi w płwocinach, a 9 bez nich, dalej zaznaczyć wypada, że u 12 objawy dyspeptyczne były połączone z przypadłościami neurastenicznymi [8], lub histerycznymi [4]. Zmiana w objawach dyspeptycznych u 44 chorych w czasie opuszczania zakładu okazała się następująca:

	z laseczn. gruź.	bez las. gr.	neurast.	histeryczn.
znikły zupełnie u 30 z tych 24	6	3	2	
doznały poprawy 9 „ 8	1	2	1	
nie zmieniły się 5 „ 3	2	3	1	

Dolegliwości dyspeptyków polegały na następujących objawach:

a) W 42 przypadkach brak łaknienia lub wstręt do jedła w połączeniu z nudnościami. Z tych pojawiło się łaknienie prawidłowe lub nadmiarowe u 32, poprawiło się u 6, nie poprawiło się u 4.

b) 12 chorych uskarżało się na ciśnienie w żołądku; znikło ono w 5 przypadkach, zmniejszyło się w 5, nie zmieniło się w 2.

c) Bóle w żołądku pojawiały się w 2 przypadkach i w obu zupełnie ustąpiły.

d) Wymioty pojawiały się u 5 chorych: z tych w 3 przypadkach ustąpiły zupełnie, w 1 przypadku rzadziej się pojawiały, a w 1 się nie zmieniły.

W żadnym z zestawionych przypadków nie zrobiono rozpoznania na głębsze anatomiczne zmiany żołądka [wrzodu, raka], tylko w dwóch przypadkach zanotowano: *probabiliter catarrhus ventriculi*; były to więc przypadki, które bez badania wewnętrznego żołądka w zwykłej praktyce lekarskiej zwykliśmy nazywać niestrawnością [dyspepsyją] żołądkową.

Z powyższego, aczkolwiek niewystarczającego jeszcze, materiału statystycznego stanowczych wniosków wysnuwać nie można; tyle jednak da się na pewno powiedzieć, że wszystkie objawy dyspeptyczne pod wpływem klimatu wysokogórskiego [alpejskiego] w większej części przypadków ustępują. Również wypada zaznaczyć, że z 5 przypadków, na które klimat alpejski nie wywarł

---

wyższe żywienie bez przypadłości żołądkowych znoszą, ale często jeszcze nadprogramowe dodatki spożywają. Spożywanie tak wielkich ilości pokarmów dziennie w nizinach uważalibyśmy nawet dla zdrowego żołądka za szkodliwe, a stan taki objawem patologicznym — żarłocznością.

korzystnego wpływu, było 4 z tłem nerwowem [3 ciężkie neurastenije i 1 ciężka histeryja].

Korzystnym wynikiem usunięcia objawów dyspeptycznych okazało się znaczne zwiększenie wagi ciała.

U 30 dyspeptyków, u których objawy niestrawności znikły, okazały się następujące przybytki wagi ciała, wyrażone w kilogramach [1 kgr. = 2 funtom słowym]; 15,5, 14, 13, 12,7, 11,8, 11,1, 10,7, 10,4, 8,5, 8,3, 8,0, 7,8, 7,7, 7,2, 6,4, 6,0, 5,9, 5,4, 5,3, 5,1, 5,0, 4,6, 4,1, 4,0, 3,6, 3,2, 3,2, 3,1, 3,0, 1,7.

U 9 chorych, u których objawy dyspeptyczne się poprawiły: 8,0, 7,5, 7,3, 6,2, 3,1, 1,2, 1,0, 0,2, 0,0 kgr..

U 5 dyspeptyków, którzy opuścili zakład bez poprawy, różnica wagi wynosiła: 3,6, 3,2, 2,0, 0,7, 1,0, — 1,0 [jedeny ubytek] kgr..

Przybytek wagi ciała u chorych, którzy przybyli bez objawów dyspeptycznych do zakładu, znalazłem jeszcze większy.

Powyższe korzystne wyniki osiągnięto u chorych, przedtem w nizinach zamieszkałych, a nadto u zamożnych, mających w domu wszelkie wygody i pomoc lekarską; otrzymano je więc istotnie przez swoisty wpływ klimatu wysokogórskiego. Nie dosięgnęłyby one prawdopodobnie tego stopnia, gdyby, jak to się zwykle dzieje, chorym, wysyłanym w góry, pozostawiono wolność co do żywienia się i sposobu życia. W naszych przypadkach regularne podawanie zdrowego i urozmaiconego jadła, wmawianie i zachęcanie do jedzenia przez lekarza, czuwanie, aby chorzy zbyt ciężkich fizycznych wysiłków się nie dopuszczali, co tylko w dobrze prowadzonym zakładzie da się skutecznie, stanowiło ważną rękojmię dobrych wyników. Aczkolwiek praw przemiany materji w klimacie wysoko-górskim dotąd nie znamy, jednakże z przytoczonych dat wynika, że wszystkie metody tuzenia chorych mają najlepsze szanse powodzenia w klimacie wysokogórskim. Dla objaśnienia przebiegu objawów dyspeptycznych w klimacie wysokogórskim niech posłużą trzy przypadki, mnie dobrze znane, poniżej w krótkości opisane.

**Spostrzeżenie 1.** Chłopiec 8-io letni. Trwały brak łaknienia. Po mleku lub mięsie doznaje nudności i wymiotów; w nocy pojawiają się kilkakrotnie napady duszności i kaszlu. Przybywa do sanatorium D-ra TURBAN'a w Lipcu. Badanie: chłopiec słabej budowy i źle odżywiany, w narządzie oddechania i trawienia nieprawidłowości wykazać nie można; jedynie za podrażnieniem błony śluzowej nosa pojawia się natychmiast napad kaszlu; zresztą w jamie nosogardzielowej żadnych nieprawidłowości na błonie śluzowej nie ma. Plwocina bez łaseczników gruzliczych, ciepłota prawidłowa, waga ciała 26,1 kgr.. W trzecim miesiącu pobytu w zakładzie łaknienie tak się poprawiło, że chory wypija dziennie 10 szklanek mleka i spożywa takie ilości pokarmów, a mianowicie mięsnych, jak dorośli. Napady kaszlu ustąpiły zupełnie. W Marcu wygląd zdrowy i czerstwy, waga ciała 30,7 kgr., t. j. przeszło  $\frac{1}{6}$  pierwotnej wagi. Przypadek ten wykazuje korzystny wpływ klimatu i metodycznego postępowania na dzieci źle odżywiane, a co do jadła w domu rodzicielskim wybredne.

**Spostrzeżenie 2.** Mężczyzna 35 lat. Przed 6-ma laty przypadłości gastryczne, brak łaknienia, kurcze żołądka, wymioty. Następnie przez 3 lata stan dobry. Przed 2 lata powrót przypadłości żołądkowych: chory nawet jaj na miękko nie znosi bez znacznych dolegliwości żołądkowych, przytem brak łaknienia; przed 4 miesiącami ból w grzbiecie, a przed 2 kaszel suchy. Przybycie do sanatorium w Czerwcu [24]. Badanie: chory wzrostu bardzo niskiego, źle odżywiany; w szczyście lewego płuca w miejscu ograniczonym nieliczne rżenia nieżytowe, reszta płuc prawidłowa. Okolica żołądka przy dotyku bolesna, granica dolna poniżej pępka, w żołądku rano na czczo utrzy-

mują się stale pokarmy; w skąpych płwocinach nieliczne laseczniki gruźlicze, ciepłota prawidłowa, waga ciała 46,8 kłgr.. Stan chorego po 2 miesięcznym pobycie: chory jada 6 razy dziennie wszystkie dania [nawet sałatę, kapustę, gęsinę, wieprzowinę, czego od 6 lat unikał] bez żadnych przypadłości, wypija dziennie 10 szklanek mleka, a wieczór flaszkę piwa. Objawów rozszerzenia żołądka wykazać nie można. W szczycie płuca lewego rzeżeń nie ma, utrzymuje się jeszcze zaostrenie wydechu; płwociny w dwóch ostatnich poszukiwaniach bez laseczników. Waga ciała 55,3 kłgr., t. j. przybytek przeszło  $\frac{1}{6}$  pierwotnej wagi. Chory opuszcza zakład 29 Sierpnia z powodu wypadków rodzinnych. U tego chorego liczyłem z wielkiem prawdopodobieństwem, że przy sposobie żywienia chorych w sanatorium rozszerzenie żołądka się zwiększy, tymczasem chory pozbył się na razie dolegliwości gastrycznych bez swoistej medykacji w przeciągu 2-ch miesięcy.

**Spostrzeżenie 3.** Mężczyzna 39 lat. Żywnie przeważnie mięsne i to w małej ilości dla braku łaknienia. W 24 roku życia ciężka czerwonka, poczem 2 razy zapalenie jelita ślepego, następnie długo przewlekające się zapalenie otrzewnej, ostatecznie nieżyt jelita grubego, przytem guzy i częste krwotoki krwawnicowe. Stolec stale zaparty, zwykle przy pomocy ławaty; kał w odosobnionych grudkach, powleczonych grubą warstwą śluzu, nadto długie taśmy śluzowe. Karlsbad, Kissingen przynoszą tylko czasowe polepszenie. Przed rokiem suchy kaszel, nieliczne prątki gruźlicze w płwocinach. Pobyt zimowy nad brzegami morza śródziemnego zakończył się zapaleniem i wysiękiem opłucnowym prawym. Przybywa do sanatorium D-ra TURBAN'a w Sierpniu [10]. Badanie: wzrost średni, odżywianie podupałe, mała krwistość ogólna, brak zupełny łaknienia, przypadłości jelitowe i krwawnicowe, jak wyżej. W szczycie prawego płuca stłumienie i liczne rzeżenia wilgotne, w dolnych częściach tego samego płuca objawy fizykalne resztek wysięku; w płwocinach ropnych liczne laseczniki gruźlicze. Stan bezgorączkowy, waga ciała 56,0 kłgr.. Przez lato i zimę przypadłości chorobowe stopniowo ustępują. Badanie w Kwietniu [w 9 miesięcy]: odżywienie bardzo dobre, waga ciała 71,5 kłgr. [przybytek przeszło  $\frac{1}{4}$  pierwotnej wagi], łaknienie bardzo dobre, przypadłości jelitowe i krwawnicowe znikły zupełnie, stolec regularny 1—2 razy dziennie, dobrze ukształtowany i wolny od śluzu i krwi. W szczycie prawym stłumienie i nieliczne rzeżenia wilgotne jeszcze się utrzymują, w dolnej części stosunki prawidłowe; płwociny obecnie śluzowe i bez laseczników gruźliczych. Ten przypadek przytaczam z powodu korzystnego wpływu pobytu na wieloletni nieżyt jelit i guzy krwawnicowe, które żadnemu leczeniu dotąd nie ustępowały. W znacznej części przyczyniła się zapewne do usunięcia tegoż zmiana jednostronnej diety na mieszaną i obfitą.

Co się zaś tyczy przypadłości ze strony jelit, to z liczby chorych nie gorączkujących mogłem znaleźć w zakładzie tylko 25 przypadków, które na nie się uskarżały. W tej liczbie było 22 z lasecznikami gruźliczemi w płwocinach, a 3 bez takichże.

Z 25 chorych cierpiało na następujące objawy chorobowe:

a) 15 na zaparcie stolca. W przeciągu pobytu w zakładzie ustąpiło ono w 6 przypadkach, poprawiło się w 2 przypadkach, nie zmieniło się w 7 przypadkach.

b) 9 na biegunkę, nie mającą jednak cechy gruźliczej. Z tych ustąpiła biegunka zupełnie w 6 przypadkach, poprawiła się w 2, a nie zmieniła się w 1 przypadku.

c) 4 chorych cierpiało na guzy krwawnicowe w połączeniu z krwotokami; u 3 nastąpiło zupełne wyleczenie u 1 znaczna poprawa.

Na podstawie tego szczupłego materiału trudno wnioski wyprowadzać; wypada jednak naznaczyć, że przez pobyt w klimacie wysokogórskim prawie wszystkie przypadki biegunki i krwotoków krwawicowych znakomicie się poprawiły.

W jaki sposób klimat wysokogórski na czynność przewodu pokarmowego działa, nie stanowczego twierdzić się nie da; przypuścić jednak możemy, że odżywianie błony mięsnej, a tem samem czynność mechaniczna przewodu pokarmowego staje się energiczniejszą. JOURDANET bowiem znalazł, że krążenie w klimacie wysokogórskim bywa przyspieszone, a EGGER (*Versammlung des Graubündner Aerztevereins, Dec. 1891*) dostrzegał u swoich chorych na wysokości 1,800 metr. zwiększanie się ciałek czerwonych krwi o 10%. Ponieważ także i układ nerwowy przez powietrze górskie doznaje podniecenia, przeto możebnem jest, że to podniecenie udziela się rozgałęzieniom nerwowym, zaopatrującym narządy trawienia. Przypuszczalnem jest jeszcze wpływ mechaniczny przepony na trzewa brzuszne, gdyż wydatność i częstość oddechów na wielkich wysokościach bywa większą, niż w nizinach. Najważniejszy jednak dodatni wpływ na trawienie, a tem samem i na odżywianie ogólne, zdaje się mieć znaczna utrata wody, jakiej doznaje ustrój na znacznych wysokościach nad poziom morza, przez oddechanie płucne i skórne. Następstwami tego faktu są znane zjawiska fizjologiczne w klimacie wysokogórskim: pojawienie się wygórowanego pragnienia, szorstkość skóry, znikanie potów, zmniejszanie się ilości moczu, a zwiększanie osadu moczowego, szybkie znikanie wysięków opłucnowych i t. p. Ogromne zwiększenie parowania ustroju bywa wyrównane przez wzmoczenie wessania w całym przewodzie pokarmowym. Tem tylko mogę sobie wytłómaczyć możność przyjmowania znacznych ilości płynów przez chorych w Davos. Widziałem np., że chorzy, którzy w domu mleka wcale nie znosili, w sanatorjum w krótkim czasie bez żadnych przypadków dochodzili do 12 szklanek dziennie. Wliczając w tę ilość mleka inne jeszcze płyny, jak: wino, wodę i zupy przez dzień zużyte, przyjdziemy do ogromnej ilości płynu [wody], wynoszącej dziennie o wiele więcej ponad 4 litry, które nawet chorzy, cierpiący na niedowład lub rozszerzenie żołądka bez dolegliwości tu przyjąć mogli. Wzmoczone wessanie tłómaczy zapewne korzystny wpływ klimatu alpejskiego na biegunkę, jako też na szybkie zwiększanie się wagi ciała.

Większa część dyspeptyków, których przypadłości chorobowe za podstawę powyższego zestawienia obrałem, byli to chorzy na gruźlicę płuc. Możliwy też łatwo zrobić zarzut, że dyspepsyja bez tej komplikacji w klimacie wysokogórskim inaczej zachowywać się może. Wprawdzie dość często zauważano objawy dyspeptyczne, po których w pewnym czasie rozwija się gruźlica płuc, tak, że w dalszym ciągu obydwie stany chorobowe obok siebie równocześnie istnieją, a A. SOKOŁOWSKI nazywa ten rodzaj gruźlicy *phthisis pseudogastrica*, BOURDON zaś: *dispepsia praetuberculosa*, liczne jednak badania wewnętrzne u suchotników, uskutecznione przez O. BRIEGER'a, CHEŁMOŃSKIEGO, GRUŚDEW'a, F. SCHETTY'ego, IERMANN'a, KLEMPERER'a, jako też anatomo-drobnowidzowe MARFAN'a i SCHWALBE'go, wydały wyniki tak niestałe i sprzeczne między sobą, że o stałych, a tem mniej swoistych zmianach w żołądku u gruźliczych mówić nie można. MARFAN też słusznie twierdzi (*Semaine médicale. 1891. 39*), że przypadki niestrawności u suchotników nie są swoiste, a polegają na tych samych zmianach i tem samem tle, jak i u niegruźliczych. Związek zaś z przypadłościami gastrycznymi, a później pojawiającymi się gruźliczemi w płucach,

może być chyba ten, że wskutek przypadłości gastrycznych podupada odżywianie, a ustrój staje się przystępniejszym zakażeniu gruźliczemu, jak to doświadczałnie wykazał niedawno PREYSS (*Centralbl. für klin. Med.* 1891. 48). To też wyżej przytoczone przypadki dyspepsy, przedstawiające równocześnie objawy gruźlicze bez przypadłości gorączkowych, możemy, pod względem zachowania się do klimatu wysokogórskiego, postawić na równi z dyspepsyją zwykłą bez powikłania gruźliczego, zwłaszcza że u dyspeptyków niegruźliczych, którzy stanowią  $\frac{1}{3}$ , zestawianych wyżej przypadków, przebieg niestrawności okazał się takim samym.

Davos—Sanatorium. Styczeń 1892 r.

Z PRYWATNEJ PRAKTYKI.

## II. PRZYPADEK PORONIENIA PRZEWLEKŁEGO, LECZONY METODĄ APOSTOLI'EGO.

Podał

**D-r Władysław Harajewicz,**

b. sekundyjusz oddziału chorób kobiecych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

W N-rze 46 „Gazety Lekarskiej“ z Listopada 1891 r. umieścił kolega WYGODZKI pracę, odnoszącą się do leczenia włókniaków i mięśniaków macicy za pomocą metody Apostoli'ego. Opisane 2 przypadki urodzonych guzów podśluzowych, za pośrednictwem prądu stałego, są w każdym razie bardzo ciekawymi, szczególnie z uwagi, że postępowanie to natrafia na dosyć ostrą krytykę. Szczególniej SCHAEFFER i BROESE występują przeciwko leczeniu elektrycznością guzów podśluzowych, uważając nawet tę okoliczność za przeciwwskazanie do stosowania prądu. W kwestyi tej jednak, ma niezaprzeczenie swoje ważne znaczenie szczegół, podany przez autora, że działanie biegunów czynnych, z różnorodnych materiałów wykonanych, jest odmiennem co do wydatności skutku. Publikację swoją kończy autor wzmianką: „widząc prędkość i łatwość, z jaką macica pod działaniem elektryczności rodzi zawarte w niej guzy, mimowoli przychodzi na myśl, czyby nie można było skorzystać z tego działania w przypadkach poronień przewlekłych, lub nawet w zwyczajnych poronieniach“.

Niezmiernie rad jestem, że mogę tutaj chociaż częściowo na to pytanie odpowiedzieć, a to opisem przypadku, jaki w mej prywatnej praktyce miałem sposobność leczyć. Uważałem to za zbyt drobną rzecz, aby miała zasługiwać na ogłoszenie, przeczytana jednak później praca kolegi WYGODZKIEGO skłoniła mnie do podzielenia się tą wiadomością z ogółem kolegów.

W początku Grudnia ubiegłego roku wezwany zostałem do miasteczka, o mil kilka od Krakowa położonego, do chorej, która od dłuższego czasu ma cierpieć na silne krwotoki z macicy i czuje się bardzo osłabioną. Chorą znalazłem w istocie w stanie znacznego upadku sił, bezkrwistą, ale nie skarżącą się na żadne wybitne dolegliwości. Po zbadaniu chorej, przyszedłem do przekonania, że

mam do czynienia najprawdopodobniej z przewlekłym poronieniem, lub następstwami jego. Macica okazała się powiększoną do objętości sporej gruszki, szczególnie w trzonie. Część pochwo- wa twarda, kanał szyi wązki, w sklepieniu prawem guzik wielkości orzecha tureckiego, twardy, bolesny, odpowiadający powiększonemu jajnikowi. Ponieważ stan chorej nie zagrażał jeszcze niebezpie- czeństwem, bo odpływ krwi wodnistej nie był obfitym, a stan części pochwowej i kanału tejże, jak wyżej wspomniałem, nie ułatwiał żadnej operacyi, mającej na celu opróżnienie macicy, wstrzymałem się od wykonania operacyi, a zaleciłem spokojne leżenie w łóżku, używanie przepisanego wyciągu spo- ryzosowego w dawce 4:200 [co godz. łyżkę], okład wysychający na brzuch, przestrzykiwanie pochwy roz- cieńczonym kwasem drzewnym, a dla ogólnego wzmocnienia: *tincturam ferri acetici aetheream* w zwy- kłych dawkach. Polecilem nadto chorej, aby po ustaniu krwawienia i po nabraniu lepszych sił przybyła do mnie, w celu przeprowadzenia kuracyi radykalnej. Chora przystała na to z chęcią. Istotnie dnia 15 Grudnia 1891 roku, miałem sposobność zbadać po raz drugi pacjentkę. Wywiady następujące: K. S., lat 34, żona pisarza, zamężna od lat 11, osoba dobrze zbudowana i odżywiana. Dziedzicznie nie obciążona, nie przebywała żadnej cięższej choroby. Rodziła 6 razy, 4 razy w pra- widłowym końcu ciąży, 2 razy przedwześnie. Co do tych ostatnich porodów, nie może sobie chora dokładnie przypomnieć, czy nie zaszła jakaś szczególna przyczyna, przerywająca przebieg ciąży. Po pierwszym przedwczesnym porodzie przed 5-ciu laty był silny krwotok, który jednak nie pocią- gnął za sobą żadnych ujemnych następstw. Ostatni poród przed 1½ rokiem odbył się na czasie i prawidłowo. W połogu nie chorowała. Miesiączkowała od 19 roku życia. Po pierwszym pokazaniu się miesiączki, ta nie występowała przez cały rok, poczem odbywała się zupełnie prawidłowo bez żadnych boleści lub osłabienia. Ostatnie miesiączkowanie przed chorobą było w Czerwcu 1891 r., poczem w Lipcu i Sierpniu nie pojawiło się wcale, dopiero we Wrześniu w czasie na nie przypadającym. Po ukończeniu jednak zwykłego czasu miesiączkowania, t. j. 4 dni, krwawienie nie ustało i chociaż nie- obfite trwało przez cały prawie miesiąc. Boleści, ani kureczów żadnych chora przy tem nie doznawała. Wreszcie na kilka dni krwotok ustał. W Październiku znowu pokazała się miesiączka, po ukoń- czeniu której w dwa dni wystąpiło gwałtowne krwawienie ze skrzepami, trwające 4 godziny. Wśród tego odeszła pełna miednica krwi. Boleści również nie było. W skrzepach i kawałkach wydal- nych nie znaleziono żadnych części, któreby wskazywały na poronienie. Odtąd, chociaż skąpo, ale ciągle krew odpływała. W Grudniu znowu przyszło miesiączkowanie, gdy chorą odwiedziłem. Wśród spokojnego zachowania się od dnia 9 Grudnia krwawienie ustało, a wystąpiło znowu 14 t. m., Upławów białych, ani żółtych chora nigdy nie zauważyła. Obecnie skarży się i na ból w boku pra- wym, z powodu którego chora chodzi skulona. Moez i stolec prawidłowe, łaknienie dobre.

Badanie narządów oddechowych i trawienia nie nieprawidłowego nie wykazuje; w narządzie krążenia — niedokrwistość.

Miejscowo przez powłoki brzuszne można wyczuć na 2 palce nad spojeniem łonowem guz, wielkości sporej gruszki, odpowiadający trzonowi powiększonej macicy, twardej, gładkiej, bardzo mało na nagniatanie czułej.

Wejście do pochwy szerokie, ściany pochwy wiotkie, pofałdowane. Część pochwo- wa przerosła, gruba, twarda. Ujście zewnętrzne macicy tworzy wąską szparę o brzegach nieco wywinię- tych. Do ujścia nie można końca palca wprowadzić. W sklepieniu przednim ciało powiększonej macicy wydłużone, ku przodowi pochylone, w dnie samem w kształcie kuli zgrubiałe. W prawem sklepieniu jajnik powiększony do wielkości orzecha tureckiego, twardy, mało ruchomy i nieco bo- lesny. Reszta sklepień bolesna. Z ujścia zewnętrznego, wydobywa się ciecz krwawa w niewielkiej ilości. Na podstawie tego badania rozpoznałem: „*probabiliter retentio placentae post abortum, sequente metro- et menorrhagia. Perioophoritis dextra. Anaemia*“.

Stan wyżej opisany, oprócz wzmocnienia sił chorej, nie różnił się w niczem od tego stanu, w jakim ją zastałem w domu przed dwoma prawie tygodniami. Widocznie więc przepisane środki tylko wśród absolutnego spokoju zdołały krwawienie powstrzymać.

Nierozstrzygniętem zaś właściwie miałem pytanie, czy w macicy znachodzi się jeszcze jakaś pozostała część jaja płodowego, czy też tylko zmiany anatomiczne następcze w błonie śluzowej, które dały powód do krwawienia. Za pierwszym przemawiał kulisty kształt dna macicy i twardość je- go kureczowa; za drugim—brak dodatniego skutku z podawanych leków, gdyż, gdy tylko chora łóżko opuściła, krwawienie na nowo się rozpoczęło.

Ponieważ w braku przeciwwskazań uważałem ten przypadek za bardzo dobrze kwalifikujący się do leczenia prądem stałym, przypuszczałem bowiem, że prąd stały albo ułatwi wydalenie części w macicy pozostałych, pobudzivszy ją do energicznego kurczenia się, albo usunie zmiany zapalne, zniszczywszy biegunem dodatnim błonę śluzową i krwotok zatakuje. Przeto na tem samem posiedzeniu zastosowałem biegun dodatni do macicy pod postacią platynowego zgłębnika. Zabieg ten poprzedziłem bardzo dokładnie zdezynfekowaniem pochwy i sklepień za pomocą roztworu sublimatu 1:1000. Zgłębnik, bez natrafienia na jakąkolwiek przeszkodę, wszedł na 11 ctm. w głąb do jamy macicy. Związkując wolno, ale ciągle nasilenie prądu, z baczną uwagą na pacjentkę, byłem w stanie bez żadnego odczynu z jej strony doprowadzić do +150 M. A. Po 5 minutowem trwaniu działania prądu, powoli doprowadziłem do 0, poczem nie tylko że chora nie uskarżała się na żadne dolegliwości, ale zauważyła nawet, że ból, którego pierwiej doznawała w boku prawym, ustąpił zupełnie. Na wszelki przypadek, aby uniknąć zarzutu, że zaraz za pierwszym razem tak silny prąd zastosowałem, nadmienić muszę, że uczyniłem to z dwóch powodów: 1-o że nasilenie prądu reguluję według potrzeby, jaką dla cierpienia danego uważam za stosowną i według tolerancyi chorej; 2-o że w danych pomyślnych okolicznościach chciałem od razu i dokładnie za pomocą własności dezynfekcyjnych i ściągających biegunu dodatniego zdezynfekować wewnątrz i pobudzić do skurczenia mięśnie macicy. Skutek świadczy najlepiej o słuszności zabiegu. Przez następne dni 3, t. j. do 18 Grudnia, nie było żadnych boleści, a pomimo że krwawe odchody utrzymywały się jeszcze, chora czuła się znacznie swobodniejszą i zdrowszą.

18. XII. Nim przystąpiłem do elektryzacji, badałem chorą wewnątrznie, przy czem zaraz z początku z ujścia zewnętrznego wypadło do pochwy jakieś ciało, wielkości jajka gołębiego; chora nie czuła tego zupełnie. Natychmiast wydobyłem to z pochwy, a oglądanie już samo dozwalało rozpoznać utkanie łożyskowe, co badanie drobnowidzowe, później przedsięwzięte, potwierdziło. Dalej badając, przekonałem się, że macica jest zupełnie niebolesną, większą niż była dawniej a zgłębnik wchodzi na 8 ctm., w tej odległości dna macicy dosięgając. Teżo dnia zastosowałem jeszcze 120 M. A. +, aby zdezynfekować i znowu pobudzić do ściągnięcia się mięsień macicy. Nasilenie to prądu zniosła chora również dobrze, jak poprzednie. Ponieważ chora od tego czasu nie zauważyła więcej krwawienia i ból żaden nie dał się uczuwać, przeto odjechała do domu.

29. I. wróciła raz jeszcze na moje żądanie; chciałem się bowiem osobiście i dokładnie przekonać o jej stanie zdrowia, i skonstatowałem przytem, że macica wróciła do prawidłowej wielkości, guz w prawem sklepieniu zmniejszył się znacznie i okazał się mniej bolesnym, tylko umieszczonym niżej, niż prawidłowo jajnik znajdować się winien i więcej ku tyłowi. Teżo przyczyną powiększenia i przemieszczenia tego narządu były złogi pozapalne, które sprawiały ból, jeszcze nieco dający się uczuwać, przeto zapisałem do używania w domu gałki jodowe. Według zasiągniętych następnie wiadomości, pacjentka czuje się zupełnie zdrową i bez przeszkody oddaje się pracy domowej.

Nie mam wcale zamiaru z tego jednego przypadku wysnuwać zbyt daleko idących wniosków, sądząc jednakże, że tego rodzaju leczenie, gdzie tylko ono jest dla chorych dostępnem, ma swoje niezaprzeczone zalety. W omawianym przypadku, zanim do chorej zostałem wezwany, lekarz miejscowy używał już wszelkich środków aptecznych, mających na celu oswobodzenie jamy macicy od nieprawidłowej zawartości i wstrzymanie krwotoków. Sam następnie na razie przepisałem silniejszy wyciąg sporyszu i leki wzmacniające i podniecające, ale z jakim skutkiem, to przytoczony przebieg choroby najlepiej wskazuje.

W danym więc razie, gdy chora do mnie przybyła, należało albo drogą operacyjną opróżnić macicę, albo prądem elektrycznym pobudzić ją do samoistnego wydalenia szkodliwych pozostałości po poronieniu.

Operacja, t. j. wyłęczkowanie wewnętrznej powierzchni macicy, pociąga za sobą nieodzownie takie same zabiegi przygotowawcze i taką samą pielęgnację pooperacyjną, jak wiele innych trudnych rękoczynów na układzie rodym wyko-



nywanych; w tym bowiem względzie i własnem doświadczeniem nauczony i według zapatrywania wielu skrupulatnych autorów, mógłbym się zgodzić tylko na sposób, używany przez LEOPOLD'a, który, uważając łyżeczowanie za bardzo poważny zabieg, przygotowuje doń chorą z taką ostrożnością i drobiazgowem niemal przestrzeganiem antyseptyki i aseptyki, jak tego wymaga w całym znaczeniu słowa nieobojętna dla ustroju operacyjna. W uśpieniu zatem, po aseptycznem, o ile tylko możliwości, rozszerzeniu szyi, zdezynfekowaniu wnętrza macicy, następuje wyłyżeczowanie, wypłukanie i na koniec bardzo delikatne posmarowanie rannej powierzchni tamponem słabo tylko przesiąkniętym rozczyntem półtora-chlorku żelaza.

Aby więc tych wszystkich zmuśnych i czasu dużo zabierających zabiegów uniknąć i nie narażać chorej na możliwe złe następstwa operacji, których wykluczyć napewno nie można, zastosowałem bez żadnego niebezpieczeństwa prąd stały z biegunem dodatnim do macicy. Sposób ten leczenia, oprócz koniecznego, a prawie powiedzieć można, przymusowego zdezynfekowania pochwy, sklepień i części pochwowej, ułatwia dalszy zabieg, czyniąc zbytecznemi dalsze opisane wyżej manipulacje, raz z powodu własności niszczenia drobnych organizmów szkodliwych, jaką w wysokim stopniu posiada biegun dodatni, powtóre, że zgłębnik grubości 2 do 3 milimetrów daje się wprowadzić bez potrzeby rozszerzenia poprzedniego, nawet do wązkich kanałów szyi. Działanie zaś zwężające naczynia krwionośne i ścinające krew wyklucza konieczność i nawet potrzebę następczego używania środków aptecznych, dla zatamowania krwotoku.

Szybki i dodatni skutek wyżej opisanego zabiegu sam za nim najlepiej przemawia, ale też niezbędnymi są i dalsze na tem polu spostrzeżenia, których lekarze, metodę APOSTOLI'ego mający w użyciu, nie powinni milczeniem pomijać.

---

Z KLINIKI CHORÓB NERWOWYCH I UMYSŁOWYCH UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO.

### III. PRZYGZYNEK DO NAUKI O OSTRYCH PSYCHOZACH.

Podał

**Karol Rychliński,**  
ordynator kliniki.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 18].

**Spostrzeżenie II.** Stanisław Lup..., lat 28, introligator. Przyjęty do kliniki 8. II. 1891 roku. Ciotka, która opiekowała się L.... od dzieciństwa, opowiada następujące szczegóły: rodzice chorego dawno nie żyją; matka umarła na suchoty, ojciec na niewiadomą chorobę. Nikt w rodzinie nie cierpiał umysłowo. W dzieciństwie chory przeszedł ospę, później cierpiał często na ból głowy; kilka lat temu dostał ropnego zapalenia ucha, po którym pozostało przytępienie słuchu. Brat chorego umarł na suchoty, siostra zdrowa.

Obecna choroba zaczęła się w pierwszych dniach Stycznia; chory powoli stawał się ponurym, rozdrażnionym i dziwnie pobożnym. Ciągłe miał pretensyje do swojej opiekunki, że nie chce mu oddać na własność pracowni i że on przez to nie może się ożenić. Miewał często przywidzenie, że zmarły wuj jego zjawia się doń i przez kilka godzin wszędzie mu towarzyszy.

W wigilię dnia wybuchu szału, chory rano, uderzając młotkiem o kowadło, wykrzykiwał: „to Królestwo Polskie“, uspokoił się jednak prędko i dosyć pilnie pracował przez cały dzień. Wieczorem, kiedy wszyscy byli zajęci pracą, chory niespodziewanie pogasił wszystkie lampy i wybiegł z pokoju, powrócił jednak prędko i, nie mówiąc nic, położył się spać. Rano d. 8. II. wybiegł na ulicę, przewrócił jakiegoś przechodnia i uczepiwszy się u przejeżdżającej bryczki zaczął krzyczeć. Przemocą odprowadzony został do mieszkania i zaraz umieszczony w klinice.

Opowiadająca powyższe wiadomości dodaje, że Ł... cały tydzień pracował sumiennie i chętnie, w Niedzielę zato używał przyjemności do późnej godziny, powracając często dobrze podchmielonym; zawsze był prędkiego usposobienia.

9. II. Chory średniego wzrostu, prawidłowej budowy ciała; kości i mięśnie umiarkowanie rozwinięte, odżywianie mierne. Widoczne błony śluzowe blade. Żrenice rozszerzone nie oddziałują na światło; język suchy, obłożony. Płuca zdrowe. Serce, nie powiększone, pracuje energicznie. Tętno 90. Tony serca czyste. Trawienie dobre. Chory błędnie uświadamia sobie to, co się koło niego dzieje. Wyraz oczu ma wystraszone; wymyśla, a następnie rzuca się na tych, którzy chcą do niego dostąpić. Nie chce jeść. Noc przeszła bezsennością.

13. II. Do dzisiejszego dnia stan chorego pozostawał bez zmiany. W czasie wizyty cokolwiek spokojniejszy, chociaż widocznie halucynuje, przywidzenia muszą być treści nieprzyjemnej, gdyż wyraz twarzy i postępowanie chorego wyrażają przestrasz i chęć bronienia się od nieprzyjemności. Łaknienie lepsze. Sen nieszczególny.

17. II. Chory nadzwyczaj podniecony, wyskakuje z łóżka, rozbija wszystko, na co natrafi. Krzyczy, wymyśla służbie, mówiąc, że ciało swoje im odda, ale duszy za nic. W czasie wizyty nadzwyczaj gniewnie mówi do lekarza, żeby do niego nie przychodził, że może sobie leczyć waryjantów a nie jego, który się czuje zupełnie zdrowym i którego po to sprowadzili, by go męczyć. Bezsenność pomimo 3 grm. sulfonalu.

20. II. Po 15 kroplach *hyoscini jodati* spał chory dobrze. Na pytania odpowiada chętnie głosem łagodnym, w odpowiedziach jednak widać pewnego rodzaju obawę i ostrożność wyrażania się. Radzi lekarzowi krople przeznaczyć innemu choremu, on bowiem czuje się znacznie lepiej. Łaknienie prawie dobre.

23. II. Od czasu do czasu chory wpada w szał, rozbija szyby, krzyczy na cały głos, żeby go już wypuścili, żeby przestali go tak strasznie męczyć. Bezsenność.

28. II. Przez 3 dni stan podniecenia trwał prawie bez przerwy. Obecnie chory spokojniejszy, na pytania odpowiada niechętnie i podejrzliwie; siebie uważa za zdrowego i nie rozumie, dlaczego go trzymają w tym domu. Sen lepszy. Łaknienie znów poprawia się.

4. III. Stan bez zmiany. Bezsenność.

5. III. Po łyżce 10% rozczynu *amyleini hydrati* spał chory dobrze. Oznajmia lekarzowi, że jest już zdrow, że sił i ciała mu przybyło. Od czasu do czasu wpatruje się w jeden punkt; zapytany, co tam widzi, nie odpowiada, lecz widać uśmiech na jego twarzy. Łaknienie dobre.

6. III. Chory przytomnie opowiada niektóre szczegóły ze swego życia. Utrzymuje, że ojciec jego żyje i że matka tylko umarła. Sen znacznie lepszy i ogólny stan chorego poprawia się.

11. III. Wczoraj do 9-iej wieczór chory był spokojny, naraz zaczął przechadzać się po pokoju, robił ruchy, jak gdyby chciał usunąć kogoś ze swej drogi i wreszcie zaczął przeraźliwie krzyczeć; na dozorców, którzy przystąpili do niego, rzucił się z pięściami zacisniętymi. Obezwładniony długo jeszcze rzucał się na łóżku. Bezsenność.

12. III. 3 grm. sulfonalu nie spowodowały snu; całą noc chory krzyczał, że uciekają przed nim, że im tego nie daruje i t. d.. W czasie wizyty zupełnie spokojny, skarży się, że mało dostaje jedzenia i wymawia się od przyjmowania lekarstwa.

15. III. Zachowuje się spokojnie. Wyraz twarzy smutny. Unika rozmowy. Sen lepszy. Łaknienie dobre.

18. III. Spokojny, przygnębiony, niechętnie opowiada, że był bardzo chory, że długi czas był pozbawiony przytomności, że słyszał przestraszające słowa i widział jakieś nieznanne mu twarze, „ale wszystko to już przeszło“, dodaje chory, „teraz chciałbym się wypisać ze szpitala“. Sen dobry.

20. III. Chory prosi o wypisanie, „gdyż muszę pomagać ciotce, która i tak ma ze mną dużo kłopotu“ — mówi chory. Sen i łaknienie dobre.

26. III. Zapytany o powód nienormalnego postępowania w czasie choroby, odpowiada tak: „z początku zdawało mi się, że jestem w piekle, widziałem koło siebie dyabłów, którzy grozili mi męczarniami, robiąc jednocześnie przygotowania do spełnienia groźby; później wydało mi się, że przeniesiony zostałem do raju, widziałem tam mnóstwo duchów różnej płci i wieku. Każdy zbliżający się do mnie, z początku wydawał mi się dyabłem, nastającym na mój spokój, później zaś wydawał mi się duchem. Obawa przed pierwszymi w szczególności i mniej przed drugimi zmuszała mnie bronić się. Czasami, prawda, przychodziło mi do głowy, że to przywidzenie, starałem się siłą woli powstrzymać od wymyślań, ale rzadko mi się to udawało“.

28. III. Chory spokojny, czyta książkę i wszystko dobrze rozumie. Sen i łaknienie zupełnie dobre.

2. IV. Chory wypisuje się zupełnie zdrowym.

Umyslnie zatrzymałem się nad szczegółami przebiegu choroby w I-szym i II-im przypadku, by dać możność czytelnikowi osobistego przekonania się, jak różne pod względem klinicznym są te choroby, noszące, według MEYNERT'a, wspólne miano : „*Amentia*“. Rozpatrzmy się jednak przynajmniej w niektórych objawach: jak w I-szym i w II-im przypadku zwraca naszą uwagę nienormalna świadomość chorych; przypatrując się jednak bliżej, przekonujemy się, że źródła powstawania tego objawu chorobowego są różne. Terl... [I] nie jest przytomny, bo uwaga jego w danej chwili nie może być całkowicie zwrócona na jeden przedmiot; dzięki rozprężeniu czynności dróg asocjacyjnych umysł jego nie może wytworzyć konsekwentnego kojarzenia się pojęć, wszystkie one, jakby przez wyłom w źle urządzonej wale ochronnym, cisną się do świadomości i wywołują bezład i, co zatem idzie, nielogiczność myśli i postępów, niemożność prawidłowego oryentowania się w otaczających chorego warunkach. U Łup...ego świadomość, bądź co bądź, istnieje, chociaż znacznie zmieniona, lecz inaczej nie może być, gdyż cały świat duchowy nieszczęśliwego całkowicie zajęty jest przez straszne przywidzenia wzroku i słuchu; Łup... jednak w swem nielogicznym postępowaniu jest logiczny, przeświadczony bowiem, że go otaczają złe duchy, że przygotowują dla niego męczarnie, nic dziwnego, że się broni, wszak zmysł zachowawczy u każdego jest tak silnie rozwinięty, że nawet głęboki upadek władz umysłowych nie jest w stanie go zatrzeć. Łup... stara się oryentować w otaczających go warunkach, czasami, jak to sam zaznacza, udawało mu się, innym zaś razem nie, bo opanowany groźbami złych duchów boi się zwrócić uwagę na zewnątrz, by nie być pochwyconym zniemacka; w miarę zaś tego, jak zmienia się treść halucynacyj i iluzyj, zmienia się postępowanie chorego: przeniesiony do raju, widzi koło siebie duchy, które mu już nie grożą; powodowany uczuciem miłosiernem, jako ten, który dopiero co strasznie cierpiał w piekle i wie, co to jest cierpienie, prosi łagodnie lekarza, by krople przeznaczył komu innemu, on czuje się lepiej i sądzi, że one przyniosą ulgę jego byłym współtowarzyszom. Terl... rażąco zmienny jest w swoim usposobieniu nie dlatego, że zmienne są przywidzenia, które prawdopodobnie rzadko męczyły chorego, lecz z tej przyczyny, że wywołany bezład pojęć dostarcza mu materiału do radosnych i smutnych odruchów, każde bowiem pojęcie, znajduje się w towarzystwie swych akordów i dysonansów, nic też dziwnego, że albo pierwszy, albo drugi, nie powstrzymywane prawidłową oceną, łatwo wchodzi do świadomości i znajduje zewnętrzny wyraz w stosownem, nadzwyczaj zmiennem zachowaniu się chorego.

Łup...ego usposobienie, jak to widzieliśmy, również waha się, lecz zmiany nie są tak prędkie: kilka dni, tygodni, a nawet miesięcy, taki chory może pozostawać w jednakowym usposobieniu; chora np. SCHUELE'go 6 tygodni blisko zachowywała bezwzględny spokój, krzycząc przeraźliwie, gdy ją chcieli poruszyć, gdyż miała przywidzenie, że leży na samym szczycie wieży kościelnej. Inny zaś chory KANDINSKY'ego przez długi czas powtarzał prawie jedne i te same ruchy, jak gdyby przeciskał się przez ciasne miejsce, zmieniając przytem wyraz twarzy: raz wystraszony zatrzymywał oddech, krzyczał, za chwilę zaś oddechał całą pierś, dobierał zadowolony wyraz twarzy i, sapiąc, uśmiechał się; zapytany po wyzdrowieniu, jaka przyczyna powodowała taką zmienność poszczególnych ruchów, odpowiedział, że miał przywidzenie, jakoby został połknięty przez wieloryba i że we wnętrznościach ostatniego przeciskał się i stosownie do obszerności miejsca robił takie lub inne ruchy.

Trzeci wreszcie kardynalny objaw amencji, rozstrój czynności włókien asocyjacyjnych, tak jaskrawo zaznaczony w chorobie Terl..., u Łup...ego prawie świeci nieobecnością. Mówię: prawie, gdyż istnieć on powinien, w przeciwnym bowiem razie przywidzenia, które, jak wiadomo z rozpowszechnionej teorii MEYNERT'a, powstając w ośrodkach podkorowych, by się stały plastycznym obrazem, muszą przejść do świadomości, czyli, inaczej mówiąc, dla uświadomienia sobie przywidzeń niezbędną jest, według MEYNERT'a, iluzja, a więc potrzebna jest zmieniona czynność tych włókien, które przenoszą wrażenie z podkorowych ośrodków do świadomości; zjawia się jednak pytanie: czy rzeczywiście włókna asocyjacyjne w tych razach cierpią, czy też cierpiący ośrodek kładzie tak silne piętno na włókna, że one tylko spełniają wolę silniejszego od nich pana? Wszak zwykle aparat telegraficzny, a raczej wybijający na nim pracownik winien, że słowa w depe szach są przekręcone, druty zaś spełniają prawidłowo swe obowiązki, chociaż przenoszą zmienione wyrazy.

Wyżej zazaczyłem, że amencyja jest cierpieniem kory mózgowej, mianowicie swoiste rozprężenie czynności jej odżywczej. Jak wiadomo, kora mózgowa i ośrodki podkorowe czerpią głównie materyjał odżywczy z jednego źródła, z *circulus Willisii*, od którego prawie w pionowym kierunku odchodzą drobne tętnice, tak do kory, jakoteż i do ośrodków podkorowych.

Przedstawmy sobie, mówi MEYNERT, z wykładu którego czerpię niniejsze objaśnienie, że mamy przed sobą amentyka, którego kora mózgowa, dzięki tym lub innym przyczynom [a ja dodam: przyczynom odrębnym], nie pracuje normalnie, nie użytkuje przeto, dzięki zredukowanej sile przyciągającej, z materyjału odżywczego, którego dostarcza jej krew tętnicza. Wskutek małych potrzeb światło naczyń kory zmniejsza się, gdy tymczasem ilość krwi wepchniętej przy skurczu serca do podstawowych naczyń mózgu nie zmniejsza się i wymaga stosownego rozmieszczenia, a mając przed sobą krótszą i dogodniejszą drogę do ośrodków podkorowych, przyływa tam w większej ilości. Obecność nadmiernej ilości krwi wywołuje nieprawidłowy wybór materyjału odżywczego, wywołuje więc nieprawidłowe podrażnienia, dzięki którym zjawia się u chorych zmienność usposobienia i w niektórych przypadkach przywidzenia. Wnikając jednak w treść tych przywidzeń, można zauważyć, że stanowi ona tylko pewien odłam,

a nie całą scenę dramatu, który się rozegrywał w umyśle obłąkanego. Amentyk widzi np. dyjabła, ale przywidzenie to trwa niedługo i nie wywołuje efektywnej sceny wewnętrznego urzędzenia piekła z jego przyrządami dla męczenia ofiar i t. p., gdy tymczasem obłąkany przez długi czas żyje li-tylko usystematyzowanym przywidzeniem. I samo tło przywidzeń w większej liczbie przypadków, zdaje mi się, jest różne u amentyków i u obłąkanych. Wtedy bowiem, gdy amentyk czerpie tło dla swych przywidzeń z realnego życia, obłąkany bierze je z nieświadomych pojęć naukowych, z legend i podań religijnych i to, co w zdrowym jego umyśle stanowiło częśćkę nieświadomego, fantazyjnego jego „ja“, w czasie choroby staje się główną, integralną częścią „ja“ nieszczęśliwego. Biorąc pod uwagę hipotezę, bądź co bądź, nadzwyczaj zręcznie obmyślaną przez MEYNERT'a dla wytłumaczenia sobie objawu zmienności usposobienia i przywidzeń u amentyka, zjawia się jednak pytanie: dlaczego w każdym przypadku amency nie spostrzegamy halucynacji i iluzji, dlaczego tylko pewna grupa tych nieszczęśliwych prześladowana jest widziadłami i omamami, gdy tymczasem większość wolną jest od nich?

Czy nie działa w pierwszym przypadku inna jakaś przyczyna, dzięki której halucynacje i iluzje biorą przewagę, gdy tymczasem świadomość chorego, zmieniona wprawdzie, lecz jest zachowana, rozstroju czynności włókien asocjacyjnych prawie że nie ma i zmienność usposobienia wypływa z innych zupełnie odmiennych pobudek? Zdaje mi się przeto, że tak zwana „halucynacyjna forma amency MEYNERT'a winna być wydzielona z tej grupy i pod mianem „ostre obłąkanie“ (*paranoia acuta*) winna figurować jako oddzielna forma chorobowa w obecnej klasyfikacji cierpień umysłowych. Czy ta forma jest odłamem tylko przewlekłego obłąkania, oddawna znanego, i powinna być zaliczoną do grupy tak zwanych zwyrodnień psychicznych, czy też jest ona tylko psychozą, powstającą pod wpływem jakichś swoistych czynników, nie mam prawa rozstrzygać. Zdaje mi się tylko, że, na zasadzie wyżej powiedzianego, przypadki w rodzaju mojego II nie wytrzymują rozpoznania „amentia“.

Zdanie takie już dawniej powziąłem i z przyjemnością widzę, że nie jest ono pojedynczem; przeglądając bowiem odnośną literaturę, widzę, że KRAEPELIN odróżnia *Verwirrtheit* od *Wahnsinn* i opisuje jako dwie odrębne od siebie choroby, oddzielając jednocześnie ostre obłąkanie od przewlekłego. WILLE również wspomina, że oprócz grupy *Verwirrtheit* trzeba przypuścić istnienie podobnego do niej ostrego cierpienia. SERBSKIJ mówi, że niesłusznie specjaliści *amentiae acutae* nie odróżniają od *paranoia acuta*. KORSAKOW zaś wręcz zaznacza, że niezależnie od jego grupy „*Dysnoia*“ istnieje grupa psycho-nerwic „*Paranoia*“ i wreszcie prof. POPOW w tegorocznych wykładach również zaznaczył, że według jego zdania, oprócz „amentia“ istnieje inna forma „*paranoia acuta*“, którą on zalicza do kategorii cierpień, stojących na granicy psycho-nerwic i zwyrodnień psychicznych.

Wyżej zastrzegłem się, mówiąc: do przebiegu każdego poszczególnego przypadku chorobowego, musi się przyłączać mniejsza lub większa wiązanka współtowarzyszących i współistniejących objawów, które, bądź co bądź, nie powinny zachwiać naszego rozpoznania. Otóż, zależnie od ta-

kich lub innych objawów współistniejących zależy charakter przebiegu każdego przypadku. Jeżeli bowiem do objawów kardynalnych przyłączy się podniesione wewnętrzne „ja“ chorego, jeżeli w całym przebiegu choroby tło maniackalne będzie widoczne, to mamy prawo mówić o „*amentia maniacalis*“ i odwrotnie, jeżeli chory przy innych objawach właściwych temu cierpieniu będzie smutny, przygnębiony, będzie się starał poniżyć własne „ja“, to mamy prawo mówić o „*amentia melancholica*“. W przypadkach, kiedy upośledzona działalność kory mózgowej dosięga najwyższego rozstroju, wywołującego wręcz zatrzymanie całej maszyny myślącej, kiedy chory zachowuje się zupełnie biernie — patrzy, a nie widzi, słucha, a nie słyszy, w tych przypadkach mówimy, że *amentia* przeszła w w osłupienie (*stupor*) i rozpoznajemy „*amentia stuporosa*“ [*catatonica*, jak podaje KORSAKOW]. Oprócz tego spotykamy chorych, u których bezład myślowy zjawia się tylko co pewien czas, trwa to dłużej, to krócej i znika po to, by kiedyś powrócić; wtedy mówimy, że mamy do czynienia z „*amentia transitoria*“ (z *dysnoia deliriosa circularis s. intermittens* — KORSAKOW).

Według FRITSCH'a, amencyja bywa idyopatyczną i objawową, MEYNERT zaś mówi jeszcze o amencyi pochodzenia toksycznego i zakaźnego.

Jakie przyczyny wywołują amencyję idyopatyczną? Niestety, ten dział psychiatrii klinicznej przedstawia takie braki, że powiedzieć coś stanowczego o przyczynach, wywołujących cierpienie umysłowe, jeszcze nie możemy. Dawniej dostatecznym było dla specjalisty dopatrzeć się w każdym przypadku chorobowym choć śladu dziedziczności, w braku zaś tego ważnego momentu, gdy choroba miała ostry przebieg, tłumaczono sobie jej powstawanie nieokreślonym bliżej cierpieniem czynnościowym, lecz w miarę postępów chemii i techniki drobnowidzowej, potrochu otrząsamy się z tego szablonu i coraz to częściej dają się słyszeć głosy, że nieprawidłowa przemiana materii w organizmie i różne nieprzyjemne zewnętrzne warunki mogą również wywołać cierpienie umysłowe. Wiele czasu jeszcze przejdzie, nim dojdziemy na tej drodze do konkretnych wyników, obecnie zaś możemy się ograniczać tylko przypuszczeniami.

W zeszłym roku, podając [Gaz. Lek. N. 42] krótką wzmiankę o zmianach anatomicznych, znalezionych w mózgu jednego amentyka, wypowiedziałem przypuszczenie, że amencyja zależy od samozatrucia organizmu leukomainami. Przypuszczenie to, wypowiedziane na zasadzie zmian anatomo-patologicznych przy amencyi ze zmianami przy innych cierpieniach, nozologija których jest wiadomą, zgadza się z przypuszczeniem KORSAKOWA, któremu za punkt wyjścia służą nie zmiany anatomo-patologiczne, lecz nadzwyczajne podobieństwo strony klinicznej amencyi z popołogowym cierpieniem umysłowym, które, jak wiadomo, zależy od zatrucia ustroju. Oto, jak mówi KORSAKOW: „Czy to, co ja nazywam *dysnoia*, MEYNERT — *amentia*, KRAFFT-EBING — *Der acute hallucinatorische Wahnsinn*, nie jest skutkiem samozatrucia głównie kory mózgowej, poczęści zaś i całego ustroju“?

Co się tyczy czasu trwania amencyi, to w przypadkach typowych, którym towarzyszy niewielka liczba objawów drugorzędnych, choroba trwa od 100—200 dni i rzadko przeciąga się do 300 dni; przypadki zaś ciężkie i skombinowane trwają dłużej, przecięciowo 500 dni, chociaż obserwowano zupełne wyleczenie i po 2-letnim istnieniu choroby.

Rokowanie zazwyczaj bywa dobre, gdyż rzadkie tylko przypadki kończą się śmiercią z wyczerpania organizmu wskutek samej choroby, częściej wskutek jakiegoś somatycznego cierpienia, które łatwo może się przyjąć na podatnym gruncie amentyka. Stosunkowo częściej ostra amencyja przechodzi w przewlekłą, wtedy zauważamy mniej lub więcej powolne, ale nieustanne słabnięcie władz umysłowych chorego i względnie prędkie nadejście ogłupienia wtórnego.

Leczenie tego cierpienia z braku znajomości przyczyn, wywołujących je, musi się ograniczać na zwalczaniu nieprzyjemnych objawów. Dyjeta chorych powinna być pożywna, by nią można było przynajmniej w pewnym stopniu wyrównać to wyczerpanie, które musi nastąpić wskutek ciągłego podniecenia chorego.

Najnieprzyjemniejszy objaw — bezsenność, trapiącą nieraz chorego całemi miesiącami — zwalczam z dobrym rezultatem sulfonalem [3,00—4,00 *pro dosi*], paraldehydem, *amyleno hydrati* [10%] 2 łyżki dziennie. W tych zaś przypadkach, w których te środki nie skutkowały, zawsze prawie widziałem dobre rezultaty przy użyciu *hyoscini iodati* [0,05—60,00; 15 kropel na noc], w przypadkach zaś, w których przy bezsenności istnieje jeszcze podniecenie sfery ruchowej, bardzo dobrze działa wstrzykiwanie na noc 0,002 *duboisini sulfurici*.

Z liczby środków nie-nasennych używam z dodatnim wpływem przy podnieceniu, warunkującym się większym przyływem krwi do mózgu, sporysz pod różnemi formami aptekarskiemi, wstrzykiwanie jednak ergotyny, zdaje mi się, że działa najpewniej i najprędzej.

MEYNERT, KRAFFT-EBING radzą wstrzykiwanie morfiny [od 0,03 do 0,05], a jeżeli tętno jest prawidłowe i silne, to podają choremu duże dawki przetworów bromu, środek ten jednak, jak zaznacza pierwszy z nich, działa tylko uspakajająco, a nie wpływa na bezład myśli.

Przy *amentia stuporosa* radzi MEYNERT używać koniaku z wodą, a w ciężkich przypadkach przez krótki czas można poradzić choremu wciąganie *amyli nitrosi*. Przelewanie krwi, jak się osobiście przekonał wiedeński profesor, znacznie pogarsza sprawę.

Amencyja połogowa, według FUERSTNER'a, nie kończy się wraz z porodem i dlatego radzi on, dla uniknięcia przejścia ostrej formy w przewlekłą skrócić czas trwania porodu i usypiać położnicę.

Formy przejściowe amencyi radzi KRAFFT-EBING leczyć sporyszem i bromem i zaznacza, że środki te użyte w okresie zwiastunów bardzo często ociągają wybuch choroby. Wreszcie wścieklizna, którą słusznie MEYNERT zalicza do toksycznej formy amencyi, niczem nie da się zwalczyć; „chyba możemy—mówi ten autor—choremu bez nadziei poradzić, by w narkozie szukał ulgi w strasznem cierpieniu“.

## L I T E R A T U R A.

Prof. T. MEYNERT. *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie*. Wien. 1890. — Prof. T. MEYNERT. *Amentia*, tłumaczenie. — K. N. KOWALEWSKOJ. *Archiv Psychijatrij. Nejrologii i Sudebnoj Psychopatologii*. T. XV. Nr. 3. T. XVI. Nr. 1, 2. 1890. — SCHÜLE. *Klinische Psychiatrie*, Leipzig.

1867. — KRAEPELIN. Psychiatrie. 2 Auflage. Leipzig. 1887. — WESTPHAL. Ueber die Verrücktheit. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 34. — TAMBURINI. Ueber Katatonie. Irrenfreund. 1887. Nr. 8, 9. — WILLE. Die Lehre von der Verwirrtheit. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XIX. 1888. — FÜRSTNER. Ueber Schwangerschafts u. Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. Bd. V. — S. S. KORSAKOW. K woprosu ob „ostrych“ formach umopomieszczatelstwa. Medic. Obozrienje. T. XXXV. Nr. 3. 1891. — W. P. SERBSKIJ. Ob ostrych formach umopomieszczatelstwa. Medic. Obozrienje. T. XXXV. Nr. 3. 1891. — KRAFFT-EBING. Rukowódstwo k Psychjatrii. 4 Izdanie. RIKKER.

## IV. O EPIDEMII TYFUSU WYSYPKOWEGO

w Szpitalu Zapasowym w Warszawie w r. 1889.

Napisał

**J. Sz wajcer.**

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 18].

Częstość tętna zozwyczaj odpowiadała ciepłocie; często jednak zdarzały się tu zboczenia. Wogóle tętno bywa mocno przyspieszonym już w początkach choroby, od 110—130. W drugim tygodniu, u najciężej chorych dochodziło ono do 160 uderzeń. W czterech takich przypadkach było ono dwubitnem. Trzy z nich zakończyły się śmiercią. Ze spadkiem ciepłoty i tętno staje się rzadszem, choć niezawsze w tym samym stopniu. Przy prawidłowej już ciepłocie tętno nieraz było częstsze od 80 i dopiero po kilku dniach stanu bezgorączkowego najczęściej dosyć znacznie się zwalniało: 54 — 72 na minutę. Ma to szczególnie miejsce w przypadkach, zakończonych krytycznie. Na tym poziomie utrzymuje się ono dłuższy czas, pomimo że ciepłota najniższa w dzień przełomu szybko wraca do zwykłej normy.

Najprawdopodobniejszą przyczyną zwolnienia tętna pogorączkowego, jak słusznie utrzymuje kol. CHEŁCHOWSKI (16), jest przyczyna podana przez TRAUBE'go i EICHHORST'a, którzy zjawisko to czynią zależnem od działania jakiegoś jadu, powstałego w gorączce, na serce. Nie trzeba jednak zapominać i o wpływie zmian anatomicznych mięśnia sercowego, a mianowicie stłuszczenia, na zwolnienie tętna. Do jakiego stopnia dochodzi zwątlenie serca w cięższych przypadkach tyfusu, poucza nas nadzwyczajne przyspieszanie się tętna pod wpływem najslabszych wysiłków mięśniowych lub psychicznych chorego. Przeprowadziwszy szereg prób u ciężej chorych, przekonałem się np., że u chorego po 20-dniowej gorączce, w 5 dni po przełomie, jednorazowe podniesienie się na łóżku wystarcza, aby tętno z 68 podskoczyło do 104 uderzeń. U drugiego po 16-dziennym tyfusie takież dwukrotny ruch, jeden po drugim, przyspiesza tętno o 42, t. j. z 96 na 138. U tegoż samego chorego wzruszenie psychiczne [wiadomość o wypisaniu ze szpitala] zmienia tętno z 104 na 152. W innym znów przypadku przebudzenie ze snu powoduje różnicę z 60 na 84. Jednorazowe przejście przez salę zmienia tętno w 19 dzień choroby z 84 na 128. U innego chorego po zrobieniu kilkunastu kroków tętno 106, po jednodominutowym odpoczynku chorego na łóżku, zwalnia się ono do 88, po powtórnem zaś przejściu sali dochodzi do 160. Różnice to zna-



cznie większe od fizjologicznych wahań częstości tętna, pod wpływem tychże czynników.

Po gorączce najstalszym objawem u chorych naszych była wysypka. Nie widziałem jej tylko w 2-ch przypadkach i to wątpliwych. U MURCHISON'a wysypki brakowało u 11%, u LEBERT'a nawet u 20% chorych. Uważa on tego rodzaju tyfusu za najcięższe, kończące się zazwyczaj niepomyślnie. Moje dwa przypadki przeciwnie należały do lżejszych.

Którego dnia tyfusu wysypka się zjawiała, trudno ściśle oznaczyć, gdyż większość chorych już z nią do szpitala przybyła. Najczęściej widzieć ją już można było bardzo wcześnie, między 3—5 dniem choroby. Z początku nieznamna, w ciągu 2—3 dni dochodzi do zupełnego rozwoju; znika zaś powoli, zwykle pod koniec drugiego tygodnia, niekiedy zaś między 8—10 dniem.

Co się tyczy natężenia wysypki, to u 32-ch chorych była ona słaba lub bardzo słaba, u 20 — umiarkowana, u 45 obfita i gęsta; z tych u 14 chorych wyraźna była nawet na twarzy, głowie, dłoniach i stopach. Najwcześniej wysypka występuje na piersiach i brzuchu, następnie na plecach, kończynach, twarzy, dłoniach i stopach. Znikanie wysypki odbywa się w odwrotnym porządku.

Postać wysypki była najczęściej plamista (*maculae*), u 13 chorych występowały krostki (*papulae*), u 10 chorych petocie (*petechiae*), u kilkunastu zaś chorych wysypka była mieszana, t. j. plamisto-krostkowata, lub plamisto-petociowa. Wielkość plamek była różna: od małych kropek do dużych dość plam, około pół ctm. średnicy, nieraz zlewających się z sobą. Przypadków takich było 5. Niekiedy na pewnej przestrzeni, wskutek zlania się plam, występowało rozlane, różowe zabarwienie skóry, podobne do szkarlatyny. Plamki są koloru różowego i pod naciskiem palca z początku znikają, później jednak niezupełnie, stają się ciemniejszymi, a niekiedy wskutek wynaczynień przechodzą w petocie. W cięższych przypadkach różowe zabarwienie przyjmuje odcień sinawy. Zależy on niekiedy również od t. zw. podskórnych, głębszych i obszerniejszych plam, nie tak widocznych i nadających skórze odcień siny, marmurowy.

Krostki (*papulae*) są podobne do wysypki odrowej, ale są zwykle znacznie mniejsze, rzadsze i trwają dłużej. Petocie występują albo od razu jako takie, albo też z pierwotnych plam. W pierwszym razie są obfitsze i większych rozmiarów. W 2-ch przypadkach zauważyłem je nawet na błonie śluzowej jamy ustnej i łącznicy powiek. U jednego zaś chorego, z niezmiernie obfitem krwawieniem z nosa, na dolnych kończynach widoczne były obszerne dosyć wynaczynienia w kształcie plam i pręg (*echinomoses, vibices*).

LEBERT i JACCOUD, wbrew zdaniu GRIESINGER'a, nie widzą ścisłego związku między natężeniem i rodzajem wysypki a przebiegiem choroby. Z 10-iu naszych przypadków, zakończonych śmiercią, tylko w 2-ch wysypka była słaba, w 3-ch przypadkach umiarkowana, a w 5-iu bardzo obfita. Z ostatnich 8-iu przypadków w 4-ch wysypka była petociowa. U wielu jednakże naszych cho-

rych, z obfitą i petociową wysypką, przebieg choroby był dość łagodny. Zdanie więc GRIESINGER'a trzeba przyjąć z pewnym zastrzeżeniem.

Potówki (*sudamina*) występowały dosyć często podczas lub po przesileniu choroby, nieraz bardzo obficie, głównie na brzuchu i piersiach. O ile mogłem zauważyć, objaw ten należy do bardzo pomyślnych pod względem prognostycznym.

W jednym tylko przypadku widziałem wyprysk (*herpes*) na skrzydłach nosa.

W 2-ch przypadkach, zakończonych śmiercią, w okresie przesilenia wystąpiła *cutis anserina* na tle sinicowatej skóry.

Zaburzenia w układzie nerwowym należały do stałych zjawisk u wszystkich chorych. Najwcześniejszym był ból głowy, umiejscowiony zwykle w czole i skroniach, rzadziej w okolicy ciemieniowej i potyliczowej. Nie wszyscy chorzy jednakowo go odczuwają. Najczęściej skarżą się na ciężkość i ściskanie głowy i to tylko w pierwszym tygodniu; już bowiem w początkach drugiego często, nie zdając sobie sprawy ze swego stanu, nie przyznają się do bólu, chociaż przy uderzaniu palcem w skronie lub czoło nieraz mocno przez skrzywienie twarzy reagują.

Bóle w członkach i krzyżu występowały prawie u wszystkich chorych od samego początku choroby i wzmagaly się wraz z jej natężeniem. Najmocniej objawiają się w kończynach dolnych, łydkach, następnie w krzyżu, plecach i kończynach górnych. W kilku cięższych przypadkach zauważyłem silną nadczułość całego ciała na lekkie nawet dotykane. Bóle te, powiększając się przy każdym poruszeniu się chorego, potęgują znaną apatyję i bezwładność tyfusowych. Dzieje się tu wprost przeciwnie, niż w tyfusie powrotnym, gdzie bolesność członków, tak wybitna w tej chorobie, objawia się niepokojem, narzekaniem i rzucaniem się chorego. Różnice te zależą od niejednakowego zachowania się *sensorii* w obu tych cierpieniach. W przypadkach, zaczynających się odrazu wysoką gorączką, już w pierwszych dniach choroby występowały cięższe objawy mózgowe, jak: utrata przytomności, majaczenie, apatyja, śpiączka i t. p. Tego rodzaju przypadki widziałem tylko dwa; cięższe bowiem przypadłości mózgowe zazwyczaj występowały dopiero po ukazaniu się wysypki. Wrażliwość zmysłów i władz umysłowych znacznie się przytępiła. Chorzy przestają skarżyć się na ból głowy i członków, leniwo i niechętnie odpowiadają na pytania, pamięć ich mocno szwankuje, leżą bezwładnie i majaczą najczęściej cicho, mrużąc pod nosem, w ciężkich przypadkach ciągle, w lżejszych tylko w nocy. Tego rodzaju przypadłości widziałem w 45-iu przypadkach, w których ciepłota dochodziła do 40° C. i wyżej. U 7-iu chorych wystąpiły objawy silnego podrażnienia mózgu, objawiające się żywym majaczeniem i obłędem prześladowczym. Niespokojni, rzucali się, zrywali z łóżka i uciekali, dręczeni widocznie różnymi halucynacjami i złudzeniami zmysłów. Dwa z tych przypadków zakończyły się śmiercią.

W najcięższych przypadkach [a takich mieliśmy 20] pod koniec drugiego tygodnia chorzy są jakby zupełnie odcięci od świata zewnętrznego czynność

kory mózgowej zdaje się być zupełnie zniesioną. Leżą oni zupełnie nieprzytomni w głębokiej śpiączce (*sopor, coma*), jak bezwładne ciało, z nawpół otwartymi oczami, mrużąc spokojnie, chwilowo tylko automatycznie lub odruchowo odpowiadają na silne bodźce zewnętrzne; wykrzywiają usta przy mocnym ucisku, ukluciu, wprowadzaniu kateteru, i t. p.. Występują bezwiedne ruchy skubania (*carpolo-gia*), chwytanie czegoś w powietrzu, zgrzytanie zębami, drżenie ścięgien, niekiedy drgawki pojedynczych grup mięśniowych, zapaść (*collapsus*) i porażenie serca.

Częstość pojedynczych objawów nerwowych w tym okresie była jak następuje:

Drgawki w 2-ch przypadkach. W jednym — kloniczne w łydkach, w drugim — toniczne (*trismus*) u chorego wyniszczonego i dotkniętego przymiotem. Oba zakończyły się pomyślnie.

*Subsultus tendinum* bardzo wybitne w 7-iu przypadkach [2 śmiertelne].

*Delirium furibundum* u 7-iu chorych [3 z zejściem niepomysłnem].

[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

### 30. P. Canon i W. Pielicke. O mikrobie (*bacillus*) we krwi chorych na odrę.

CANON i PIELICKE podają krótką wiadomość o znalezionym przez nich we krwi chorych na odrę — drobnoustroju, odmiennym od tego, który napotykał BABES. Preparaty barwili C. i P. eożyną z błękitem metylenowym [stężonego wodnego roztworu błękitu metylenowego 40,0— $\frac{1}{4}$ %, roztworu eożyny w 70% wyskoku 20,0.—Wody przekroplonej 40,0. Preparaty pozostają 5—10 minut w alkoholu bezwodnym, potem 6—20 godzin w barwniku w przyrządzie ogrzewanym przy 37° C. Równie dobrze służyć może roztwór stężony wodny błękitu metylenowego 80,0 i  $\frac{1}{4}$ % roztwór eożyny w 70% alkoholu 20,0. Wystarcza do zabarwienia 2—3 godzin].

Takiż sam mikrobia znalezionym został przez C. i P. w śluzie nosowym, w płwocinie i wydzielinie łącznicy u chorych na odrę.

Wymiary mikroba (*bacillus*) są bardzo rozmaite [długość równała się promieniowi ciała czerwonego krwi, aż prawie do średnicy tegoż ciała]; niektóre znów mniejsze bakteryje podobne są do podwójnych koków. Błękitem metylenowym barwią się dosyć słabo, na końcach mocniej niż w środku, lub przedstawiają jasne luki.

Znajdowano te bacyle w całym przebiegu odry, a nawet 1—3 dni po ustąpieniu gorączki. Ilość ich jest rozmaita; występują w bardzo małej ilości lub w bardzo znacznej niekiedy. Metodą GRAM'a nie barwią się.

Hodowla laseczników „odrowych“ udała się tylko w buljonie, nie rozwijały się zaś ani na agarze z gliceryną, ani na surowicy krwi; również bezskutecznie hodowano je na agarze zmieszany z surowicą. Wyhodowane w buljonie były identyczne pod względem morfologicznym ze znalezionymi bacylami we krwi i śluzie nosa.

(Berl. klin. Woch. 1892. N. 16).

(Przyp. Spraw.) Niezależnie od niemieckich autorów kol. CZAJKOWSKI z Sosnowic zajął się badaniem krwi i wydzieliny nosowej u chorych na odrę

i o ile sądzić można z preparatów drobnowidzowych [które mieli sposobność widzieć między innymi prof. HOYER i sprawozdawca], napotkał te same mikroby, które CANON i PIELICKE uważają za charakterystyczne dla odry. Ilość mikro-bów we krwi w przypadkach badanych przez kol. C. była nieznaczną i przedstawiały się one głównie pod postacią jakby koków zbliżonych do siebie po dwa. Takież same, przynajmniej pod względem morfologicznym podobne mikroby znajdują się w preparatach kol. C. ze śluzu nosowego chorych na odrę, pośród bardzo licznych innych drobnoustrojów. Z przyjemnością zaznaczamy na tem miejscu wyniki badań naszego kolegi.

W. Mayzel.

## Wiadomości terapeutyczne.

— 3 —

**16. Thiophenum. Tiofen** [ $C_4H_4S$ ] jest to węglowodór grupy aromatycznej, zawierający siarkę. Znajduje się w każdym benzolu, pochodzącym ze smoły węgla kamiennych.

Czysty tiofen jest płynem bezbarwnym, przejrzystym, niemieszającym się z wodą.

A. HEFFTER z doświadczeń nad zachowaniem się tiofenu w organizmie zwierzęcym przekonał się, że środek ten nie działa trująco. W terapii znalazły dotąd zastosowanie dwa związki tego węglowodoru, a mianowicie: tiofeno-siarczan sodu oraz dwujodek tiofenu.

**17. Natrium thiophensulfuricum. Tiofeno-siarczan sodu** jest to proszek biały, krystaliczny, zawierający 33% siarki. Zapach tego środka, niezbyt przyjemny, daje się pokryć w maściach 5%—10%.

Na klinice prof. KAPOSI'ego D-r SPIEGLER (*Ther. Monatsh.* 1892. 2) w 30 przypadkach „*prurigo*“, tak formy łagodnej (*mitis*), jako też i ciężkiej (*agria*), otrzymywał bardzo dobre wyniki. Już po tygodniu stosowania tej nowej maści skóra stawała się gładką, zgrubienia zmniejszały się, a swędzenie znikало.

Stosowano zwykle 5% albo 10% maść (*Lanolinum et Vaselineum aa ptes aequales*). Szybciej poprawę osiągnano przy stosowaniu 10% maści, aniżeli przy użyciu 5%. Środek ten daleko śmieiej można stosować aniżeli  $\beta$ -naftol [5%], gdyż ani silna przyszczyca, ani zajęcie nerek nie stanowią przeciwwskazania.

**18. Thiophenum bijodatium. Dwujodek tiofenu** [ $C_4H_2J_2S$ ]. Jest to proszek krystaliczny, nierozpuszczalny w wodzie. Rozpuszcza się bardzo łatwo w eterze, chloroformie i w gorącym alkoholu, nieco trudniej w zimnym alkoholu. Topi się przy  $40,5^{\circ} C.$ . Na powietrzu ulatnia się. Zapach aromatyczny. Szczególniej gaza 10% ma zapach aromatyczny, dość przyjemny.

Związek rzeczony zawiera 75,5% jodu i 9,5% siarki. Doświadczenia, przeprowadzone przez SPIEGLER'a (*Therap. Monats.* 1892. 2) w instytucie higienicznym prof. MAKSA GRUBER'a, przekonały, że dwujodek tiofenu odznacza się własnościami antybakteryjnymi.

Spostrzeżenia terapeutyczne przeprowadził D-r HOCK (*Terap. Monats.* 1892. 2) na klinice prof. DITTEL'a — przy ranach ropiejących, przy owrzodzeniach (*phlegmone, fracturae complicatae, mastitis, bursitis praepatellaris, onychiae, caries etc.*).

Co się tyczy sposobu postępowania, to albo dane miejsce wprost zasypywano dwujodkiem tiofenu w proszku, albo do opatrunku oprócz tego używano gazy 10%. Roztwór do napojenia gazy przepisuje się w sposób następujący: Rp. *Thiopheni bijodati* 50,0, *Alcohol. rectificati, Aether. sulphur.* aa 500,0. *Glycerini* 10,0. Do tego roztworu należy jeszcze dodać 2—3 gramów nasyconego alkoholowego roztworu safraniny; barwnik ten przedewszystkiem może służyć za wskazówkę, czy roztwór dwujodku tiofenu jednostajnie przepoił całą gazę, a powtórnie może chronić od pomyłek. Zapach takiej gazy jest przyjemny, słabo-aromatyczny. Gazę tiofenową należy trzymać w kloszach szczególnie zamkniętych, gdyż dwujodek tiofenu łatwo się ulatnia.

Nie powtarzając tu szczegółów historyj chorób, powiem tylko ogólnie, że wyniki otrzymywano daleko lepsze, aniżeli przy stosowaniu jodoformu.

Żadnych objawów otrucia nie spostrzegano. U osób, których przez dłuższy czas opatrywano dwujodkiem tioletu, wykrywano w moczu ślady jodu. Dwujodek tioletu nietylko nie wywołuje pryszczycy, ale nawet w kilku przypadkach, w których po stosowaniu jodoformu pojawiła się ekeema, ta zniknęła po zastąpieniu jodoformu gazą z dwujodkiem tioletu. Jeżeli idzie o energiczną dezynfekcyę, to trzeba na dane miejsce zamiast gazy stosować wprost proszek *in substantia*. W tych razach powstaje w ranie wprawdzie lekkie palenie, jednakże już w pół godziny ono zupełnie znika; gaza zaś tioletowa nie sprawia palenia. Dwujodek tioletu dezodoryzuje daleko pewniej i dokładniej, aniżeli jodoform. Ziarnina wytwarza się wolniej przy stosowaniu dwujodku tioletu, aniżeli przy użyciu jodoformu, ale zato owa ziarnina jest trwalszą, drobniejszą i mniej skłoną do nadmier nego bujania.

Wiktor Grostern.

## Wiadomości bieżące.

— Na mocy rozporządzenia Rady Państwa i według cyrkularza, rozesłanego przez P. Inspektora fabrycznego do wszystkich fabryk i zakładów przemysłowych, wszelkie kasy dla chorych i kasy zaliczkowo-wkładu do w. 1 [13] Października 1891 r. zniesione zostały. Obowiązek bezpłatnej pomocy leczniczej dla samych tylko robotników włożono na właścicieli fabryk, a to według następujących przepisów.

1-o. Każda fabryka, zatrudniająca nie mniej niż 100 robotników, obowiązana jest utrzymywać stalego lekarza i felczera, nadto powinna przeznaczyć pokój do przyjęcia chorych i udzielać chorym lekarstw bezpłatnie.

2-o. Lekarz winien w godzinach oznaczonych, co najmniej 2 razy na tydzień, odwiedzać fabrykę i udzielać pomocy zgłaszającym się robotnikom, oraz wizytować tychże w ich mieszkaniach.

3-o. Felczer uczęszcza do fabryki codziennie i pracuje pod bezpośrednim nadzorem lekarza.

4-o. Pokój do przyjęcia chorych jestto oddzielna izba, gdzie, w razie nieszczęśliwego przypadku w fabryce, poszwankowanemu lub ranionemu robotnikowi przed odesłaniem go szpitala miejskiego ma być udzielona doraźna pomoc [zatomowanie krwi, obandażowanie i t. p.].

5-o. Pokój do przyjęcia nie jest szpitalem — tam nie leczą, lecz udzielaną jest doraźna pomoc. W pokoju do przyjęcia znajduje się jedno łóżko na 100 robotników.

Część druga cyrkularza dotyczy kas dla chorych i kas zaliczkowo-wkładowych. Pierwsze z nich zapewniały bezpłatną pomoc leczniczą rodzinom robotników tudzież tak zwany „Krank-geld“, t. j. płacę za dni, podczas których robotnik był chory.

Zmiana ta natychmiast dała się uczuć dotkliwie wszystkim pracującym w większych fabrykach, a szczególnie posiadającym choćby niezbyt liczne rodziny.

Opierając się na prośbie robotników, złożonej na ręce Zarządu fabryk, Inspekcya zatwierdziła kasy dla chorych w niektórych fabrykach, zastrzegając przytem ściśle cel jej i znaczenie.

Ustawa nowo-zatwierdzonych kas w zarysie brzmi, jak następuje:

Cel kasy. W celu przyjęcia z pomocą materyjalną w razie choroby lub śmierci którego z uczestników, pracujących w fabryce, a także w celu niesienia pomocy lekarskiej ich żonom i dzieciom, ustanawia się kasa pomocy i wsparcia na następujących warunkach:

1-o. Prócz bezpłatnej pomocy lekarskiej, jaka udzielaną jest wszystkim pracującym w fabryce na koszt właścicieli, na równi z pracującymi korzystać mogą na koszt kasy ich żony i dzieci.

2-o. Środki kasy. Każdy pracujący w fabryce obowiązany jest wносить na rzecz kasy co 2 tygodnie: rzemieślnik 30 kop., pomocnik 20 kop., chłopiec 10 kop..

3-o. Zebrane tą drogą fundusze i zapisane do specjalnej na ten cel przeznaczonej księgi składają się do kasy fabrycznej pod dozór właścicieli i nie mogą być cofnięte przez składających pod żadnym pozorem, służąc zaś będą wyłącznie na następujące cele:

- a) na koszta leczenia żon i dzieci pracujących,
- b) na zapomogi w czasie choroby pracujących,
- c) na pogrzeby samych pracujących.

4-o. W celu niesienia pomocy lekarskiej uczestnikom kasy, ich żonom i dzieciom utrzymywani będą: lekarz, felczer i apteka, wybierani przez fabrykę, którym do pobieranych od fabryki sum dopłacać się będzie pewna umówiona kwota za leczenie żon i dzieci. Każdy chory uczestnik, jego żona lub dzieci korzystać mogą z porady lekarskiej codziennie w mieszkaniu lekarza i w godzinach przez niegoznaczonych, z porady zaś felczera w każdej porze dnia. W razie ciężkiej choroby pracującego, jego żony lub dziecka, lekarz i felczer obowiązani są odwiedzać ich w domu. Jeżeli lekarz uzna za konieczne, chory uczestnik może być umieszczony w jednym ze szpitali.

5-o. W razie choroby każdy uczestnik kasy otrzymywać będzie z jej funduszków wsparcie w następującej ilości: rzemieślnik na dobę 45 kop., pomocnik — 30 kop., chłopiec — 15 kop..

U w a g a. Za pierwsze dwa dni choroby, jak również za Niedziele i Święta, kasa wsparć udzielać nie będzie.

6-o. W razie śmierci którego z uczestników kasy pozostała rodzina otrzyma wsparcie na pogrzeb rzemieślnika rs. 25, na pogrzeb pomocnika rs. 20, na pogrzeb chłopca rs. 15.

U w a g a. Nie mający rodziny chowani będą staraniem opieki na koszt kasy.

7-o. Do korzystania z porady lekarskiej i apteki mają prawo wszyscy bez wyjątku, do wsparć zaś pieniężnych w czasie choroby lub śmierci ci tylko z uczestników, którzy pracowali bez przerwy przynajmniej przez 2 miesiące. Wrazach jednak gdyby uczestnik uległ nieszczęśliwemu wypadkowi w fabryce, natenczas bez względu na przeciąg czasu, jaki uczestnik pracował, korzysta ze wszystkich praw i przywilejów, jakie niniejsza kasa zapewnia.

U w a g a. Wsparcia pieniężne udzielane będą w czasie choroby w przeciągu 3 miesięcy; jeżeli choroba przedłuży się ponad ten termin, chory przestaje korzystać z zapomóg, a jedynie przysługuje mu prawo leczenia się w szpitalu.

Reszta ustawy obejmuje punkty, dotyczące zarządu kasy, prowadzenia ksiąg, oraz kontroli wpływów i wydatków.

*A. Ciechomski.*

— Ponieważ prof. ADAMKIEWICZ z Krakowa zażądał uwolnienia go od obowiązków na dotychczasowej katedrze, przeto wydział lekarski, jako zastępcę na półroczcie letnie r. b., do wykładu patologii ogólnej i doświadczalnej wyznaczył prof. GLUZIŃSKIEGO.

— Wydział krajowy Galicji otrzymał zezwolenie na wybudowanie kliniki ginekologicznej we Lwowie kosztem 245,000 guldenów.

— Prof. UNVERRICHT z Dorpatu został mianowany dyrektorem nowo wybudowanego szpitala miejskiego w Magdeburgu.

— XVII zjazd neurologów i psychiatrów południowo-zachodnich Niemiec odbędzie się 28 i 29 Maja w Baden Baden.

— We Frankurcie nad Menem odbył się 17 Kwietnia zjazd członków Niemieckiego Towarzystwa Otologicznego, w którym wzięło udział 64 otyjatrów z Niemiec, Austro-Węgier, Szwajcaryi i Holandyi.

— Prof. KLEBS został powołany na prof. anatomii patologicznej do Chicago.

**Zmarli:** w Monachijum prof. D-r F. SEITZ.

**Sprostowanie:** W N-rze 17 i 18 Gazety Lekarskiej pod tytułem „Przegląd krytyczny sposobów oznaczania zawartości kwasu solnego w soku żołądkowym przez A. MIZERSKIEGO i L. NENCKIEGO“. Czytaj: str. 358 w. 17 od góry zamiast: „przekroplić“ powinno być: „przesączyć“, str. 361 w. 23 od góry zamiast: „przekroplić“ powinno być: „przesączyć“, str. 362 w. 16 od góry zamiast: „znaczenia“ powinno być: „oznaczenia“, str. 362 w. 2 od dołu zamiast: „barwnikowem odczynie“ powinno być: „barwnikowego odczynu“, str. 384 w. 11 od góry zamiast: „chlorometrycznych“ powinno być: „chlorowodornych“, str. 385 w. 4 od dołu zamiast: „przekroplić“ powinno być: „przesączyć“.