

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 18.

Warszawa d. 17 (30) Kwietnia 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varéne 33. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Wiad rdzenia i psychoza. Napisał M. Bornstein. (Dokończenie). — STRESZCZENIA ZBIOROWE. O pentozuryi. Skreślił M. Halpern. — Amenorrhoea et Dysmenorrhoea. Podał Fr. Neugebauer. 54. W sprawie patologii i terapii skurczu wpustu (cardiospasmus). — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO Posiedzenie z dnia 1 marca 1904 r. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 marca do 14 kwietnia r. b. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Bornstein —
 Tabes dorsalis et psychose.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r M. Bornstein —
 Tabes dorsualis und Psychose.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału nerwowego szpitala Starozakonných
 w Warszawie (D-r med. E. FLATAU).

WIAD RDZENIA I PSYCHOZA

Napisał

Maurycy Bornstein

asystent oddziału.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 17).

Przypadek nasz dotyczył blacharza lat 33,
 który zapisał się do oddziału d-ra FLATAUA
 18 maja 1903 r. O chorobie swej opowiada, co

następuje. 8 tygodni przed przybyciem do szpi-
 tala, będąc spoconym, pracował na dachu pod-
 czas silnego wiatru. Wtedy poczuł podobno za-
 raz ból w plecach. W jakiś czas później wystą-
 piły silne bóle w stopach, potem w goleniach
 i udach, a następnie w rękach i głowie.

Bóle te miały charakter ostry, „jak gdyby
 go ktoś nożem krajał“, były silniejsze we dnie,
 aniżeli w nocy, zaś ustępowały prawie zupełnie,
 kiedy się dobrze okrywał kołdrą. Z biegiem cza-
 su bóle te stopniowo stawały się coraz niezno-

śniejsze i wyczerpywały chorego coraz bardziej. W ostatnich tygodniach schudł znacznie. Od 6-u tygodni chód stawał się coraz mniej pewnym, nogi poczęły odmawiać posłuszeństwa. 4 tygodnie temu zauważył, że gorzej widzi na prawe oko; jednocześnie zjawiał się coraz częściej ból głowy. Ostabienie wzroku postępowało szybko naprzód tak, że obecnie rozróżnia zaledwie zarysy przedmiotów. Chory oświadcza, że w ostatnich czasach, kiedy bywa głodny, nie widzi nie ani zbliska, ani zdaleka; po zjedzeniu czegokolwiek robiło mu się jaśniej przed oczami, i wtedy widzi przedmioty zbliska, choć w konturach zamglonych.

W 12-ym roku życia postradał wzrok na lewym oku na skutek urazu; bólów w tym oku nigdy nie miewał; dopiero w ostatnich tygodniach, od czasu choroby, wystąpiły bóle i w lewym oku.

Lues negatur.

St. praes. Chory średniego wzrostu, odżywiany marnie, o skórze bladej. Lewe oko wpadnięte, prawie zupełnie białe, tylko w jednym miejscu psześwieca mały odcinek tęczówki. Ruchy lewego oka we wszystkie strony zachowane. Zazwyczaj lewe oko bywa przykryte zupełnie powieką górną; powieki mrugają jednocześnie z powiekami oka prawego, ale szczelina oczna pozostaje przytem zupełnie zamkniętą. Jeżeli choremu kazać oczy otworzyć, to lewa szczelina rozwiera się dość szeroko, pozostaje jednak w tyle za prawą. Prawa źrenica średniej wielkości o konturach nierównomiernych; odczyn na światło słaby i powolny; przy kuno-wergencji źrenica zwęża się nieznacznie. Badanie oftalmologiczne oka prawego (d-r MUTERMILCH) wykazało, co następuje: Dno oka: *atrophia n. optici tabetica*, (tętnice tarczy wzrokowej prawie niewidzialne). Siła w zoku: chory rachuje palce badającego na odległości 3—4 stóp; liter nie odróżnia na najbliższej odległości; twarz, badającego lekarza rozróżnia bardzo niewyraźnie na odległości 10 ctm. Węch i smak—według słów chorego—zachowane; słuch z prawej strony słabszy, aniżeli

z lewej. Przy opukiwaniu głowy chory skarży się na ból w prawej połowie czaszki i twarzy. Badanie czucia wykazuje zupełną anestezję na wszystkie jego rodzaje w prawej połowie czaszki i twarzy (włączając i ucho). Anestezja ta dotyczy również błony śluzowej prawej dziurki nosowej oraz błony śluzowej jamy ustnej ze strony prawej i kończy się wyraźnie na linii pośredkowej, przeprowadzonej myślowo wzdłuż grzbietu nosa.

Kończyny górne. Ruchy bierne i czynne są wszystkie zachowane i nie wykazują żadnych anomalii; siła mięśniowa normalna. Chory wykonywa ruchy drobne rękami (jak np. zawiązywanie koszuli u szyi) bez śladu jakiegokolwiek bezładu. Zaburzenia czucia dotykowego, bólowego i cieplikowego dotyczą wyłącznie wewnętrznej strony ramienia, przedramienia i 5-go palca, symetrycznie z obu stron. W czuciu mięśniowym również istnieją zaburzenia przy ruchach biernych w stawach 5-go palca. Odruch z mięśnia trójramiennego słaby z obu stron; odruchu z okostny kości promieniowej po obu stronach brak. Zmian odżywczych na skórze i paznogiach niema.

Tułów. Sprawa ruchowa normalna. Co do czucia, wykazuje ono zaburzenia obiektywne bardzo poważne we wszystkich rodzajach. Subiektywnie chory skarży się na uczucie pasa. Odruchy brzuszne z obu stron zachowane.

Kończyny dolne. Chodzi chory bez pomocy obcej dość powoli, drobnymi krokami, z rozstawionymi stopami, bezładu nie widać; spostrzega się tylko niepewność, charakterystyczną dla chodu ludzi niewidomych; podczas chodzenia—według słów chorego—bóle w nogach się wzmagają, zwłaszcza w stawach kolanowych i skokowych. Ruchy czynne wszystkie zachowane; siła mięśniowa dostateczna. W ruchach biernych nie anormalnego. Co dotyczy czucia, to chory sam oświadcza, że najmniej czułe są następujące miejsca: wewnętrzna powierzchnia uda i goleni oraz dorsum *pedis* z obu stron, a da-

lej, że prawa kończyna jest pod względem czucia gorsza, aniżeli lewa. Irzeczywiście, przy badaniu okazuje się zupełna prawie anestezja na dotytek, ból i podrażnienia cieplikowe na wewnętrznej powierzchni uda i goleni oraz na *dorsum pedis* z obu stron, zaś pozatem mniej wybitne znieczulenie na przednio-zewnętrznej powierzchni uda i wewnętrznej powierzchni goleni. Takież znieczulenie niezupełne stwierdzić można na tylnej powierzchni uda i goleni oraz na podeszwie. Wyrażną hipalgezyę stwierdzić można również na *scrotum* i na *penis* (zwłaszcza na *glans*). Co dotyczy czucia mięśniowego na kończynach dolnych, to chory odczuwa ruchy bierne, wykonywane w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym, oraz ruchy palucha z obu stron, natomiast ruchów w reszcie palców nie odczuwa zupełnie.

Odruchy kolanowe i ze ścięgna ACHILLES'a z obu stron—zniesione. Odruch podeszwo- wy b. żywy z normalnem zgięciem wszystkich palców. Odruchy z *cremaster* b. żywe z obu stron; wywołać je można nie tylko z wewnętrznej, ale i z przedniej i z zewnętrznej powierzchni uda, z *hypogastrium* i z wewnętrznej powierzchni goleni (ze strony lewej).

Co dotyczy narządów miednicy, stwierdzamy nieznaczny stopień *incontinentiae urinae et obstipationis*.

Erectio penis zniesione zupełnie; od czasu do czasu pollucye bez erekcyi.

Pod względem psychicznym chory czyni wrażenie człowieka zupełnie normalnego; opowiada dokładnie i zwięźle o swej chorobie, zdaje sobie sprawę dosknałe ze swych dolegliwości, pamięta najdrobniejsze szczegóły dotychczasowego przebiegu choroby.

Ze strony narządów wewnętrznych stwierdzić można oddech oskrzelowy i drobno-pęcherzykowe rżenia w lewym wierzchołku z tyłu.

Przebieg choroby.

27. r. 03. Chory opowiada, że poprzedniego dnia około 7-jej wieczorem zaniewidział zupełnie: nie odróżniał nawet światła; jednocześnie miał

silny ból głowy z prawej strony, co trwa dotąd (do wizyty lekarza). Stopniowo w ciągu 2-eh godzin wzrok stawał się coraz lepszym i powrócił do poprzedniego stanu. Skarży się wciąż na uczucie opasujące dookoła tułowia; bóle w rękach i nogach mniejsze.

W ciągu następnych kilku tygodni chory miewał kilkakrotnie napady bólów głowy, podczas których, jak twierdzi, wzrok zaćmiewał mu się zupełnie. Od czasu do czasu zjawiały się bóle strzelające w kończynach o zmiennem natężeniu.

25. VI. 03. Chory miał napad, o którym sam nazajutrz opowiada, jak następuje. Spać się położył o godz. 10, nie mógł zasnąć i tak przeleżał godzinę. O 11 wokoło zrobiło się nagle jasno, i chory spostrzegł, że znajduje się w pięknym pałacu. Po wspaniale oświetlonym salonie spacerują pięknie przyodziani mężczyźni, których nigdy nie widział, w liczbie około 30-u, pokazują mu jakieś piękne przedmioty i wołają go do siebie, przy pomocy słów i znaków zapraszając go do wyjścia z nimi. Chory pamięta, że nie chciał wziąć do ręki żadnego z proponowanych mu przedmiotów, ani wyjść z nimi razem. Pamięta również, że miał wtedy silny zawrót głowy. Wszystko to trwało godzinę. O 12-jej znowu zrobiło się ciemno, i wszystko znikło; chory zasnął. Według słów innych chorych oraz służby szpitalnej, kiedy napad się rozpoczął, chory był bardzo pobudzony, na pytania, co się z nim dzieje, odpowiadał, że przyszli po niego, a więc musi pójść; mówił, że musi iść na ulicę Rycerską, gdzie u jakiejś swej znajomej zostawił dwa garnitury ubrania; wstał z łóżka i chciał wyjść na podwórze; posługacz dyżurujący przyprowadził go z korytarza napowrót na salę. Tego wszystkiego chory nie pamięta zupełnie. Na pytanie, ażali wierzy, że rzeczywiście był to pałac, że byli jacyś ludzie, chory odpowiada, że musi wierzyć, ponieważ niewątpliwie widział to wszystko. Teraz (t.j. następnego dnia zrana) chory odpowiada na pytania zupełnie trafnie i doskonale orientuje

się w swoim położeniu (co do miejsca, gdzie się znajduje i. t. d.). Na ulicy Rycerskiej (na którą się w nocy wybierał) ma on w rzeczywistości jakąś znajomą, gdzie bywał w chwilach wolnych i grywał w karty. Stosunków płciowych nigdy z nią nie miał, była to kochanka jego kolegi. Zresztą on sam ma ładną żonę i nie ma potrzeby szukać innych kobiet. Przez cały czas pobytu swego w szpitalu nie miał nigdy „takich” (t. j. dotyczących sfery płciowej) myśli; głowę ma wciąż zajęta myślami o tem, co z nim będzie, jak będzie mógł się wyżywić, postradawszy prawie zupełnie wzrok; dawniej zarabiał 20 rs. tygodniowo, a teraz pracować nie może, żona jego jest w nędzy i t. d.

Podczas dalszej rozmowy z chorym okazało się, że napady, podobne do wczorajszego, miał już i dawniej.

10 dni temu, było to również późnym wieczorem, chory leżał na łóżku i nie mógł zasnąć, kiedy nagle zobaczył zupełnie wyraźnie, że do sali szpitalnej weszło szeregiem kilku nieznanym mężczyznom; po chwili poczuł, że jeden podszedł do jego łóżka, położył się na nim i zaczął go przygniatać ciężarem swego ciała. Inni przez ten czas stali i przypatrywali się temu obojętnie. Po krótkiej chwili chory zamachnął się ręką na owego niepożądanego gościa i przepędził go; teraz zdaje sobie sprawę, że uderzył ręką siebie samego. Chory zapalił wtedy świecę i usłyszał wyraźnie, jak jeden głos powtórzył 3 razy: „o—wa”, „o—wa”, „o—wa”, poczem wszyscy wyszli; chory słyszał wyraźnie, jak za ostatnim zatrzasnęły się drzwi. Wtedy chory poczuł, że zrobiło mu się słabo, że jest okropnie spocony i zażądał od sąsiada szklanki wody. Wkrótce uspokoił się i zasnął; pamięta, że wtedy miał również silny zawrót głowy. Na 2 dni przedtem chory siedział na trawie na podwórzu szpitalnem, kiedy nagle ukazał mu się przyzwyczajony ubrany młodzieniec, który wziął go za rękaw i zapraszał go, ażeby poszedł z nim razem. Chory przeląkł się bardzo, wstał z ziemi i wró-

cił do pawilonu; młodzieniec znikł; a był napewno—chory wierzy w to niezachwianie, dawniej nie widywał go nigdy. Wtedy zawrotu głowy nie miał, a tylko swój zwykły rwący ból w prawej połowie głowy. Oto wszystko, co chory pamięta. Dawniej, o ile sobie przypomnieć jest w stanie lata młodości i dzieciństwa, nigdy podobnych napadów nie miał. Podobno jednak coś podobnego kiedyś miało miejsce. Jeden z jego znajomych opowiadał mu, że pewnego razu—chory wtedy miał lat 14—15, w miesiąc po śmierci ojca, nasz chory biedz zaczął ulicą i krzyczeć głosem wylęknionym, że goni go ojciec. Rzecz się podobno tak miała. Pracował on wtedy, jako czeladnik, u majstra blacharskiego, u rodziców w domu nie mieszkał; sprawował się źle, miał złych przyjaciół, z którymi wiódł życie rozwiązłe. Kiedy ojciec go odumarł, rodzina wymogła na chłopcu przyrzeczenie, że się poprawi, zmieni tryb życia i będzie codziennie odmawiał po ojcu modlitwę („kadysz”); obiecał, ale przyrzeczenia nie dotrzymał, i oto w miesiąc później podobno ukazała mu się na ulicy postać ojca. Chory tego wszystkiego nie pamięta, powtarza tylko to, co mu opowiadano.

27. VI. Chory skarży się na znaczne osłabienie wzroku. W nocy krzyczał ze snu; śniło mu się, że go duszą, ale nie widział, kto. Widzi dziś wszystko zabarwione na zielono.

29. VI. Dziś w nocy miał znowu silny ból głowy ze strony prawej.

30. VI. W nocy znowu taki sam ból głowy, pozatem ból na wewnętrznej stronie lewego uda i prawej podeszwy.

1. VII. Chory skarży się na ból głowy. Według słów innych chorych, wczoraj wieczorem w ciągu 3 godzin zachowywał się, jak „waryat”. Biegał z laską w rękę po sali prędzej, niż zwykle, był bardzo podniecony i mówił dużo. Opowiadał, że musi iść odebrać 50 rs., umawiał się z kimś o robotę, chciał iść do magistratu i. t. d. Chory sam zupełnie nie pamięta o tem wszystkim; nie pamięta nawet, czy wogóle mówił cośkolwiek.

5. VII. W nocy miał ból głowy i nie mógł zasnąć. Nagle „spozstrzegł”, że ktoś wszedł we drzwi, które znajdują się naprzeciwko jego łóżka: był to człowiek z parasolem w ręce; podchodził do łóżka, chciał go ściągnąć na podłogę; kilka razy się to powtarzało, za każdym razem ów „ktoś” uciekał ku drzwiom. Trwało to ½ godziny, później nie widział już nikogo. Inni chorzy śmieją się z tego opowiadania, oświadczając, że nikogo nie było.

23. VII. Ból głowy.

7. VIII. Ciężar w głowie i zawrót

17. XIII. W sprawności wzroku chorego wahania: czasami widzi zupełnie dobrze; czasami znów robi się tak ciemno przed oczami, że nie widzi.

Zmiany te następują niekiedy co kwadrans.

1. IX. W nocy ból głowy, wzrok zamglony.

8. IX. Wzrok nieco lepszy, prawa źrenica reaguje na światło dość dobrze.

16. IX. Chory wypisuje się na własne żądanie z bardzo nieznacznym polepszeniem w stanie ogólnym.

Zaburzeń psychicznych więcej nie było.

Po dwóch miesiącach 19. XI. chory powrócił do oddziału w stanie mniej więcej takim samym, w jakim się wypisał. Tylko wzrok zepsuł się jeszcze bardziej, nie widzi prawie nic i dlatego też chodzić prawie zupełnie nie może bez pomocy postronnej. Siła wzroku (kol. MUTERMILCH): rachuje palce z odległości zaledwie ½ stopy; barw nie odróżnia zupełnie. Chory przeleżał jeszcze 3 tygodnie i wypisał się bez poprawy. Przez cały przeciąg czasu, od chwili opuszczenia szpitala po raz pierwszy zaburzeń psychicznych, jak twierdzi, nie miał.

Rozpoznanie wiądu rdzenia leży w naszym przypadku na dłoni, niema więc żadnej potrzeby uzasadniać go bliżej. Zajmiemy się przeto wyłącznie zaburzeniami psychicznymi, jakie w nim spozstrzegaliśmy.

Wystąpiły one mniej więcej w 3 miesiące po ujawnieniu się pierwszych oznak wiądu rdzenia

(bóle strzelające w kończynach) i w 2 miesiące po stwierdzeniu przez chorego pogorszenia się wzroku. Zaburzenia psychiczne występowały w ciągu pobytu jego w szpitalu w postaci kilkakrotnych napadów. Podczas najsilniejszego ataku (24 czerwca) chory był pobudzony, miał halucynacje wzrokowe i słuchowe, nie orjentował się co do miejsca i czasu (chciał wyjść na ulicę dla załatwienia jakiegoś interesu). Następnego dnia pamiętał tylko w części, co się działo w nocy, i wierzył w rzeczywistość tego, co „widział” i „słyszał”. Podczas poprzedniego i następnych napadów chory prócz wzrokowych i słuchowych miał jeszcze halucynacje dotykowe („ktoś go brał za rękaw”, „ktoś ściągał go z łóżka, gniótł go” i. t. d.) Napady te trwały krótko, najdłuższy trwał 3 godzinny.

Podkreślić należy fakt, że w okresie omówionych powyżej napadów psychopatycznych (okresie 3-tygodniowym) wzrok chorego stawał się coraz gorszym, i coraz częstsze bywały te chwile, kiedy nie widział.

Zaznaczyliśmy już w części ogólnej, że najczęstszym i najkardynalniejszym objawem psychozy zdarzającej się w przebiegu wiądu rdzenia, są halucynacje w dziedzinie rozmaitych zmysłów. Po części stanowią one część składową całkowicie rozwiniętej psychozy chronicznej (najczęściej *poranoia hallucinatoria chronica*) lub ostrego obłądu z halucynacjami (*acute hallucinatorische Verwirrtheit*). Istnieją w piśmiennictwie 2 takie przypadki ostrego obłądu: jeden opisany przez OBERSTEINER'a (1878), drugi—przez JACOBSONN'a (1895). Wszystkie te psychozy, nie wyłączając dwu ostatnich, trwały przez czas mniej lub więcej długi. Pozatem występować mogą we wiądzie rdzenia stany podniecenia z halucynacjami rozmaitej treści i w dziedzinie rozmaitych zmysłów, jako coś samodzielnego, przyczem nie rozwija się psychoza właściwa. Takie przypadki opisane były dotąd przez REY'a, BRIAND'a (2 przypadki p. t. *Hallucinations a caractère pénible dans la tabes dorsalis*), BOUCHARD'a i MOEBIUS'a. Po za

przypadkiem REX'a, gdzie halucynacje trwały bez przerwy w ciągu dni 14—u, ażeby później ustąpić zupełnie, we wszystkich innych występowały one napadowo i trwały b. krótko (od $\frac{1}{4}$ do 24 godzin). We wszystkich tych przypadkach notowano ślepotę, resp. zanik nerwu wzrokowego.

Nasz przypadek, oczywiście, zaliczyć wypada do tej samej kategorii z tą jedynie różnicą, że u naszego chorego po za halucynacjami w dziedzinie wzroku, słuchu i dotyku stwierdzono jeszcze bezsprzecznie brak możności oryentowania się w czasie i przestrzeni. Były to więc krótkotrwałe ($\frac{1}{2}$ do 3 godzin) stany o charakterze amencyjnym, występujące napadowo u tabetyka, u którego również, jak i u poprzednio wspomnianych, notowano zanik nerwu wzrokowego.

Aczkolwiek we wszystkich tych przypadkach (nie wyłączając naszego) halucynacje dotyczyły różnych zmysłów, to jednak przedewszystkiem i najwybitniej występowały halucynacje wzrokowe; wobec stałej koincydencji pomiędzy temi halucynacjami a zanikiem nerwu wzrokowego nie podobno uważać jej za przypadkową, natomiast przyjąc tutaj należy pewien związek pomiędzy temi dwoma zjawiskami. Czy związek ten uważać za bezpośredni, t. j. uznawać przyczynę halucynacji w zanikającym nerwie wzrokowym, czy też w myśl BOUCHARB'a przyjmować jedynie, że zanik nerwu wzrokowego usposabia jedynie do halucynacji, tego nie odważamy się rozstrzygać.

Kwestya związku z samą sprawą rdzeniową nie jest dotąd wyświetlona należycie. Jak wszędzie, tak i tu istnieją dwie teorye krańcowe, ze sobą sprzeczne, i trzecia, mająca na celu pogodzić dwie pierwsze.

Otóż jedni wobec częstości zarówno wiału, jak i wszelakiego rodzaju psychoz, sądzą, że mamy tu do czynienia z najzwyczajszym powikłaniem i negują wszelaki związek pomiędzy temi dwiema kategoriami zjawisk. Inni, przeciwnie, uważają poprostu wiał rdzenia jako bezpośrednią przyczynę zaburzeń psychicznych. ROUGIER

(cyt. u CASSIRER'a) i KRAFFT-EBING sądzili, że idee obłądne we wiałdzie powstają na skutek przejścia sprawy tabetycznej na mózg, i pragnęli dać nawet w ten sposób odpowiednie wyjaśnienie anatomiczne dla powstającej psychozy. REX twierdzi, że wiał sam przez się może wywołać psychozę przez oddziaływanie na ośrodki mózgowe pewnych objawów tabetycznych, jak bólów, utraty wzroku, bezład; do tego przyłączają się przyczyny psychiczne (jak troski, związane z długim trwaniem choroby), wreszcie wpływy naczynioruchowe. Według NEEBE'go wiał stać się może bezpośrednią przyczyną psychozy przez to, że wywołuje ogólne zaburzenia w odżywianiu lub długotrwałe podrażnienie na skutek bólów i bezsensowności, wreszcie może wiał dać podłoże do tworzenia się idei obłądnych przez to, że zaburzenia ruchowe (bezład) i uczuciowe (ból parestezje) mogą być w psychozie odpowiednio zużytkowane. Nowsi autorowie, którzy zajmowali się tą kwestyą (CASSIRER, MEYER) sądzą, że wiał może stanowić tylko czynnik usposabiający dla rozwoju psychozy wogóle, jak i poszczególnych jej przejawów. Pewne sensacje, doznawane przez tabetyków, nadać mogą psychozie zabarwienie swoiste; stosunek ten bywa jednak zawsze powierzchowny i nie przemawia zupełnie za związkiem patologicznym pomiędzy wiałdem a psychozą.

Na zasadzie przeglądu wszystkich prawie przypadków wiału, powikłanych psychozą, zacytowanych u CASSIRER'a i MAYER'a (l.c.), oraz na podstawie przypadku własnego pozwolimy sobie wypowiedzieć parę uwag co do związku pomiędzy wiałdem a zaburzeniami psychicznymi.

1.) Niema dostatecznej racji przyjmować istnienie specjalnej psychozy tabetycznej.

2.) Ogromna większość psychoz czynnościowych we wiałdzie wykazuje jeden objaw najczęstszy i najważniejszy—halucynacje w dziedzinie rozmaitych zmysłów.

4.) Nie należy uważać zaburzeń psychicznych wiałdzie za proste powikłanie, nie mające nic wspólnego z chorobą samą.

4.) Najważniejszy objaw psychopatyczny we władze rdzenia, t. j. halucynacje, ma swe źródło najczęściej bądź w zaniku nerwu wzrokowego, bądź w sensacjach tabetyków, które powstają na tle ogólnego przeczulenia czuciowego.

[U naszego chorego np. po za halucynacjami wzrokowymi były jeszcze halucynacje w sferze dotyku („ktoś go ścigał z łóżka za nogi“, „ktoś gniótl go“), te ostatnie miały swe źródło w bólach kończyn dolnych oraz uczuciu pasa].

5) U chorych bez głębszego usposobienia do chorób umysłowych na tle silnego przedrażnienia

czuciowego (bólów, parestezyi i t. d.) mogą rozwinąć się tylko halucynacje bez psychozy właściwej. Natomiast w tych samych warunkach u ludzi, silniej obarczonych dziedzicznie lub z wrodzoną skłonnością do chorób umysłowych, rozwinąć się może psychoza właściwa o charakterze rozmaitym, przeważnie zaś paranoia lub psychoza depresywna (melancholia, hipochondrya).

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O PENTOZURYI.

Skreślił

Mieczysław Halpern.

Oprócz znanej powszechnie moczówki cukrowej istnieją inne jeszcze postaci zaburzeń w przemianie węglowodanowej w ustroju, a mianowicie: laktozurya, lewulozurya, maltozurya i pentozurya. Podczas gdy pierwsza z wymienionych tu postaci chorobowych jest zjawiskiem względnie częstym, pozostałe trzy stanowią dotychczas cierpienia dość rzadkie, znajomość ich jednak przyczynia się stopniowo do coraz liczniejszych publikacji odpowiednich przypadków. Jest to rzeczą wielkiej wagi z tego względu, iż po za niezmiernie doniosłym znaczeniem teoretycznym posiadają one niewątpliwie wielką wagę praktyczną, na co poniżej zwrócę jeszcze uwagę.

Miano pentozuryi noszą przypadki wydzielania pentoz z moczem. Pentozami nazywamy węglowodany, zawierające pięć atomów węgla

w cząstce ($C_5H_{10}O_5$), analogicznie do sześciowęglowych węglowodanów, bardzo rozpowszechnionych w państwie uorganizowanym np. w postaci dekstrozy czyli cukru gronowego ($C_6H_{12}O_6$), hektozy, wydzielanej z moczem w cukrzyce w zwykłym rozumieniu tego wyrazu. Pentozurya jest zatem postacią cukromoczu, niedawno, bo dopiero w roku 1892, po raz pierwszy obserwowaną i opisaną przez SALKOWSKIEGO i JASTROWITZ'a (1). Odkrycie pentozuryi posiadało wybitne znaczenie ogólnobiologiczne; przedewszystkiem stwierdziło ono istnienie pentoz w ustroju zwierzęcym, podczas gdy do tej pory przyjmowano jedynie ich obecność w tworach roślinnych; i w roślinach jednak pentozy nie znajdujemy nigdy w stanie wolnym, nie widzujemy pentozy jako takiej, lecz w postaci pentozanów, czyli węglowodanów o tym samym, co i pentoza, charakterze, a stanowiących bezwodniki pentoz $C_5H_8O_4$. Pentozurya jest zatem jedynym ze znanych dotychczas w naturze przypadkiem, kiedy pentoza występuje *per se*: jest to drugi punkt wybitny omawianego zjawiska. Trzecim wreszcie, a niemniej odosobnionym w świecie

uorganizowanym jest fakt, iż pentoza, występująca w moczu przy pentozuryi, jest optycznie nieczynna, podczas gdy we wszystkich innych postaciach cukromoczu, jak wogóle w ustroju, napotykamy zawsze cukier, skręcający płaszczyzną polaryzacji w tę lub inną stronę. Jest to tem dziwniejsze, iż węglowodany, optycznie nieczynne, a składające się, jak wiadomo, z jednakowych ilości takich samych węglowodanów, optycznie czynnych — prawego i lewego — rozkładają się pod wpływem sił ustrojowych niezmiernie łatwo; nawet ta nieczynna pentoza, z jaką mamy tu do czynienia, a jak zobaczymy poniżej, i-arabinoza rozpada się w ustroju normalnym, jak wykazali i NEUBERG i WOHLGEMUTH (2) na swe komponenty czynne.

Co do własności chemicznych pentoz, to zaznaczę tu pokrótce, iż są to aldozy, t. j. zawierające grupę aldehydową węglowodany o następujących reakcjach: redukują one tlenki metalów i dają przeto próbę TROMMER'a, próbę NYLANDER'a, przy próbie MOOR'a dają żółte zabarwienie i zapach karmelu; z fenylohydrazyną dają ozazon o punkcie topliwości 157°—160°; nie fermentują z drożdżami; przy ogrzewaniu z kwasem siarczanym lub solnym dostarczają furfurołu, na czem polegają też najbardziej charakterystyczne próby na pentozę w moczu, a mianowicie floroglucynowa i oreynowa (3). Próby z floroglucyną (reakcja TOLLENS'a) dokonywamy w sposób następujący: Do 3 ctm. sz. moczu dodajemy 3 ctm. sz. kwasu solnego o ciężarze gatunkowym 1,19 i nieco floroglucyny (na końcu noża); mieszaninę tę ogrzewamy do wrzenia; już przy lekkim ogrzaniu występuje wiśniowo - czerwone zabarwienie, które staje się coraz wyraźniejsze i przechodzi wreszcie w czarno-zielone. Wyciąg amylo-alkoholowy tego barwnika wykazuje pasmo absorpcyjne pomiędzy liniami D i E widma czyli pomiędzy żółtą a zieloną jego częścią. Co do wartości tej próby, to zauważyć należy, iż mocz, zawierający znaczną ilość kwasu glukuronowego¹⁾, może symulować obecność pentoz, daje

bowiem prawie takie same zabarwienie, a nawet wspomniane pasmo absorpcyjne. Cukier zaś mleczny, gronowy i galaktoza dają przy tej próbie dopiero po dłuższem gotowaniu zabarwienia, kolejno występujące w takim porządku: zielone, brunatnawe, czerwone, brunatne, czarne (4). W każdym bądź razie bardziej czuła a mniej zawodna jest próba z oreyną (ALLEN'a i TOLLENS'a), wykonywana w sposób następujący: do 3 ctm. sz. moczu dodajemy 6 ctm. sz. kwasu solnego dymiącego i na końcu noża oreyny; mieszaninę tę i tu zagotowujemy. Już w początku wrzenia wydziela się barwnik niebieskawo-zielony, absolutnie charakterystyczny dla pentoz. Przy wykonywaniu tej próby można również wyciągnąć barwnik alkoholem amylovym, który to roztwór daje pasmo absorpcyjne pomiędzy liniami C i D widma, w części czerwonej w bliskości żółtej. Cukier gronowy i mleczny reakcyi tej zupełnie nie dają; również nie dają jej związane kwasy glukuronowe; jeżeli jednak mocz, zawierający np. znaczną ilość kwasu mentolo- lub terpentynoglukuronowego, przez dłuższy czas gotować będziemy z kwasem siarczanym lub solnym, wtedy uwalnia się czysty kwas glukuronowy, który daje reakcyę oreynową. To samo stać się może przy dłuższem staniu moczu, gdyż wspomniane kwasy glukuronowe z łatwością się rozpadają. Ustrzedz się omyłki jest tu jednak bardzo nie trudno: przedewszystkiem bowiem kwasy mentolo- resp. terpentynoglukuronowe występują w moczu jedynie po podaniu mentolu resp. terpentyny — winniśmy się więc w tych razach kierować przedewszystkiem anamnezą, pozatem w razie obecności kwasu mentolo-glukuronowego mocz posiada zapach mentolu, w razie zaś obecności kwasu terpentyno-glukuronowego — zapach fiołków.

Pewną modyfikacyę próby oreynowej wprowadził BIAL (5); modyfikacya ta polega na dodaniu oprócz kwasu solnego i oreyny jeszcze kilku kropel 10% roztworu półtorachlorku żelaza albo też na użyciu gotowego odczynnika o składzie następującym: kwasu solnego 30% 500,0, oreyny 1,0. *liquor. Ferri sesquichlorati* 25 kropel. Według ostatniej publikacyi BIAL'a (6) próbę należy wtedy wykonywać w sposób następujący: 4—5 ctm. sz. odczynnika ogrzewamy do wrzenia, po usunięciu zaś próbówki z nad płomienia dodajemy kroplami badanego moczu w ilości naj-

¹⁾ Kwas glukuronowy, znajdujący się normalnie w moczu w stanie związanym z indolem i fenolem, występuje w zwiększonej ilości po podaniu niektórych środków lekarskich, jako to chlorału, terpentyny, mentolu, morfiny, kamfory etc. w postaci odpowiednich połączeń. Kwas glukuronowy jest prawdopodobnie produktem przemiany cukru w ustroju.

wyżej 1 ctm. sz.; powstaje wtedy natychmiast lub po krótkim czasie piękne zielone zabarwienie, o ile mocz zawiera pentozę.

Ilościowego określenia pentoz w moczu dokonywamy przy pomocy płynu FEHLING'a, co jest zresztą nie dość dokładne, gdyż trudno jest określić koniec reakcyi, albo też miareczkowaniem według KNAPP'a, polegającym na redukcji HgCN, a do ustalenia końca reakcyi służy chlorek cynku.

Ze znanych nam pentoz arabinozy, ksylozy ribozy i likozy²⁾ napotykamy w moczu przy pentozuryi, jako samoistnem cierpieniu chronicznem (p. n.), jedynie arabinozę, i to optycznie nieczynną. Jeżeli więc mocz daje próbę TROMMER'a, szczególnie jak to zauważył SALKOWSKI opóźnioną, t. j. występującą nieraz dopiero po ostudzeniu płynu i to nagle, jeżeli dalej próba z fenylhydrazyną występuje dodatnio, fermentacyjna zaś ujemnie, jeżeli mocz jest optycznie nieczynny i daje wreszcie próbę z floroglucyną, a zwłaszcza z oreyną, to mamy do czynienia z pentozuryą.

Pentozuryę obserwować możemy w rozmaitych postaciach. Przedewszystkiem zwrócić należy uwagę na t. zw. pentozuryę pokarmową, analogiczną do glukozuryi pokarmowej. Jest to sprawa z pentozuryą właściwą, jako cierpieniem chronicznem, polegającym na zaburzeniu w przemianie węglowodanowej, nie wspólnego nie mająca. Wspomniałem już powyżej, iż rośliny, a zwłaszcza owoce, zawierają dużo pentozanów; pentozany te pod wpływem kwasu solnego w żołądku przejść mogą w pentozy, które w pewnych warunkach mogą przechodzić bez zmiany do moczu; dzieje się to prawdopodobnie wskutek tego, iż dany ustrój nie jest na razie w stanie spalić całkowitej ilości pentoz, które się w większej ilości odrazu doń dostają. Może to mieć miejsce np. po spożyciu większej ilości owoców, jako to wisien, poziomek, śliwek etc. Ilość wydzielanej w tych razach pentozy wynosi 0,2%—0,5% (7). Jeżeli powiedziałem, iż tego rodzaju pentozurya pokarmowa nie wspólnego z pentozuryą właściwą nie posiada, to daje się to zdanie zastosować i pod tym względem, iż mamy w tych razach

w moczu pentozę, optycznie czynną, a mianowicie, prawoskrętną arabinozę.

Sztucznie udaje się nieraz wywołać pentozuryę pokarmową przez podawanie *per os* pentoz. Tu jednak napotykamy ze strony ustroju bardzo rozmaity wrażliwość; jedni znoszą znaczne ilości pentoz, nie reagując na nie zupełnie pentozuryą, jak to obserwował np. LÜTHJE (8), inni już po niewielkiej dawce pentozy dostają pentozuryi (CREMER, EBSTEIN, SALKOWSKI (9): i wtedy jednak przeważna ilość pentoz zostaje zasymilowana, podczas gdy wydalana z moczem stanowi zaledwie cząstkę ilości wprowadzonej. Przy podskórnem wprowadzeniu ksylozy i arabinozy F. VOIT (10) obserwował, iż 50—55% pentozy zostaje zasymilowane. W gorączce widywał BLUMENTHAL (l. c.) znacznie osłabioną asymilację pentoz: mógł on w tych razach otrzymać z moczu pentozazon już po podaniu *per os* 0,1—0,2 grm. arabinozy, podczas gdy u ludzi zdrowych próba ta dawała wynik dodatni dopiero po dodaniu 0,6 grm. tej samej pentozy. Głodzenie nie wpływa według BENDIZ'a i DREYER'a (11) na stopień asymotacyi ksylozy.

Zdarzyć się może, iż przypadek pentozuryi właściwej powikłany zostaje przez pentozuryę pokarmową, jak to obserwował w jednym przypadku BLUMENTHAL (l. c.). Stwierdził on jednocześnie istnienie obu tych postaci pentozuryi w ten sposób, iż mocz, nie fermentujący z drożdżami, skręcał jednak na prawo, chociaż przy reakcyi z fenylhydrazyną dawał jedynie pentozazony.

Pentozurya właściwa, pentozurya chroniczna w odróżnieniu od pokarmowej, istnieje stale, nie zależy od rodzaju przyjmowanych pokarmów, a ilość wydzielanej w tych razach i-arabinozy wynosi 0,3%—1%.

Pierwszy tego rodzaju przypadek obserwowany był, jakem już zaznaczył, przez SALKOWSKI'ego i JASTROWITZ'a. Był to morfinista, u którego obok pentozuryi występowała również glukozurya; cukier gronowy znikł jednak z moczu po zaprzestaniu używania morfiny, podczas gdy pentoza pozostawała w moczu stale. Obecność pentozuryi u morfinistów obserwował później CAPORELLI (12); COLOMBINI (12) zaś stwierdził pentozę w moczu chorego z t. zw. *wanthoma diabeticorum*; po wygojeniu cierpienia skóry znikła i pentozurya.

²⁾ Oprócz tego znane są jeszcze metylpentozy: ramnoza, fukoza, chinowoza i zoramnoza.

Następne dwa przypadki pentozuryi właściwej obserwowane były przez SALKOWSKIEGO i BLUMENTHAL'a (13). Jeden z nich dotyczył 36-letniego osobnika, który był stale zdrowy i miał czworo zdrowych dzieci. Ilość pentozy wynosiła tu 0,7%—1% przy ilości moczu 1—1½ litra; pacjent ten był niezmiernie szczupły. Drugi przypadek wzmiankowanych autorów dotyczył 65-letniego osobnika, u którego już na 20 lat przed stwierdzeniem pentozuryi konstatowano próbę redukeyjną w moczu, nie znaleziono jednak cukru gronowego. Ilość pentozy wynosiła tu zazwyczaj około 1%.

Czwarty i piąty przypadek obserwował BIAL (14). W jednym z nich chodziło o 57-letniego kupca z Warszawy, którego tutaj przyjmowano za dyabetyka i zalecano odpowiednią dyetę. Obecność cukru opierano na dodatnim wyniku próby TROMMER'a i z fenyhydrazyną. BIAL stwierdził, iż był to przypadek pentozuryi. Drugi chory BIAL'a był to 28-letni prowizor bez objawów chorobowych.

Szósty przypadek opisał F. MEYER (15). Był to 39-letni kupiec, u którego również na podstawie dodatniego wyniku próby TROMMER'a i MOOR'a pierwotnie rozpoznano cukrzycę i leczono odpowiednią dyetą i wodą Karlsbadzką. Był to wybitnie szczupły człowiek, który się skarżył na bóle w krzyżu, ogólne osłabienie, bóle i zawroty głowy i bóle neuralgiczne, których żadnymi środkami niepodobna było usunąć. W moczu stwierdzono wszystkie charakterystyczne próby na pentozę, natomiast absolutny brak cukru gronowego.

Siódmy przypadek przytacza BLUMENTHAL w swojej monografii. I tu znowu pierwotnie przyjmowano zwykłą cukrzycę i posyłano chorą wielokrotnie do Karlsbadu. Ilość pentozy wynosiła 1%.

Ósmy przypadek obserwował BRAT (16). Była to 62-letnia kobieta, która się skarżyła na ogólne osłabienie i psychiczną depresję. Przedtem jakoby znajdowano w jej moczu około 0,5% cukru gronowego.

Dziewiąty przypadek dotyczy brata poprzedniej pacjentki. Fakt takiego rodzinnego występowania pentozuryi zasługuje na szczególną uwagę. Badanie moczu innych członków tej rodziny nie wykazało obecności w nim pentozy.

Dziesiąty przypadek opisał LURRATO³⁾, a jedenasty wreszcie BENDIX (17).

Oprócz tych dwu wyraźnie scharakteryzowanych postaci pentozuryi: pokarmowej i chronicznej, istnieją jeszcze przypadki pentozuryi, skombinowanej z glukozurją. Co do tych przypadków, nie wiemy jeszcze dziś, z jaką właściwie pentozą mamy tu do czynienia, tembardziej, iż występuje ona wtedy w bardzo niewielkich ilościach, których za pomocą zwykłych naszych metod badania wykryć weale nie jesteśmy w stanie. Takie przypadki minimalnej pentozuryi obok glukozuryi opisywali KÜLZ i VOGEL, a to samo daje się zauważyć u psów w cukrzycy trzustkowej lub florydzynowej⁴⁾. Zdarzyć się jednak może taka kombinacja pentozuryi i glukozuryi przy pentozuryi właściwej, kiedy nie możemy już mówić o śladach jakiejś niedokładnie zbadanej pentozy, lecz przy zwykłej arabinozuryi. Glukozurya, komplikująca te przypadki,* może być albo przypadkowa i przejściowa, jak np. w pierwszym przypadku SALKOWSKI'ego i JASTROWITZ'a po morfinie, albo też może być wyrazem rzeczywistej moczówki cukrowej o lekkim natężeniu, jak to obserwował BLUMENTHAL (l. c.): ilość cukru gronowego wynosiła w tym przypadku 0,6—1%, ilość zaś pentozy 0,3—6,5%.

Zapoznawszy się z pentozurją z punktu widzenia objawowego, zatrzymać się musimy pokrótce na istocie tego cierpienia. Ponieważ najtypowszem cierpieniem przemiany materii, a dołączając, równie jak i pentozurya, węglowodanów, jest moczówka cukrowa, musimy się tedy przedewszystkiem zastanowić nad dwiema ewentualnościami: 1) albo jest pentozurya osobną postacią moczówki cukrowej, polegającą na tem, iż ustrój wytwarza z węglowodanów o sześciu atomach węgla pięciowęglowe i w tej właśnie postaci je wydała, albo też 2) m amy tu do czynienia z cierpieniem samoistnem, analogicznem do cukrzycy, a polegającym na tem, iż ustrój utracił zdolność spalania przyjmowanych z pokarmami i powstających w nim samym pentoz, tak samo jak traci on tę własność względem cukru gronowego w cukrzycy.

³⁾ Cyt. według WÖHLGEMUTH'a.

⁴⁾ HAMMERSTEN. Lehrbuch der physiolog. und patholog. Chemie. 1899.

Pierwsze z wypowiedzianych tu przypuszczeń ma to za sobą, iż przeprowadzenie hektoz w pentozy na drodze laboratoryjnej skutecznie zostało. Atoli bliższe rozejrzenie się w omawianej sprawie zniwala nas do porzucenia takiego objaśnienia. Gdyby pentozurya była rzeczywiście odmianą cukrzycy, to musiałaby odpowiadać następującemu kardynalnemu a charakterystycznemu dla tej ostatniej objawowi, a mianowicie, zależności wydalanej ilości pentoz od ilości podawanych węglowodanów; tak jednak nie jest: ani zmniejszenie lub usunięcie węglowodanów z diety chorego nie zmniejsza, ani usuwa pentozuryi, ani też dodanie znaczniejszej ilości cukru do pokarmów nie powiększa ilości wydalanej z moczem arabinozy. Tak np. F. MEYER (l. c.) notuje, iż zarówno ścisła dieta bezwęglowodanowa w połączeniu z kuracją karlsbadzką, ani umiarkowane ograniczenie węglowodanów, ani wreszcie zupełnie dowolna dieta żadnego wpływu na ilość pentozy w moczu w jego przypadku nie miały. Zresztą BIAL i BLUMENTHAL (18) stwierdzili dowodnie, że asymilacja cukru w ustroju pentozuryka odbywa się zupełnie normalnie: po podaniu 100 grm. cukru gronowego naczno nie można było wykryć nawet śladów glukozy w moczu, po podaniu 100 grm. lewulozy również nie przeszło do moczu, po podaniu 100 grm. galaktozy ukazało się w moczu zaledwie 5 grm., czyli że ustrój pentozuryka zachowuje się pod tym względem, jak ustrój człowieka zupełnie zdrowego. Takie same wyniki otrzymywał i BRAT (l. c.). Słowem jakiejś odrębnej postaci moczówki cukrowej pentozurya nie stanowi.

Przechodzimy z kolei do drugiego z wypowiedzianych powyżej przypuszczeń. Jeżeli ustrój pentozuryka ma nie spalać wprowadzonych z pokarmami pentoz, to ta pentoz, jaką zawierają owe pokarmy, powinna się ukazywać w moczu. Tymczasem pentozą pokarmów, pentozą roślin jest prawoskrętna arabinoza, zjawiająca się w moczu przy t. zw. pentozuryi pokarmowej; natomiast przy pentozuryi chronicznej, jak już widzieliśmy, mamy do czynienia z arabinozą, optycznie nieczynną. Aby z pierwszej miała powstać druga, musiałby ustrój dostarczyć lewoskrętnej arabinozy. Czy ona jednak w ustroju istnieje, jest rzeczą co najmniej wątpliwą. Ustrój nasz zawiera wprawdzie pentozy, nie wol-

ne lecz związane w ciałach o niezmiernie złożonej budowie — nukleoproteidach. Dokładne zbadanie nukleoproteidów trzustki (NEUBERG) (19) i wątroby (WOHLGEMUTH) (20) wykazało jednak, iż w skład ich wchodzi zupełnie inna pentoz, a mianowicie l-ksyloza, która musiałaby przejść w lewoskrętną arabinozę, gdyby powyższe przypuszczenie co do powstawania i-arabinozy w ustroju miało być prawdziwe. Takie przejście jest jednak rzeczą mało prawdopodobną. Nukleoproteidy innych narządów, prawdopodobnie zawierają również l-ksylozę, na co jednak dzisiaj bezpośrednich dowodów jeszcze nie posiadamy, lecz mamy prawo opierać się w tym względzie na analogii. Że jednak i z innych organów nie powstaje oczekiwana a niezbędna do syntezy i-arabinozy lewoskrętna arabinoza, posiadamy na to dowody uboczne. Gdyby rzeczywiście tak być miało, to pentozurya powinna być związana z wzmocnionym rozpadem ciał nukleoproteinowych, gdyż one jedynie, jak się zdaje, zawierają wogóle w ustroju grupę pentozy. Taki rozpad nukleoproteidów dałby się z łatwością zauważyć, a to dla tego, iż ciała te zawierają inne jeszcze grupy charakterystyczne, a mianowicie, grupę nukleinową i fosfor. Rozpad nukleoproteidów musiałby się tedy ujawnić przez wzmoczone wydzielanie kwasu moczowego i fosforu, co, według badań BIAL'a i BLUMENTHAL'a (l. c.), zupełnie u pentozuryków zauważyć się nie daje.

Nadmienię tu jeszcze, iż ci sami badacze stwierdzili, że ustrój pentozuryka wogóle równie dobrze spala pentozy, jak i ustrój człowieka zdrowego. Podawali oni swemu choremu 50 gr. arabinozy naraz, i mogli odnaleźć z tego w moczu zaledwie 6 grm. Słowem dochodzimy do wniosku, że i drugie przypuszczenie co do istoty pentozuryi było mylnie. Charakter zaburzenia przemiany węglowodanowej przy pentozuryi zupełnie nie daje się porównać do charakteru tych zaburzeń w cukrzycy. Ustrój pentozuryka nie traci zdolności utleniania i asymilacji pentozy, a pomimo tego nie może sobie dać rady z nadmiarem tej substancji, dostarczanej mu przez jakieś niezbadane dotychczas źródło w jego własnym ustroju. Że pentoz, ta nie wytwarza się w nerkach, a raczej, że w każdym razie nie jedynie w nerkach, dowiedli BIAL i BLUMENTHAL

(l. c.), stwierdzili oni bowiem arabinozę we krwi pentozuryka w ilości 0,08%.

Dlatego też na szczególne uwzględnienie zasługuje zupełnie odrębny pogląd NEUBERG'a. Wykazał on przede wszystkim wspólnie z SALKOWSKI'm (21), że l-ksyloza, [t.j. pentoza organów, powstaje prawdopodobnie z cukru o sześciu atomach węgla w cząsteczce — z hektoz; cukier bowiem gronowy może się utleniać do kwasu glukuronowego, a ten jako kwas pentozokarbonowy ($C_5H_{10}O_5CO_2$) po utracie grupy CO_2 daje pentozę, a mianowicie l-ksylozę, co według autorów odbywa się np. przy energicznym gniciu w środowisku umiarkowanie alkalicznym. Ta pentoza jednak w powstawaniu pentozuryi, jakśmy to widzieli powyżej, nie może odgrywać żadnej roli, tem bardziej, iż ilość jej w całym ustroju jest niezmiernie mała i wynosi podług obliczeń BENDIX'a i EBSTEIN'a (22) zaledwie 20—30 grm.; taka ilość nie starczyłaby na pokrycie strat pentozuryka nawet przy całkowitym rozpadzie zawierających ją nukleoproteidów. Inaczej rzecz się ma według NEUBERG'a z arabinozą. Ta ma powstawać nie z cukru gronowego, lecz z innej hektozy, a mianowicie z derywatów galaktozy. Wiadomo, iż cukier mleczny rozszczepia się w kiszkaach na dekstrozę i galaktozę, która w części przyjmuje udział w wytwarzaniu glikogenu, w części zaś przechodzi do cerebryny, jako jej składnik integralny; ta właśnie galaktoza, jako d-galaktoza z łatwością przejść może w i-arabinozę.

Czy pogląd ten o powstawaniu i arabinozy z galaktozy *resp.* z cerebryny jest słuszny, wykazać to muszą jeszcze dalsze badania. W każdym razie na pentozurę zapatrywać się dziś musimy, jako na zupełnie swoistą postać zaburzenia w przemianie materii, żadnej analogii w dotychczas nam znanych postaciach nie posiadającą.

Dla uzupełnienia winienem tu jeszcze dodać kilka słów o rokowaniu i leczeniu omawianego cierpienia. Niestety, ani o jednym, ani o drugim dziś żadnych pewników wygłaszać jeszcze niepodobna, a to z tego powodu, iż cierpienie to znane nam jest dopiero od niespełna lat 12, a liczba obserwowanych dotychczas przy-

padków czystej pentozuryi dosięgła zaledwie 11, jak to powyżej przytoczone zostało.

W każdym razie, zdaniem BLUMENTHAL'a, na podstawie dotychczasowego doświadczenia nie należy uważać rokowania w pentozuryi za nazbyt poważne. Pewne wątpliwości budzić jedynie może wspomniany już fakt, iż krew pentozuryków zawiera pentozę czyli cukier, a to może być powodem, iż pacyenci ci łatwiej ulegać mogą pewnym zakażeniom, aniżeli ludzie zdrowi; dotychczas jest to jednak tylko przypuszczenie, wysnute na podstawie analogii z cukrzycą, nie oparte atoli na doświadczeniu. Naogół porównywa BLUMENTHAL rokowanie w pentozuryi do rokowania w lekkich przypadkach cukrzycy.

Co się tyczy leczenia, to wiemy o niem do dziś dnia bardzo niewiele. Faktem jest, iż ograniczenie węglowodanów w pokarmach pentozuryków, jak to stwierdzają wszyscy autorowie, jest absolutnie zbyteczne; jest to zupełnie zrozumiałe po tem, com wyżej wyłuszczył o istocie tego cierpienia. Zresztą dyeta przeważnie mięsna, według obserwacji BLUMENTHAL'a i F. MEYER'a (l. c.), pentozurykom nie służy; daleko lepiej zdaje się wpływać na nich dyeta mleczna.

Na zakończenie chciałbym kilka słów poświęcić praktycznej stronie przedmiotu. Widzieliśmy powyżej, iż zazwyczaj pentozurycy mają skargi natury ogólnej, przypominające cierpienia konstytucjonalne. To też nie dziw, iż większość, rzec można, przypadków wobec obecności próby redukccyjnej w moczu przyjmowana była za przypadki cukrzycy. Sądzę iż znajomość pentozuryi chronić będzie coraz bardziej od podobnych omyłek, a liczba przypadków pentozuryi odpowiednio do tego wzrośnie. Dlatego też nie należy się ograniczać do omawianej próby przy badaniu moczu na zawartość cukru, lecz sprawdzać otrzymane wyniki przez stosowanie próby fermentacyjnej i badania w polarymetrze, a w przypadkach wątpliwych uciekać się do próby z oreyną. Dla chorego jest to rzeczą wcale nieobojętną — czy jest on lekkim bodaj diabetykiem, czy też pentozurykiem: to ostatecznie rozpoznanie usuwa przynajmniej potrzebę stosowania niezbyt przyjemnej kuracji dyetetycznej, polegającej na ograniczaniu lub usuwaniu węglowodanów z pokarmów. Jakem już wspomniał

powyżej, jeden z pacjentów BIAL'a pochodził z Warszawy, gdzie też mylnie rozpoznano cukrzycę; przy dokładniejszym badaniu nieprzyjemnych omyłek takich znalazłoby się może i więcej.

LITERATURA.

- 1) SALKOWSKI i JASTROWITZ. Centr. für med. Wissenschaften. 1892. N. 19 i 35.
- 2) NEUBERG i WOHLGEMUTH. Zeit. für phys. Chemie. T. 35. 1902. Cyt. według WOHLGEMUTH'a: Zur Pentosenfrage. Bioch. Centr. 1903. N. 14.
- 3) F. BLUMENTHAL. Ueber die Reactionen auf Pentosen. Zeitschr. f. klin. Med. T. 37. Z. 5 i 6. 1899.
- 4) F. BLUMENTHAL. Kohlenhydrate in den Eiweissverbindungen des thierischen Organismus. Zetschrift für klinisch. Medicin. T. 34. Z. 1 i 2. 1898.
- 5) BIAL. Die Diagnose der Pentosurie. Deutsche med. Wochenschr. 1902. N. 15.
- 6) BIAL. Ueber die Diagnose der Pentosurie mit dem von mir angegebenen Reagens. Deutsche med. Woch. 1903. N. 27.
- 7) F. BLUMENTHAL. Die Pentosurie. Die deutsche Klinik. 1902. Z. 71 i 72.
- 8) LÜTHJE. Stoffwechselversuch an einem Diabetiker etc. Zeitschr. f. klin. Med. T. 39. Z. 5 i 6.
- 9) Cyt. według BLUMENTHAL'a. Zeit. für klin. Med. T. 34. Z. 1 i 2.
- 10) F. VOIT. Deutsche Arch. f. klin. Med. 1897. cyt. według BLUMENTHAL'a.
- 11) BENDIX i DREYER. Die Ausnutzung der Pentosen im Hunger. Deut. Arch. für klin. Med. T. 78. Ref. Bioch. Centr. 1904. str. 60.
- 12) Cyt. według BLUMENTHAL'a.
- 13) BLUMENTHAL. Die Pentosurie.
- 14) BIAL. Ueber Pentosurie. Zeitsch. für klin. Med. T. 39. Z. 5 i 6.
- 15) F. MEYER. Ueber chronische Pentosurie. Berl. klin. Woch. 1901. N. 30.
- 16) BRAT. Beitrag zur Kenntniss der Pentosurie und Pentosenreactionen. Zeit. für klin. Med. T. 47. Z. 5 i 6. 1902.
- 17) BENDIX. Ein Fall von Pentosurie. Münch. med. Woch. 1903. N. 36. Ref. Bioch. Centr. 1903. str. 792.

18) BIAL i BLUMENTHAL. Beobachtungen und Versuche bei chronischer Pentosurie. Deut. med. Woch. 1901. N. 22.

19) NEUBERG cyt. według WOHLGEMUTH'a. Zur Pentosenfrage. Bioch. Centr. 1903. st. 14.

20) WOHLGEMUTH. Zeitschrift für phys. Chemie. T. 38. 1903.

21) SALKOWSKI i NEUBERG. Die Verwandlung der d-glukuronsäure in l-xylose. Zeit. f. phys. Chem. Tom. 36.

22) BENDIX i EBSTEIN. Ueber den Pentosengehalt thierischer und menschlicher Organe. Zeit. f. allg. Phys. T. 2. Z. 1. Ref. Bioch. Centr. 1902. N. 1.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

GINEKOLOGIA.

Amenorrhoea et Dysmenorrhoea.

Podług odezytu prof. OLSHAUSEN'a.

Podał

Fr. Neugebauer.

W kresach naszych fizyologiczne miesiączkowanie zjawia się przeciętnie pomiędzy 12 i 16 rokiem życia. Gdy w epoce tej miesiączka nie zjawi się, mamy już do czynienia ze stanem chorobliwym, *cum amenorrhoea*. Przyczyną może być *chlorosis* lub też rzadziej ogólne zatrzymanie rozwoju całego ciała. Jeśli nawet po 19 roku życia jeszcze miesiączka się nie zjawia, prawie bez wyjątku mamy do czynienia z wadą rozwojową, najczęściej znajdujemy *atresia hymenaica*, w innych przypadkach znajdujemy znacznieszego stopnia niedokształcenia wewnętrznych narządów płciowych. Przy *atresia hymenaica* zwykle bardzo późno występuje miesiączka. Rzadko widzujemy pacjentkę taką młodszą nad lat 16, zwykle pacjentka taka, gdy się zgłosi do lekarza, liczy już lat 18—20 lub więcej. Pacjentką zwykle zgłasza się wtedy, gdy już 3 lub 4 miesięczne ataki bolesniejsze miała wskutek zatrzymania krwi w pochwie, zamkniętej u dołu. Jeszcze później zgłaszają się do lekarza kobiety amenoreiczne wskutek hipoplazji narządów płciowych

wewnętrznych. Zwykle zgłaszają się dopiero wtedy, gdy pragną wyjść za mąż, a zastanawia ich brak miesiączki. Wiele z nich zgłasza się nawet dopiero długo po ślubie. Niedorozwój zwykle dotyczy całego ustroju narządów płciowych wewnętrznych. Odrazu uderza w takich przypadkach niedorozwój lub zupełny brak pochwy. Często w takich przypadkach lekarz przystępuje do operacji dla odszukania ujścia pochwy, zamiast przy pomocy badania *per rectum* po założeniu cewnika do pęcherza zbadać poprzednio narządy płciowe wewnętrzne. Badanie takie zwykle ujawnia, że macica jest drobnych rozmiarów, szczałkowa, a jajniki mają zaledwie wielkość groszka, lub też wcale nie udaje się ich wymacać. Stan taki jajników jest przyczyną, że *amenorrhoea* wtedy nie wywołuje żadnych dolegliwości. Jeśli z drugiej strony *mollimina* istnieją, to zwykle i jajniki są większe, i udaje się je wymacać, czyli niedorozwój ich jest mniej znaczny. Stan taki daje wskazanie, jak pierwszy wyrzekł B. v. LANGENBECK, do kastracyi. OLSHAUSEN tylko raz jedyny, kierując się takim wskazaniem, dokonał kastracyi, zwykle brak dolegliwości czyni niepotrzebnem jakiegokolwiek leczenia.

Inną postacią *amenorrhoeae* jest zanik peryodów, które poprzednio istniały. Gdy przerwanie takie miesiączkowania nastąpi u osoby, która tylko co przebyła ciężką gorączkową chorobę, nie szukamy specjalnych przyczyn przerwania miesiączki, ponieważ wiadomo, że w ustroju, przez poważną chorobę gorączkową wycieńczonym, zwykle owulacya na czas dłuższy ulega przerwie. Jest objawem pospolitym, że po przebyciu duru brzusznego, cholery, szkarlatyny etc. miesiączkowanie ustaje na 3 do 6 miesięcy. Pomimo tej świadomości jednak wypada nie zapominać o tem, że niezjawienie się miesiączki może i w tych warunkach mieć przyczynę mechaniczną, albowiem często wskutek dyfterytu pochwowego podczas takiej choroby gorączkowej zakaźnej powstaje zarośnięcie światła pochwy. Dyfteryt pochwy najczęściej przyłącza się właśnie do najcięższych przypadków ogólnej choroby gorączkowej infekcyjnego pochodzenia. Częste są zarośnięcia pochwy, powstałe po tyfusie i po cholery.

Z pośród chorób, które mogą wywołać zanik peryodów, na pierwszym planie stoją sucho-

ty płucne. Jest objawem znanym, że pacjentka taka konsultuje specjalistę właśnie dla braku miesiączki. Rzadziej przyczyną zaniku miesiączki jest *diabetes*. Dalej przyczyną może być morfizm. Przyczynę taką łatwo można przeoczyć, ponieważ pacjentka używa morfiny potajemnie. Gdy nie znajdziemy żadnej przyczyny *amenorrhoeae*, zawsze wypada zbadać pacjentkę co do ewentualnego morfizmu. Czy i alkoholizm chroniczny, jak twierdzi SCHAUTA, i nikotynizm może wywołać zanik miesiączki, tego OLSHAUSEN rozstrzygnąć nie może, ponieważ osobiście takiego przypadku nie widział. Pacjentka, która przez cały rok codziennie używała fenacetyny, straciła miesiączkę, później wyszła za mąż i wkrótce zaszła w ciążę bez powrócenia miesiączki. Widocznie zanik miesiączki w tym przypadku przemawiał przeciw zupełnemu zanikowi owulacyi.

Jakie stany chorobliwe miejscowe mogą wywołać zanik miesiączki?

Wypada zaznaczyć przedewszystkiem, że choroby jajników prawie nigdy nie wywołują zaniku miesiączki, bardzo rzadko zwyrodnieniu jajników towarzyszy zanik miesiączki. A jeśli nastąpił zanik miesiączki, to to jeszcze nie dowodzi przyczynowego związku pomiędzy zwyrodnieniem jajników a zanikiem miesiączki.

Najeczęściej przyczyną *amenorrhoeae* będzie ciąża. OLSHAUSEN wyciął w czwartym miesiącu ciąży oba jajniki rakowato zwyrodniałe, prawie wielkości głowy dorosłego człowieka każdy — widocznie jeszcze cztery miesiące temu owulacya się odbywała. OLSHAUSEN zaledwie dwa lub trzy razy widział zanik miesiączki wskutek zwyrodnienia jajników. W jednym z tych przypadków guz jednego jajnika ważył 25, a drugiego 35 funtów. Chora jedna była nadmiernie wycieńczona, miesiączka zginęła od kilku miesięcy. U drugiej z tych chorych jeden jajnik był zmniejszony w bardzo duży guz, drugi zaś miał zaledwie wielkość główki noworodka. Jest rzadkością wielką, aby znaleziono zanik miesiączki przy takich guzach. Dowodzi to, że nawet przy zwyrodnieniu jajników silnego stopnia jednak musi persystować jeszcze część normalnie funkcjonującej tkanki jajnikowej o dojrzewających pęcherzykach GRAAF'a. Najeczęściej takie reszki tkanki jeszcze funkcjonującej znajdujemy w bliskości *hilus* — wnęki jajnika, dlatego też czę-

sto chora nie traci miesiączki pomimo obustronnej ekstyrpacyi jajników— o ile pozostała część miąższu jajnika w okolicy wnętrza. Przypadki nieraz opisywane persystencyi miesiączki pomimo doszczętnego usunięcia obu jajników — należy przyjmować do wiadomości z niedowierzaniem.

Nie dawno OLSHAUSEN wyciął u kobiety lat 52, jeszcze regularnie miesiączkującej, guz wielkości głowy dorosłego człowieka jednego jajnika, a drugi jajnik mały starczy zanikły pozostawił. Miesiączka już więcej się nie pokazała, pomimo że chora przy operacyi nie straciła prawie krwi, i że rekonwalescencya odbyła się bezgorączkowo. Widocznie w pozostałym jajniku już nie odbywała się owulacya. Ponieważ nie było w tym przypadku włókniaków w macicy, zdaje się, że właśnie zwyrodnienie jajnika jednego podtrzymywało owulacyę w drugim jajniku aż do takiego wieku lat 52. Już KUSSMAUL udowodnił, że wytwarzanie się guzów, nawet u dzieci, może wywołać przedwczesne zjawienie się miesiączki. Prócz tych przyczyn *amenorrhoeae* istnieje *amenorrhoea* o przyczynie trudnej do wyjaśnienia. Jest to odmiana *amenorrhoeae* dosyć pospolita. Zjawiają się pacjentki, panny lub mężatki lat około 30 wskutek zaniku miesiączki, bez widocznej przyczyny. Ani wywiady żadnej nie wykazują przyczyny, ani też nie znajdujemy organicznych zmian chorobowych. Kobieta miesiączkowała dawniej zawsze regularnie nawet przez cały dziesiątek lat: odrazu peryody stały się coraz bardziej skąpe i nareszcie znikły zupełnie w 30, a nawet już w 20 roku. Często pacjentka taka po utracie miesiączki nie ma dolegliwości żadnych, w innych przypadkach zaczyna nadmiernie tyć, jak inne kobiety po fizyologicznej utracie miesiączki w okresie klimakteryicznym. Co było przyczyną przedwczesnej menopauzy? OLSHAUSEN upatruje przyczynę w przedwczesnej inwolucyi jajników, tem bardziej, że żadnych a żadnych dolegliwości nie ma, a dalej ponieważ *vita sexualis* takich kobiet, że tak powiem, zupełnie zanika, żądza płciowa ginie zupełnie, zwykle jeszcze, zanim miesiączka zupełnie ustanie. W jajnikach już niema dojrzewających folikulów; gdy kobieta nie jest zbyt otyła, uda się nieraz przekonać się o zmniejszonej wielkości jajników i o ich zaniku.

W większości przypadków terapia, zwrócona specjalnie ku ponownemu wywołaniu miesiączki, jest bezcelowa, a nawet może zaszkodzić. Po tyfusie i innych podobnych chorobach miesiączka zwykle prędzej czy później wraca samowolnie, o ile ustrój się wzmoce. Przy tuberkulozie, *diabetes* i t. d. każde leczenie *amenorrhoeae* tylko zaszkodzić może. Inna kwestya, gdy istnieje brak peryodów lub też zanik u osoby pozornie zdrowej, lub gdy bez jakiegokolwiek przyczyny jawnej miesiączka do 20 roku życia jeszcze się nie zjawiała. Jeśli chodzi o przedwczesną inwolucyę starczą jajników, podług doświadczenia OLSHAUSEN'a żadna terapia nie nie wskóra, jeśli zanik miesiączki trwa już od lat wielu, gdy zaś zanik ten istnieje dopiero od krótkiego czasu, lub do 20 roku jeszcze miesiączki wcale nie było, nieraz terapia okazuje się skuteczną. Dajemy wtedy preparaty żelaza, z których najlepszym okazało się *ferrum carbonicum oxydatum*, dalej *eumenol* (po trzy łyżeczki od kawy dziennie) lub *kali permanganicum*. Czasami kąpiele z kwasem węglowym lub solanki bogate w kwas węglowy, jak Kissingen i Nauheim, lub też kąpiele żelaziste okazują się skutecznymi. Najlepszym zaś środkiem jest używanie prądu galwanicznego: zwykle starczy 8 do 10 posiedzeń, gdy wprowadzić dodatnią elektrodę do macicy i stosować tylko 10 do 20 miliamperów. Gdy aby raz zjawi się potem miesiączka, to już zwykle się i ustali. Tyle o *amenorrhoea*.

Co do *dysmenorrhoea* OLSHAUSEN nie chce rozpatrywać tutaj dolegliwości ogólnych podczas miesiączki w całym ustroju, lecz tylko bóle w narządach płciowych podczas miesiączkowania. Zwykle rozróżniamy dysmenorree macicznego pochodzenia i jajnikowego, kto wie, czy nie wypadaloby odróżniać i jajowodowego pochodzenia dysmenorree? Co do dysmenorrei macicznej, od dawien dawna rozróżniamy mechaniczną i kongestywną, inni jeszcze odróżniają trzecią odmianę — newralgiczną, zdaniem OLSHAUSEN'a, bez racyi.

Dysmenorrhoea mechanica jest wyrazem cierpień, wywołanych przez mechaniczne utrudnienie wypływu krwi *ex utero*, jest to po prostu kolka maciczna: silne skurcze macicy dla wypędzenia krwi z niej odezuwa chora, jako kolki. Niesłusznie dawniej źródło bólów zawsze upa-

trywano w mechanicznej przyczynie. Dziś naodwrot grzeszą w odmiennym kierunku, nie chcąc uznać mechanicznej przyczyny bólów peryodowych, tak np. KROENIG pisze: *Dysmenorrhoea* czasami jest wywołana patologiczną zmianą narządów płciowych, zwężeniem ujścia macicznego, metrytem, endometrytem tryprówym, błoniastym i t. d., w przeważającej zaś liczbie przypadków znajdujemy dysmenorree u osób neuropatycznych, anemicznych, bez jakiegokolwiek zmian patologicznych w narządach płciowych. OLSHAUSEN chciałby na odwrót powiedzieć: zwykle znajdujemy zmiany patologiczne w narządach płciowych, a wyjątkowo tylko takich zmian nie ma. Neurastenia i histerya nie są przyczyną bólów peryodowych, lecz następstwem długoletniej bolesności peryodów. Bardzo często chora sama opowiada, że z roku na rok coraz więcej staje się nerwową wobec cierpień peryodowych. OLSHAUSEN podziela więc pogląd profesora SCHAUTA'Y. KROENIG i inni koniecznie pragną mieć jedno ogólne objaśnienie przyczyny wszelkich dysmenorrei, muszą więc powołać się na ustrój nerwowy. Nie każdy ból peryodowy polega na bolesnem skurczeniu się macicy. THEILHABER, zdaje się, niesłusznie upatruje przyczynę w tetanicznym skurczu *orificii interni uteri*.

Mechaniczna dysmenorrea jest najczęstszą odmianą, i głównie z jej powodu chore zgłaszają się dla kuracji, ponieważ wtedy bolesność miesiączki jest największa. Jakie anomalie miejscowe najczęściej wywołują bóle peryodowe? *Anteflexio uteri*, zwężająca *orificium internum*. Od czasów prac SCHULTZE'go ogół ginekologów powiada, że *anteflexio uteri* nigdy nie jest patologiczna, z wyjątkiem przypadków zrostów, utrzymujących macicę w przodozgięciu, i przypadków zeszywnienia mięszu macicy wskutek chronicznego jej zapalenia, gdzie macica utraciła możność chwilowego wyrównania się antefleksyi przy silnem napelnieniu pęcherza moczowego. OLSHAUSEN zdania tego nie podziela. Jego zdaniem istnieje *anteflexio* patologiczna i to zarówno patologiczna w znaczeniu anatomicznem, jak i klinicznym.

Czasami u osób młodych o podatnych ścianach brzusznych, dziewie nietkniętych, konstatujemy przodozgięcie tego rodzaju, że *corpus uteri* i *cervix* zdają się przebiegać równolegle, podczas gdy konsystencya macicy jest prawi-

dłowa, a przodozgięcie wyrównywa się przy napelnieniu pęcherza moczowego. Taki sam fakt nieraz znajdujemy na preparatach, z trupa wyciętych. Na pewno więc twierdzić można, że istnieją patologiczne przodozgięcia macicy bez innych zmian patologicznych w ustroju macicy. Tegoż zdania był również VIRCHOW. Jeszcze o wiele więcej prawa mamy do mówienia o patologicznej *anteflexio uteri* w znaczeniu klinicznym. Co prawda, nie każdy nieznaczny ból podczas miesiączki, pomimo że jest on skutkiem skurczu macicznego, wypada nazwać patologicznym. Wogóle na terytorium tak zwanych *molimina menstrualia* nieraz bardzo trudno ustawić granicę pomiędzy tem, co jest jeszcze fizyologiczne, a co jest patologiczne. Przypadki natomiast, gdzie *virgo intacta* wskutek silnych bólów peryodowych spastycznej natury, powstających wskutek *anteflexionis nimiae uteri*, szuka pomocy naszej, śmiało zaliczyć można do patologicznych.

Jak skonstatować, czy dysmenorrea jest mechanicznego pochodzenia? Zwykle rozpoznanie jest łatwe, nawet już ze samych wywiadów. Po pierwsze, ważne są wskazówki pacjentki, że ból jest umiejscowiony w podbrzuszu, że zjawia się atakami, że jest kurezowy, przyjdzie i przejdzie. Nie zawsze bólowi tym towarzyszą mdłości i wymioty, lecz przy żadnej formie dysmenorrei komplikacje te tak często nie występują, jak właśnie przy *dysmenorrhoea mechanica spastica*. Drugą oznaką ważną jest to, że bóle zjawiają się przed zjawieniem się wydzieliny krwawej lub równocześnie z rozpoczęciem krwawienia i że po krótkim czasie, gdy krew swobodnie się już wydziela, giną albo przynajmniej zmniejszają się znacznie. Gdzie oznaki takie są pewne, na pewno można rozpoznać *dysmenorrhoea mechanica*. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie objaw ten nie jest tak wyraźny, gdzie bóle trwają nawet przez kilka dni podczas miesiączki. Wtedy to nieraz rozpoznanie zrobić można *ex juvantibus*. Jednorazowa dylatacyja miejsca zwężonego chociażby tylko sondą trzymilimetrową na trzy dni przed spodziewaną miesiączką już przynosi ulgę znaczną lub też bóle zupełnie usuwa.

Dowodem istnienia takiej formy dysmenorrei są przypadki, gdzie dysmenorrea ginie bezpowrotnie po odbyciu pierwszego porodu.

Zwykłą przyczyną mechanicznej dysmenorrei jest zwężenie *orificii interni uteri*, a zwężenie to polega zwykle na przesadnej *anteflexio uteri*. Przypisać wprawdzie trzeba, że nie zawsze sama *anteflexio* bóle wywołuje, a powstają one wskutek przedmiesiączkowego obrzęku błony śluzowej, który, naturalnie, powiększa stopień zwężenia. Przeciwnicy tego poglądu twierdzą: gdzie przechodzi kilkomilimetrowej grubości zgłębnik, tam i krew peryodowa znajdzie przejście wolne, a również spermatozoidy wejdą swobodnie do jamy macicznej, więc przesadna jakoby *anteflexio uteri* nie może być przyczyną *sterilitatis*. Twierdzenie takie polega na błędnej konkluzji: zapominają ci autorzy, że przy wprowadzaniu zgłębnika, tymże zgłębnikiem wywierają ucisk na błonę śluzową i rozszerzają zwężenie, czego nawet najzręczniejsze *zoospermium* nie potrafi. Wynik jest zbyt uderzający, gdy po wieloletniej bezpłodności, po jednorazowym sondowaniu zginie i *dysmenorrhoea* i bezpłodność! Takich przypadków OLSHAUSEN widział bardzo wiele dzieciątków. Sondowanie nigdy nie bywa tak trudne, jak w tych właśnie przypadkach *anteflexionis nimiae et stenoseos*. Nieraz sondowanie w takich warunkach należy do najtrudniejszych reżymów ginekologicznych.

Zwykle przy przesadnej *anteflexio* i *stenosis* bóle peryodowe zjawiają się nie odrazu od pierwszej miesiączki, lecz dopiero po roku lub dwóch, stale powiększając się, ponieważ w okresie pierwszych peryodów ściany macicy znajdują się w stanie pewnego niedorozwoju: ściany macicy są jeszcze wiotkie i jeszcze nie jest wyrażona owa skończona przesadna *anteflexio*. Dopiero w 16 lub 17 roku ustaliła się owa przesadna *anteflexio*, gdy macica doszła do normalnej wielkości dziewiczej.

Stenosis orificii interni przy *anteflexio nimia* nie jest jednak jedyną przyczyną mechanicznej dysmenorrei. Szukanie przyczyny w ciążności *orificii externi* jest niewłaściwe: stenozy zewnętrznego ujścia macicy są bardzo częste, ale bardzo rzadko kiedy wywołują mechaniczną dysmenorreeę. Itęż to razy widzimy peryody zupełnie niebolesne, pomimo że otwór zewnętrzny macicy zaledwie przepuszcza sondę półtora milimetra grubości. Dlaczego zwężenie zewnętrznego ujścia odgrywa tak nieznaczną rolę, a wewnętrznego tak wielką? Po pierwsze, błona

śluzowa *cervicis uteri* oraz specjalnie *orificii externi* podczas peryodu nie tak znacznie nabrzmiewa, jak w *orificium internum*, powtóre, powyżej *orificii externi* krew zbiera się *in cervice*, która jest mniej bogata w mięśnie i podatniejsza, jako rezerwuar dla krwi ściekającej, nie wywołując skurczów ściany mięsnej. Znamy wszyscy przypadki, gdzie *collum uteri* powyżej *orificii externi* jest rozszerzone prawie beczkowato, a po za peryodem wypełnione jest masami śluzu gęstego.

Zadnej operacji nie dokonywano częścię niepotrzebnie, jak krwawego rozszerzania zewnętrznego ujścia macicy, o ile operacja ta miała usunąć dysmenorreeę lub bezpłodność. OLSHAUSEN nie zarzuca dysezyji zewnętrznego ujścia macicy wtedy, gdy ono rzeczywiście jest przyczyną bezpłodności, lecz w samej rzeczy taki związek przyczynowy jest bardzo rzadki. Mniejsze stopnie stenozy zewnętrznego ujścia nieraz tworzą chwilowe utrudnienie poczęcia na pierwszy rok po ślubie lub dwa, lecz tylko bardzo znaczne zwężenia zewnętrznego ujścia poważnie utrudniają poczęcie. Takich przypadków OLSHAUSEN widuje na rok tylko jeden lub dwa, przypadków zaś, gdzie niepotrzebnie dokonano dysezyji dla zwalczenia dysmenorrei lub bezpłodności widuje corocznie kilka tuzinów.

Wszystko to dotyczy, ma się rozumieć, tylko zwężeń, polegających na wadzie rozwojowej. Wszelkie zwężenia, dawniej tak często widywane, polegające na bliznowatym zwężeniu wskutek przypiekań *lapisem*, *acidum nitricum fumans*, *ferrum candens*, są, zależnie od umiejscowienia, obszaru i t. d., tak różne, że nie sposób ocenić ich znaczenia *en bloc*. Zwężenia takie bez wątpienia mogą wywołać dysmenorreeę i to najwyższego stopnia i wymagają dysezyji niechybnie.

Czy *retroflexio uteri* może wywołać mechaniczną dysmenorreeę? Bezwarunkowo może, lecz są to przypadki rzadkie. Nie *dysmenorrhoea* jest rzadka przy *retroflexio uteri*, lecz *dysmenorrhoea mechanica* jest wtedy rzadka. Istnieją jednak przypadki, które wymagają odpowiedniej terapii.

Prócz wyżej omówionych przyczyn mechanicznej dysmenorrei, istnieją jeszcze inne: zdarzają się stenozy powyżej *orificii interni*, pochodzenia zupełnie niewyjaśnionego dotąd. Dwanaście lat temu OLSHAUSEN widział kobietę 20-letnią, leczoną przez bardzo wielu lekarzy

daremnie przy dysmenorrei. *Dysmenorrhoea* miała wszelkie cechy mechanicznie wywołanej: bóle były nadzwyczaj silne, chora nieraz całemi godzinami krzyczała głośno z bólu, co potwierdzili nie tylko rodzina, lecz i inni lokatorzy tego domu. Ostatni z lekarzy konsultowanych radził wyjąć macię; wtedy chora udała się do OLSHAUSEN'a, jako superarbitra w tej kwestyi. OLSHAUSEN u pacjentki rozsądnej, spokojnej, bynajmniej nie nerwowej lub histerycznej znalazł *retroversione uteri* średniego stopnia, lecz nie udało mu się macię odwrócić naprzód. Zgłębnik bez trudności wdrażał do macicy na 4—5 ctm., lecz dalej — ani rusz! Daremnie OLSHAUSEN próbował zwalczyć przeszkodę najcieńszymi zgłębnikami, jaki posiadał, o guziku końcowym grubości półtora milimetra. Wtedy to pod narkozą skonstatowano, badając *per rectum*, że macię miała wielkość prawidłową, leżała *in laterosinistroversione* bez śladu fleksji jakiegokolwiek. Ponieważ więc można było wyłączyć niedorozwój macicy, OLSHAUSEN zdecydował się *par force* wprowadzić cienki zgłębnik do jamy macicznej; później wprowadzał zgłębniki coraz grubsze, i pacjentka wyzdrowiała, zachowując macię swoją: miesiączka po dziś dzień pozostała niebolesna; innego leczenia później już nie potrzebowała.

Dalej nieraz polipy lub włókniaki podśluzowe, zamykające, jak wentyl, *orificium internum*, mogą wywołać dysmenorree, lecz przypadki takie są rzadkie.

Po dysmenorrei mechanicznego pochodzenia najczęstsze są formy dysmenorrei pochodzenia z przekrwienia, czyli zapalne, kongestywne. Niektórzy autorowie formę tę uważają za najczęstszą, co jedynie wtedy można uznać za słuszne, gdy mówi się o dysmenorrei w ogólnym znaczeniu, gdy zalicza się do dysmenorrei nawet najmniejsze bóle peryodowe. Bólów tak silnych, jak przy mechanicznej dysmenorrei nie widzimy nigdy przy dysmenorrei kongestywnej, dalej bóle tutaj nie występują tak typowo i równocześnie z ujawnieniem się pierwszej krwi. Bóle przeciwnie rozpoczynają się już na tygodnie albo dni przed peryodem spodziewanym, podczas peryodu trwają dłużej a nawet jeszcze kilka dni po peryodzie. Ogólne samopoczucie przed i podczas peryodu przeciętnie jest gorsze, natomiast wymioty rzadziej się trafiają.

Kongestywną dysmenorree napotykamy najczęściej przy stanie chorobliwym przydatków macicznych: *salpingitis*, *pyosalpinx*, *perimetritis chronica*, *endometritis*, dalej przy wyższych stopniach *metritis chronicae*, gdzie macię przedstawia się dużą, twardą, grubą i ciężką, i peryod jest bardzo skąpy. W tych to przypadkach prawdopodobnie ściany macicy są źródłem bólów, gdy przy kongestyi menstrualnej i tylko niewielkim krwawieniu, więc niewielkim upuszczeniu krwi z błony śluzowej, peryferyczne końce nerwów w stwardniałej ścianie macicy podlegają nie zwykłemu uciskowi. Przy takiej przyczynie dysmenorrei terapia najmniej będzie miała wyników dobrych. Tam, gdzie schorzałe przydatki maciczne są podstawą i przyczyną bolesności miesiączki, ból może zlokalizować się więcej w nich, lecz wobec bolesności ogólnej podbrzusza całego trudno o rozpoznanie więcej ściśle.

Narządy, będące siedzibą chronicznego zapalenia podczas kongestyi menstrualnej, stają się bolesnymi, podobnie jak puerperalna macię pierwiastki, gdy na trzeci dzień naprzykład *puerperii* wystąpi zapalenie okoliczności: każdy skurez poporodowy chora odczuwa jako ból, podczas gdy skureze poporodowe przed wystąpieniem zapalenia były niebolesne.

Przy *retroflexio uteri* bez komplikacji zwykle nie ma dysmenorrei; w wyjątkowych przypadkach istnieje nieznaczna *dysmenorrhoea mechanica*, lecz przy *retroflexio uteri fixata* często za macię i poniżej jej leżą nieraz otoczone wrzekomemi błonami zapalnego pochodzenia *adnexa*, a ból pochodzi od nich.

Nareszcie przekrwienie *uteri* przy istniejącej od dawnego czasu *retroflexio* może wywołać kongestywną dysmenorree tak samo, jak *metritis chronica* przy normalnem położeniu macicy, chociaż nie bywa to często. *Uterus retroflexus* zwykle jest więcej miękkim, niż przy *metritis chronica*. Tem się tłumaczy, że bóle są słabsze i rzadsze. O bólach peryodowych, wywołanych endometrytem, dalej będzie mowa.

O dysmenorrei pochodzenia jajowodowego kilka słów tylko. Nadzwyczajny nieraz przerost ścian mięsnych *pyosalpinxum*, które nawet na przekroju przedstawiają się czerwone, jak przekrojony mięsień, tłumaczy, że łatwo mogą powstać bolesne skureze ścian jajowodów.

Tam, gdzie rozpoznanie *pyosalpingis* jest pewne, charakter bólów peryodowych bardzo łatwo określić, jako zależny od kongestji w jajowodach. Gdy bóle takie powtarzają się przy każdej menstruacyi, rozpoznanie brzmi: *Kolka jajowodowa, dysmenorrhoea tubaria.*

Co do *dysmenorrhoea ovarialis*, po pierwsze zaznaczyć wypada, że tak łatwo zwykle rozpoznawane nowotwory jajników nigdy nie wywołują dysmenorrei. Jeśli nowotwór jajnika wskutek skręcenia szypuły wywoła zapalenie otrzewny, jak to najczęściej bywa przy obecności skórzastych torbieli jajników, to następna miesiączka może nastąpić przy wzmózonych bólach, lecz nie można tego obrazu klinicznego nazwać dysmenorrea, albowiem tylko kongestya menstrualna wzmogła bóle otrzewnowego pochodzenia. Istnieje z drugiej strony sprawa patologiczna w jajnikach, która może wywołać dysmenorrea: są to przypadki, etiologicznie jeszcze mało wyjaśnione, gdzie w jajnikach znajdujemy w pewnej liczbie follikulów wylewy krwawe, nieraz kilka takich follikulów zlało się w jedną jamę, krwią płynną napelnioną.

Tego rodzaju sprawa patologiczna, prawie zawsze obustronna, *haematoma ovariorum*, zwykle idzie w parze z wielkimi dolegliwościami, prawie stałymi bólami i ogólnem niedomaganiem. Bóle zawsze wzmagają się podczas miesiączki i wypada przypuszczać, że wskutek kongestji menstrualnej powstają owe krwawienia do follikulów, a już krwią napelnione follikuly jeszcze bardziej się krwią napelniają.

Rozpoznanie takiego cierpienia, które może trwać przez długie lata i wywoływać bardzo silne bóle, możebne jest tylko jako przypuszczalne, gdy jajniki okażą się powiększone, o chropowatej powierzchni, powiększają się jednak tylko bardzo nieznacznie w trakcie nawet kilku miesięcy. Jedyną terapią dla takich przypadków jest wycięcie obu jajników.

W niektórych przypadkach chronicznego zapalenia przydatków macicznych, gdzie i jajniki biorą udział w sprawie zapalnej, możnaby mówić o *dysmenorrhoea ovarialis*, lecz w tych przypadkach zwykle okaże się niemożebnem rozróżnić dysmenorrea pochodzenia jajnikowego, jajowodowego lub też poprostu macicznego.

Właściwa *dysmenorrhoea ovarialis* posiada zupełnie odmienne cechy i jest cierpieniem bar-

dzo częstem. Napotykamy ją częściej u mężatek, niż u panien, i najczęściej u kobiet 20 do 30-letnich. Chore miewają bóle nie tylko podczas miesiączki, lecz w każdym okresie mogą się bóle te zjawić. Bóle zwykle są jednostronne, częściej lewostronne, niż prawostronne. Ból ogranicza się zwykle na mały obszar, odpowiadający miejscu położenia jajnika. Ból nieraz ginie nagle, aby wkrótce powrócić i potrwać albo kilka dni, albo kilka tygodni, bądź silniejszy, bądź słabszy na razie. Są pacjentki, które mają silniejsze bóle po wysiłkach, po emocyi psychicznej i t. d. Ból, gdy się wzmoże, nieraz przechodzi aż na okolicę lędźwiową. Większość takich pacjentek podczas miesiączki miewa bóle o wiele wzmożone. Cały obraz kliniczny mniej więcej odpowiada temu, co rozumiemy pod nazwą *oophoritis chronica*. Rzeczywiście też często zgłaszają się chore z rozpoznaniem, przez lekarza zrobionem: *oophoritis chronica*, lecz czyż rozpoznanie takie jest uzasadnione?

Wywiady zwykle w takich przypadkach nie ujawniają żadnego poprzedniego ostrego zapalenia jajników, również przy badaniu nie stwierdzamy chronicznego zapalenia jajników. Badanie zwykle ujawnia tylko silną bolesność w okolicach jajników, lecz po zatem nie więcej. Gdy tylko uchwycić jajnik pomiędzy palce i lekko nacisnąć, już chora akcentuje silny ból — „to jest mój ból“, mówi. Gdy chodzi o trudniejsze rozpoznanie, lepiej badać pod narkozą nawet przy narkozie niekompletnej już przy dotyku jajnika zdradza się ów ból. Gdy badać chorą bez narkozy, to ucisk, przy badaniu na jajnik wywarty, może wywołać nie tylko chwilowy ból, lecz silny i długotrwały atak bólów; bóle po takim badaniu mogą potrwać przez kilka godzin. Nieraz udaje się stwierdzić, że jajnik ma normalną wielkość, że jest swobodnie ruchomy, że ma kształty regularne i gładką powierzchnię, czyli że wynik badania ujawnia jajnik absolutnie normalny po za ową niezwykłą bolesnością przy dotyku.

Dawniej OLSHAUSEN nieraz wobec ustawicznych cierpień takich, gdzie terapia żadnej ulgi nie przynosiła, usuwał jajnik drogą operacyjną, lecz nigdy ani makroskopijnie ani pod drobnowidzem nie wykrył najmniejszej zmiany patologicznej w wyciętym jajniku. Czyż można tutaj mówić o sprawie zapalnej, gdzie ujawnia się je-

dynie obraz neuralgii? Z cechą newralgii zgadza się również cały charakter tych bólów: nagłe wystąpienie bólów, które trwają kilka godzin albo kilka dni, i tak samo niewyjaśnione nagłe zgnięcie ich na dłuższy lub krótszy przeciąg czasu. Nawet w niektórych przypadkach bóle w okolicach jajników występują na przemian z bólami w twarzy lub z innymi newralgiami.

Mamy wszelkie prawo uważania tych bólów za newralgiczne, tem bardziej że i terapia za tem przemawia, że chodzi tutaj o newralgię. Preparaty bromu po trzy gramy dziennie już po kilku dniach przynoszą ulgę, najlepsze zaś wyniki lecznicze dają podskórne wstrzykiwania preparatów antypiryny. Gdy wstrzyknąć po 0,5 antypiryny 3 lub 4 razy tygodniowo, ból gina zwykle już po drugiej iniekcji: stan chorej o wiele na lepsze się zmienia i nie daje się porównać ze stanem chorej w przeciągu lat ostatnich dwóch lub trzech i więcej. OLSHAUSEN zwykle używa roztworu antypiryny z jednego grama na dwa gramy wody destylowanej, tak że każdy gram płynu, wstrzykiwanego pod skórę, zawiera pół grama antypiryny. Wstrzykiwań dokonywa się w okolicy lędźwiowej, jeśli ściany brzuszne są otyłe, do ściany brzusznej. Dbając o niebolesność iniekcji, trzeba zwracać uwagę na to, by nie było ani kropli roztworu na zewnętrznej powierzchni igły i aby zrobić iniekcję podskórną głęboką. Wtedy ból, spowodowany iniekcją jest krótkotrwały. Po prostu zdumiewające jest działanie tego rodzaju iniekcji!

Ani mowy niema o tem, aby można zastąpić iniekcje podskórne antypiryny dawkami *per os*. Można dać nawet podwójną dawkę antypiryny *per os*, a rezultat bynajmniej nie dorówna wynikowi iniekcji podskórnej.

Gdy tylko zmniejszą się lub zginą bóle, stale zwykle zmniejsza się i cały kompleks objawów dysmenorroeicznych.

OLSHAUSEN w tem miejscu przytacza dwa przykłady z praktyki własnej:

X. X. lat 33, rodziła 8 razy, ostatni raz półtrzecia roku temu. Inny lekarz dokonał wykrobienia błony śluzowej macicy wskutek przewlekłych krwawień: od owego czasu zjawiał się ból w lewym podbrzuszu. Pomimo niejednokrotnego badania nie znalazł OLSHAUSEN żadnych zmian patologicznych prócz silnej bolesności

w okolicy lewego jajnika, który okazał się co do wszelkich innych cech prawidłowym. Chora ta, wolna od jakiegokolwiek objawów histerycznych, mówi, że nie znosi absolutnie żadnego gorsetu, ponieważ zaraz po nałożeniu gorsetu doznaje bólów. Pomimo, że należy do pierwszorzędnego towarzystwa, już od roku gorsetu nie używa, przy ruchach doznaje bólów większych. Od 8 miesięcy już chorą w mieszkaniu przenoszono z jednego pokoju do drugiego, ponieważ chodzenie sprawiało jej zawsze silny ból. Ponieważ dwuletnie leczenie wszelkimi możebnymi środkami antyflogistycznymi nie pomogło, zdecydowała się pacjentka na przyjazd do Berlina. Po dokonaniu badań, powyżej wyszczególnionych, OLSHAUSEN dokonał dwukrotnej iniekcji podskórnej antypiryny w okolicy lewej lędźwiowej. Ból zginął. Dla pewności zrobiono jeszcze trzy iniekcje. Pacjentka już po drugiej iniekcji zaczęła chodzić na spacer, włożyła gorset i czuła się zupełnie zdrową. W pół roku później zawiadomiła OLSHAUSEN'a, że bóle nie powróciły.

Drugi przykład był taki: X. X. 30-letnia dama, należąca do wyższego towarzystwa w Paryżu, od 9 miesięcy leżała w łóżku, leczona przez nie mniej, nie więcej, niż 33 lekarzy; w przeciągu tego czasu, zalecano jej ekstyrpację obu jajników, ponieważ badanie ujawniło wielką wrażliwość uciskową lewego jajnika oraz niektóre objawy histeryczne (wzmoczone odruchy ścięgien, brak anestezji). OLSHAUSEN wypowiedział się przeciw operacji takiej, na co zgodzili się dwaj koledzy z Paryża. Zrobiono kilka iniekcji podskórnych antypiryny, i stan psychiczny chorej się poprawił. Po 8 dniach chora już pojechała na spacer do Bois de Boulogne, po 14 dniach przyjechała do Berlina, gdzie wkrótce okazała się zupełnie zdrową.

O etiologii tej choroby niewiele da się powiedzieć. Dziwnem jest, że tego rodzaju cierpienia widzimy prawie wyłącznie w praktyce prywatnej i to tylko w zamożnej. Wywiady zwykle żadnych wskazówek rozpoznawczych nie udzielają. Cierpienie powstaje powoli, nieraz nagle się wzmaga. Chore zwykle uskarżają się wyłącznie tylko na ból, o którym była mowa, nie zdradzają oznak histeryi, stygmatów i zwykle posiadają normalne odruchy ścięgien.

W niektórych przypadkach OLSHAUSEN podejrzewał związek przyczynowy pomiędzy neuralgią jajnika a długoletnim *coitus interruptus*, lecz nie jest w stanie powiedzieć, jak często tego rodzaju związek przyczynowy istniał.

Owaryalgia ta jest przyczyną dysmenorrei jajnikowej, tak zwanej neuralgicznej dysmenorrei; siedzibą bólu jest jeden jajnik, rzadko tylko oba jajniki, a nie sama macica. CHARCOT w 60 latach zeszłego stulecia opisywał w jaskrawych barwach swoje histeryczki, u których występował atak bolesny przy wywarceniu ucisku na boczne podbrzusze, zwykle lewe, gdzie ucisk, na okolicę jajnika wywartym, wywoływał natychmiast atak histeryczny, który to atak ginął znów przy ucisku, dłużej trwającym. CHARCOT przypuszczał, że ataki te były wywołane uciskiem, bezpośrednio na jajnik wywartym, lecz klinicznie tego nie dowiódł. Obecnie przy wielkiej wprawie naszej w wymacywaniu jajnika, pomiędzy palcami uchwyconego, musimy potwierdzić słuszność przypuszczenia CHARCOT'a co do owej hiperestezji jajnika. OLSHAUSEN już w roku 1886 potwierdził przypuszczenie CHARCOT'a, zachodzi jedynie ta różnica, że CHARCOT pisał o kobietach w wysokim stopniu histerycznych, podczas gdy pacjentki OLSHAUSEN'a zwykle nie ujawniały żadnych objawów histeryi. Zwykle u nich znajdował on tylko ból jajnika i od niego zależną dysmenorreeę. OLSHAUSEN nie chce rozstrzygać kwestyi, czy w histeryi notorycznej ból jajnika jest częściowym objawem tej histeryi, czy też histerya nie jest następstwem owaryalgii. Pewnem jest, że owaryalgia jest neuralgią samoistną, która występuje często bez histeryi. Jak ważnem jest ponownie wspomnieć o owaryalgii, dowodzi to, że dwie najnowsze monografie o chorobach jajników MARTIN'a i PFANNENSTIEL'a nawet ani słowem nie wspominają o niej.

Co do dysmenorrei nosowej, opisanej przez FLEISS'a, a później przez SCHIFF'a i KOBLANCK'a, OLSHAUSEN własnego doświadczenia nie ma, przypuszcza jednak możliwość jej i sądzi, że są to właśnie przypadki owaryalgii, gdzie tak uwydatnia się związek pomiędzy narządami płciowymi a nosem.

We wszystkich przypadkach mechanicznej dysmenorrei związek ten nie odgrywa żadnej roli.

Wypada nareszcie wspomnieć o dwóch stanach chorobowych zupełnie odrębnej natury: *dysmenorrhoea membranacea* i tak zwany ból intermenstrualny.

W bloniastej dysmenorrei, dziś *endometritis exfoliativa* nazywanej, przyczyna bólów jest mechaniczna: kolki maciczne wywołują owe bóle. Kolki, skurcze maciczne, aby ową błonę z macicy wypędzić. Przyczyny takiej eksfoliacji błony śluzowej w jednym kawalku są zupełnie ciemne dotąd. Jeśli słusznie twierdzili BORN i FRAENKEL, że wytwarzanie się *deciduae graviditatis* zależy od *corpus luteum verum*, zyskałoby na prawdopodobieństwie przypuszczenie, że i *dysmenorrhoea membranacea*, wytwarzanie się tej błony menstrualnej, zależy od jajników.

Endometritis exfoliativa nie jest częstą chorobą, lecz częstszą, niż zwykle przypuszczano. Przypadki, gdzie w tem cierpieniu bólów wcale nie ma, są częste i nie dostają się do rąk lekarza właśnie z tego powodu, że bólów nie ma. Nawet nieraz tam, gdzie bólów nie ma, sama chora nie zauważy nigdy, że wypada z pochwy jakaś błona. LOEHLIN i v. WINCKEL również obserwowali takie przypadki *endometritidis exfoliativae* bez bólów.

Cierpienie trwa zwykle przez długie lata, terapia jest prawie bezsilna przeciw niemu, prócz ulgi, przez narkotyczne środki chwilowo przynoszonoj. Czasami pomaga wyskrobanie z następczem energicznym leczeniem wewnątrzmacicznym chlorkiem cynku, rzadziej pomagają kąpiele.

Jeszcze mniej zrozumiała jest etiologia bólów intermenstrualnych, „Mittelschmerz“ — jak wyrażają się pacjentki. Bólów tych właściwie nie można nazwać dysmenorreeą, a jednak stoją one w związku z miesiączką, jak dowodzi stosunek ich czasowy co do terminu menstruacji. Bóle te powtarzają się regularnie na 10 lub 11 dzień po peryodzie, trwają kilka dni aż do tygodnia, aby ustać na kilka dni przed spodziewanym nowym peryodem. Zależą one na pewno od praemenstrualnej kongestyi, ale dlaczego u niektórych kobiet kongestya ta zawsze wywołuje bóle, i czy siedzibą bólów jest macica, czy jajnik, nie wiadomo.

Dotychczas nie znamy żadnej jawnej przyczyny anatomicznej: często nie ma w tych przypadkach ani anomalii położenia macicy, ani sta-

nu chorobliwego przydatków macicznych, ani endometrytu. Zwykle obiektywnie żadnych zmian patologicznych nie znajdujemy: są to bóle nieokreślone w brzuchu i krzyżu. Najwięcej przeciw tym bólom działają: *Antineuralgica*, głównie *Pyramidon* po 0,5—1,0 raz lub dwa razy dziennie stosowany. Antypirynę można podskórnie stosować w okolicy lędźwiowej.

Leczenie dysmenorrei będzie różne, zależnie od jej przyczyny. Mechaniczną dysmenorree przy przesadnej *anteflexio uteri cum stenosi orificii interni* leczymy dilatacją *orificii interni*; jeśli rozpoznanie tej przyczyny jest niepewne, dobrze będzie na dwa, trzy dni przed spodziewanym peryodem chociażby raz sondować macicę: dobry skutek takiego jednorazowego sondowania ujawnia się bardzo szybko. W niektórych przypadkach jedno- lub dwurazowe sondowanie usuwa bolesność peryodów na kilka nawet miesięcy, nawet raz na zawsze! Gdy kobieta była równocześnie bezpłodna, sondowanie takie chociażby jednorazowe, może ułatwić poczęcie. Takich przypadków OLSHAUSEN widział wiele. Gdy sondowanie nie wystarczało, używano dilatacji z laminaryą i innymi środkami pęczniającymi; środków tych OLSHAUSEN nie zaleca, pomimo że laminarya chwilowo rozszerza *orificium internum*, to otwór ten bardzo szybko ponownie się kurczy i zwęża. Inaczej, gdy użyć dylatacji rozszerzadłami, jakie polecili FRITSCH, HEGAR, LANDAU. OLSHAUSEN używa zwykle rozszerzadła LANDAU'ego. Jednorazowe rozszerzenie do numeru 19 lub 21 *sub narcosi* zwykle starczy, aby bolesność peryodów usunąć na długi czas, jeśli nie na zawsze. Czasami zaleca się używanie paleczek wewnątrzmacicznych z twardego kauczuku, lecz początkującym lekarzom OLSHAUSEN sposobu tego nie zaleca. Jeśli ciągle jeszcze odzywają się czasami głosy, zalecające stosowanie prądu galwanicznego, to OLSHAUSEN działania tego leczenia nie przypisuje prądowi elektrycznemu, lecz mechanicznemu rozszerzaniu szyi macicznej przez sam instrument, do macicy wprowadzony. Gdy u pacjentki, dotkniętej dysmenorrea mechaniczną i bezdzietnej, nastąpi po leczeniu ciąża, to zwykle dysmenorrea już nigdy nie powraca. Opium i morfina nawet w dużej dawce zwykle prawie wcale nie przynoszą ulgi w dysmenorrei mechanicznego pochodzenia.

We wszelkiej dysmenorrei innego pochodzenia leczenie będzie bardzo różne, zależnie od podejrzywanej przyczyny, i wyniki będą o wiele mniej wybitne i pewne. Jeśli przyczyna leży w stanie chorobliwym przydatków macicy, to radykalnem leczeniem byłaby ich ekstyrpacya, lecz wolno do niej tylko wtedy przystąpić, jeśli sam ten stan chorobliwy przydatków wymaga ekstyrpacyi, lub też gdy wszelkie środki dla osiągnięcia ulgi są wyczerpane, a chora gwałtownie domaga się operacyi. Po zatem zastosować wypada odpowiedni régime, szczególnie podczas peryodu, i cały aparat antyflogistyczny. Są przypadki dysmenorrei etiologicznie niejasnej, gdzie chora czuje się lepiej po za łóżkiem, niż gdy lekarz zabroni jej wstać. Głównie dotyczy to przypadków *metritidis chronicae* o skąpej bardzo miesiączce.

Przypadki te najwięcej trudności robią nam w leczeniu. Czasami dobrze robią bardzo ciepłe długotrwałe kąpiele podczas peryodu. Również eumenol zasługuje na użycie, jak i cały szereg środków *antineuralgica*, które więcej daleko pomagają w dysmenorrei jakiegokolwiek pochodzenia, niż narkotyczne środki; głównie *pyramidon* zasługuje na zaufanie. Czasami bardzo dobrze robi większa doza koniaku lub też duża szklanka grogu. W rzadkich przypadkach polepszenie występowało zaraz po zmianie miejsca zamieszkania, głównie w dysmenorrei newralgicznej.

OLSHAUSEN przechodzi do wniosków następujących: Najboleśniejsza dysmenorrea najczęściej jest pochodzenia czysto mechanicznego, zależna od ciasności *orificii interni uteri sub anteflexione uteri nimia virginea*. Ilościowo przewyższa dysmenorrea kongestyczna, dysmenorrea mechanicznego pochodzenia daje najpewniejsze wyniki przy leczeniu i najlepsze rokowanie, jest ona przy właściwem leczeniu prawie bez wyjątku uleczalna.

Istnieje *dysmenorrhoea ovarialis* bez jakiegokolwiek zmian patologicznych w jajnikach, zależna od hiperestezji jajników (CHARCOT). Owaryalgia ta o wiele częściej zdarza się, jako samoistna newralgia, niż jako objaw częściowy histeryi. Antyflogistyczne leczenie tego cierpienia, zwykle *oophoritis chronica* w praktyce nazywanego, nie daje żadnych wyników, przy właści-

wym zaś sposobie zastosowania środka antyneuralgiczne szybko ulgę przynoszą.

(Zeitschrift für Geburtsh. u. Gyn. Bd. II Heft. I. pg. 226).

54. J. MIKULICZ: W sprawie patologii i terapii skurczu wpustu (cardiospasmus).

Tak zwane samoistne rozszerzenie przełyku, cierpienie do niedawna bardzo rzadkie i dyagnozowane tylko na oględzinach pośmiertnych, w ostatnich czasach daje się stwierdzić za życia chorych bardzo dokładnie; względnie łatwo odróżnić je można od cierpień takich, jak rak przełyku, zwężenie bliznowate tegoż lub uchyłek. Najbardziej rzucającym się w oczy objawem tego cierpienia jest rozlane rozszerzenie dolnych $\frac{2}{3}$ części przełyku, który staje się wtedy podobnym do butelki lub gruszki, z niewielkim jednak przewężeniem w miejscu przejścia przez otwór w niepodatnej przeponie. Rozszerzenie to bywa czasem tak znaczne, że przełyk może zmieścić litr, a nawet więcej płynu. Drugi objaw, wielce dla chorych uciążliwy, polega na utrudnionem łykaniu; zaburzenie to nazywa MIKULICZ *dysphagia cardiaca*, gdyż, zdaniem jego, przeszkody do przechodzenia pokarmów należy szukać we wpuscie: przy braku grubszych zmian anatomicznych wpust pozwala tylko na niezupełne przejście pokarmów; wobec tego następuje w przełyku zastój pokarmów, następstwem znowu zastojem bywa zapalny stan przełyku, a wszystko to razem w połączeniu z uciskiem pokarmów zalegających na ściany przełyku i narządy sąsiednie składa się na jedno z najbardziej męczących cierpień.

Etiologia cierpienia jest mało znana. MIKULICZ na zasadzie spostrzeżeń klinicznych, stwierdzonych doświadczalnie na ludziach oraz zwierzętach, za najczęstszą przyczynę cierpienia uważa skurcz wpustu, powstały czy to na tle nerwowem, czy też odruchowo, naprz. przy wrzodzie żołądka *ad cardiam*. Nie będziemy tu szczegółowo powtarzali ciekawego opisu spostrzeżeń klinicznych oraz doświadczeń autora (artykuł, jako bardzo pouczający, zasługuje na uważne przeczytanie), zaznaczymy tylko rzeczy ważniejsze. Otóż w warunkach fizyologicznych przy przedostawaniu się pokarmów z przełyku do żołądka czynny jest wentyl, zamykający się od strony żołądka pod wpływem różnicy w ciśnieniu we-

wnątrz żołądka i w przełyku. Wentyl ten otwiera się z chwilą, gdy ciśnienie w przełyku staje się większem od ciśnienia w żołądku; przy łykaniu płyny oraz masy papkowate wskutek skurczu mięśni gardzeli zostają wepchnięte w górną część przełyku, ztąd dzięki swemu ciężarowi spływają do wpustu i otwierają go automatycznie, również dzięki swej wadze. A więc do przejścia przez przełyk i wpust nie potrzebują one wcale pomocy perystaltyki; wyjątek stanowią płyny drażniące, gdyż odruchowo wzmagają one skurcz wpustu, który daje się przewyciężyć dopiero dzięki wzmózonemu ciśnieniu podczas aktu łykania. Kęsy pokarmów stałych zostają „chwytane“ przez perystaltykę przełyku i tym sposobem przechodzą przez wpust, nawet przy patolog. skurczu tegoż, rozumie się, dopóki muskulatura przełyku może przewyciężyć opór ze strony patologicznie skurczonego wpustu.

W warunkach chorobowych, przy skurczu wpustu, rzecz jasna, przedewszystkiem zaburzenia wystąpią przy przechodzeniu pokarmów płynnych: przejdzie taka ilość płynu, jaka dzięki swej wadze jest w stanie przewyciężyć ciśnienie ze strony kureczowo zamkniętego wpustu. Kęsy pokarmów stałych będą przechodziły jeszcze dość dobrze. Dopiero z biegiem czasu, kiedy wskutek zastojów płynów rozpocznie się rozszerzenie przełyku, zaczną pozostawać nad wpustem już i płyny i pokarmy twarde, jako niedostatecznie obejmowane przez ściany przełyku podczas perystaltyki tegoż. Do rozszerzenia przyłącza się później atonia muskulatury przełyku, jak to zwykle bywa, gdy przerost mięśnia nad zwężeniem przechodzi w działanie niedostateczne.

Co się tyczy terapii omawianego cierpienia, to MIKULICZ ze znakomitym skutkiem stosował tu rozszerzenie forsowne, jakie stosujemy naprz. przy skurczu zwieracza odbytnicy. Zabiegu tego, ze względu na możliwość uszkodzenia całości przełyku, dokonywa on od strony żołądka, po uprzedniej gastrostomii. Zresztą po szczegóły odsyła on czytelnika do pracy, jaką ma wkrótce ogłosić w „Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie“.

(Deutsche Medizinische Woeherscht. Nr. 1 i 2 r. 1904).

J. Lipsztat.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 1 marca 1904 r.

TREŚĆ: 1) St. KOPCZYŃSKI — przedstawienie przypadku obustronnego porażenia nerwu twarzowego. 2) OŁTUSZEWSKI — przedstawienie pneumografu i sposobu jego użycia oraz dwóch chorych, a) mężczyzny 27-letniego z głosem falsetowym i b) mężczyzny z wrodzonym rozszczepem podniebienia miękkiego i skróceniem podniebienia twardego. 3) BORZYMOWSKI — przedstawienie a) preparatu tłuszczaka z jamy brzusznej, b) preparatu aneuryzmatu z przedziurawieniem kości piersiowej. 4) OŁTUSZEWSKI „Przyczynę do ważności obiektywnych metod badania przy dyzartryach kureczowych z demonstracją pneumografu. Patogeneza i leczenie afonii spastycznej i głosu falsetowego“.

St. KOPCZYŃSKI przedstawił chorego, tkacza lat 33, który uległ zgnieceniu głowy przez żelazne części maszyny. Chory stracił przytomność i dostał krwotoku z nosa, ust i uszu. W stanie zupełnej nieprzytomności chory był odwieziony do szpitala. Chory odzyskał przytomność na drugi dzień i wtedy zauważył, że nie może zamknąć powiek, i że ciężko mu jest mówić. Badanie przedmiotowe w tydzień po wypadku wykazało zupełne porażenie wszystkich mięśni twarzy, unerwionych przez nerwy twarzowe (*diplegia facialis*). Badanie elektrycznością wykryło w porażonych mięśniach odczytu zwyrodnienia. W obu uszach przytępienie słuchu, przedziurawienie obu bębenków i wypuklenie błon bębenkowych ku zewnątrz zależne od przypuszczalnych skrzepów krwi w *cavum tympani*. K. podnosi rzadkość porażen obustronnych nerwu twarzowego, które najczęściej zależą od spraw chorobowych w rdzeniu przedłużonym Inb moście VAROL'a. W danym przypadku K. tłumaczy sobie obustronne porażenia nerwów twarzowych przez wylew krwi do części skalistej kości skroniowej w miejscu przechodzenia nerwów twarzowych i słuchowego.

BORZYMOWSKI pokazał 1) tłuszczak wagi 22 funty, wydobyty z jamy brzusznej kobiety — guz ten wypełniał całą jamę brzuszną, rozwinął się z tkanki tłuszczowej pod lewą nerką. Przez środek guza przechodził moczowód, któ-

ry trzeba było wyseparować, co uskutecznione zostało bez uszkodzenia tego ostatniego.

BORZYMOWSKI przedstawił także 2) olbrzymi tętniak aorty, który zniszczył kość piersiową i wypukłał się w postaci guza wielkości głowy dorosłego człowieka Śmierć nastąpiła wskutek pęknięcia tętniaka. Badanie pośmiertne wykazało prócz tętniaka zatkanie skrzepem *trunci anonymi* aż do podziału na *art. carotis et subclavia*. Skrzep ten był przyżyciowy. Wskutek pomienionego zatkania skrzepem pnia bezimiennego krew mogła dopływać do prawej ręki tylko przez *carotis et vertebralis sinistra, circulus arteriosus Willisii* i. t. d.

Za przypuszczeniem tem przemawia znaleziona znaczna różnica w ukrwieniu obu półkul mózgowych: prawa półkula była zupełnie biała, bezkrwista, podczas gdy lewa miała wygląd zwykły.

OŁTUSZEWSKI przedstawił pneumograf i sposób jego użycia oraz dwóch chorych: mężczyznę lat 27, dotkniętego głosem falsetowym od 15 roku życia, a wyleczonego w ciągu miesiąca, i 17-letniego młodzieńca z wrodzonym rozszczepem podniebienia miękkiego i skróceniem podniebienia twardego, którego mowa, pomimo uskutecznionego zeszyca podniebienia miękkiego przez CIECHOMSKIEGO, pozostała nadal w zupełności niezrozumiałą. Odnośnie do ostatniego przypadku O., pomimo bardzo niekorzystnych warunków dla przywrócenia prawidłowego rozgraniczenia jamy ustnej od noso-gardzielowej, zamierza chorego poddać leczeniu, a wynik zakomunikować towarzystwu.

OŁTUSZEWSKI wygłosił rzecz p. t. „Przyczynę do ważności obiektywnych metod badania przy dyzartryach kureczowych z demonstracją pneumografu. Patogeneza i leczenie afonii spastycznej i głosu falsetowego“.

Najważniejszym obiektywnym środkiem pomocniczym do rozpoznania dyzartrii kurczowych, a mianowicie jąkania i nerwie do niego zbliżonych są — lusterko krtaniowe i pneumograf. Na zasadzie spostrzeganych obrazów wziernikowych przy jąkanii głosowem, autor przyjmuje następujące postacie tego typu jąkania: 1) toniczne kurcze głosowe mięśni, zamykających głośnie, 2) kloniczne tychże mięśni, 3) toniczne kurcze mięśni, rozszerzających głośnie i 4) kloniczne tychże mięśni. Autor wytłumaczył, na czem polega działanie pneumografu, wykazał doniosłość badania tym przyrządem ruchów oddechowych przy jąkanii oraz na zasadzie dotychczas zdobytego doświadczenia podał następujące postacie typu jąkania oddechowego: 1) wdechową — zależną od kurczów tonicznych lub klonicznych przepony, 2) wydechową — przeważnie uwarunkowaną kurczami wydechowymi, 3) wdechowo-wydechową, zależną od kurczu klonicznego przepony i 4) artykularyjnej ekspiracji od tonicznych kurczów przepony. Omówione obiektywne metody badań przyczyniły się do wyjaśnienia patogenezy tak zwanej afonii spastycznej i głosu falsetowego. Na zasadzie obrazów, spostrzeganych w lusterku krtaniowem, oraz zdjętych linnii pneumograficznych autor przekonał się, że tak zwana afonia spastyczna, objawiająca się zupełnemi przerwami w mowie lub głosem wydławionym, choćby nawet występowała, jako cierpienie izolowane, niczem innem nie jest, jeno jąkanii oddechowem, zależnem od jednoczesnego kurczu to-

nicznego przepony i mięśni klatki piersiowej — lub głosowem, uwarunkowanem tonicznym kurczem mięśni, zamykających lub rozszerzających głośnie. Jak wiadomo, pod mianem głosu falsetowego rozumiemy tego rodzaju zboczenie głosu u mężczyzn, przy którym mutacja, mająca miejsce prawidłowo w czasie dojrzewania płciowego, nie następuje, a głos pozostaje właściwy wiekowi dziecięcemu. W spostrzeganych przez autora przypadkach obraz wziernikowy odpowiadał falsetowi (szpara eliptyczna między znacznie napiętymi strunami głosowemi, wysoka pozycja krtani) — powstającemu przy zbytciem wyciągnięciu strun. Takie wyciągnięcie strun u chorych z falsetem może być tylko zależne od kurczu *mm. crico - thyreoidei*. Ponieważ autor przekonał się, że ludzie, podlegający głosowi falsetowemu, pochodzą z rodzin nerwowych i sami przedstawiają najróżnorodniejsze objawy nerwowe, że często jękają się, a co najważniejsza, że w dwóch przypadkach, nie przedstawiających żadnego śladu jąkania, linia pneumograficzna wykazała toniczne kurcze przepony, sądzi, że omawiane zboczenie należy uważać poniekąd za zbliżone do uprzedniego z tą tylko różnicą, że kurcze umiejscawiają się w mięśniach przednich krtani, i zalicza je do kategorii dyzartrii kurczowych, przedstawiających odmianę jąkania lub też z niem pokrewne. Zapatrywanie autora na oba pomienione cierpienia potwierdziło i zastosowanie leczenia prawie analogicznego, jak przy jąkanii, które w obu razach daje zupełnie dobry wynik.

T. Korzon.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Jako uzupełnienie odczytu powyższego może być uważany wykład, odczytany przez d-ra RECKZEH na tem samem posiedzeniu, poświęcony bliższemu rozpatrzeniu tętna niemiarowego. Pojęcie należyte o tętnie niemiarowem dają nam prace ENGELMANN'a, który zjawisko to czyni

zależnem od czynności mięśnia sercowego, sięgając zaś głębiej, od rozmaitych wpływów na własności zasadnicze komórki tego mięśnia, wreszcie od zjawiania się skurczów nadliczbowych (ekstrasystole). Wyniki badań doświadczalnych WENCKEBACH przeniósł do spostrze-

zeń klinicznych i odróżnia dwa rodzaje niemiarowości tętna: tętno nieprawidłowo-przepuszczające, zależne od *puls. bigeminus*, i miarowo przepuszczające na skutek zaburzeń wydolności mięśnia sercowego. Co się tyczy tętna przepuszczającego pierwszego rodzaju, to mówca zgadza się na pogląd WENCKEBACH'a. Tętno to spotykamy w przebiegu chorób organicznych serca, spraw zakaźnych, a często jako wyraz wpływów nerwowych; lecz bez względu na taką różnorodność przyczyn tego zjawiska przerwy w tętnie nie różnią się pomiędzy sobą co do swej liczby i długości. Zdaje się, że istota niemiarowości tętna, którą WENCKEBACH zaliczył do powstających na skutek zaburzeń wydolności mięśnia sercowego, w większości przypadków również kryje się w tętnie podwójnem (*p. bigeminus*), na co można przytoczyć bardzo wiele dowodów. Do tego wniosku przynajmniej można dojść po rozpatrzeniu bliższem krzywych sfigmometrycznych, które znakomicie uzupełniają nasze wiadomości z patologii i fizjologii serca. Niestety, nie zawsze możemy posiłkować się niemi w rokowaniu, które w każdym poszczególnym przypadku będzie zależne od cierpienia zasadniczego. Natomiast pod względem leczniczym wiadomości na pozór teoretyczne okazały się bardzo pomocnymi, ponieważ pouczyły nas one stanowczo, że zadanie leczącego musi polegać na usiłowaniu, skierowanym ku możliwemu usuwaniu niestosunku, jaki zachodzi pomiędzy siłą serca i wymaganą od niego pracą. Do tego celu służą środki, które wpływają na obniżenie pobudliwości serca, a więc wszelkie środki, krzepiące mięsień serca, jak spokój, zabiegi wodolecznicze, środki nasenne i wpływające na uspokojenie, raczej obniżenie pobudliwości układu nerwowego.

Sprawę gruźlicy u ssawców poruszył d-r GEIPEL w odczycie, wygłoszonym na posiedzeniu towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego w Dreźnie. Wykład oparty był na badaniu anatomiczno-histologicznem dzieci, zmarłych na gruźlicę. Badano 204 zwłok dzieci w wieku od dwóch do dwunastu miesięcy. Migdały badano systematycznie i na 17 przypadków znaleziono raz gruźlicę tych gruczołów, która, według autora, stanowiła zjawisko wtórne. Co do gruczołów chłonnych okołoskrzelowych i leżących we wnętrzu (*hilus*) płuc, to prawie zawsze znajdowano w nich ogniska gruźlicze. Okoliczność ta

poucza nas o drodze, przez którą zakażenie dostaje się do ustroju. W dwóch przypadkach sprawa chorobowa w odnośnych gruczołach doprowadziła do przedziurawienia przelyku, natomiast ani razu nie znaleziono przedziurawienia oskrzela głównego. Przechodząc do poszczególnych postaci gruźlicy płuc, mówca zaznacza względną częstość zapalenia płuc serowatego z następczem tworzeniem się jam, które w górnym płacie znaleziono w pięciu przypadkach na 7 spostrzeganych. Aczkolwiek w szerzeniu się zakażenia naczynia chłonne grają rolę bardzo wybitną, daleko częściej jednak spostrzegano szerzenie się sprawy chorobowej za pomocą dróg oddechowych i naczyń krwionośnych, na skutek czego powstają postaci: ogniskowa i prosówkowa. Ostatnia różni się znacznie od gruźlicy prosówkowej u dorosłych tak pod względem wielkości gruzelków, jak i ich gęstości. W gruźlicy naczyń krwionośnych uderza częstość zakażenia przez zetknięcie, za czem przemawia częste względnie położenie gruzelków na przeciwległych ścianach naczynia. Na uwagę zasługuje prawie nie zaznaczane dotychczas przenikanie laseczników do naczyń krwionośnych gruczołów, zwłaszcza okołoskrzelowych i szyjowych. Gruźlica narządów pokarmowych również nie stanowi rzadkości. Na 20 przypadków odnośnych cztery razy znaleziono owrzodzenia gruźlicze w żołądku; liczba owrzodzeń takich wahała się od jednego do pięciu. Gruźlicę kiszek stwierdzono 18 razy z siedliskiem w kiszce czezej. Gruczoły kreskowe nie były zajęte tylko u czterech chorych (na 20); wogóle można powiedzieć, że nie spostrzegano nigdy sprawy gruźliczej w gruczołach kreskowych bez jednoczesnego zajęcia kiszek i naodwrot. We wszystkich 18 przypadkach powyższych istniała również i gruźlica śledziony. Do rzadszych nieco należy zaliczyć te przypadki, w których wykazano gruzelki w grasicy i w błonie śluzowej pęcherzyka żółciowego. Cechę najbardziej charakterystyczną gruźlicy ssawców stanowi dążność jej do uogólniania się, na skutek czego cierpienie nie pozostaje miejscowem nawet w tych przypadkach, w których zmiany płuca nie były zbyt rozległe. Okoliczność tę można objaśnić słabą odpornością tkanek dziecięcych, na co już dawniej WEIGERT wskazywał. Bez wątplenia takie względnie szybkie uogólnianie się sprawy chorobowej wpływa zna-

komicie na wysoką liczbę zejść śmiertelnych u dzieci, dotkniętych gruźlicą; liczbę tę prelegent, zgodnie ze SCHMORI'em, ocenia na 100%. Trudno jednak zgodzić się z BEHRING'em na to, że zakażenie następuje najczęściej przez przewód pokarmowy; GEIPEL jest zdania, że gruźlica narządów trawienia stanowi zjawisko wtórne. Co się zaś tyczy t. zw. gruźlicy ukrytej (*latente inaktive Tuberculose*), która następnie, według BEHRING'a, prowadzi do istotnej gruźlicy płuc w wieku późniejszym, to przypadki takie w pierwszym roku życia, a zwłaszcza w pierwszych sześciu miesiącach życia wogóle nie istnieją.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego lipskiego d-r PERTHES i d-r KLIEN okazali przypadek porażenia BROWN-SEQUARD'owskiego, które powstało na skutek obecności odłamka noża w kanale kręgowym. Mężczyzna, obecnie 48-letni, w 18-tym roku życia został zraniony nożem w grzbiet nieco na lewo od kręgosłupa na wysokości 5-go kręgu grzbietowego. Bezpośrednio po urazie nastąpiło porażenie ręki lewej, które jednak ustąpiło w ciągu trzech miesięcy. Przed 2¹/₂ laty zaczęły po raz pierwszy występować objawy stopniowo wzrastającego ucisku na część dolną rdzenia w okolicy grzbietowej, a mianowicie: niedowład spastyczny dolnej lewej i osłabienie czucia dolnej prawej połowy ciała. W klinice psychiatrycznej lipskiej stwierdzono, że rdzeń został uszkodzony w obrębie 7 odcinka grzbietowego, a ponieważ chory nie wspominał o doznanych niegdyś urazie, więc ze względu na wciąż stopniowo wzmagające się objawy ucisku rdzenia rozpoznano nowotwór w kanale kręgowym. Dopiero prześwietlenie, wykonane przez PERTHES'a, wykazało obecność ciała obcego w kanale kręgowym, t. j. kawałka noża, który tam przebył lat trzydzieści. Miejsce uszkodzenia najzupełniej odpowiadało poprzednio już wspomnianej wysokości, mianowicie trzonowi 6-go kręgu grzbietowego. Podczas operacji znaleziono istotnie kawałek noża 2,5 cm. długi, a 1,5 szeroki, leżący swobodnie pomiędzy trzonami 5-go i 6-go kręgów grzbietowych, lecz w taki sposób, że większa część odłamka wystawała do kanału kręgowego. Ciało obce wydobyto dosyć łatwo bez uciekania się do operacji kostnej. Bezpośrednio po zabiegu operacyjnym ustąpiły bóle opasujące, na które chory wciąż się skarżył, co się

zaś tyczy porażenia, to chociaż od czasu operacji upłynęło już trzy miesiące, poprawa jeszcze nie nastąpiła. W przypadku danym na uwagę zasługuje, że odłamek noża pozostawał w kanale kręgowym w ciągu 27 lat i wywołał zaledwie objawy lekkiego ucisku na rdzeń.

Bardzo ciekawy przypadek anatomiczny, pochodzący od chorego, który za życia doznawał napadów bicia serca (*Tachycardia paroxysmalis*), przedstawił d-r SCHLESINGER na posiedzeniu towarzystwa internistów wiedeńskich. Chory odnośny, mężczyzna 57 letni, w ciągu lat 10-ciu doznawał od czasu do czasu nietypowych napadów przyśpieszonego bicia serca. Napady te trwały czasem zaledwie parę minut, to znów parę godzin, a nawet przez dzień cały i zjawiały się z powodów względnie błahych (kaszel, wydymanie, palenie). Liczba uderzeń tętna dochodziła do 160 lub 250 na minutę, a w końcu napadu, który udawało się przerwać za pomocą ucisku na nerw błędny prawy, od razu spadała do normy (60—80). Chory doskonale odczuwał ten nagły spadek, jako rodzaj pchnięcia, które przebiegało przez całe ciało. Chory zmarł nagle, a badanie zwłok dało wynik następujący. W części piersiowej nerwu błędnego prawego znaleziono cały szereg powiększonych gruczołów chłonnych, z pośród których niektóre były zrośnięte z nerwem i wywierały ucisk na nerw. W miejscach uciśniętych stwierdzono w pniu nerwowym wybitny zanik włókien grubszych i obfite bujanie tkanki śródmiąższowej. Powyżej i poniżej takich miejsc budowa nerwu była zupełnie prawidłowa. Przypadek opisany zasługuje na baczną uwagę z tego względu, iż wskazuje on na udział bezpośredni układu nerwowego w powstawaniu napadów przyśpieszonej działalności serca. Znaleziono tu uszkodzenie części obwodowej nerwu, czego dotychczas nie znajdowano, aczkolwiek przypuszczano istnienie zmian podobnych. W ciągu dalszym swego przemówienia prelegent potrąca o spostrzeżenie, dotyczące przyśpieszonej czynności serca napadowej w przypadkach cierpienia ośrodkowego układu nerwowego, zwłaszcza w padaczkę i wiaździe rdzenia. SCHLESINGER miał sposobność spostrzegania trzy razy podobnego objawu w napadzie padaczkowym; zjawisko to wszelako nie należy do niezwykłych, ponieważ już w roku 1887 NOTHNAGEL wypowiedział się za tem, że objawy te mają pocho-

dzenie pokrewne. Liczba ogólna jednak spostrzeżeń odnośnych jest niewielka. Zasluguje tylko na zaznaczenie, że u jednego chorego na padaczkę napad bicia serca następował zwykle po ataku padaczkowym. W innym znów przypadku *tachy-*

cardia paroxysmalis stanowiła objaw bardzo wczesny szybko rozwijającego się władu rdzenia z bardzo wczesnem zajęciem kończyn górnych.

K. Z.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 marca do 14 kwietnia 1904 r.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 104 (m. 50, k. 54), przybyło 128 (m. 61, k. 67), wypisało się 93 (m. 48, k. 45), przeniesiono do innego szpitala jedną kobietę, zmarło 27 (m. 11, k. 16), pozostało się na miesiąc następny 111 (m. 52, k. 59).

Najwięcej przybyło chorych na ospę—76 przypadków (m. 42, k. 34), zmarło 21 (m. 9, k. 12), w tej liczbie 2 szczepionych, reszta bez ochronnego szczepienia — sześć przypadków formy krwotocznej. Chorzy przybyli z następujących ulic: Tarczyńska 9 dwa prz. i 14 dwa przypadki, Ząbkowska 19, 24 i 41 po jednym przypadku, Grójecka 3, 5 i 19 po jednym przyp., Solec 52, 93 i 107 po jednym prz., Ogrodowa 17, 57 i 60 po jednym prz., Sienna 78 i 80 po 2 przypadki, Freta 24 i 28, Chmielna 13 i 87, Pańska 93 i 96, Grzybowska 37 i 57, Dobra 23 i 39, Mostowa 16 i 26, Dzika 63 i 75, Koszykowa 22 i 38, Miedziana 7 i 14 po jednym prz., Pawia 98, Franciszkańska 29, Żytnia 16, Ślepa 4, Browarna 6, Miła 46, Kościelna 12, Nowy Świat 42, Plac Witkowskiego 10, Topiel 8, Stare Miasto 29, Drewniana 7, Sowiec 4, Tamka 17, Czerniakowska 52, Wilcza 75, Krochmalna 69, Św. Jerska 34, Nowo—Dzika 8, Trębacka 10, Wronia 30, Szara 6, Krakowskie Przedmieście 28, Długa 5, Dzika 93, Muranowska 4, Twarda 6, Żelazna 52, Brzozowa 4, Śliska 12, Brukowa 30, Białostocka 41, Mirowska 6, Nowolipki 26, Kawenczyńska 29, Elektoralna 51, Wolska 47, Krochmalna 81, ze wsi Zakrzewa i gminy Okoniew.

Drugie miejsce ze względu na liczbę chorych przybyłych zajmowała róża—26 przypadków (m. 9, k. 17), kilka o bardzo ciężkim przebiegu z zajęciem opon mózgowych; zmarło 5. Chorzy

przybyli: z Jerozolimskiej 3 i 87, po jednym przypadku, Twardej 26 i 45, po jednym prz., Żelaznej 3, dwa przypadki, Radzimirskiej 29, Stawki 22, Koszykowej 25, Browarnej 9, Chmielnej 80, Leszna 87, Wolskiej 18, Wspólnej 36, Wiosennej 1, Podwała 10, Nowowolskiej 1, Krakowskiego Przedmieścia 2, Nowo Żytnej 38, Ogrodowej 61, Nowolipia 42, Strzeleckiej 9, Placu Witkowskiego, ze wsi Mokotowa i Tworek.

Z innych chorób przybyło: Płonica 5 prz., z Ś-to Krzyskiej 3, Górczewskiej 11, Chmielnej 62, Kruczej 20, Łazienek 3.

Błonica, 4, jedno zejście śmiertelne, przybyli: z Wolskiej 5, Ś-to Jerskiej 20, Prostej 34 i Placu Witkowskiego 7. Biegunka krwawa 3, z Czerniakowskiej 67, Grzybowskiej 7 i Leszna 3.

Odra 1 z Solca 18. Tyfus brzuszny 1, ze wsi Koło. Zapalenie migdałków 1 i inne.

Ogółem za miesiąc cały leczyło się chorych 232, którzy przebyli—3048 dni szpitalnych.

Zamiejscowych przyjęto do szpitala 6 chorych.

Niekwafilikującym się do tego szpitala odwołano 8 chorym.

Badań pośmiertnych dokonano 4.

Śmiertelność miesięczna wynosiła 11,6%.

Miesiąc bieżący w porównaniu do miesięcy zeszłych zaznaczył się większą liczbą, jak ogólną, tak i liczbą chorych na ospę.

W dalszym więc ciągu liczba przybywających chorych na ospę nie zmniejsza się, lecz powiększa się z każdym następnym miesiącem, i tak: od początku epidemii ospy, czyli od połowy stycznia r. b., leczyło się chorych na ospę 87, śmiertelność 19,7%, dalej, od połowy stycznia do poło-

wylutego 131, śmiertelność 21,5%, do połowy marca 115, śmiertelność 20,7%, do połowy kwietnia 136, śmiertelność 27,6%. Jak widać z powyższego, ospa wzrasta nie tylko liczebnie, ale nawet większością ciężkich przypadków, gdyż w tym

miesiącu — jak w żadnym, liczba chorych na ospę bez ochronnego szczepienia doszła do 80% ogólnej liczby ospowych, co też przy tem, jak zwykle, daje i większą liczbę przypadków formy krwotocznej.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= THIERFELD opisuje 30 przypadków kamicy nerkowej u dzieci, jakie spostrzegł w ciągu 14 lat. W 18 wykonano cięcie wysokie; w 6 udało się wydobyć kamień kleszczykami. Wszystkie przypadki, z wyjątkiem jednego, dotyczyły chłopców. Wielkość kamieni wahała się w granicach od ziarna grochu do jaja kurzego; były to przeważnie moczany lub fosforany, rzadziej szczawiany. (Prag. med. Woch. 35—1903).

= ZUKANOW spostrzegł 7 letnią dziewczynkę, dotkniętą chorobą BASEDOW'Ą. Pochodziła z rodziny zdrowej, urodziła się na czasie, karmiona była piersią matki, zaczęła ząbkować w pierwszym roku, biegać w drugim. Choroba rozpoczęła się przed rokiem: jednocześnie z wyraźnym wypukleniem gałek pojawił się guz na szyi, bicia serca lub duszności nie zauważono. Dziecko stało się kapryśne i nerwowe. Znalaziono objaw STELLWAG'a i GRAEFE'go oraz krótkowzroczność. Tętno 120. (Wracc 17—1903).

= Nową metodę poronnego leczenia rzeżączki podaje ENGELBRETH. Stosował ją jedynie w przypadkach zupełnie świeżych, najwyższej trzydniowych. Przepłukuje się część przednią cewki (po uprzednim kokainowaniu) 500—600 grm. $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{3}$ % roztworu lapisu pod słabem ciśnieniem, 4 razy w ciągu 48 godzin. Następują dość gwałtowne bóle przy oddawaniu moczu, lecz niema obrzęku. Nadal chorzy otrzymują duże dawki środków balsamicznych. W 17 do 30 przypadków osiągnięto skutek zupełny, przyczem zwrócono uwagę na fakt, iż metoda działała wtedy tylko, gdy nie było objawów zapalnych

u wylotu cewki, a zatem w razie zapalenia powierzchniowego, nabłonkowego. Natomiast w przypadkach z zapalnym stanem ujścia cewki, t.j. w głębiej sięgającej postaci rzeżączki, leczenie poronne było bezskuteczne, jakkolwiek i tu przebieg dalszy był lekki i ograniczał się do części przedniej. (Monatsh. f. prakt. Derm. 36).

= DELFOSSE opisuje następujący przypadek: kobieta 23 letnia, trzeci raz rodząca, uczuła pierwsze bóle o 3-ej w nocy. W godzinę później mąż odwiózł ją na wozie do zakładu. Bóle podczas jazdy wzmagaly się coraz bardziej, aż nastąpił poród w odległości 150 metrów od zakładu. O godz. 4 $\frac{1}{2}$ zawiadomiono lekarzy, że przed bramą znajduje się kobieta, utrzymująca, że urodziła. Istotnie, znaleziono pomiędzy nogami jej masę bezkształtną: płód wraz z łożyskiem i błonami. Po otworzeniu błon nożyczkami i podwiązaniu pępowiny, wydobyto pozornie zmarłe dziecko, które udało się do życia przywrócić. Ważyło ono 1950 grm. łożysko z błonami 450 grm., ilość wody płodowej 200 grm. Niewątpliwie dziecko w tym przypadku oddzielone było przez czas 8—10 minut. Przypuścić należy, iż nagromadzona w łożysku krew podtrzymywała krążenie przez ten czas. (Jour. de sc. med. de Lille. 37—1903).

= Na posiedzeniu wiedeńskiej akademii umiejętności ALERED EXNER zdawał sprawę ze swych poszukiwań nad wpływem promieni radium na nowotwory złośliwe. We wszystkich 9 przypadkach stwierdzono wyraźne działanie. W 2 przypadkach, w których oddzielne podskórnice leżące przerzuty (mięsak barwny

i rak sutki) znikły pod wpływem promieniowania radium, można było fakt ten sprawdzić nawet po upływie 4 i 5 miesięcy. W jednym przypadku nie dającego się operować raka jamy ust osiągnięto poprawę, gdyż owrzodziały guz pokrył się na nowo, a pojedyncze guziki uległy zanikowi; jednakże histologicznie stwierdzono pozostałości rakowe. Na zasadzie doświadczenia dotychczasowego we wszystkich przypadkach nowotworów złośliwych, w których zabieg chirurgiczny jest możliwy, należy dać temuż pierwszeństwo przed leczeniem promieniami radium (D. M. Z. 99—1903).

= MOCZAU w dysertacji swej opisał wyniki badań nad zmianami wątroby w ostrych chorobach zakaźnych. Z 40 przypadków było: 15 czystej błonicy, 5 płonicy, 3 — odry, 4 błonicy z płonicą, 1 odry z płonicą, 2 odry z błonicą, 1 odry z krztuścem i 8 ostrego zapalenia żołądka i kiszek. W wątrobie znaleziono zmiany następujące: zwyrodnienie pod postacią zmętnienia, zwyrodnienia mięszkowego i tłuszczowego protoplazmy oraz zmiany zapalne w postaci rozszerzenia i przekrwienia naczyń, ograniczone nagromadzenie ciałek limfoidnych i nowotworzenie młodej tkanki łącznej w otoczeniu zrazików z częstym zanikiem komórek. Gdzie zmiany śródmięszkowe były silniej wyrażone, otrzymywało się obraz początkowego okresu marskości. Najznaczniejsze zmiany wątroby znaleziono w płonicy i w zakażeniach mieszanych; natomiast w zapaleniu żołądka i kiszek było znaczne przepełnienie kapilarów i naciek drobnokomórkowy. Zdaniem autora, to ostatnie cierpienie odgrywa pewną rolę w etiologii marskości wątroby u dzieci. (Wraczebna Gazeta. 34. 1903).

= MÜHLENS, po zbadaniu działania rozmaitych nowych przetworów, zastępujących chininę w zimnicy (salochinina, neochinina, arystochina, euchinina, wyciąg *colae*, przetwory kodylowe, błękit metylenowy), przekonał się, iż żaden środek nie jest w stanie zastąpić chlorku chininy. Nawet smak gorzki chininy jest raczej zaletą, nie wadą, gdyż zależy właśnie od większej ilości działającego alkaloidu. (D. m. Woch. 35. 1903).

= PEUGNIEZ opisuje przypadek przemieszczenia nerki aż do jamy DOUGLAS'a. 25 letnia kobieta, zdrowa do zamąż-

pójścia, uczuła silne bóle brzucha przy pierwszych usiłowaniach spółkowania, a później także podczas miesiączki. P. znalazł guz w jamie DOUGLAS'a, bardzo bolesny, który wziął za zapalenie jajowodu. Przy operacji znalazł oba jajowody i jajniki zdrowe, a jamę DOUGLAS'a wypełnioną guzem, pokrytym kreską i nieruchomym. Guz wyluszczonej był zniekształconą prawą nerką. (Gaz. d. hop. de Toulouse. 12. 9. 1903).

= KERNER w szeregu przypadków zbadał działanie walidolu (połączenie chemiczne mentolu z kwasem waleryanowym). Stosował go z dobrym skutkiem w różnych cierpieniach nerwowych: migrenie, dusznicy, neurastenii, hysterii i t. d. Walidol działa uspokajająco, ma smak chłodzący. Obniża pobudliwość odruchową, poprawia samopoczucie, pobudza trawienie. W kilku przypadkach środek ten zapobiegał skutecznie chorobie morskiej. (Klin. therap. Woch. 29. 1903).

= MAYER z dobrymi wynikami stosował dyspeptynę w chorobach żołądka. Jest to naturalny sok żołądkowy świni, otrzymywany przez przetokę podług PAWŁOW'a. Przetwór daje się przechować kilka miesięcy, a na lodzie kilka lat. Zaproponował go pierwszy lekarz francuski HEPP. We wszelkich przypadkach ostrych i przewlekłych nieżytów ze zmniejszoną kwaśnością soku zastępuje on z jednej strony brak tegoż, z drugiej — pobudza wydzielinę błony śluzowej. Prócz tego wzmaga łaknienie w gruźlicy i anemii. Dawka z początku wynosi 15 cm. sz. podczas i po każdym jedzeniu. Całe leczenie trwa 5—7 tygodni. (Ther. d. Gegenw. 12. 1903).

= W leczeniu środkami lekarskimi szczeliny odbytu należy, zdaniem KATZENSTEIN'a, starać się: 1) znieczulić zakończenia nerwowe, 2) usunąć kurecz zwieracza odbytu, 3) dać możliwość zagojenia się szczeliny. Najwłaściwsza w tym celu jest mieszanina następująca: *extr. bellad.* 0,5; *cocain.* 0,05; *ichthyoli* 6,0; przed użyciem ogrzać i skłócić. Już po pierwszym zastosowaniu chory doznaje wielkiej ulgi. Wata ma pozostawać w kiszce przynajmniej 5 minut, a lepiej jeszcze aż do następnego wypróżnienia, zwykle już niebolesnego. Wprowadza się lek 1—2 razy dziennie przez tydzień lub dwa. (Ther. d. Gegenw. Grudzień. 1903).

— JOLLES podał następującą bardzo ciekawą próbę na barwniki żółciowe w moczu: Do 10 c. sz. moczu dodaje się 2—3 cm. sz. chloroformu i 1 cm. sz. 10% roztworu chloru barytu i mocno się klóci. Mieszaninę tę poddaje się centryfugowaniu. Płyn ponad chloroformem i osadem zlewa się, napelnia się rurkę centryfugową wodą przekroploną i ponownie centryfuguje. Gdy mocz jest mocno zabarwiony, powtarza się tę czynność po raz trzeci. Po odlaniu płynu, dodaje się do osadu około 5 cm. sz. wysoko, wstrząsa się mocno i, po dodaniu 2—3 kropeł roztworu jodu, przesącza się do próbkówki. (Roztwór jodu otrzymuje się po rozpuszczeniu oddzielnie 0,63 grm. jodu i 0,75 grm. chlorku rtęci w 125 ctm. sz. wysoko każdy, następnie

połączeniu obu roztworów i dodaniu do tej mieszaniny 250 ctm. sz. stężonego kwasu solnego. Roztwór ten przechowuje się w butelce bruna-nej). Przy obecności najmniejszych śladów barwnika żółci płyn daje po kilku chwilach charakterystyczną barwę zieloną. Przez ogrzanie próbkówki w kąpeli wodnej po dodaniu roztworu jodu można odczyn przyspieszyć. W moczach bardzo stężonych poleca się następującą modyfikację: zmieszany z 5 ctm. sz. wysoko i mocno wstrząsany osad przelewa się z rurki do próbkówki, dodaje się kilka kropeł roztworu jodu, ogrzewa się w kąpeli wodnej do 70° i przesącza. Ślady barwnika dają zielonawe lub zielonawo-błękitne zabarwienie przesącza. (D. Arch. f. klin. Med. 78). P.

Wiadomości bieżące.

— X międzynarodowy zjazd oftalmologów odbędzie się w r. b. Lozannie od 13 do 17 września.

— Odczytów Klinicznych, wydawanych przez redakcję Gazety Lekarskiej, wyszedł zeszyt 1 i 2 seryi XVI Nr. 181 i 182 i zawiera część II pracy prof. B. RIEDEL'a p. t. Powstawanie, rozpoznanie i leczenie kamicy żółciowej.

— Administrację „Przeglądu lekarskiego“ w Krakowie objął prof. d-r Stanisław CIECHANOWSKI (ul. Wielopole, 4).

— Prof. d-r Jan RACZYŃSKI członek redakcji i administrator „Przeglądu lekarskiego“ otrzymał stanowisko naczelnego lekarza w lwow-

skim szpitalu św. Zofii oraz katedrę pediatrii w uniwersytecie lwowskim.

— 2-gi zeszyt wydawnictwa „Ginekologia“ pod redakcją d-ra Czesława STANKIEWICZA wyszedł z pod prasy.

— Otrzymaliśmy zeszyt nowego wydawnictwa lekarskiego czeskiego p. t. „Revue v neurologii, psychiatrii, fysikalni a diaeteticke terapii“, redagowane przez doc. d-ra Wl. HASKOVEC'a.

— D-r med. Edward ŻEBROWSKI, asystent prof. WAGNER'a w Kijowie, objął dyrekcję zakładu kumysowego i ogólny nadzór nad zdrojowiskiem w Pohulance gub. Witebskiej.

Bardzo pożyteczny produkt z
Cascara Sagrada.



CASCARINE
 $C^{12}H^{10}O^5$ **LEPRINCE**
 (Kaskarin Leprens)

Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku
 Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892
 roku i 3 Lipca 1899 r.

WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby
 wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla
 organów trawienia; przy atonii organów tra-
 wienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży
 i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym.
 Zążywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po
 jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek.
 Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16).
 Składy we wszystkich aptekach i składach ma-
 teryałów aptecznych.

Racyonalne leczenie fosforem

R H O M N O L

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego,
 przygotowanego przez D-ra Leprince

$C^{40}H^{54}Az^{14}O^{27}P^4$

Wskazania: Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—
 Anemia—Uwiad starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.
 D- LEPRINCE, 62, rue de la Tour, Paris (16).
 DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.