

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 51.

Warszawa d. 6 (19) Grudnia 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administraeyą „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Jak należy usunąć ewentualne zaciśnięcie poprzecznicę przez uniesioną pętlę przy gastroenterostomii sposobem Wölflera? Podał L. Rydygier. — Przyczynek do nauki o psychozach powstających wskutek urazu głowy. Podał d-r T. Łapiński. (Dokończenie). — WYKŁADY KLINICZNE. Leczenie chirurgiczne ropni płucnych. — STRESZCZENIA ZBIOROWE. Związek między chorobami nerwowymi a zaburzeniami w narządach płciowych niewieści pod względem etiologicznym, dyagnostycznym i terapeutycznym. Podał d-r med. Henryk Higier Z Towarzystw lekarskich zagranicznych. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCYNĄ

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Rydygier — Comment remédier à la compression éventuelle de l'arc du colon par l'anse intestinale soulevée pour pratiquer la gastro-nterostomie d'après Wölfler. 2) D-r T. Łapiński — Contribution à la question des psychoses dues aux lésions de la tête.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

## „MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r L. Rydygier — Wie vermeiden wir die eventuelle Compression des Colon transversum durch die erhobene Schlinge bei der Gastroenterostomie nach Wölfler? 2) D-r T. Łapiński — Ein Beitrag zur Lehre von den durch Kopfrauma bedingten Psychosen.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

**Jak należy usunąć  
ewentualne zaciśnięcie poprzecznicę  
przez uniesioną pętlę przy  
gastroenterostomii sposobem Wölflera?**

Podał

**L. RYDYGIER.**

Według odczytu na XII Zjeździe chirurgów polskich.

W jednym z moich ostatnich przypadków gastroenterostomii, wykonanym sposobem WÖLFLEA (*gastroenterostomia antecolica anterior*), wystąpiły objawy zwężenia jelit, które powoli do-

prowadziły do prawie zupełnej niedrożności i zmusiły mię w kilka tygodni po pierwszej operacyi przystąpić do ponownego otwarcia jamy brzusznej. Znalazłem wtedy, że rzeczywiście kreska uniesionej w górę pętli zaciskała do pewnego stopnia poprzecznicę, gdyż, mimo że można było ją przeciągać w jedną i w drugą stronę i obok niej bez wielkiej trudności palec wsunąć, ramię doprowadzające poprzecznicę było rozszerzone i wypełnione kałem, zwisało na dół, kiedy część poprzecznicę, objęta pętlą, i dalsza obwodowa były puste i wąskie. Do powiększe-

nia trudności w posuwaniu się kału przyczyniło się bez wątpienia i to, że na dół zwisające i coraz bardziej wypełniające się ramię doprowadzające poprzecznicę coraz ostrzej zaginało się na brzegu uniesionej pętli, i wskutek takiego ostrego zagięcia coraz to zupełniejsze następowało zamknięcie światła poprzecznicę. Dodać winniem, że chory już przed operacją cierpiał na atonię kiszki.

Jak tu postąpić w obec takiego stanu rzeczy u chorego w najwyższym stopniu już osłabionego?

Oddzielić zaciskającą pętlę od przedniej ściany żołądka i przyszyć ją do tylnej ściany nie było można, bo właśnie dlatego, że zrosty na tylnej ścianie nie pozwalały wykonać sposobu HACKER'a (*g. posterior retrocolica*), wybrałem przy pierwszej operacji sposób WÖLFLEA. Zresztą siły chorego na tego rodzaju podwójną operację nie pozwalały.

Postanowiłem więc odciąć przed otworem gastroenterostomicznym doprowadzające ramię uniesionej pętli jelita cienkiego i wszczepić je w odpowiednim miejscu niżej w ramię odprowadzające. Poprzednio zaś światło odprowadzającego końca pętli pozostawionego po przecięciu przy żołądku zaszyłem. Innemi słowy wykonałem operację ROUX'a z tą tylko różnicą, że zamiast wszczepić, jak zwykle, koniec odprowadzający wprost do żołądka, wykonałem połączenie przez apozycję.

Teraz już opuszczona połowa pętli nie zaciskała naturalnie poprzecznicę, natomiast stosunek drugiej połowy — ramienia odprowadzającego — nie został zmieniony, a najwyższej nowo powstały ostry brzeg przedzielonej kreski mógł tem ostrzej zaginać zwieszającą się poprzecznicę.

Opierając się na swej eksperymentalnej pracy, którą już w r. 1881 ogłosiłem<sup>1)</sup>, a w któ-

<sup>1)</sup> O wycinaniu okręgowem kawałków jelita z napeżeniem zeszytciem obu odcinków. Przegl. Lek. 1881. r. Nr. 40, 41, 42, 43 i 44 i po niemiecku w Berlin. Klin. Wochenschrift.

rej wykazałem, że można w dalszem oddaleniu od jelita przeciąć nawet na znaczniejszej przestrzeni kreskę bez szkody dla odżywiania pętli, odważyłem się i w tym przypadku naciąć brzeg kreski uniesionej jeszcze połowy pętli zupełnie u podstawy tak daleko, aż poprzecznicę objęta weale nie była uciśnięta i nawet niżej się opuściła. Przekonawszy się o tem dowodnie, zamknąłem jamę brzuszną. Niestety, chory, w najwyższym stopniu już wycieńczony, nie zniósł tego zabiegu. Nie przeszkadza to jednak bynajmniej, żebym tego postępowania nie zalecił jaknajusilniej w podobnych przypadkach, bo w moim przekonaniu się naocznie, że po tem pętla poprzecznicę zupełnie swobodnie przebiegała, a nawet mogła się opuścić i weale już o nakarbowany brzeg się nie załamywała.

### Przyczynek do nauki o psychozach powstających wskutek urazu głowy.

Podał

**D-r Teodor Łapiński**

Ordynator szpitala Jana Bożego.

(Dokończenie — Patrz Nr. 50).

Badanie chorego dało wynik następujący:  
Chory wzrostu średniego, budowy ciała prawidłowej i silnej, odżywiania dobrego, narządy wewnętrzne bez zmian widocznych. Żrenice równomierne, rozszerzone, oddziałują na światło; czucie bólu, zwłaszcza na tułowiu, wzmożone, na nogach nie w takim stopniu, odruchy skórne i ścięgnowe wzmożone. Chory jest cały czas w ruchu, biega po sali, całuje wszystkich w ręce i w nogi; ciągle ucieka przed siebie na korytarzy i dobija się do napotykaných drzwi; wymawia ciągle słowa: „będzie, magła, chodź, idź“, znowu zaczyna całować osoby i przedmioty otaczające. Pytany — nie odpowiada; czasami widocznie nie rozumie, czasami zaś wymawia wyżej

przytoczone wyrazy. Wołany, obraca się; powiedziec, jak się nazywa, nie jest w stanie; poznaje swego brata, żonę; płakał przy widzeniu się z nimi. Niepokoił się, całował ludzi i przedmioty; stojąc przy oknie, kiwał na kogoś palcem. W czasie badania płuc przestawał na krótki czas mówić, by znów zacząć po chwili swą nieskomplikowaną mowę; proszony o podniesienie nogi, -- podnosi, pytając się przytem: „czy dobrze“? Proszony zdjąć lub włożyć szlafrok — zdejmuje lub wkłada, sam sobie zapina gacie — sam je opuszcza, zapala papierosa, częstuje ogniem innego chorego. Zauważyć się daje lęk, chory ogląda się, chce uciekać,

28.X. Chory zachowuje się spokojniej, noc całą przepędził w kaftanie z powodu ciągłej skłonności do ucieczki; występuje bezradność; całuje wszystkich w ręce i nogi, wymawia też same, co i dawniej, słowa; pytany, nie odpowiada, chociaż widocznie rozumie niektóre pytania; nie jest w stanie nazwać pokazywanego mu przedmiotu, gdyż w mowie swej, prócz wyżej wymienionych wyrazów — innych nie posiada; uczucie strachu mniejsze; krewnych poznaje, widok ich silnie działa na niego; chory płacze i niepokoi się, przytem staje się nieposłusznym i opiera się przy próbach wyprowadzenia go z korytarza na salę.

30.X. Chory uspokoił się znacznie, wszedłszy do laboratorium, począł całować rozmaite przedmioty; proszony usiąść — siada; w czasie badania zachowywał się spokojnie; nadstawiał do badania jedno lub drugie oko, mówił przytem: „dobrze, cicho, doskonale, proszę pani, jak Boga kocham“, całował ręce i nogi doktorów, podsuwał im krzesło, pytał, czy można usiąść. Lekarstwa brać nie chce, twierdząc: „mone, śmierdzi“. Dziś rano spytał się, gdzie się znajduje; zdziwił się, gdy mu oznajmiono, iż w szpitalu Jana Bożego; czasami mówi ze znaczącą miną: „cicho“, wskazuje przytem na dozorcę, jak gdyby chciał coś ukryć lub też podejrzewał go o coś. Badanie dna ocznego,

oprócz lekkiego przekrwienia lewego oka, żadnych zmian nie wykazało.

3.XI. Zasób słów niewielki; wymawia też same, co dawniej, słowa; płacze, całuje w ręce i nogi lekarza; pytany, nie odpowiada; witany — wyciąga rękę i wita się; uspokoił się znacznie; apetyt i sen zadawalający.

4.XI. Nie jest w stanie powtórzyć dopiero co usłyszanego, już nie całuje, do rozmowy się nie wtrąca, jak przedtem to czynił.

6.XI. Mówi ciągle: „dobrze, będzie cicho, jak Boga kocham, proszę pani lub pana“. Wieczorem rozgniewał się i wypowiedział kilka słów nieprzyzwoitych po rosyjsku.

7.XI. Chory zachowuje się spokojnie; wymawia też same, co dawniej, słowa, od czasu do czasu przytacza nowe wyrazy, mówi wogóle mniej; prowadzony do wanny, początkowo się opiera, później zaś stara się jaknajprędzej ją opuścić.

9.XI. Wszedłszy do audytorium, uklonił się elegancko studentom i począł mówić po swojemu; wieczorem położył się nierozebrały do łóżka, widocznie w celu ucieczki; powtarzał wciąż te same słowa, niektóre kilka razy; wchodzącemu lekarzowi pomógł się rozebrać; zdejmuje czapkę, wita się z uśmiechem; apetyt i sen zadawalający.

11.XI. Chory sypia w spodniach i kamizelce; za pomocą mimiki i słów stara się przekonać lekarza, że jest zdrowy; w czasie rozmowy zdejmuje czapkę, zasób słów ten sam, co dawniej, choć czasami wymawia nowe słowa; źrenice oddziałują dobrze, są rozszerzone.

22.XI. Wczoraj chory biegł po sali, tańczył; w czasie mego pobytu na infirmeryi chwycił mnie na ręce i tańczył ze mną.

30.XI. Chory ucieka gdzieś, stara się ukryć coś przed służącym; wskazuje za pomocą mimiki, iż ten mu coś wziął, prawdopodobnie ubranie; rozmawia w swem narzeczu po cichu z lekarzem, oglądając się przytem, czy służący nie podsłuchuje; przyniesione innym chorym

rzeczy uważa za swoją własność i gniewa się, iż służący nie chce mu oddać; zabiera innym, co się trafi.

11. XII. Pokazuje swój notes i swe próby pisania, uprasza za pomocą mimiki o wypisanie; mówi przytem: „Jak Boga Kocham, pociechu, miała, magła“; w stanie podniecenia wypowiada więcej wyrazów; pracuje w kuchni; próbował dziś uciec; śpiewa i tańczy na sali.

13. XII. Wezoraj chory był na urlopie; wróciwszy, nie chciał zdjąć kaloszy, widocznie w zamiarze powrotu do domu, chce coś powiedzieć, lecz mówi tylko: „Pociechu, miała, jak Boga Kocham“, dziś chwilami nieco podniecony, a wtedy wymawia więcej słów.

23. XII. Będąc na urlopie, począł pić dużo wódki; nie chciał wracać do szpitala, opierał się wejść na ulicę Bonifraterską; interesował się ilością przywiezionych pieniędzy, płakał, gdy mu przypomniano szpital.

27. XII. Chory został wypisany, gdyż nie wrócił z urlopu.

Chory ponownie wstąpił do szpitala dnia 1. III. 1903 r.

Żrenice równomiernie rozszerzone, oddziaływają na światło; siła rąk i nóg zachowana. Odruchy ścięgniste i skórne wzmożone, czucie bólu, dotyku, ciepła zachowane; przybył tu pod pretekstem przymierzenia trumny, poznał odrazu lekarza; nie odrazu może zrozumieć zadawane mu pytania; liczy do 10; dodaje źle; nie jest w stanie rozpoznać na zegarku godziny; opowiadając, posługuje się gestami; wspomina żonę, ojca; często czesze się i przegląda w lusterku; wymawia wyrazy: „ona miała, będziemy, jak Boga Kocham, Wacław Sieniawski“; nie jest w stanie przeczytać niektórych wyrazów, przestawia litery i zamienia je innemi; może napisać tylko swe imię i nazwisko, dumny jest z tego i często je pisze; prócz tego ma napisane: papierosy, łóżko, rower, lampa, lecz choć często je odczytuje, nie zawsze udaje mu się prawidłowo je wymówić, próbuje za pomocą gestów i słów opowie-

dzieć, iż żona uciekła z parobkiem, zabrała pieniądze; opowiadając, chory posługuje się cynicznymi gestami, nie wykazując przytem najmniejszego zmartwienia; przeciwnie, opowiadając najdrażliwsze sytuacje, komentując stosownymi ruchami, zachowuje zadowoloną minę, uśmiecha się; przejawia się wtedy wzmożona ruchliwość i skłonność do mówienia.

11. III. Chory czyta samogłoski jako tako, zaś spółgłoski, zwłaszcza, gdy ich jest kilka, silnie przekręca lub opuszcza niektóre z nich; osobliwie trudno prawidłowo przeczytać d i p; opowiada, jak umie, okoliczności, wśród których odkrył wiarołomstwo żony, wdaje się w najdrobniejsze szczegóły, uśmiechając się z miną tryumfującą.

18. III. Płacze, przypominając, iż jest w szpitalu; rozumie nie wszystkie zadane pytania; pytany kilkakrotnie o jedno, odpowiada lepiej. Znaki piśmienne uświadamia sobie znacznie lepiej; niektóre litery czyta prawidłowo, inne przekręca lub opuszcza; przepisuje z książki pierwsze kilka wierszy lub słów prawidłowo, wkrótce jednak robi błędy, nie rozumiejąc jakie; przekręca lub opuszcza litery; wstawia często swe imię i nazwisko; nie jest w stanie napisać imienia ojca i sam zdaje sobie z tego sprawę.

24. III. Wymawia: „eicho, miała, jak Boga Kocham, ona, będziemy, ojciec, wszystko, będzie, rower, papierosy, łóżko, lampa“, liczy do 10; czyta samogłoski dobrze, spółgłoski gorzej, zamiast jednej odczytuje drugą; z książki przepisuje pierwsze wiersze nieźle, potem zaczyna od początku; robi ciągle te same błędy, opuszcza całe wiersze lub wyrazy, widocznie uwaga szybko się wyczerpuje, prosi często, by go puścić do domu i dać lekarstwo na drogę; na żądanie ojca został wypisany.

Na początku września byłem u Sieniawskiego w domu, badanie dało następujący wynik: osobnik odżywiania dobrego, narządy wewnętrzne zmian widocznych nie wykazują. Tętno 84, oddech 20; siła rąk i nóg zachowana, je-

zyk wysunięty nie drży i nie zbacza, źrenice rozszerzone, równe, z zachowaniem oddziaływaniem na światło i przystosowanie, odruchy z łącznicy i rogówki obniżone, z *cremaster* brak, skórne obniżone, z podeszwy też, kolanowe wzmożone, *ACHILLES*'a obniżone, czucie bólu, dotyku, ciepła zachowane; lewem uchem słyszy znacznie gorzej, niż prawem, przewodnictwo kostne na tej stronie zniesione, na lewe oko widzi gorzej, odróżnia tylko większe litery, cokolwiek mniejszych już nie odczytuje; na prawe oko widzi dobrze. Liczy do 30 dobrze, dalej nie umie, słowa używane częściej rozumie odrazu; czasami należy powtórzyć pytanie kilka razy, by otrzymać stosowną odpowiedź lub ruch np. by pokazał język, zamknął oczy; czytając, opuszcza spółgłoski, dodaje przed każdym wyrazem „i“, minut na zegarku nie rozpoznaje, godziny, jako tako, nie może przeczytać prawidłowo kilku spółgłosek; w czasie badania obawiał się czegoś, wstydził się zdjąć spodnie, z niedowierzaniem przyglądał się lekarzowi.

Chory niczem się nie zajmuje, całe dnie przepędza po za domem, wraca dopiero koło godziny 1 w nocy, jeździ dużo na rowerze, po jednym, dwóch kieliszkach wódki już jest pijany, oskarża żonę, iż naumyślnie, by go zgubić, raczy go wódką, zasób słów stosunkowo większy, niż dawniej, lecz również niedostateczny dla porozumienia się z otoczeniem.

W pierwszych dniach cierpienia Sieniawski wykazywał silną pobudliwość ruchową, utratę przytomności i świadomości i skłonność do czynów gwałtownych. W późniejszym okresie wystąpiła zmiana charakteru. Całowanie rąk i nóg osób i rozmaitych przedmiotów przez właściciela 2 parokonnych dorożek, byłego rzemieślnika, zabieranie chorym ich rzeczy, opowiadanie z uśmiechem o wiarołomstwie żony, wszystkie te fakty dowodzą obniżenia poczucia godności i zaniku wyższych uczuć; uznawanie cudzych rzeczy za swą własność, podejrzwanie służącego o knucie złych zamiarów przeciw nie-

mu — świadczą o osłabieniu zmysłu krytycznego i nierozumieniu swego położenia; wielka zaś pobudliwość na bodźce zewnętrzne, łatwość, z jaką chory przechodził od hałaśliwej wesołości do płaczu i naodwrot — przemawiają za małodusznością. Wszystkie te objawy (zmiana charakteru, nadzwyczajna pobudliwość, podniecenie ruchowe, brak zmysłu orientacyjnego) pozwalają nam rozpoznać w danym przypadku *dementia primaria posttraumatica*, ponieważ objawy wystąpiły natychmiast po otrzymanym urazie. Niemożność pisania dyktowanego przy zachowanej mniej więcej zdolności przepisywania, świadczy o częściowej agrafii; mały zapas słów dowodzi afazji ruchowej; obydwie objawy dają prawo przypuszczać porażenie lewych zrazów czołowych. Zmiany zaś usposobienia i osłabienie umysłu świadczą o licznych porażeniach *resp.* wybroczynach krwawych w innych okolicach mózgu.

Niemożność przepisywania przez dłuższy przeciąg czasu tłumacząc trudnością skupienia uwagi i jej szybkim, z powodu osłabienia umysłu, zmęczeniem; pierwszy wiersz chory czyta lub przepisuje znośnie, dalej zaś powtarza, przynajmniej wyrazy, to, co było w pierwszym wierszu. W czasie pobytu swego w szpitalu chory nauczył się wymawiać i pisać niektóre wyrazy, przyczem udatne napisanie lub wymówienie sprawiało mu wielką przyjemność. Stan umysłu trochę się poprawił; do końca pobytu jednak dawało się odczuwać obniżenie zmysłu moralnego jakoteż silna uległość podszeptom cudzym, brak krytyki względem siebie samego i swego otoczenia. Z pobytu swojego w szpitalu chory zdawał sobie sprawę, zbyt się tem nie martwił, gdy przybył do szpitala, początkowo płakał, lecz płacz lub gniew, wogóle łatwo się zjawiając, również szybko ustępowały.

Zważywszy, iż Sieniawski podlegał ciężkim urazom dwa razy, że 14 lat temu zaraził się przymiotem i że nadużywał napojów wyskokowych — należy przypuścić, iż w danym przypadku uraz

przyspieszył tylko powstanie psychozy, tembardziej, iż już przed chorobą S. uskarżał się często na bóle głowy i nawet podlegał wymiotom, ciężki zaś przebieg cierpienia należy uzależnić od przebytego przymiotu i nadużywania alkoholu; pamiętać przytem należy, że chory, podług słów ojca i żony, nigdy nie odznaczał się pojętnością, ani zdolnościami i zawsze z łatwością wybuchał. Objawy silnego podniecenia, jakie chory wykazywał dniami i nocą, zupełne nieprzyjmowanie pokarmów pozwalały początkowo obawiać się zejścia śmiertelnego, lecz silna budowa (w kilka godzin po urazie 6 służących ledwo utrzymało go w łóżku) dawały prawo spodziewać się, iż chory nie umrze. W przyszłości, być może, nauczy się jeszcze kilkunastu lub kilkudziesięciu wyrazów, lecz nie więcej; wrodzona ruchliwość usposobienia, niemożność skupienia nawet na krótki przeciąg czasu uwagi na jednym przed-

miocie i niezdolność zapamiętywania otrzymywanych wrażeń — staną temu na przeszkodzie, i chory do końca życia nie będzie mógł należycie porozumieć się słownie. Trzeba przypuszczać, iż osłabienie władz umysłowych będzie zwolna postępowało dalej.

Z braku liczniejszych obserwacji powstrzymuję się od wszelkich uogólnień, chciałbym tylko zaznaczyć, iż na powstanie takiej lub innej psychozy posttraumatycznej z takim lub innym przebiegiem i rokowaniem ma wpływ oprócz urazu mnóstwo innych czynników, mianowicie, szkodliwości, jakim osobnik przed urazem podlegał, stopień wykształcenia władz umysłowych i usposobienie, jakim się odznaczał. W każdym razie uraz nadaje pewne zabarwienie powstającej psychozie, tembardziej iż u takich osobników działają w większości przypadków jednakowe szkodliwości.

## WYKŁADY KLINICZNE.

KAREWSKI.

### LECZENIE CHIRURGICZNE ROPNI PŁUCNYCH.

W kwestyi leczenia chirurgicznego ropni płucnych ogromną rolę gra etiologia, gdyż od niej zależne są własności anatomiczne i przebieg, a więc kwestya wskazania lub przeciwwskazania do zabiegu, jak również widoki lepszego lub gorszego zejścia sprawy ropnej po zabiegu. Z pomiędzy momentów przyczynowych ropnia płucnego na pierwszym miejscu postawić należy włóknikowe zapalenie płuc. Doświadczenie chirurgów poucza, że ta postać zapalenia płuc stanowi, w przeciwieństwie do poglądów LEYDEN'a, AUFRECHT'a, JACOBSON'a i innych, dość częstą przyczynę ropnia płucnego,

gdyż te przypadki ropni płucnych, które dostają się na stół operacyjny, z zadziwiającą częstością zależne są właśnie od zapalenia płuc. Ropnie metapneumonice cieszą się u internistów względnie niezłą opinią, gdyż ci przypisują im skłonność do samoistnego wyleczenia. Obok zapalenia płuc włóknikowego wybitne znaczenie przyczynowe ma także zapalenie płuc grypowe. Zapalenie płuc, powstające w przebiegu lub po ukończeniu grypy, odznacza się, jak wiadomo, tem, że powstaje ze zlania się licznych ognisk bronchopneumoniceznych, które nie komunikują ani z sobą, ani z grubszymi oskrzelami. Skutkiem tego wykształcanie ropy jest utrudnione, a wyleczenie samoistne, rzadko tylko do skutku dojść może. Dalsze właściwości zapalenia płuc grypowego polegają na tem,

że wytwarza ono liczne ogniska, jak również na tem, że ogniska zapalne skłonne są do rozpadu zgorzelinowego. Najważniejszą cechą tych ropni dla chirurgów stanowi ta okoliczność, że do leczenia operacyjnego dochodzą one często w postaci przewlekłych lub też mnogich ropni. W związku z tą okolicznością pozostaje gorsze rokowanie przy tych ropniach w porównaniu z ostrymi ropniami, powstającymi w następstwie zapalenia płuc włóknikowego. Pomimo to niezrędko udaje się na drodze operacyjnej połączyć te liczne ogniska w jedno, skoro tylko blisko z sobą sąsiadują i swą obecność w jakikolwiek sposób zdradzają. KAREWSKI spostrzegł 4 razy ropnie w następstwie grypy. Z nich 2 istniały od roku, jeden 9 miesięcy, jeden — 4 miesiące. Wszystkie te przypadki zakończyły się wyzdrowieniem, choć pozostała w 2 przypadkach przetoka płucna wymagała zabiegów dodatkowych.

Autor pomija milezeniem przewlekły ropień płuc u ludzi starych, gdyż ten rzadko tylko daje powód do zabiegu operacyjnego.

Natomiast na szczególną uwagę chirurgów zasługuje ropień płucny, rozwijający się wskutek przedostania się do płuc ciała obcego. Ropnie tego pochodzenia odznaczają się długotrwałym przebiegiem, skutkiem czego posiadają grube ściany; wskutek aspiracji ropy do innych oskrzeli i pęcherzyków płucnych powstają tu często liczne ropnie, a w następstwie długotrwałych nieżyłtów oskrzeli — rozszerzenie ich (*bronchiectasis*). Rokowanie (pooperacyjne) przy tym rodzaju ropnia jest bardzo niepomysłne. Na 14 przypadków, zebranych z literatury przez KAR., tylko w 2 udało się przez przecięcie płuca (*pneumotomia*) usunąć obce ciało z jamy ropnia. KAREWSKI jest zdania, że przy tych ropniach tylko wówczas przedsięwziąć należy zabieg operacyjny, gdy ciało obce usunięte zostało już *per vias naturales* — na drodze tracheoskopii lub bronchoskopii, a ropień pomimo to nie goi się.

Bardzo niepomysłne warunki dla leczenia chirurgicznego dają także ropnie przerzutowe, wywołane przez zatory zakaźne. Najczęściej powstają tu w płucach liczne ogniska ropne. Pomimo to i w tego rodzaju ropniach otrzymuje się niekiedy wyniki pomysłne. TUFFIER mógł nawet na 6 spostrzeżeń naliczyć 4 przypadki wyzdrowienia.

Lepszych wyników oczekiwać możemy w tych przypadkach, w których wytwarza się pojedynczy ropień. Należą tu przypadki przebiccia się do płuc ogniska ropnego z ognisk sąsiednich: opłucny, wątroby, gruczołów oskrzelowych, kręgosłupa i t. d. Wszystkie te pierwotne ropienia dają bardzo ciemny i niewyraźny obraz chorobowy, a dopiero przebiccie się ropy przez płuca wykrywa źródło gorączki i ciężkiego stanu ogólnego. Jeśli pojedyncze przypadki kończą się samoistnie wyzdrowieniem, to większa część wymaga interwencji chirurga.

Nie ulega wątpliwości, że znaczna część ludzi z ropniami płucnymi zostaje wyleczona na drodze naturalnej, dzięki przebicciu się ogniska ropnego i opróżnianiu przez oskrzela.

Z drugiej jednak strony niewątpliwą jest rzeczą, że każde ropienie w płucach uważać należy za cierpienie złośliwe, wywołujące najszybszego usunięcia. Dłuższe istnienie ropnia grozi nie tylko tem, że sam ropień ulegnie powiększeniu, a ściany jego staną się twarde, niepodatne, lecz także tem, że ropa drogą aspiracji dostanie się do innych części płuc i wywoła wtórne ropnie, a nadto tem, że dzięki współistnieniu długotrwałemu nieżyłtowi oskrzeli rozwinię się rozstrzeń tychże. Ropnie płucne mają to do siebie, że jedna ich część odrazu występuje w postaci licznych ognisk, druga zaś po dłuższem trwaniu cierpienia prowadzi do tego samego niepożądanego stanu.

Przebiccie się dobrowolne ropnia uważać przytem można tylko za szczęśliwy wypadek, na którego urzeczywistnienie środki medycyny wewnętrznej żadnego wpływu nie wywierają. Wyczekiwać tego zejścia znaczy narazić chorego na liczne powikłania i stracić najwłaściwszy czas do zabiegu operacyjnego. Jeśli po przebicciu ogniska ropnego do oskrzeli występuje nawet początkowo znaczna poprawa w stanie ogólnym, to pozostają jednak małe resztki ropy, które podtrzymują stale podrażnienie w płucach, uniemożliwiają zupełne zagojenie jamy i grożą rozmaitemi powikłaniami. Z pomiędzy tych ostatnich KAREWSKI niejednokrotnie spostrzegł stan przewlekłej posocznicy, rozwijającej się od czasu do czasu wskutek zatrzymania wydzieliny ropnej i przejawiającej się niekiedy w postaci zapalenia stawów, przypominającego gościec stawowy. Są to te same cierpienia sta-

wowe, które występują niekiedy, jak wiadomo, w przebiegu rozstrzeni oskrzeli. Po za tem spostrzega się niekiedy przy przewlekłym ropniu płucnym tak groźne powikłania, jak ropień mózgu i t. d. Dla uniknięcia wszystkich tych powikłań należy jaknajwcześniej przedsięwziąć zabieg operacyjny. Za wskazanie uważa KAREWSKI ciężkie objawy ogólne, które po krótkim czasie nie ustępują lub po samoistnem przedarcie się ropnia nanowo powracają.

Rokowanie, a co zatem idzie spodziewane zakończenie sprawy po operacji zależne jest jednak nie tylko od etiologii, rozprzestrzenienia się ogniska ropnego oraz jego właściwości anatomicznych, lecz także od umiejscowienia w płucach. Ropień przewlekły daje gorsze widoki wyleczenia, gdyż po 1) składa się zwykle z kilku ognisk, po 2) otoczony jest bardzo grubą i zbitą tkanką, która uniemożliwia prawie zagojenie się jamy. Zabliźnienie jamy zależy dalej w wysokim stopniu od stanu żeber: gdy te są podatne, sprężyste i łatwo przystosować się mogą do zmienionych stosunków, zabliźnienie jest łatwiejsze, niż u ludzi starszych z żebrami twarde i niepodatne. Niemalą rolę gra także stosunek ropnia do oskrzeli: gdy komunikuje z dużym oskrzelem, wykrztuszanie ropy o wiele prędzej się odbywa, niż w razie komunikacji z drobnymi oskrzelami. W skutek tego ogniska, umiejscowione w szczycie płucnym, zabezpieczają lepszy odpływ, niż ropnie dolnych odcinków płuc, przyczem rolę gra tu również kierunek: z góry do dołu płyn naturalnie lepiej się opróżnia, niż w odwrotnym kierunku. Z drugiej strony dolne odcinki płuc wykonywają większe ekskursye, niż górne, a mięśnie oddechowe działają tu energiczniej, skutkiem czego wykrztuszone mogą być przy kaszlu wielkie ilości wydzieliny ropnej. Prócz tego umiejscowienie w dolnym odcinku ma tę dobrą stronę, że zabliźnieniu jamy sprzyjać może wciąganie narządów sąsiednich (przepony, wątroby, śledziony). W górnych odcinkach płuc na zabliźnienie liczyć można tylko w razie stosunkowo małych ognisk, w dolnych zaś istnieją lepsze warunki dla zagojenia także większych jam. Wszystkie te stosunki należy mieć w pamięci zarówno przy leczeniu wyczekującym, jakoteż operacyjnem. Mamy prawo liczyć na wyleczenie samoistne i zadawać się wyczekiwaniem: 1) u osobników młodych

2) w razie małego ogniska, usadowionego w szczycie płucnym; 3) przy większym ognisku u podstawy płuc, lecz tylko wówczas, gdy mamy do czynienia z przypadkiem świeżym. Skoro tylko spostrzegamy, że samoistne otwarcie ropnia nie następuje szybko, albo gdy po otwarciu ogólne ciężkie objawy nie znikają rychło, albo wreszcie gdy istnieją oznaki, że ropień niezupełnie się opróżnił, należy, bez względu na to, czy ropień już się otworzył, czy jest jeszcze zamknięty, przystąpić do operacji. Wyczekując zbyt długo, narażamy chorego jeszcze na jedno dość częste i ciężkie powikłanie, mianowicie na przebicie się ropnia do jamy opłucny i wynikające ztąd ropne zapalenie tej błony. Tak samo jak w kierunku do oskrzeli, ropienie posuwać się może do powierzchni płuca, i zdarza się nierzadko, że przebicie w tym ostatnim kierunku prędzej następuje, niż do oskrzela. Gdy przedarcie się ropnia następuje prawie jednocześnie w obu kierunkach, lub do oskrzela ropień opróżnia się później, niż do jamy opłucny, rozpoznaje się często błędnie otok ropny opłucny, wywołujący wtórne ropienie płuca. Empyemat po przebicie się ogniska płucnego odznacza się szczególną uporczywością i niezmiernie trudno się leczy, gdyż z jamy płuca do jamy opłucny ciągle dostają się masy gnilne. Większa część t. zw. zastarzałych empyematów i pozostałych po torakotomii przetok zależna jest od przetok płucnych. KAREWSKI spostrzegał 3 takie przypadki i zmuszony był wykonać, tak samo zresztą jak inni, rozległą rezekeję klatki piersiowej, ażeby wreszcie sprowadzić wyzdrowienie.

Ze wszystkiego, co wyżej powiedziane było, wynika, że im wcześniej przystępuje się do operacji, tem lepsze są widoki wyleczenia. Brak w tym okresie zrostów opłucny nie stanowi przeszkody do operacji. Gdy nawet operuje się na jednym posiedzeniu, mamy obecnie środki techniczne, pozwalające zapobiedz ropnemu zapaleniu opłucny. Operację jednak wykonywa się najczęściej na 2 posiedzeniach. KAREWSKI wspomina o wypróbowanej przez siebie metodzie, za pomocą której wywołać można w ciągu 3 — 4 dni dostatecznie silne zrosty. Należy tylko przyszyć płuco do opłucny żebrowej za pomocą nici jedwabnych, przepojonych terpentyną. Szczegóły tej metody autor w innem miejscu ogłosił.



Jeśli odsetkę wyzdrowień obliczają niektórzy (GARRÉ) na 87% (ropnie ostre i przewlekłe), to wyniki byłyby jeszcze o wiele lepsze, gdyby operację wykonywano możliwie wcześniej.

Przy ostrych ropniach EISENDRAHT naliczył 96% wyzdrowień, 4% poprawy, przy przewlekłych zaś śmiertelność wynosiła 35,8%, wyzdrowienie 42,8%, polepszenie 21,4%. A zatem rokowanie pooperacyjne przy ropniach przewlekłych jest wogóle niepomyślne. Lecz zarówno przewlekłe ropnie, jakoteż wtórne ropnie zapalenie opłucny nie byłyby tak częste, gdyby interniści tak często nie liczyli na samoistne wyleczenie ostrych ropni.

Niektórzy autorzy starali się określić czas, przez jaki dozwolonym jest czekać z operacją. JACOBSON radzi czekać 4 tygodnie na ustąpienie objawów. QUINCKE usiłuje określić czas według tego, czy wydzielina zmniejsza się, czy nie. Lecz zmniejszenie to może być pozorne, ropa w jamie może zostać zatrzymana, sprawa w płucu może tymczasem znacznie się rozszerzyć. W pozornie zupełnie wyleczonych przypadkach mogą pozostać resztki sprawców zapalenia, które po upływie długiego czasu sprawdzić mogą nawrót ropnia. Ponieważ wiemy, że przez długi czas istniejące ropnie mają często w następstwie liczne wtórne ogniska ropne, niezłyty ciężkie i rozstrzeń oskrzeli, że wyleczenie tylko pozorne nie należy do rzadkości, i że wreszcie nastąpić mogą nawet nawroty, możemy zatem tylko wówczas wyrzec się wczesnego zabiegu, zapobiegającego wszystkim powyższym

możliwościom, gdy ostro powstały ropień nagle nazewnątrę się przebija, podczas gdy przeciwnie wszystkie objawy, świadczące o szerzeniu się sprawy ropnej lub wskazujące, że przebiecie się ropnia ulegnie prawdopodobnie opóźnieniu, wymagają koniecznie interwencji chirurga.

Gdy rozważymy, jak często zdarza się widzieć przewlekłe ropnie płucne, nie będziemy mogli obronić się myśli, że dość znaczna część osobników, uważanych za wyleczonych, cieszyła się tylko pozornym wyzdrowieniem. Badając ich po pewnym czasie, często będziemy w stanie stwierdzić niewątpliwe objawy jamy, a od czasu do czasu występujący stan gorączkowy świadczyć będzie o zatrzymaniu ropy lub innym groźniejszym powikłaniu.

Należałoby zatem każdego chorego, który leczony był wewnętrznie z powodu ropnia płucnego, mieć pod stałą kontrolą lekarską. Wprawdzie coś podobnego zdarzyć się może i po operacji, lecz należy to w każdym razie do radszych zjawisk.

Co się tyczy samej operacji, to KAREWSKI jest zdania, że wycięcie pewnych części płuca (*pneumectomy*) wykonywać należy w zastarzałych przypadkach z jamami o ścianach modzłowatych, podczas gdy ostre przypadki ropni nadają się zupełnie do pneumotomii.

(Münch. med. Wochenschr. N. 39 i 40. 1903).

Pechlcranc.

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.]

**Związek między chorobami nerwowymi a zaburzeniami w narządach płciowych niewieścich pod względem etiologicznym, dyagnostycznym i terapeutycznym.**

Podał

D-r med. HENRYK HIGIER.

Komu nie obcy jest rozwój historyczny nauki o histeryi, ten wie, że kwestya, w tytule

powyższym zawarta, prawie jedyna w całej medycynie praktycznej, od czasów HIPPOKRATES'a i GALEN'a ani na chwilę nie schodziła z porządku dziennego, nawet w niezbyt chęlnych się wiedzą wiekach średnich. Zmieniały się wielokrotnie poglądy na etiologię i stosownie do tego na terapię racjonalną.

Wszak spotykamy i obecnie wielu lekarzy specjalistów, którzy przy każdej *prostatorrhoea* gotowi są szukać śladów przebytego trypra, przy

\*) Patrz Nr. 48 „Medycyny“.

każdej czkawce — tyłozgięcia macicy i leczyć je miesiącami. Aczkolwiek posiadamy licznych specjalistów laryngologów, leczących każdą afonię pendzłowaniem wewnątrzkraniowym, wszelkie napady *asthma nervosum* przypalaniem muszel, idyotyzm wrodzony skrobaniem wyrosli adenoidalnych; specjalistów chorób żołądkowych, przepłukujących codziennie żołądek przy anoreksyi, atonii i wymiotach histerycznych; chirurgów, przyszywających chętnie nerki wędrujące u histeryczek, żołądek opuszczony przy enteroptozie neurasteników, ale najczęściej spotykamy się w praktyce z typem lekarza, *larga manu* stosującego szprycowania do cewki, psychofory, mięsienie *prostatae* u hipochondryków, onanistów z neurastenią seksualną lub pendzlującego, przypalającego, skrobiącego i wyprostowującego *genitalia* kobiet, histeryą dotkniętych.

O ile ginekolodzy przypisują zmianom miejscowym w organach płciowych niepoślednią rolę w powstawaniu objawów histerycznych (HEGAR, ENGELHARD, EISENHARDT, P. MÜLLER, H. FREUND), o tyle neurołodzy, dawniejsi zwolennicy tegoż poglądu, wyrzekają go się coraz bardziej. Najkategoryczniej wypowiada się MOEBIUS, twierdząc, że „dziś już chyba nikt nie przypuszcza, by macica mieć mogła jakibądź związek z histeryą, jak sądzono dawniej, czego dowodem sama nazwa choroby“. W tymże duchu brzmi zdanie LOEWENFELD'a, wybitnego znawcy histeryi i neurastenii seksualnej: „w dzisiejszym stanie wiedzy nie posiadamy racjonalnych dowodów zależności odruchowej objawów histerycznych od chorób narządów płciowych kobiety“. Nawiązując do sprawy interwencji ginekologicznej w histeryi, amerykański neurolog DER-CUM sądzi, że „przedewszystkiem należy przestać wierzyć, by można było wyleczyć neurastenię lub histeryę za pomocą operacji na narządach miednicy. Na szczęście, już właściwie przeminęły te czasy, gdy uprawiano podobne zabiegi“.

Ostatnimi czasy znowu sprawa ta wypłynęła na wierzch. Przedmiotem rozprawy była ona nie dawno na Zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników w połączonej sekcji ginekologów i neurologów, i dziwnym zbiegiem okoliczności zdania biorących udział w dyskusyi nie wiele, w każdym razie nie zasadniczo różniły się od siebie. Bardzo wyczerpujący był referat

prof. EULENBURG'a, jednego z najkrytyczniejszych i najdoświadczeńszych neuropatologów berlińskich, pod którym bez wahania podpisze się niewątpliwie większość lekarzy praktyków, mających częściej styczność z histeryą i neurastenią, leczonemi przez różnych specjalistów. Niemniej wyczerpująco, acz z nieco innego punktu widzenia poruszył ostatnio w mowie będącą kwestyę A. THEILHABER, ginekolog monachijski, i do mniej lub więcej analogicznych doszedł wniosków.

EULENBURG w następujących 8 tezach streszcza swoje *credo* (Neurolog. Centralbl. 20. 1903).

1) Czas wielki, aby znikł ostatecznie i bezpowrotnie ze świadomości lekarzy pogląd, spotykany w medycynie starożytnej, panujący bezkrytycznie przez wieki długie, z biegiem czasu wiołokrotnie i natarczywie kwestyonowany przez neurologów i ginekologów, jakoby punktem wyjścia t. zw. wielkich nerwie na drodze bezpośredniej lub odruchowej być mogły cierpienia miejscowe narządów płciowych u kobiet. Pogląd ten, opierając się w części na niedostatecznych, wadliwych, powierzchownych lub błędnie tłumaczonych spostrzeżeniach, w części na tradycyjnemu przyjętych i uporeczywie z pokolenia na pokolenie powtarzanych rozumowaniach natury spekulacyjnej, był i jest nie bez pewnego niebezpieczeństwa zarówno przy stawianiu wskazań do postępowania lekarskiego, jak przy ocenie cięższych przypadków ze stanowiska sądowo-lekarskiego.

2) Do powstania wielkich nerwie, zwłaszcza niedostatecznie różniczkowanych klinicznie histeryi i neurastenii, niezbędnym warunkiem jest neuropsychiczna niemoc ustrojowa, względnie anomalia konstytucyjna. Ta ostatnia znajduje swój podkład narządotwórczy we wrodzonych — częściowo nabytych, degeneracyjnych — wadach rozwojowych całego ośrodkowego układu nerwowego lub jego czynnościowo wybitnych części składowych. Czy oprócz tego istnieje nerwowość *par excellence* nabyta, histerya samoistnie powstała, jest pytaniem dotychczas nierozstrzygniętym, aczkolwiek istnienie tej ostatniej jest prawdopodobne dla stanów chorobowych, wywołanych przez utratę krwi, choroby wyniszczające, urazy, zabiegi chirurgiczne i t. p. Dalej odgrywają naturalnie rolę pomocniczą różne narządy i układy narządowe ciała. Zwłaszcza do-

tyczy to czynności fizyologicznych i ich anomalii oraz stanów patologicznych kobiecego narządu płciowego, który — przy wspomnianej wrodzonej organizacyi wadliwej układu nerwowego lub innych usposabiających czynnikach chorobotwórczych — stanowi wielce obfite i żyzne źródło pierwotnych bodźców i wtórnych zaburzeń czynnościowych układu nerwowego.

3) Rozpoznanie różniczkowe może w poszczególnych przypadkach być trudne, gdy chodzi o rozstrzygnięcie pytania, czy pewne objawy zależne są od choroby miejscowej, czy też od neuropatii ustrojowej. Ze stanowiska semiotyczno-dyagnostycznego godne są zapamiętania następujące punkty: a) bóle miejscowe, samostnie powstałe w wewnętrznych i zewnętrznych organach płciowych, krzyżu kości ogonowej, powłokach brzusznych i t. d., przy ujemnym wyniku badania podmiotowego przemawiają, niezależnie od natężenia, jakości, czasu trwania i innych własności bólów, przeciw cierpieniu miejscowemu, a za czysto nerwowem pochodzeniem w sensie znanych neurastenicznie lub histerycznie na drodze psychicznej powstałej topoalgii. b) Co się dotyczy punktów bolesnych na ucisk, to te wtedy jedynie świadczą o cierpieniu miejscowem, jeżeli się dają sprowadzić do chorobowo zmienionego narządu (*oophoritis parametritis*) i jeżeli stale umiejscowione są w tejże okolicy i niezależne są od pewnych okresów (np. miesiączki). Nie stale, zmienne co do natężenia i siedliska, porywocześnie występujące *points douloureux* pomimo swej uporczywości i niepodatności terapeutycznej dowodzą zazwyczaj natury neuropatycznej. c) Zaburzenia menstrualne bez wyraźnego patologicznego podkładu miejscowego są też natury nerwowej. Nietylko *dysmenorrhoea* ale i *amenorrhoea* powstaje na tle najróżnorodniejszych chorób nerwowych i mózgowych. d) *Hyperemesis gravidarum* musi być uważana zgodnie z obecnie panującym przekonaniem za objaw czysto nerwowy i w tym też kierunku leczona, co nie wyłącza w wyjątkowych razach potrzeby interwencji miejscowej, nawet zastosowania sztucznego poronienia. e) Uporczywe zaburzenia pęcherza i odbytnicy są po większej części natury czysto nerwowej nawet w tych razach, gdy znajdujemy niewątpliwe uchylenia od normy w położeniu macicy. Zwłaszcza ma to miejsce w przewlekłej atonii kiszki, skurezu

przemijającym jelit, zaparciu nawykowem. f) Swędzenie części sromnych, o ile nie ma wskazówek na skórną sprawę chorobową lub tło autointoksykacyjne, należy też uważać za nerwicę i stosownie do tego leczyć.

4) Do rozpoznania neurastenii nie wystarczy zbiór przygodnie wyrwanych, ściśle ze sobą nie związanych objawów i ich dowolne ugrupowanie (np. objawy krzyżowe HEGAR'a). Konieczna jest do dyagnozy dłuższa obserwacja kliniczna, analiza osobowości nerwowo-umysłowej *in toto*, stwierdzanie obecności głównych i zasadniczych kryteriów stanu neurastenicznego, niezmiernej pobudliwości i niezwyklej wyczerpalności nerwowej przy czynnościach somatycznych i psychicznych. Ta cecha zasadnicza przybiera tu i owdzie mniej lub więcej swoisty koloryt i zabarwienie lokalne, dzięki przewodze objawów ze strony nerwów tych lub innych narządów (*Neurasthenia cephalica, spinalis, cardiaca, gastrointestinalis, sexualis*). W wyraźnych postaciach neurastenii mamy prawie zawsze całokształt, na który się składają obok zaburzeń w sferze ruchowej hyperestezye, dyzestezye, uczucie zmęczenia i strachu (*phobiae*).

5) Do rozpoznania histeryi jeszcze mniej wystarczy pojedynczy objaw lub grupa objawów, niesłusznie zwanych patognomicznymi. Nie należy przypisywać rozstrzygającego znaczenia żadnemu z zachwalanych „znamion“ (*stigmata*) histeryi: brakowi odruchu gardzielowego i spojówkowego, wzmózeniu odruchów kolanowych, zwężeniu pola widzenia na biały kolor i inne barwy, znieczuleniom, owarialgii. Wielu z tych i innych objawów może brakować, co częstokroć zależy i od tego, czy zostały suggestyjonowane przez lekarza przy oględzinach. Nie byłaby prawdopodobnie tak częsta owarialgia, gdyby jej nie poddawno chorym w ciągu 30 lat, i nie trudno też znaleźć ją w miejscach, nie wspólnego nie mających z jajnikami ani anatomicznie, ani fizyologicznie. Wiele objawów staje się w histeryi modnymi i wychodzi z mody zależnie od pytających o nie lekarzy. Niema znamion histerycznych stałych, niezmiennych, są natomiast częściej lub rzadziej występujące zbiory objawów, na drodze duchowej powstałe (*psychogen*), w obrębie czynności ruchowych, uczuciowych, naczynioruchowych, wydzielniczych i odżywczych, a obok tego liczne wprawdzie powikłania, które-

mi gardzić nie należy, zależne od cierpienia organicznego tego lub owego narządu, raczej od wikłającego je ogólnego upośledzającego odżywiania.

Po za tem jest rozpoznanie histeryi głównie i w pierwszym rzędzie zależne od dłuższej obserwacji klinicznej, od głębszego poznania istoty duchowo-umysłowej dotkniętego osobnika. Nie należy nigdy zapominać, że histerya w rzeczywistości jest neuro-psychozą, jeżeli się wogóle chce różniczkować dwa te pojęcia. O wiele pewniej od wątpliwych i dwuznacznych poszczególnych objawów przyczynia się w danym nie pewnym przypadku do rozpoznania histeryi całokształt kliniczny: częsta i nagła zmienność, niestateczność obrazu (obok uporeczywości i stałości pewnych objawów), dysproporeya między ciężkimi zaburzeniami czynnościowymi a odpowiedniami miejscowymi zmianami, pozorna dowolność w składzie i układzie objawów, mniejsze lub większe napady, a przedewszystkiem studyowanie charakteru histerycznego z jego patologiczną skłonnością do sugestyi i autosugestyi, grymasów i kaprysów, zmienności usposobienia i fantastyczności, skłonność do okłamywania, wprowadzania w błąd, do idei i czynności natrętnych i niemoc woli.

Rzeczywista histerya jest o wiele rzadsza od histeryi, przez lekarzy rozpoznawanej; zależna od wrodzonego upośledzenia układu nerwowego, wikła często inne newrozy i newropsychozy (neurastenię, migrenę, padaczkę, chorobę BASEDOW'a) i organiczne choroby mózgu, rdzenia i mięśni (*sclerosis disseminata*, *dystrophia musculorum progressiva*).

6) U kobiet spotykamy rzadziej, niż u mężczyzn, neurastenję seksualną, a cechującą się różnorodnymi zбочeniami w czuciu i popędach życia płciowego, dolegliwościami lokalnymi, zwłaszcza natury czuciowej i wydzielniczej. Rozpoznanie różniczkowe i analiza kliniczna tych postaci wymagają jeszcze wiele wspólnej pracy neurologów i ginekologów.

7) Rzadsza postać histeryi seksualnej tem się różni, że się przy niej niema do czynienia z typowymi objawami o cechach miejscowych, lecz zależnymi od zmian chorobowych w sferze świadomości, od zjawisk, na drodze psychicznej (autosugestyjnie) powstałych.

8) Pod względem terapeutycznym zmieniły się wskazania, zadania i cele stosownie do zmian, zaszytych w poglądach na istotę nerwie. Nie może być mowy o tem, aby przy istniejącej „wielkiej nerwicy“ zupełnie, zasadniczo i zawsze zaniechać interweneyi operacyjnej. Będziemy musieli jednak przykażdym rękoczynnie miejscowym, zwłaszcza natury operacyjnej, o wiele poważniej i głębiej, niż to dotychczas miało miejsce, zastanawiać się, czego się po danym zabiegu spodziewać mamy i osiągnąć możemy: paliatywnego, względnie radykalnego oddziaływania leczniczego na samoistne objawy miejscowe, jako na części składowe ogólnej newrozy, czy też, co jest o wiele rzadsze, jako na punkty wyjścia stanu podrażnienia nerwowego (np. padaczka odruchowa, histeryczne skurcze odruchowe). W ogromnej większości przypadków z przewagą objawów nerwowych musi ginekolog, stosując leczenie miejscowe, patrzeć na nie głównie jako na mniej lub więcej pożyteczny czynnik leczniczy natury psychicznej i krytycznie oceniać je stosownie do jego oddziaływania na całą istotę duchową pacjentki. Jedynie z tego stanowiska uzasadniona jest tu i owdzie — nb. zgodnie z zasadą *primum non nocere* — interweneya ginekologiczna u histeryczek, wogóle atoli o wiele lepsze, stalsze i pewniejsze skutki osiągniemy przy celowo zastosowanem i indywidualnem leczeniu ogólnem. Zwłaszcza dotyczy to wspomnianych nerwie seksualnych — zarówno u mężczyzn jak u kobiet, przy których ostrzegać należy różnych specjalistów przed zbyt energiczną terapią miejscową, bez koniecznej potrzeby i ścisłych wskazań stosowaną. Wspólna narada jest we wszystkich tego rodzaju przypadkach wskazana zarówno w celu dokładniejszego rozpoznania i celowego leczenia, jak w celu zaspokojenia zazwyczaj bardzo przesadnych i hipochondrycznie usposobionych chorych z nerwicą seksualną.

A. THEILHABER, streszczając w odczycie\*) poglądy swoje ze stanowiska ginekologa, roz-biera 2 podstawowe grupy:

I. Zaburzenia w narządach płciowych, wywołane przez choroby nerwowe.

\*) Praca THEILHABER'a wyszła w listopadzie r. b. w tłumaczeniu polskiem w „Odczytach Klinicznych“ Gaz. Lekarskiej.

II. Choroby narządów płciowych, wywołujące zaburzenia w układzie nerwowym.

Do pierwszej grupy zaliczone zostają przez autora:

1) *Amenorrhoea*. Towarzyszy wielu psychozom i newrozom. Nerwowość i zaburzenia stanu umysłowego nie zależą więc w tych razach od zniknięcia miesiączki, a zabiegi ginekologiczne są zupełnie nie na miejscu, nawet zaszkodzić mogą.

2) *Dysmenorrhoea*. Przed pojawieniem się miesiączki skurez tężcowy zwieraczą ujścia wewnętrznego, na podobieństwo skurezów historycznych przelyku, żołądka, kiszek, powoduje napady silnego bólu.

3) *Menorrhagiae*. Powstają niejednokrotnie wskutek zwiócenia warstwy mięsnej, gdyż u osobników nerwowych łatwiej przy lada powodzie wybucha silne podniecenie i wzmożenie ciśnienia krwi.

4) *Fluor albus periodicus* powstaje przy nerwicach pod wpływem tychże czynników, w słabszem natężeniu wyrażonych. Jako nadmierna wydzielina może też występować wskutek towarzyszącego nerwicom niedowładu kiszek z zatrzymaniem mas kałowych i gazów (zastój żylny organów miednicy).

5) Rzadki jest zanik macicy, obserwowany w histeryi, akromegalii, obrzęku śluzowym, chorobie BASEDOW'a etc., zależny od niedostatecznego dopływu krwi na tle zmian w układzie nerwowym.

6) Do tej samej kategorii złego odżywiania, na tle neuropatycznym powstałego, należy: zanik jajników, pochwy, warg sromowych, gruczołów mlecznych i opadanie pochwy.

7) Tyłozgięcie jest zwykłym położeniem zanikłej macicy.

8) Zniesienie czucia na powierzchni zewnętrznych organów płciowych tłomaczy u niektórych histeryczek „chlód“ i wypływające zeń przykre nieporozumienia małżeńskie.

Przystępując do sformułowania osobistych poglądów swoich w sprawie drugiej grupy, t. j.

zależności chorób nerwowych od chorób kobiecych, THEILHABER powiada: „Popelniano tu cały szereg błędów, i neracyjalnie było wiązanie histeryi zawsze lub też prawie zawsze z chorobami narządów płciowych; nie słuszne było mianowanie histeryą każdego zaburzenia nerwowego, powstającego na tle zmian patologicznych w sferze płciowej“. Omawiając wśród różnych *agents provocateurs* nerwie: okresy dojrzewania i przekwitania płciowego, miesiączkowanie, samogwałt, *coitus reservatus*, *ejaculatio praecipitata*, ciężę, poród, połóg, choroby kobiece ostre i przewlekłe, operacye ginekologiczno-akuszersyjne, autor dochodzi do przekonania, że wszędzie ten lub ów stan patologiczny jest jedynie bodźcem do powstania nerwicy lub psychozy na tle wrodzonej lub odziedziczonej skłonności indywidualnej. Tą kroplą, przepelniającą pełne naczynie, może być każdy czynnik, wyprowadzający układ nerwowy z równowagi, podniecenie, obawa, przestrasz, wzruszenie, bóle, zmiany w krwiobiegu i własnościach krwi wskutek złego odżywiania, antointoksykacya ustroju wytworami przemiany materiy matki lub płodu i t. p.

Najszczegółowiej omawia THEILHABER tylokrotnie dyskutowany związek *retroflexio uteri* z nerwicami odruchowemi. „Na 1000 z górą przypadków tyłozgięcia, jakie miałem w kuracyi, ani razu nie udało mi się odkryć nerwicy odruchowej. Nawet te nerwice, które widziałem u kobiet, chorujących po zatem na *erosiones, ectropion* i t. d., po najtroskliwszem zbadaniu musiałem uznać za objaw histeryi, przypadkowo istniejącej jednocześnie z chorobą „kobiecą“. Osobiście jestem przekonany, że te nieprawidłowości narządów płciowych, które nie dają miejscowo żadnych objawów, albo też dają objawy bardzo niewyraźne i nie działają ujemnie na własności krwi, nie wywierają najmniejszego wpływu na sferę układu nerwowego, w pewnej odległości od narządów płciowych położoną“. Należałoby przeto kwestyę uważać za rozstrzygniętą.

## Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu paryskiego towarzystwa biologicznego d-r DAGONET zdawał sprawę ze swych doświadczeń nad przeszczepianiem raka. Na mocy swych doświadczeń mówca sądzi, że ten dylemat naukowy należy poczytywać za rozwiązany.

Operowano chorego na raka prącia; ponieważ jeden gruczoł pachwinowy był powiększony, więc wyluszczone go. Część tego gruczołu, roz tarto w wodzie wyjałowionej przy 38°C. i dwa cm. sz. otrzymanej zawiesziny wstrzyknięto do otrzewny samicy szczura białego z zachowaniem wszystkich wymagań aseptyki. Zwierzę ważyło 320 grm. i w przeciągu kilku miesięcy nie zdradzało najmniejszych objawów chorobowych. Z biegiem czasu jednak zaczęło tracić na wadze, chudnąć i po upływie 15 miesięcy od daty zastrzyknięcia padło. Badanie zwłok wykazało powiększenie wątroby, śledziony, gruczołów krezkowych i t. d. Jeden z guzów, znalezionych w wątrobie, wzięto do zbadania i znaleziono typowego raka o takiej samej budowie anatomicznej, jaką stwierdzono u odnośnego chorego. DAGONET uważa ten przypadek za dowód niezaprzeczony, iż rak przeniesiony być może, zwłaszcza, że w danym razie istniało nie zwyczajne przeszczepienie, lecz stopniowe zwyrodnienie złośliwe, jak tego dowodzą liczne przerzuty nowotworu. Jeżeli doświadczenia dotychczasowe dawały wyniki ujemne lub wątpliwe, to w większości przypadków niepowodzenie prawdopodobnie zaliczyć należy do pewnych braków techniki, i dla tego jedynie sprawa zaraźliwości raka i jego przeniesienia pozostawała tak długo nie wyjaśnioną.

O naczyniach narządów płciowych mówił d-r EBERTH na posiedzeniu związku lekarzy w Halli n. S. Już w jednym ze swych dawniejszych doniesień EBERTH zwracał uwagę na zgrubienia mięśniowato-sprężyste, robiące wrażenie podściółki tłuszczowej. Twory te, mniej lub więcej obficie rozrzucone, jednakże w liczbie do-

syć znacznej spotyka się w błonie wewnętrznej tętnie zarówno ciał jamistych, jak i w tętnicach prącia, mianowicie głównie w tętnicy grzbietowej i głębokiej. Znajdują się one już u noworodków i, zdaje się, że posiadają pewne znaczenie dla wzrodu prącia, a to w ten sposób, że utrudniają większy napływ krwi dopóty, dopóki skurecz tętnie się utrzymuje. Wchwili zaś, kiedy napięcie mięśni znika, krew odpływa łatwiej, i napelnienie ciał jamistych srybko następuje. Zupełnie podobne urządzenia widzimy w żyłach prącia (*v. dorsalis et profunda penis*) i sznurka nasiennego, należy więc wnosić, że rola ich jest taka sama, jak widzieliśmy wyżej w naczyniach prącia, a wynik ostateczny jest: szybkie opróżnianie się ciał jamistych, a tem samem opadanie prącia. Można by również sądzić, że to naprzemienne zwięźenie światła żył, spowodowane przez opisywane wyżej zgrubienia, posiada jeszcze inne znaczenie; nasuwa się przypuszczenie, że w mowie będące twory stanowią przeszkodę do opróżniania się żył bez względu na zwolnienie napięcia mięśni. Przeszkody te mogą wzrosnąć do znacznego stopnia, zwłaszcza wtedy, kiedy w miarę pęcznienia ciał jamistych wzmaga się ucisk na rozluźnione ściany naczyń żylnych, a wspomniane wyżej zgrubienia przylegają do siebie tak szczelnie, że zamknięcie naczynia może stać się zupełnem.

Gruźlica jąder i jej leczenie stanowiły treść odczytu, wygłoszonego przez d-ra JORDAN'a na posiedzeniu towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego w Heidelbergu. Poglądy dotychczasowe na gruźlicę jąder uległy zmianie pod wpływem najnowszych zdobyczy naukowych, których dostarcza nam chirurgia. Dawniej sądzono, że gruźlica jąder stanowi cierpienie wtórne i rozszerza się w sposób zstępujący. Wykonane w ostatnich latach liczne (BUM, CZERNY, TRZEBICKY) jedno — lub obustronne usunięcia jąder przemawiają stanowczo za tem, że cierpienie to w większości przypadków było pierwotne i rozszerza

się za pośrednictwem naczyń krwionośnych. Badania histologiczne BÜNGNER'a dowiodły, że cierpienie postępuje w sposób wstępujący. Więcej światła na omawianą sprawę rzuciły badania doświadczalne BAUMGARTEN'a i KRAEMER'a, którzy przekonali się, że u królików gruzlica narządów płciowych szerzy się zazwyczaj w kierunku prądu wydzieliny, a więc w moczowodzie w kierunku pęcherza, a w *vas deferens* w kierunku pęcherzyków nasiennych. Zarzut, uczyniony BAUMGARTEN'owi, że najczęstsze umiejscowienie sprawy gruzliczej w przyjądrzu wskazuje jakoby na drogę zakażenia przez przewód nasienny, nie wytrzymuje krytyki. Wiadomo, że w pojedynczych przypadkach łasieczniki zdradzają pewną skłonność do gnieźdzenia się w pewnych narządach, to też niektóre z nich bywają częściej dotknięte sprawą chorobową, niż inne, jak np. jajniki; cierpienie więc przyjądrza wcale nie przemawia za szerzeniem się bezpośrednio gruzlicy *per continuum*. To samo można powiedzieć i o tych przypadkach, w których wobec istniejącej gruzlicy nerki jednej spotykamy gruzlicę pęcherza i jąder. Z równą słusnością możnaby było twierdzić, że cierpienie jądra powstało za pośrednictwem naczyń krwionośnych, a więc przerzutowo. Za takim związkiem przemawiają przypadki, w których istniały przerzuty dalsze, np. w końcach stawowych kości, co mówca spostrzegł niejednokrotnie. Zresztą cały szereg spostrzeżeń przemawia za wielką częstotliwością gruzlicy jąder pierwotnej: dane statystyczne przekonują, że w znakomitej większości przypadków, w których dokonano kastracyi, istniała gruzlica jąder wyłącznie. Nie brak również spostrzeżeń, w których obok gruzlicy jądra istniała gruzlica w narządach, daleko położonych. Spotykano i gruzlicę prosówkową, jako następstwo izolowanej gruzlicy jądra. W końcu zaznaczyć należy, że spostrzegać się daje pewna analogia, mianowicie obustronna gruzlica jąder, na wzór obustronnego cierpienia gruzliczego nerek, nadnerezy i jajowodów. Mówca zaś sądzi, że na cierpienie i drugiego jądra zapatrywać się należy, jako na zakażenie skoordynowane za pośrednictwem naczyń krwionośnych, i dla tego usunięcie jednego jądra zgłosiła nie przesądza o losie pozostałego. Co się tyczy leczenia, to skutek znoś kastracyi z ostała stwierdzona dostatecznie, natomiast wyniki le-

czenia zachowawczego i wycięcia częściowego, nie upoważniają jeszcze do wysnuwania wniosków decydujących.

Jeżeli zapatrywać się na odnośną sprawę w ten sposób, że gruzlica jądra stanowi cierpienie pierwotne, powstałe za pośrednictwem naczyń krwionośnych, to teoretycznie można przypuszczać, że i leczenie zachowawcze może doprowadzić do wyleczenia zupełnego.

Orzec stanowczo, która z pośród tych dwóch metod zasługuje na pierwszeństwo, można będzie dopiero wtedy, kiedy zbierze się odpowiedni materiał kazuistyczny. Trzeba przede wszystkim zbierać zarzuty przeciwników kastracyi (psychozy, szybkie uogólnienie się gruzlicy, zejścia niepomysłne), następnie metody zachowawcze muszą wyrobić sobie pierwszeństwo, a tymczasem warto trzymać się środka, t. j. najprzód leczyć zachowawczo, a dopiero wobec wskazania stanowczego przystąpić do operacyi radykalnej.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Kolonii d-r AUERBACH wygłosił odczyt o rozmięczeniu kości rakowatym (*osteomalacia carcinomatosa*). Prelegent przypomina, że niedawno miał sposobność okazania moczu, zawierającego albumozę. Mocz pochodził od chorego, który cierpiał na dotkliwe bóle grzbietu i ogólne osłabienie wysokiego stopnia. Jedynie tylko badanie moczu doprowadziło do rozpoznania licznych nowotworów szpiku kostnego. Obecnie zostały przedstawione preparaty kości niedawno zmarłej 48-letniej kobiety, u której rozpoznano rakowate cierpienie kości na podstawie spostrzeganych w pierwszym przypadku objawów klinicznych. *Osteomalacia carcinomatosa* została dokładnie opisana już w roku 1843 przez RAMPOLD'a. Co się tyczy tej chorej, to w grudniu 1901 r. wycięto jej prawy gruczoł piersiowy z powodu raka. Przez dwa miesiące chora czuła się dobrze, lecz następnie zjawily się dojmujące bóle w rękach, nogach i grzbiecie, które zmusily chorą do wstąpienia do szpitala w lipcu roku następnego. Tu stwierdzono niedowład rąk i nóg, a ruchy zarówno kończyn, jak i kręgosłupa niezmiernie bolesne. Odruchy kolano- we były wzmożone, sprawność pęcherza i kiszeki prostej zachowana, żadnych zaburzeń odżywczych, czuciowych i naczynioruchowych nie znaleziono. Przerzutów raka, ani nawrotu nie

stwierdzono. Rozpoznanie *osteomalacia carcinomatosa* potwierdziło się po zbadaniu zwłok. Drugi i trzeci krąg łędźwiowy, kość krzyżowa i ogonowa, główka kości ramieniowej i udowej były do tego stopnia zniszczone przez nowotwór, że ocalała tylko powierzchowna warstwa kości, grubości kartki papieru. Miednica nie posiadała cech właściwych rozmięczeniu kości prawdopodobnie dzięki temu, że chora wciąż leżała od samego początku choroby. Kanał kręgowy i rdzeń żadnych zmian nie przedstawiały. Co się tyczy poglądów na daną sprawę chorobową, to dawniej (FÖRSTER, VOLKMANN) przypuszczano, że sprawa chorobowa w kościach stanowi cierpienie pierwotne, obecnie zaś charakter przerzutowy cierpienia jest najzupełniej stwierdzony. Ponieważ jednak za życia rak pierwotny nie może być w większości przypadków wykryty, odróżnienie takiego rozlanego nacieku rakowatego od prawdziwego rozmięczenia kości jest prawie niemożliwe. Bóle, garb, zwłaszcza w okolicy łędźwiowej, zniekształcenie kości, niedowład kończyn dolnych, wzmożenie odruchów, wszystko to naprowadza na myśl o *osteomalacia*. Do tego dołączyć należy wielkie wahania bolesności tułowia i kończyn, znakomite polepszenia, które trwać mogą miesiące i lata całe. Właściwość obydwóch cierpień stanowi jeszcze i to, że bóle ograniczają się do pewnych tylko okolic ciała i kości, podczas gdy w innych znowu znikają. Na ten objaw wskazywał już RAMPOLD. Większe trudności dyagnostyczne następują się tylko wtedy, kiedy nie można wykryć raka pierwotnego. Jeżeli zaś ognisko pierwotne można wykryć, to na podstawie objawów powyższych nie trudno dojść do rozpoznania właściwego, ponieważ pogląd dawniejszy, lecz nie stwierdzony dostatecznie, o współistnieniu raka i prawdziwego rozmięczenia kości nie powinien być brany w rachubę. Już RECKLINGHAUSEN na podstawie pięciu spostrzeżeń własnych zwrócił uwagę lekarzy na to, że rak gruczołu krokowego może przebiegać skrycie i stać się źródłem rozległych cierpień kości tego samego rodzaju; podobną rolę u kobiet gra rak sutki. Od tego czasu namnożyło się nieco odnośnych spostrzeżeń o przebiegu, jak sądzono wówczas, ciemnym, obecnie więc wnosić należy, że we wszystkich tych przy-

padkach przeoczono pierwotnego raka części miękkich.

W towarzystwie paryskim „Société de Therapeutique“ poruszono sprawę zatrucia przewlekłego heroiną. Środek ten od chwili swego zjawienia się pozyskał wielkie wzięcie wśród lekarzy, ponieważ przekonano się, że posiada on zalety niezaprzeczone, przypuszczano zaś, że jedna z większych zalet tego leku polega na tem, że użycie dłuższe heroiny nie wywołuje takich stanów, jakie widzimy często po morfinie; heroina więc, jako środek, nadający się do zastąpienia morfiny, może okazać się bardzo skuteczną w leczeniu zatrucia przewlekłego morfiną. Od czasu jednak, kiedy środek ten zaczęto stosować podskórnie, przekonano się, że prowadzi on do tych samych zgubnych następstw, co i morfina, mianowicie do zatrucia. W jednym przypadku, spostrzeganym przez MANGUAT'a, przewlekłe zatrucie heroiną przejawiało się pod postacią dychawicy z dusznością wdechową. To też MANGUAT radzi zachować wstrzykiwanie podskórne heroiny tylko dla chorych beznadziejnie w celu przyniesienia im ulgi chwilowej, albo też tam, gdzie zachodzi potrzeba jednorazowego zastosowania środka nasennego i kojącego. BLONDEL również zaznacza, iż liczba heroinistów wzrasta bardzo szybko, zamianę więc morfiny przez heroinę uważa za groźną i niefortunną. Jako ilustrację przytacza historię choroby pewnego lekarza, który po dwuletnim używaniu heroiny doszedł do oplakanego stanu zdrowia. Z tego powodu żąda, żeby każdy przypadek heroinizmu był ogłaszany w prasie lekarskiej, która znów obowiązana jest pouczać ogół lekarski o tem nowem niebezpieczeństwie. BURLUREAUX zalicza heroinę do cennych środków lekarskich w niektórych przypadkach, jak np. duszność u astmatyków, i dodaje, że jeden z chorych tego rodzaju zażywał po 2 mgrm. heroiny w ciągu dwóch lat, i przez cały ten czas napadów duszności nie było, lecz nadal chory nie mógł być pozbawiony tego środka. Morfina, stosowana poprzednio w tym samym celu, okazała się znacznie mniej pomocną.

Ciekawy przypadek padaczki korowej przedstawił d-r MINKOWSKI na posiedzeniu kołońskiego towarzystwa lekarskiego. Rzecz



dotyczyła 23-letniego mężczyzny, który utrzymywał, że napady padaczkowe zjawily się po uderzeniu, zadaniem w lewą połowę czaszki, co miało miejsce przed półrokiem. Pierwotnie chory nie tracił przytomności podczas napadu drgawek, które ograniczały się tylko do prawej kończyny dolnej, później jednak zajęły całą prawą połowę ciała, a wreszcie z biegiem czasu przeistoczyły się w ogólne drgawki padaczkowe, połączone z utratą przytomności. Napady stały się tak częstymi, że chory dostawał ich co kilka dni, a nawet powtarzały się kilkakrotnie w ciągu jednego dnia. Ponieważ na skórze czaszki znajdowała się niewielka blizna w miejscu, odpowiadającą mniej więcej polu ruchowemu dla kończyny dolnej, przeto zdecydowano się wykonać operację, co uskutecznił BARDENHEUER z wynikiem pomyślnym. Ku wielkiemu zdziwieniu znaleziono w części górnej zwoju środkowego koniec noża długości kilku ctm. Po usunięciu ciała obcego drgawki zupełnie ustąpiły. Po upływie 1½ roku chory uległ wypadkowi podczas jazdy koleją, mianowicie, został uderzony drzwiami przedziału wagonowego w tę właśnie okolicę czaszki, gdzie na skutek operacji istniał brak kości. Natychmiast wystąpił gwałtowny napad padaczkowy, a następnie napady powtarzały się bardzo często. Już nawet lekkie dotknięcie blizny skórnej po nad częścią mózgu, którego tętnienie było dokładnie widoczne, powodowało szereg parastezji i drgawki w odpowiedniej połowie ciała, silniejszy zaś ucisk wywoływał drgawki ogólne. W danym przypadku, wobec bezskuteczności leczenia bromem, przewidywany jest drugi zabieg operacyjny.

Na tem samem posiedzeniu d-r HUISMANS miał wykład o akromegalii. Prelegent przedsta-

wia trzech odnośnych chorych i wyczerpująco opisuje obraz kliniczny tego cierpienia, porównując zdobycze nauki najświeższe z wynikami badań anatomo-patologicznych, dokonanych przed 10 laty w spostrzeżeniu, opisanem przez Rur'a. Poglądy mówcy na etiologię akromegalii dadzą się streścić w sposób następujący:

- 1) Przysadka mózgowa (*hypophysis*) gra w ustroju rolę bardzo ważną. Wytwory jej wydzieliny wewnętrznej niszczą we krwi produkty innych gruczołów krwiotwórczych. Działa ona przeto w sposób regulujący na układ krwionośny i hamuje nadmierny wzrost kości.
- 2) Akromegalia powstaje wskutek zaniku czynności przysadki mózgowej.
- 3) Zanik zaś czynności przysadki następuje wskutek jej cierpienia pierwotnego lub wtórnego.
- 4) Cierpienia pierwotne — to nowotwory złośliwe i niedorozwój przysadki.
- 5) Zdarza się jednak zanik czynności przysadki, jako objaw pierwotny, bez względu na to, że w narządzie tym brak zmian anatomicznych, a nawet ulega on przerostowi.
- 6) Z drugiej znowu strony pierwotne zakażenie krwi przewlekłe może stać się przyczyną upośledzenia wtórnego czynności przysadki, a tem samem i akromegalii.
- 7) Co się tyczy leczenia, to wypada zaznaczyć, że skuteczność podawania przysadki zwierzęcej nie ulega zaprzeczeniu, ale tylko w tych razach, kiedy obraz chorobowy zależy wyłącznie od upośledzenia czynności przysadki mózgowej. Natomiast leczenie takie zawodzi, jeżeli w przebiegu dalszym cierpienia zaszły zmiany wybitne w naczyniach krwionośnych lub w innych gruczołach krwiotwórczych.

K. Z.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BISTIS spostrzegł 3 przypadki jednostronnego wypuklenia gałki ocznej zależne od choroby BASEDOW'a. Były objawy STELLWAG'a i GRAEFE'go, przyspieszone bicie serca, a raz było drżenie rąk. Wola nie było. (Arch. d'ophth. lipiec 1903).

= MARQUÈS spostrzegł dwa przypadki tyfusu brzuszego, z których w jednym nastąpiło powikłanie ospą wietrzną, w drugim — płonicą. W obudwu wysypki pojawiły się w czasie najwyższego natężenia tyfusu, przy czem ciepłota ciała podniosła się znacznie wyżej, niż to zwykle bywa w tyfusie. (Montpell. méd. 19. 6. 1903).

= SCHOULL leczył 6 przypadków płonicy za pomocą światła czerwonego. W pokoju chorego wszelkie otwory zasłonięto czerwoną materią; drzwi ochroniono tak, aby przy ich otwieraniu światło nie przenikało do pokoju. Lampy okrywano gęstymi czerwonymi szklami lub abażurami. Chorzy pozostawali w czerwonym świetle aż do zupełnego zniknięcia wysypki. U wszystkich choroba przebiegała szybko, u 4 nie było łuszczenia naskórka.

(Concours méd. 4, VII. 1903).

P.

## Wiadomości bieżące.

— W ostatnich czasach w rękach wielu lekarzy tutejszych znalazł się paszkwil anonimowy, przedstawiający w najczarniejszych barwach stosunki, panujące w jednym ze szpitali warszawskich. Ponieważ pewne szczegóły dosyć przejrzyste wskazywały, o którym szpitalu jest mowa, skłoniło to lekarzy owego szpitala do przedstawienia całej sprawy większemu gremium kolegów, którzy na zasadzie dokumentów przekonali się o bezpodstawności zawartych w odezwie anonimowej zarzutów.

— W roku bieżącym nagrodę NOBLA pomiędzy innymi otrzymała pani CURIE ze Skłodowskich, znana zaszczytnie pracowniczka w

świecie naukowym, zwłaszcza z powodu badań nad pierwiastkiem *radium*.

— Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy galicyjskich w dniu 1 grudnia r. b. wręczył dyplom na członka honorowego swemu prezesowi prof. JORDANOWI.

— Prymaryuszem oddziału chirurgicznego szpitala Ś-to Łazarza w Krakowie mianowany został d-r Józef BOGDANIK z Białej.

— Towarzystwo im. RÖNTGEN'a ma zamiar zwołać w kwietniu 1905 roku Zjazd, poświęcony röntgenografii w celu uświetnienia 10-ej rocznicy tego wielkiego odkrycia.

## Od Administracyi.

**Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1904 i o uregulowanie zaległych rachunków.**

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratów prospekt „Wędrowca“ na r. 1904 i prospekt „Chemika Polskiego“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

Девялоро Ценаурою, Варшава, 4 Декабря 1903.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.