

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	" 2 " 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	" 1 " 25			

TREŚĆ: **Rozprawy.** O niektórych ważnych powikłaniach suchot płucnych. Podał dr. A. Sokółowski, z Goerbersdorfu. II. O chorobach krtani i gardzieli, wikłających suchoty płucne. (dok.) — **Spostrzeżenia** ze szpitala **Maryi Teresy w Wiedniu.** Przypadek opadnięcia macicy i pochwy pomyślnie operowany sposobem **Bischoff'a.** Opisał dr. Jan **Erlieh.** — **Przegląd** piśmiennictwa cudzoziemskiego. O przymiocie mózgu, przez **Fournier'a.** Podał dr. **Wł. Gałkiewicz.** — **Streszczenia i wyciągi.** Sen chorobliwy. Letarg wywołany przyłożeniem na skórę magnezu. — **Wiadomości z Cesarstwa.** Petersburg. Przypadek zarazy morowej, rozpoznany przez prof. **Botkin'a.**

O niektórych ważnych powikłaniach suchot płucnych.

II. O chorobach krtani i gardzieli wikłających suchoty płucne.

Podał dr. **Alfred Sokółowski,** lekarz przy zakładzie leczniczym dla chorych piersiowych w Goerbersdorfie, na Szlązku.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 7, 8 i 9).

Porażenie oddzielnych mięśni krtani u suchotników spotykamy najczęściej w obrębie mięśni głośni (*m. thyreo-arytaenoides internus s. m. glottidis*) samej lub w połączeniu z porażeniem mięśni nalewkowych. Cierpienie to natrafiamy niezmiernie często i w bardzo różnym stopniu natężenia u suchotników. Głównie odróżniamy dwie jego postaci: 1) porażenie przy nienaruszonej błonie śluzowej krtani. Takowe występuje jednostronnie lub nieraz obustronnie najczęściej u suchotniczek i przedstawiają wszystkie cechy tak zwanych porażen krtani hysterycznych. A więc porażenie występuje nagle, trwa zazwyczaj krótko, ustępując samodzielnie lub pod wpływem leczenia elektrycznością. Podmiotowo cierpienie to cechuje się tem, że obok zupełnego bezgłosu istnieje kaszel posiadający pewny dźwięk. Badanie wziernikowe wykazuje zupełne nieschodzenie się przy wydawania głosu strun głosowych w ten sposób, że między nimi tworzy się różnej wielkości szpara owalna¹⁾. Jednakże i u suchotników mężczyzn, chociaż bardzo rzadko spotykamy również tego rodzaju porażenia. Niedawno spostrzegąłem u 20-letniego suchotnika, ze stosunkowo nieznacznymi zmianami płucnymi, nagle powstały bez żadnej przyczyny zupełny bezgłos;

¹⁾ Porażenie hysteryczne krtani opisał znakomicie ostatnimi czasy **GERHARDT.** Dokładne streszczenie tej pracy, przezemnie dokonane, znajdzie czytelnik w Nr. 18 **MEDYCYN** z roku zeszłego.

badania laryngoskopowe wykazały obustronne porażenie mięśni głośni, obok zupełnie zdrowej błony śluzowej krtani, które ustąpiło w dni kilka przy użyciu prądu stałego, jednakże powracało znowu kilkakrotnie po upływie kilku tygodni i rzecz dziwna, w kilka lub kilkanaście dni po nastąpieniem porażeniu występował mniej lub więcej obfity krwotok płucny; powtarzało się to trzy razy. Chory dotychczas znajduje się w mojem spostrzeganiu. W tych ostatnich przypadkach zapewne porażenie krtani jest objawem odruchowym, wskutek drażnienia gałązek nerwu błędnego przez chorobą dotknięty mięszs płucny, lub opłucnię, która tak często podlega stałym lub przejściowem podrażnieniom lub zmianom głębszym w przebiegu suchot płucnych. Tego rodzaju porażenia zwrotne krtani mogą wskutek takowych przyczyn łatwo wystąpić, jeśli zważymy że nawet bardzo nieznaczne bodźce jak np. polipy gardzielowe mogą wywoływać takowe, jak przypadki GERHARDT'A tego dowodzą.

Nieznaczne jednostronne porażenie głośni przy istniejącej niezmięnionej błonie śluzowej krtani, występuje u suchotników dosyć często; cechuje się ono pewnym stopniem osłabienia głosu, łatwem męczeniem się przy mówieniu lub czytaniu. Wziernik krtaniowy w tych razach pokazuje przy wydawaniu głosu obecność nieznacznej szpary między strunami głosowemi. Przyczyną tego cierpienia może być złe odżywianie nerwów krtani, wskutek ogólnej niedokrwistości, będącej tak często stałym objawem suchot. Chociaż z drugiej strony przyczyna może leżeć w zmianie utkania mięśni krtani, występującej w przebiegu suchot płucnych. Na tę ostatnią okoliczność zwrócił uwagę ostatniemi czasy E. FRÄNKEL z Berlina, który wykazał badaniem drobnowidzowem znaczne zmiany w utkaniu mięśni krtani (zmiany głównie zanikowe omięśni wewnętrznej i tak zwanych ciałek mięśniowych), występujące w przebiegu suchot płucnych nawet u takich suchotników, u których za życia żadnych zmian obiektywnych spostrzedz nie można było ¹⁾.

Wreszcie porażenia mięśni głośni bywają niezmiernie częstym zjawiskiem, towarzyszącem długotrwałym większego natężenia nieżyłom krtani suchotników, lub też owrzodzeniom teżje. Porażenia takowe bywają bardzo różnego stopnia natężenia, bywają albo jedno albo dwustronne, zajmują tylko mięśnie samej głośni, lub też w połączeniu z porażeniem mięśni nalewkowych. Ztąd też i objawy obiektywne przedstawiają się bardzo rozmaicie. Występują bowiem różne stopnie chrypki, a obraz laryngoskopowy przedstawia w przypadkach porażenia samych tylko mięśni głośni, różnej wielkości szparę między obu strunami głosowemi podczas wydawania głosu, gdy jednocześnie porażenie mięśni głośni i mięśnia nalewkowego, daje obok szpary powstałej między głośnia (Glottis ligamentosa) także i szparę nieco trójkątnego kształtu między tak zwaną głośnia chrząstkowatą (Glottis cartilaginea).

¹⁾ Szczegółowy referat z tej pracy pomieszczonej w 71 tomie Archiwu VIRCHOW'A znajdzie czytelnik w Nr. 21 MEDYCZYNY z roku zeszłego.

Wyżej przytoczone porażenia częściowe, wszystkie dotyczyły mięśni t. z. zwieraczy głośni; porażenia mięśni t. z. otwieraczy głośni (*Glottisöffner*) trafiają się u suchotników niezmiernie rzadko, dotychczas bowiem znane są w piśmiennictwie 2 przypadki tego rodzaju (SCHECH i RIEGEL) z których jeden przedstawiał porażenie jednostronne, a drugi RIEGL'A obustronne. Oba towarzyszyły daleko posuniętym suchotom krtaniowym.

Leczenie porażen oddzielnych mięśni krtani jest zależnem od przyczyny je wywołującej, porażenia wywołane przewlekłym nieżytem krtani lub owrzodzeniami nie wymagają oddzielnego leczenia, wystarcza leczenie skierowane przeciw chorobie zasadniczej płuc.

Porażenia częściowe powstałe przy nienaruszonej błonie śluzowej (hysteryczne, odruchowe) leczą się najlepiej użyciem prądu galwanicznego stałego na okolicę krtani stosowanego; zazwyczaj już po kilku posiedzeniach, a często nawet już po pierwszym porażeniu ustępuje. W tych przypadkach, w których takowe uporczywie powraca, najlepiej zastosować metodycznie leczenie prądem stałym przez kilka tygodni. W dwóch przypadkach bardzo upartego porażenia hysterycznego u suchotniczek, stosowałem z korzyścią pódskórne wstrzykiwania strychniny (jeden miligram *pro dosi*).

Jako nader rzadkie powikłanie suchot płucnych spotykałem trzy razy obecność prawdziwych polipów krtaniowych u suchotników. W jednym przypadku miałem do czynienia z polipem wielkości małego ziarnka grochu, siedzącym na prawej stronie głośowej, w dwóch innych małe polipy siedziały w kącie przednim głośni. Polipy te oprócz lekkiej chrypki żadnych innych zaburzeń nie wywoływały.

Cierpienia gardzieli towarzyszą niezmiernie często przewlekłym suchotom płucnym, śmiało rzecz można że rzadko napotykamy suchotnika, którego gardziel byłaby zupełnie wolną, większość ich zas przedstawia cierpienia gardzieli rozmaitego natężenia, co zresztą nie powinno nas bynajmniej dziwić zważywszy na to, że cierpienia nieżytowe gardzieli tak często występują nawet u zdrowych zresztą osób, skutkiem najróżnorodniejszych wpływów jakoto: zmian atmosferycznych, silnego palenia tytoniu, nadmiaru trunków i t. p. Wszystkie te wpływy będą działały jeszcze niekorzystniej u osobników suchotniczych, posiadających już wielką skłonność do zapalen nieżytowych błon śluzowych.

Nieżyt ostry gardzieli, a głównie umiejscowiony na migdałach, spotykamy dosyć często u suchotników w parze z ostrym nieżytem krtani, wskutek przeziębienia i innych przyczyn wyżej wyluszczonej powstały. Daleko jednakże częściej spotykamy nieżyt takowy w postaci podostrawej t. j. jako częste przy lada okazji powtarzające się lekkie zbręknienie oraz zaczerwienienie migdałów i tylnej ściany gardzielowej. Cierpienie to spotykamy najczęściej u takich suchotników, u których istnieje wyraźne usposobienie zolzowe. Objawy podmiotowe cechują się nieco

utrudnionem przelykaniem oraz uczuciem suchości w gardle; której obawy, zwykle w kilka dni ustępują przy odpowiednim zachowaniu się, jak to wyżej przy podostrawym niezycie krtani powiedziano. Jeśli zbręknienie migdałów jest znaczniejszem, wywołuje silny ból przy przelykaniu, wówczas zalecam kilkodniowy pobyt w pokoju, okład zimny na szyję oraz płukanie częste gardła roztworem ściągającym np. *Rp. Tannini* gr. 15—24 (1,0—1,5). *Alcoholi* unc. 1—2 (25,0—50,0). *Aq. Destillatae* unc. 10—12 (250,0—300,0). *M. D. S. Garganisma*. Płukanie takie zalecam powtarzać przez wiele dni zrzędu, dopóki objawy podmiotowe zupełnie nie znikną. Również dobrze, w cięższych postaciach tego cierpienia, działa płukanie gardła roztworem mocnego koniaku lub araku w stosunku jednej do dwóch łyżek stołowych na szklankę zimnej wody.

Przewlekłe niezycie gardzieli u suchotników w spotykamy głównie pod dwoma postaciami: 1) postać cięższą, bardziej pospolita ogranicza się na zaczerwienieniu w mniejszym lub większym stopniu umiejscowionem głównie na tylnej ścianie gardzieli. W wyższym stopniu nateżenia, tylna ściana przedstawia brudną czerwone, nieraz wpadające w fioletowy odcień zabarwienie, obok czego często spotykamy tamże nieraz znacznie rozszerzone naczynia krwionośne. Objawy podmiotowe przedstawiają się rozmaicie, odpowiednio do nateżenia sprawy; mniejsze stopnie nie wywołują prawie żadnych objawów, wyższe zaś—uczucie suchości i drapania w gardle, które występuje szczególnie przy nateżonem mówieniu, paleniu tytoniu, wdechaniu zbyt zimnego powietrza i t. p. W tych postaciach gdzie istnieje znaczne rozszerzenie naczyń krwionośnych może przyjść od czasu do czasu, a szczególnie rano przy mocnem odchrząkaniu do pęknięcia owych rozszerzonych naczyń, w skutek czego występują żyłki krwiste w plwocinie, przestraszające nieraz bardzo chorych szczególnie hypokondrycznych; znaczniejszym jednakże krwawień wywołanych przez pęknięcie tego rodzaju żyłaków gardzielowych, jak to opisuje francuski autor LASEGUE, nie widziałem do tychezas.

Tylko postacie tego niezycia gardzielowego, przedstawiające wysoki stopień nateżenia wymagają leczenia miejscowego, a wówczas pędzlowanie gardzieli średniej mocy roztworem tanniny (1 na 5) lub kamienia piekielnego, usuwają w ciągu dni 8 do 14 nieprzyjemne objawy podmiotowe. To osiągnawszy winniśmy leczenia miejscowego zaprzestać, a pozostawić chorego tylko przy odpowiednim higienicznym zachowaniu się, gdyż dalsze leczenie miejscowe bywa bezużytecznem, niezyciu bowiem do szczętu nie usuniemy; lepiej więc ograniczyć to miejscowe leczenie do występujących od czasu do czasu pogorszeń.

Druga postać niezycia gardzieli napotykanego u suchotników jest t. z. niezycie gardzielowy ziarninowy (*pharyngitis granulosa*). Jest to cierpienie spotykane niezbyt często u suchotników, jest cierpieniem bardzo upartem i prawie nigdy nie dajacem się usunąć w zupełności. Choroba ta polega na zapaleniu i przeroście gruczołków tarczokowych (folikularnych)

gardzieli¹⁾, które napotykamy głównie na tylnej ścianie gardzielowej. Ściana ta odpowiednio do natężenia sprawy przedstawia się rozmaicie: najczęściej widzimy na tle dosyć białem (anemicznem) porozrzucane pojedynczo lub zebrane w gromadki przerosłe gruczołki torebkowe, mocno czerwone, wielkości od główki szpilki do ziarnka prosa; w wyższym stopniu natężenia sama ściana gardzieli bywa również mniej lub więcej zaczerwienioną, a ziarnina jest obfitszą i przedstawia bardziej zbite gromady, nieraz ciemno wisniowej barwy. W przebiegu jednakże suchot płucnych to zapalenie torebkowe gardzieli nie dosięga zazwyczaj owych wysokich stopni natężenia, jakie w innych chorobach spotykamy. Często postać ta nieżyty gardzieli występuje jednocześnie ze zwykłą postacią nieżyty przewlekłego, a wówczas objawy przedmiotowe będą tego rodzaju, że obok silnego nieraz ciemno-fioletowego zabarwienia tylnej ściany gardzieli, spotykamy rozszerzone znacznie naczynia krwionośne i gromadami rozsypaną ziarninę. W tych razach jednakże ziarninę łatwo można przeoczyć, dla tego też należy zawsze badać gardziel przy silnem oświetleniu. Objawy podmiotowe tego cierpienia zależą od jego natężenia: w wyższych stopniach występuje bardzo nieprzyjemne uczucie ciągłej suchości, palenia w gardle, które zmusza do nieustannego, bardzo dokuczliwego odchrząkiwania. Obok tego głos bywa nieco przytłumionym, występuje z łatwością chrypka przy dłuższem mówieniu lub śpiewie. Te ostatnie objawy są właściwie objawami krtańiowymi i występują one prawdopodobnie na drodze zwrotnej (refleksyjnej), gdyż w wielu razach pomimo ich istnienia zmian w krtańi wykryć nie można, a jednocześnie ze zmniejszeniem się objawów przedmiotowych cierpienia gardzieli i owe objawy krtańiowe zazwyczaj zmniejszają się lub całkiem ustępują.

Przebieg cierpienia tego bywa niezmiernie przewlekłym, najczęściej powstaje ono niepostrzeżenie, od czasu do czasu zaostrza się pod działaniem wpływów zewnętrznych jakoto: atmosferycznych i t. p., często zaś pogorszenie idzie w parze z pogorszeniem choroby zasadniczej t. j. suchot płucnych. W zupełności nieustępuje ono prawie nigdy.

Na istotę cierpienia mamy do dziś dnia najrozmaitsze poglądy, podczas bowiem gdy autorowie niemieccy uważają cierpienie to jako samoistne (idiopatyczne), większość autorów francuzkich przeciwnie, uważa je za cierpienie następowe, związane ściśle z pewnemi chorobami ogólnemi jako to: zółzami, gruźlicą, podogrą i t. p.

Leczenie. Jak i przy innych wyżej opisanych cierpieniach krtańi i gardzieli wikłających suchoty płucne, tak i przy nieżycie ziarninowym gardzieli uważam leczenie choroby zasadniczej za główne wskazanie, miejscowe zaś leczenie stosuję tylko wówczas, gdy objawy podmiotowe są nader dokuczliwe i leczenie owo stosuję tylko przez pewien czas to jest,

¹⁾ Prof. STÖRRK z Wiednia przypuszcza, że istota cierpienia polega jedynie na miejscowem cierpieniu nabłonka gardzieli (*Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs, der Nase u. des Rachens*, 1876 str. 114.

dopóki objawy owe nie zostaną złagodzone, dalsze bowiem leczenie, nawet najbardziej wytrwale prowadzone, nie zniszczy doszczętnie choroby związanej ściśle z chorobą zasadniczą.

Sposobów leczniczych tego cierpienia gardzieli mamy niezmiernie wiele; dowód to najlepszy o ile cierpienie to jest upartem. Wszystkie, jako to: silne przyżegania kamieniem piekielnym, ściśle ograniczone wypalanie oddzielnych ziarnin kwasem chromnym, wyrzynanie nożem, wypalanie galwanokaustyczne i t. p. zwykle łagodzą cierpienie, z trudnością jednakże w zupełności je usuwają. Ze środków leczniczych wypróbowałem metodycznie bardzo wiele, najlepsze stosunkowo jednakże wyniki otrzymywałem z użycia zwykłej nalewki jodowej. Z początku używam roztworu 1 na 4 części gliceryny i tem pędzluje dość silnie raz na dzień tylną ścianę gardzieli; po kilku dniach przechodzę do roztworu 1 na 2 części gliceryny. Zazwyczaj roztwór ten jest dostatecznym, chociaż w upartych postaciach można używać mocniejszego jeszcze roztworu, a nawet czystej nalewki. Zwykle po upływie dni 14 przykre objawy podmiotowe zmniejszają się znacznie; wtedy też leczenia miejscowego zaprzestaje; pozostawiając chorego tylko przy odpowiedniem higijenicznem zachowaniu się, a powracam do leczenia miejscowego znowu wtedy, gdy objawy podmiotowe staną się wyraźniejszymi i swą obecnością znacznie niepokoją chorego..

Na tem kończę opis lżejszych cierpień krtani i gardzieli wklajających suchoty płucne; w rozdziale następnym opiszę jedno z najcięższych powikłań suchot płucnych t. j. tak zwane suchoty krtanio-gardzielowe.

Spostrzeżenie ze szpitala Maryi Teresy w Wiedniu.

Przypadek opadnięcia macicy i przodkowej ściany pochwy, pomyślnie operowany sposobem Bischoff'a.

Opisał Jan Erlich, z Warszawy.

W miesiącu Listopadzie r. z. przybyła do szpitala Maryi Teresy w Wiedniu chora lat 27 licząca, cierpiąca od lat trzech na wypadnięcie macicy i przodkowej ściany pochwy (*prolapsus uteri et cystocele vaginalis*). Cierpienie to postanowiono usunąć na drodze operacyjnej i z tego względu leczenie rozdzielono na dwie części. Zadaniem pierwszej było zniesienie istniejącego opadnięcia przodkowej ściany pochwy, i w tym celu dokonana została operacja sposobem HEGAR'A, polegająca jak wiadomo, na wycięciu z błony śluzowej przodkowej ściany pochwy skośno-kwadratowego płata o zaokrąglonych kątach, a następnie na złączeniu brzegów tak otrzymanej rany jedwabnemi szwami; szwów takich, naprzemian powierzchniowych i głębokich, nałożono 8 (*Colporaphia anterior*)¹⁾. Ope-

¹⁾ HEGAR i KALTENBACH. *Die operativ Gynaekologie. Erlangen 1877* str. 896.

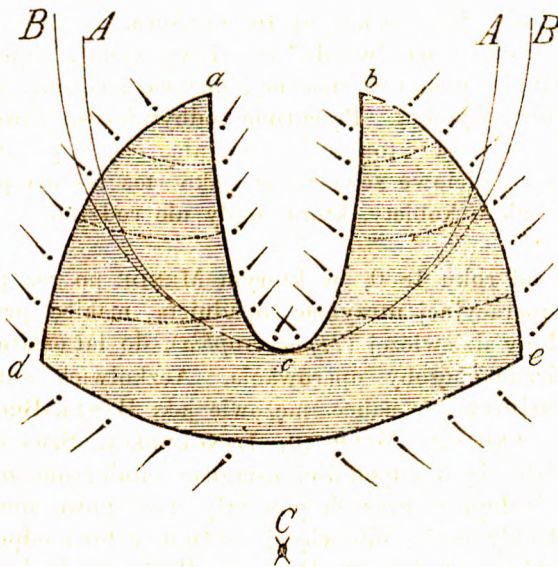
racja przyniosła skutek pożądany: po odjęciu bowiem szwów, zabliźnienie przez bezpośrednie zlepienie nastąpiło w całej rozległości i 12-go dnia chora z łóżka się podniosła.

W trzy tygodnie po dokonaniu rzeczonyj operacyi, w którym to czasie chora odbyła miesiączkę, przystąpiono do drugiej, zadaniem której było usunięcie opadnięcia macicy.

Chorą ułożono jak do operacyi kamienia pęcherzewego i po uspieniu jej chloroformem, operacyję wykonano w sposób następujący.

Na tylnej ściance pochwy wycięto płat 5 ctm. długi, $2\frac{1}{2}$ ctm. szeroki, kształtu litery U, której obydwie ramiona zmierzały ku odprowadzoney macicy, zaokrąglony zaś wierzchołek spoczywał na tylnem spoidle warg sromnych t. j. na granicy skóry i błony śluzowej, po czem idąc od wierzchołka ku podstawie, błonę śluzową oddzielono.

Z końców czyli od podstawy tak utworzonego płata *abc*, poprowadzono po obydwóch stronach symetrycznie, dwa cięcia *ad* i *ae*, sięgające do środka warg mniejszych; tym sposobem powstały dwa trójkąty *dac* i *cbe*, z powierzchni których błona śluzowa została oddzieloną.



Po obranieniu rzeczonych powierzchni w pochwie, należało obranieć, odpowiednią powierzchnię na kroczu. W tym celu z przodkowej części krocza i spoidła warg sromnych, ścięto skórę, w kształcie odcinka koła (*de*) w ten sposób, że końce zład powstałego obranienia, zjednoczyły się z bocznemi cięciami, (*ad* i *be*) przechodzącemi przez środek warg sromnych mniejszych. Pierwsza część operacyi na tem zakończoną została, po czem powierzchnię rany wygładzono, nieznaczny krwotok zatamowano i przystąpiono do nałożenia szwów.

Zakładanie szwów rozpoczęto w pochwie, przez złączenie brzegów płata (*acb*) z odpowiednimi brzegami cięć bocznych (*ad* i *be*). Szwów jedwabnych, naprzemian powierzchniowych i głębokich, nałożono z każdej strony po dziewięć (na załączonym rysunku jest ich tylko 7, a to dla jasności rysunku, który jest mniejszym od naturalnej wielkości. *Red.*). Złączenie to spowodowało, że rana na skórze krocza poprzednio kolistą, przybrała teraz kształt trójkątny. Brzegi tej rany złączono 5-ma głębokimi szwami (na rysunku jest ich tylko 4-ry z tego samego co powyżej powodu. *Red.*) jedwabnymi i na tem cała operacyja została ukończoną.

Opatrunek po operacyi zasadzał się na założeniu do pochwy niewielkiego tamponu z waty, napojonego olejem karbolowym. Chorej, przeniesionej na łóżko, zalecono bezwarunkowy spokój, przy dyjcie płynnej. W ciągu pierwszych 14 dni mocz upuszczano cewnikiem, stolca ufaatwino enemami; 14-go dnia po odjęciu 5-ciu szwów z krocza na całej przestrzeni dostrzegliśmy zlepienie zupełne. W ciągu tego czasu dwa razy pochwa ostrożnie letnią wodą z 5% kw. karbol. była przestrzykiwana.

W tygodniu następnym odjęto szwy z pochwy, gdzie po obydwóch stronach zabliznienie linijne zupełne również nastąpiło; 24-go zaś dnia operowana podniosła się z łóżka zupełnie zdrowa.

Badając operowaną na dwa dni przed wyjściem z szpitala, znalazłem krocz 6 ctm. długie, grubości znacznej, pochwę zwązoną, jej tylną ścianę mocno ku przodowi wygiętą. Przegroda odbytniczo-pochwowa przedstawiała zgrubienie, po za którym spoczywała część pochwowa macicy. Wogólności, części płciowe zewnętrzne jako też i sama pochwa, przedstawiały się tak, jak u kobiety, która nigdy nie rodziła.

Począwszy od roku 1830, w którym MENDE po raz pierwszy usiłował na drodze operacyjnej utrzymać opadniętą macicę, przez utworzenie jakoby nowej błony dziewiczej (*Hymenorrhaphia*), do lat ostatnich, pojawiały się kolejno rozliczne sposoby operowania. Aczkolwiek autorami ich byli znani i wielce zasłużeni w nauce mężowie jak: BAKER-BROWN, LINHART, MALGAIGNE, DIFFENBACH, VELPEAU, LANGENBECK, SIMS i wielu innych, żadnemu nie udało się w zupełności osiągnąć zamierzonego celu.

W ostatnich dopiero czasach powstały trzy nowe sposoby operowania, z których każdy mniej lub więcej swemu celowi odpowiada: 1) SIMON'A *Colporaphia posterior*; 2) HEGAR'A *Perineauwesis* i 3) BISCHOFF'A *Colpoperineoplastica*. Jak wiadomo, macica w stanie prawidłowym tworzy z pochwą kąt zbliżony do prostego, jest więc wyraźnie ku przodowi pochyloną (*antversio*) i w położeniu tem utrzymywaną, jest przez właściwy nastrój (*tonus*) wszystkich narządów będących z nią w anatomicznym związku.

Narządy te, w skutek ciąży a następnie porodu, ulegają zwiotczeniu i przy nieodpowiedniem zachowaniu się podczas położu, z łatwością w tym stanie pozostać mogą.

Ten stan zwiótczenia, jest pierwszą przyczyną wywołującą opadnięcie macicy, które jednak aby było zupełnem, bezwarunkowo wymaga, aby os podłużna macicy z osią pochwy zlała się w jedną linię, mniej lub więcej prostą; macica więc musi znajdować się w pierwszym stopniu tyło-pochylenia (*retroversio*), tylna zaś sciana pochwy, przybrać kierunek pionowy.

Na tej zasadzie powstawania w mowie będącego cierpienia, trzech wyżej wymienionych autorów oparło jego leczenie, którego celem jest nadanie pochwie takiego kierunku, aby ta z osią podłużną macicy utworzyła kąt, mniej lub więcej prosty. Operacja SIMON'A ¹⁾ polega na wycięciu z tylnej sciany pochwy pięciokątnego płata, po czem brzegi rany zszywają się częścią w pochwie, częścią na kroczu. Postępowanie prof. HEGAR'A ²⁾ zbliżonem jest do tego z tą różnicą, że tu powierzchnia obraniona ma postać mniej lub więcej wydłużonego trójkąta.

Obydwa te sposoby, jakkolwiek niekiedy do pożądanego prowadzą wyniku, przedstawiają jednak niemałe trudności techniczne ze względu na to, że sama manipulacja głęboko w pochwie musi być dokonywana, napięcie szwów bywa bardzo znaczne, co utrudnia zabliznienie rany przez bezpośrednie zlepione zgięcie osi pochwowej nie jest nieraz dostatecznem i nakoniec kardynalnym ich błędem jest to, że blizna powstała przez zjednoczenie brzegów rany, wypada na linii środkowej tak, że cały ciężar macicy na niej spoczywa i z łatwością powoduje powrót opadnięcia.

Wszystkie wymienione tu niedokładności i błędy, sposób operowania prof. BISCHOFF'A usuwa, a tem samem pomyslny i trwałe zapewnia skutek

Operacja BISCHOFF'A, którąśmy u naszej chorej wykonali, bodaj czy nie jest dzisiaj ostatnim wyrazem, operacyjnego leczenia opadnięcia macicy. Znosi ona bezpośredni moment przyczynowy przez przywrócenie pochwie jej kierunku prawidłowego w stosunku do macicy, dla części zaś pochwowej tworzy niepodatną podstawę, która sile ciężenia macicy, aż nadto oprzeć się jest w stanie.

Do roku 1877 prof. BISCHOFF ³⁾ operację rzeczoną wykonał na 49 chorych, z których u 44-ch nastąpiło zabliznienie przez bezpośrednie zlepienie; jeden przypadek, w którym operacja poprzedzoną była odjęciem szyjki macicznej zakończył się śmiercią z posocznicy; w pozostałych zaś 4-ch nie przyniosła oczekiwanego skutku, z przyczyny rozlicznych powikłań, które opadnięciu macicy towarzyszyły. W jednym z tych ostatnich, przegroda odbytńico-pochwowa w większej części była całkiem zniszczoną.

Z pomiędzy operowanych, 12 spostrzegano przez rok jeden do lat pięciu i u żadnej ani śladu dążności do powrotu choroby nie znaleziono. Z pięciu znanych przypadków, w których po operacji porody miały miejsce, trzy odbyły się prawidłowo, w jednym nastąpiło

¹⁾ ENGERHARDT. *Die Retention des Gebärmuttervorfalles*. Heidelberg 1871.

²⁾ HEGAR l. c. str. 401.

³⁾ *Correspondenz-Blatt für schweiz. Aertzte*, Jahrg. VII (1878).

pęknięcie krocza 2-go stopnia, w drugim pęknięcie krocza środkowe (*ruptura perinei centralis*).

Z udzielonych mi ustnych wiadomości przez dra Karola ROKITAŃSKY'EGO, dyrektora szpitala Maryi Teresy w Wiedniu, jako też ze sprawozdań z czynności tegoż szpitala ogłoszonych drukiem ¹⁾, okazuje się, że wszystkie operowane przypadki, których liczba do 51 dochodzi, zakończyły się wyzdrowieniem zupełnem, jakkolwiek między operowanymi znajdowały się kobiety sześćdziesięcio-kilko-letnie.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

O przymiocie mózgu (*sypylis cereb'ralis*).

Przez Alfreda FOURNIER'A ²⁾.

Strescił W. Gajkiewicz.

Autor w dziele swoim, które jest zebraniem 22 lekcyj mianych przez niego w 1877 r. w szpitalu Ś-go Ludwika w Paryżu, rozpoczyna swój wykład (lekcya I) od kilku ogólników, niezmiernej doniosłości dla lekarza praktycznego, bo dotyczących: częstości, chronologii i etjologii przymiotu mózgowego. Zaczyna on od przypomnienia iż wiadomości nasze o cierpieniu przymiotowym układu nerwowego, są zdobyczą nowoczesną. HUNTER ³⁾ zaliczał mózg do rzędu „tych narządów, na które przymiot być może, całkiem nie jest zdolny wpływać”. Tak samo dla ASTLEY COOPER'A ⁴⁾ mózg jest „jedną z tych tkanek, które nie zdają się być zdolne do zmian pod wpływem jadu przymiotowego”. Podobne zdanie trwało prawie do ostatnich czasów, bo jeszcze w r. 1861 prof. LASÈGUE ⁵⁾ zaburzenia nerwowe przymiotowe nazywa „rzadkimi i wątpliwymi, przeznaczonemi, przynajmniej aż do dalszego wykazania, do zamieszczania ich w opisach przymiotu tylko tytułem dodatku” a istnienie obłądu przymiotowego (*alienatio sypylitica*) uważa „poprostu jako oparte na domysle, możliwe, prawdopodobne, ale nic więcej”. Od tego czasu w niespełna 17 lat nastąpiła ogromna zmiana w pojęciach. Pojawiło się mnóstwo prac w Europie i Ameryce, opartych na spostrzeżeniach klinicznych, z których wynika iż zajęcie ośrodków nerwowych w przymiocie jest bardzo częstem, tylko dotąd przeoczonem i że mnóstwo zбочeń dotychczas nieznaney przyrody są pochodzenia przymiotowego. Doszło do tego iż obecnie „porażenie połowiczne ruchu (*hemiplegia*) pojawiające się przed 40 r. życia, u osobnika nie dotkniętego cierpieniem układu krwionośnego lub przewlekłem zatruciem wysokokowem (*alcoholismus chronicus*), uważają, przynajmniej 8 razy na 10, być nawet może 9 na 10, za porażenie pochodzenia przymiotowego”. Tak samo jeśli padaczka (*epilepsia*) pojawia się po raz pierwszy u osoby starszej nad 25—30 lat, to 9 razy na 10, jest ona pochodzenia przymiotowego. Na 100 przypadków porażeń mięśni ocznych, w 75 powodem ich jest

¹⁾ *Aertzlicher Bericht des Maria-Teresia-Frauen-Hospitales in Wien*, za rok 1877 i 1878.

²⁾ *La sypylis du cerveau. Leçons cliniques recueillies par F. BRISSAUD*. Paris 1879. stronic 634.

³⁾ *Traité de la maladie vénérienne. Traduction de RICHELOT 3^e édit.* Paris 1859. str. 582.

⁴⁾ *Oeuvres chirurgicales. Traduction de CHASSAIGNAC et RICHELOT. Bruxelles 1835.* s. 361.

⁵⁾ *Archives gén. de méd.* 1861 t. II str. 210 i 219.

przymiot. Wiadomem dziś jest iż przeróżne objawy nerwowe i ich zbior, jak: *cephalalgia, epilepsia, aphasia, hemiplegia, paralysis generalis, paralyses partiales, paraplegia, ataxia* i t. d. mogą być spowodowane zakażeniem ustroju zarazkiem przymiotowym.

Po takim wykazaniu częstotści cierpienia układu nerwowego w przymiocie, autor przechodzi do rozstrzygnięcia kilku punktów chronologii i etjologii przymiotu mózgowego (w pracy bowiem przez nas rozbięraney, F. zajmuje się przymiotem mózgu, odkładając na później przymiot rdzenia i nerwów obwodowych).

1) W jakim czasie zakażenia przymiotowego powstają zaburzenia mózgowce. Najczęściej są to objawy trzeciorzędne; niekiedy jednak, choć rzadko, jak to ma miejsce i z innymi objawami trzeciorzędnymi, są one wczesniejsze, bo prawie współczesne objawom wtórnym przymiotu. Niekiedy znów odwrotnie, objawy zajęcia mózgu pojawiają się bardzo późno, w 20—26 a nawet w 30 lat po zarażeniu. I ta jednak ostateczność jak i pierwsza, jest również rzadką. Zazwyczaj zaburzenia mózgowce występują między 3 a 18 r. po zarażeniu. Wedle FOURNIER'A (l. c. str. 7) $\frac{2}{3}$ przypadków przypada między 3 a 10 rokiem, a tylko $\frac{1}{3}$ między 10—18. *Maximum* więc częstotści ukazywania się zaburzeń mózgowych jest między 3—10 r. po wejściu zarazka przymiotowego do ustroju.

2) Jakie przyczyny pobudzają zajęcie mózgu w przymiocie. Zwykle nie potrzeba żadnej, zarazek istniejący w ustroju może zająć mózg jak i każdy inny narząd, tkankę. Niekiedy jednak są przyczyny pomocnicze, ułatwiające zajęcie mózgu, sprawdzając ogólne prawo, iż w każdej skazie (*diathesis*) cierpią przedewszystkiem narządy będące w stanie zwiększonej czynności fizjologicznej lub w stanie podrażnienia chorobowego (*locus minoris resistentiae*)¹⁾. Wiadomem jest iż osoby dotknięte przymiotem i palące tytoń, bardzo często mają zajętą jamę ust. Tak samo mózg w przymiocie cierpi łatwiej u osób wystawionych na znużenia umysłowe (przez pracę, nateżenie umysłu, bezsenność i t. p.), na pobudzenia z przyczyn bądź to moralnych (obawa, niespokojność, żmartwienie, wzruszenie i t. p.), bądź fizycznych (nadużycie napojów wysokokowych, spółkowania i t. p.). Niektórzy badacze jak BROADBENT (*The Lancet* 1876 str. 741) przypisują w tym względzie znaczenie i obrażeniom czaszki. Wymienione przyczyny usposabiające wpływają i na powstawanie powrotów choroby. Tłumaczą one częstotść przymiotu mózgu u osób oddanych, skutkiem ich zatrudnienia, pracom umysłowym, jak: literaci, adwokaci, profesorowie, lekarze. Zbytecznym jest nastawać na ważność znajomości tej części etjologii przymiotu mózgu w leczeniu zapobiegawczem (*prophylaxis*).

3) Czy postać przymiotu usposabia do zaburzeń mózgowych. A *priori* zdawałoby się iż powinnyby one występować głównie w postaciach ciężkich, złośliwych przymiotu. Spostrzeżenia jednak kliniczne nietylko że nie potwierdzają, ale nawet mówią wprost przeciw temu pogładowi. BROADBENT np. „z przypadków które widział wypowiada to zdanie, iż osobami najwięcej wystawionemi na zaburzenia w układzie nerwowym są te, u których objawy wtórne były przemijające lub lekkie”. FOURNIER (str. 13) na 47 przypadków przymiotu mózgu, widział, iż w 3 poprzedziły go objawy ciężkie, a w 44 łagodne, tak iż z tego wszystkiego wywodzi on następujące wnioski: a) po każdym przymiocie, to jest niezależnie czy tako-

1) Jest to ulubiony przedmiot VERNEUIL'A i PAGET'A. Zobacz w tym względzie: P. BERGER. *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques*. Paris 1875. PETIT. *De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme*. Paris 1875. MEDYCZYNA 1877. Nr. 29.

wy objawia się w pierwszych swych okresach łagodnie, średnio lub ciężko, mogą przyjsć zaburzenia mózgowe; *b*) łagodność początkowa przymiotu (niezależnie czy on jest leczony lub nie) nie daje rękojmi przeciw możności pojawienia się później zaburzeń mózgowych; *c*) a nawet, opierając się na faktach znanych w nauce, zdają się one pojawiać najczęściej w przymiocie objawiającym się łagodnie od samego początku.

Lekeyja II i III są poświęcone anatomii patologicznej. Jak w każdym innym narządzie, tak i w mózgu zmiany anatomiczne są dwojakie: bezpośrednie, to jest pierwotnie w nim powstałe i pośrednie, będące następstwem przejścia cierpienia z części sąsiednich, jak w tym razie np. z kości czaszki. Autor zajmuje się tylko pierwszymi, stanowiącemi właściwy przymiot mózgowy. I zmiany bezpośrednie są także dwojakie: pierwotne, swoiste (*lésions propres, spéciales*) zależące od samej *diathesis* i wtórne (*l. communes, secondaires*) będące następstwem pierwszych, a nie zawisłe od *diathesis*. Gummat np. jest zmianą pierwotną, a zapalenie naokoło niego powstające, wtórna. Zmiana ściany naczynia krwionośnego, — pierwotną, a zakrzep (*thrombus*) i rozmięczenie tkanki mózgowej (*ramollitio*) powstające na skutek zmiany w utkaniu ściany, wtórna. Zajmiemy się najpierw zmianami pierwotnemi, właściwemi przymiotowi mózgu. Tak jak w innych narządach, tak i w mózgu, zmiany przymiotowe mózgu jako trzeciorzędne, cechują się rozrostem (*hyperplasia*), dającym początek albo tkance komórkowej, zdolnej do organizacyi, z której więc może powstawać tkanka włóknista, przyczem następuje zwyrodnienie, zanik tkanki macierzystej, jest to *sclerosis*; lub też nowopowstała tkanka nie jest zdolna do wyższej organizacyi, lecz powoli ulega zwyrodnieniu, ziarniniak przymiotowy (*gumma syphiliticum*). Zmiany anatomiczne w przymiocie mogą dotyczyć wszystkie części składowe mózgu, a więc: osłony, naczynia krwionośne i miąższ. Są one niekiedy ograniczone do jednej z tych części, częściej jednak jest zajęta większość lub wszystkie wymienione części. Zmienioną jest najczęściej tylko pewna część osłon mózgowych, pewna ilość naczyn, większa lub mniejsza przestrzeń miąższu. Inną cechą anatomiczną przymiotu mózgowego jest to, iż zwykle ognisko cierpienia nie jest pojedyncze, lecz jest ich kilka. Ogniska są zazwyczaj rozsiane, i położenie ich na obu półkulach mózgowych nie jest symetryczne.

W przymiocie mózgu najczęściej, bo prawie we wszystkich przypadkach, napotyka się z m i a n y o s ł o n m ó z g o w y c h. Z 2 postaci przytoczonych nierównie częstszą jest: *meningitis sclerosa* niż *m. gummosa*. Pierwsza objawia się zgrubieniem, zazwyczaj ograniczonym, niekiedy wysepkowaniem, rzadko więcej ogólnem, osłon mózgowych, które tracą wygląd prawidłowy, lecz stają się podobniejszymi do powięzi. Rzadko osłony bywają zajęte każda oddzielnie (częściej twarda i naczyniowa niż pajęczna), zwykle wszystkie razem. Są wtedy zrosnięte między sobą (*symplysis meningea*) lub i z mózgiem (*symplysis meningo-cerebralis*). Mało jest innych cierpień, któreby mogły spowodować tak znaczne zgrubienie i tak silne zrosnięcie, jak przymiot. Jak powiedzieliśmy rzadziej przymiot osłon mózgowych wywołuje powstanie ziarniniaków, a nawet jeśli one są, to prawie zawsze bywają jednocześnie ze zgrubieniem osłon (*meningitis sclero-gummosa*). Niekiedy jednak przeważają ziarniniaki, a w około nich ma miejsce rozrost osłony, a więc stosunek wręcz przeciwny dopiero co przytoczonemu; jest to co nazywają *meningitis gummosa*. I ziarniniaki są częstsze w osłonie twardej, niż w 2 innych; czasami jednak zajmują one nie tylko wszystkie 3 błony mózgowy, lecz nadto kości czaszki i sam mózg, tak że trudno oznaczyć punkt ich wyjścia. Postać ich bywa albo ograniczona, albo więcej rozlana, rodzaj nasiąknięcia (*infiltratio*). Wielkość różna: od ziarnka konopi do wiel-

kości dużego orzecha i więcej. Napotyka ją się wszędzie, częściej jednak na podstawie mózgu, między skrzyżowaniem nerwów wzrokowych (*chiasma*) a dołem podstawowym (*fossa basilaris*). Liczba: 1—4 i więcej. Zmiany osłon mózgowych prócz tego że są częstymi, są ważne i z tego powodu iż wpływają na inne części mózgu. Łatwo zrozumieć, iż jeśli jedna z 2 zmian powstanie w bliskości nerwu, to takowy ulegnie uciskowi, a następnie i zwyrodnieniu, objawiającemu się porażeniem jednego z nerwów mózgowych. Tak samo mogą uciskać naczynia krwionośne, skutki czego wkrótce poznamy. Zmiany osłon nie są obojętne i dla tkanki mózgowej. Prócz tego iż sprawa chorobowa może na nią przejść *per contiguitatem*, wiedząc iż naczynia odżywe przed udaniem się do mózgu, rozgałęziają się pierwiej w osłonie miękkiej (*pia mater*), zrozumiemy iż *sclerosis* lub *gumma* osłony naczyniowej musi utrudniać lub znosić zupełnie dopływ krwi do kory mózgowej.

Naczynia krwionośne mózgowo cierpią dwojako w przy-
mocie: albo są to zmiany pierwotnie w ścianie ich powstałe (*arteritis*), lub też ucisk przez twory patologiczne sąsiednie. Ucisk ten jest tem łatwiejszy, iż zazwyczaj zmiany anatomiczne przymiotowe (*sclerosis* i *gummata*) odbywają się w kierunku naczyń. Częściej ucisniętymi są tętnice, niekiedy jednak i układ żylny, jak zatoki (*sinus*) mózgowe. Zmiany w ścianach tętnic uważano przez długi czas za wyjątkowe i były one prawie nieznanne. Obecnie przekonano się, iż są bardzo częste¹⁾. W jednych razach następuje bujanie komórek tkanki łącznej błony zewnętrznej (*periarteritis*) lub wewnętrznej (*endarteritis*), skutkiem czego ściany tętnic ulegają zgrubieniu, stają się twarde, chropowate; następnie po pewnym czasie tkanka komórkowa nowopowstała (ziarnina) ulega organizacyi, a mianowicie wytwarza się z niej tkanka łączna włóknista, która jak każda blizna, powoli sięga się. Jest to *arteritis sclerosa*. W innych razach ma miejsce także rozrost tkanki łącznej ścian naczyń, lecz powstała przy tem tkanka komórkowa, zamiast organizacyi jak w pierwszym razie, ulega zwyrodnieniu (*desorganisatio*). Jest to *arteritis gummosa*. I tutaj ściana naczynia na różnej przestrzeni ulega również zgrubieniu, i stwardnieniu. Ilość naczyń krwionośnych dotknięta w przyimocie bywa rozmaita. Wszystkie opisane tu zmiany przymiotowe naczyń mają jeden i ten sam skutek, który stanowi główne ich niebezpieczeństwo, a mianowicie prędzej czy później wpływają na krążenie krwi. Na skutek w ten lub ów sposób powstałego zwięzienia światła naczynia, następuje zwolnienie przepływu krwi, a więc mniejszy lub większy zastój takowej, zakrzep (*thrombosis*) i zanik światła naczynia. W miarę zupełnego lub niezupełnego zniknięcia światła, odpowiednio zatkanym tętnicom części istoty korowej mózgu ulegają obumarciu (*ramollitio*), lub też tylko bezkrwistości (*ischaemia*) z całemi ich następstwami: utrata przytomności, porażenia i t. d. Nietylko małe gałązki mogą w ten

¹⁾ Patrz w tym względzie: DITTRICH. *Prager Vierteljahrsschrift* 1849. GILDEMEESTER i HOYACK. *Journal médical hebdomadaire des Pays-Bas*. 1854. VIRCHOW. *La Syphilis constitutionnelle* (tłum. PICARD'A). *Pathologie des tumeurs* (tłum. ARONSSOHN'A). S. WILKS. *On the syphilitic affections of internal organs* (*Guy's hospital reports*) 1863. MOXON. *Case of acute inflammation of the cerebral arteries during syphilis*. *Lancet* 1869. H. JACKSON. *British medical Journal* 1873. *The Journal of mental science* 1874. LANCEREAUX. *Des affections syphilitiques de l'appareil circulatoire*. *Archives gen. de médecine* 1873 t. II. BROADBENT. *British medical Journal* 1874. BUZZARD. *Clinical aspects of syphilitic nervous affections*. London 1874. HEUBNER. *Die luetiche Erkrankung der Hirnarterien*. Leipzig 1874. RABOT. *Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales*. Thèse de Paris 1875. BREEFIELD i GOWERS. *Pathological Society of London. The Lancet*. January 1877.

sposób być zatkane, ale i same pnie, jak pień podstawowy (*truncus basilaris*), tętnica mózgowa przednia, średnia v. SYLWIUSZA i tylna a nawet i tętnica domózgowa (*carotis cerebialis*) ¹⁾. Innym razem następstwem zmiany w utkaniu ściany tętnic jest nie zwężenie, ale przeciwnie rozszerzenie ich światła, powstanie tętniaków (*aneurysmata*), które mogą pękać i dawać powód do krwotoków (*haemorrhagiae meningeae et cerebrales*). (d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Sen chorobliwy (*maladie du sommeil*) opisał dr. Jose ARGUMOSA (*Cronica medico quirurgica de la Habana*). Jest to stan chorobliwy mało znany, a jednak bardzo częsty u murzynów zrodzonych w Afryce. Autor spostrzegł 16 tego rodzaju przypadków tak u mężczyzn jak i u kobiet młodych i dobrze odżywionych. Przebieg choroby i zakończenie śmiertelne u wszystkich jednakowe. Autor opisuje historię tej zagadkowej choroby we wszystkich przypadkach, z których przytaczamy dwa następujące: 1. Młody murzyn 16-letni zawsze poprzednio zdrow i doskonale odżywiany, nagle stał się nieczułym na wszystko i o nic nie dbającym, i tak dalece do snu skłonny, że pokładał się i spał bez względu na czas, miejsce i otaczającego go okoliczności; zasypiał nawet jedząc. W skutek takiego stanu nagabywały go myśli o samobójstwie, które starał się zwalczać wszelkimi siłami. Chory ten zapewniał, że zapomina o tem co do niego mówiono, co mu polecano i że doświadcza niczem niepoHAMOWANEJ skłonności do snu. Wszystkie czynności ustroju zdawały się być w porządku, z wyjątkiem jedynie pewnej sztywności w ruchach; zdolności umysłowe były nietknięte. Wszelkie leczenie jako to: wypoczynek, kąpiele chłodne, przystawianie pijawek około otworu stolcowego, pigułki aloesowe, wronie oko, walerianat cynku i walerianat chininy, okazały się bezskutecznymi. Po 6-ciu miesiącach trwania choroby wystąpiło mimowolne moczenie i zaparcie stolca. W 7 dni po rozpoczęciu się tego bezwładu, nastąpiła śmierć przy objawach zaduszenia, nie dającego się niczem powstrzymać. II-gi przypadek dotyczył młodej murzynki, urodzonej również w Afryce jak i poprzedni chory. Tenże sam przebieg choroby: zupełne zobojętnienie na wszystko i skłonność do snu niepokonalna. Przez pierwsze 3 miesiące zadawano chorej jodek potassu, następnie gwałtownie czyszczące leki (*drastica*), a nakoniec pryszczycyła; śmierć nastąpiła z zaduszenia, bez poprzedniej nawet utraty łaknienia i bez schudnienia. Rozbiór zwłok dał wynik ujemny. Jedynie tkanki miękkie zdawały się być więcej sztywnymi niż prawidłowo, mózg i rdzeń kręgowy trochę twardsze; zresztą nic coby wyjaśniło tę śmiertelną chorobę. Wszystkie inne przypadki spostrzegane przez autora zakończyły się również śmiercią jak dwa podane, lecz w żadnym z nich nierobiono rozbioru zwłok.

(*Ref. w Gaz. méd. de Paris*. Nr. 5—1879).

J. R.

Letarg wywołany przyłożeniem na skórę magnesu. Dr. LANDOUZY (*Progrès médical*. 1879. Nr. 4) u hysteryczki z oddziału prof. HARDY (szpital *de la Charité*) w Paryżu, chcąc przekonać się jaki może mieć wpływ magues na wzdęcie (*meteorismus*), powodujące bardzo silne bólesci brzucha, doszedł do ciekawego odkrycia. Chorej nie mającej żadnego pojęcia o tem co się ma robić, zawiązano oczy i przyłożono bieguny magnesu w okolicy pępka, po czem zaczęto z nią rozmawiać by tym sposobem odwrócić jej uwagę od uczucia zimna jakie sprawiło przyłożenie magnesu w miejscach dotknięcia. Już w 2 minuty po rozpoczęciu doświadczenia, zauważano lekkie drgawki w napiętku i spojeniu warg ust strony prawej, odpowiedzi chorej stawały się coraz powolniejszymi aż wreszcie zupełnie ustały. Napróżno podnoszono głos, chwytano i wstrząsano chorą za rękę, szczypano ją, była ona wciąż pogrążoną w śnie głębokim, przyczem czucie było najzupełniej zniesione, mięśnie w zwiotezeniu (*resolutio*). W takim stanie odjęto magnes i odwiązano oczy; w 6 sekund

¹⁾ Jak dowodzą przypadki: VIRCHOW'A. *Virchow's Archiv* 1847 t. I str. 325. DITTRICH'A. *Prager Vierteljahrs* 1848. BRISTOWE'A. *Transactions of path. Soc.* 1859 t. X str. 21. BONING'A. *Deutsche Klinik*. 1861. Nr. 43. RABOT'A. l. c. str. 31. LANCEREAUX. *Traité de la syphilis* 2-e édit. str. 308.

sposzczono ponowne drgawki w tychże samych co i poprzednio mięśniach, to jest, w pięściu i spojeniu warg prawem, a wkrótce chora obudziła się. Skutek następował ten sam za przyłożeniem magnesu na inne części ciała. Za każdym razem, niezależnie na miejsce skóry, na którym postawiono magnes i jednocześnie zamknięto lub zawiązano oczy, przychodził sen z zupełnym znieczuleniem, prawdziwy letarg, który przechodził skoro nie odmykając oczów odjęto magnes, lub otwarto oczy nie odejmując magnesu. Przyłożenie na skórę chorej kawałka zwykłego żelaza kształtu takiego jak używany magnes, nie wywoływało letargu. Doświadczenie opisane, było po kilkakroć powtarzane w obec prof. HARDY i licznych jego słuchaczy. Powstawanie letargu za przyłożeniem magnesu, prócz tego iż może oddać usługi psychologii, medycynie sądowej i patogenii hysterii, zdaniem LANDOUZ'EGO ma interes praktyczny, może bowiem posłużyć do wywołania snu u hysteryczek cierpiących na bezsenność i wyrugować używane zazwyczaj w takich przypadkach zastrzykiwania podskórne morfiny i zmniejszyć skutki nadużycia wymienionego leku. I w danym przypadku skorzystano z tego sposobu usypiania, zauważano tylko iż powstaje po takim snie magnetycznym silny, kilka minut trwający dreszcz. W. G.

WIADOMOŚCI Z CESARSTWA.

Petersburg. Przypadek zarazy morowej rozpoznany przez prof. BORKINA. „*Frauit. Wiestnik*” z dnia 15 (27) lutego zamieścił następujący komunikat rządowy: „Dnia 13 (25) lutego r. b. o godzinie 10 z rana, do oddziału terapeutycznego (prof. BORKINA) Michajłowskiemu klinicznemu szpitala LARONETA VILLIER'A, przybył dla leczenia się stróż szkoły artylleryjskiej, włościanin Naum Prokofjew, lat 50, według prof. BORKINA, z lekkimi przypadłościami choroby, którą w r. 1877 spostrzegał w Astrachaniu dr. DEPFNER. U Prokofjewa, który w ciągu czterech lat nie wyjeżdżał z Petersburga, dnia 15 (27) stycznia 1879 r. objawił się stan gorączkowy. Na drugi dzień ukazało się obrzmienie w lewej pachwinie, bubon, który następnie zaczął ropieć; d. 10 (22) lutego wrzód pękł, a d. 12 (24) wystąpił u chorego nowy napad gorączki; w ciągu jednej nocy wytworzył się wrzód w prawej pachwinie. D. 13 (25) lutego stan gorączkowy był dość znaczny, ciepota 39,2, tętno 120, oddychanie 24, skóra pokryta drobną wysypką petociową. Upadek sił niewielki. Przypadek ten, zdaniem prof. BORKINA, sądząc z powolności rozwoju i z tego, że nie pociągnął za sobą żadnych podobnych chorób w tym domu, gdzie mieszkał Prokofjew, należy do lekkich i łagodnych postaci wyżej wspomnianej choroby. Oddział terapeutyczny kliniki, w którym pomieszczono chorego, ściśle odosobniono, zupełnie przerwano wszelkie stosunki z innymi oddziałami. Dla dozorowania chorego wyznaczono: lekarza WASILJEWA, dwóch studentów 4-go kursu: KONOPASEWICZA i DMITRIEWA, oraz dwóch służących. Wszystkie rzeczy chorego spalono. Jednocześnie wydano następujące rozporządzenie: 1) Wszystkie 48 osób, które mieszkały z Prokofjewem w tych samych suterenach i które są zupełnie zdrowe, przeprowadzono do osobnego przez radę miejską zbudowanego pomieszczenia obserwacyjnego w Ekaterynhofie. Tamże przeniesiono wszystkie ich rzeczy dla dezynfekcyi, a jeśli okaże się potrzeba, dla spalenia. 2) Wyznaczony został osobny lekarz, felczer i niezbędna usługa w obserwacyjnym pomieszczeniu, które będzie otoczone zgodnie z kwarantannowemi przepisami przez 42 dni. 3) Część suteren gmachu szkoły artylleryjskiej, gdzie mieszkał Prokofjew, będzie dezynfekowana. 4) Podobnie będzie poddana dezynfekcyi pozostała część suteren i urządzony będzie szczególny nadzór lekarski nad mieszkającymi w tych oddziałach, które nie mają bezpośredniej łączności z mieszkaniem Prokofjewa. W tym celu uznano za konieczne na czas niejaki przenieść wszystkich do obszerniejszego i zdrowego lokalu. O dalszym przebiegu choroby Prokofjewa kummułować się będzie do wiadomości publicznej”.

Protokół, sporządzony dnia 15 (27) lutego przez komisję specjalną, złożoną z członków rady lekarskiej ministerjum spraw wewnętrznych, orzekł: „Obrzmiewanie gruczołów pachwinowych u Nauma Prokofjewa tłumaczy się poprzedniem cierpieniem przymiotowem, oraz bólami uczuwanymi w lewej kończynie od jesieni, stan zaś zapalny obrzmienia gruczołów chłonnych i zewnętrzne ropienie w lewej stronie było następstwem

wielkiego wysiłku w pracy. Co do ostrej zakaźnej postaci choroby, brak obrzmienia wątroby i śledziony, nader krótki stan gorączkowy i powolny przebieg cierpienia, tudzież brak wskazówki ze strony chorego względem możności jakiegobądź zarażenia się, pomimo zjawienia się kilku plam na powierzchni ciała, nie daje prawa do uznania tej choroby za mającą jakibądź związek z epidemią astrachańską, tembardziej, że chory żył prawie miesiąc w nader niekorzystnych warunkach higienicznych i stykając się z wielu ludźmi, niko-go nie zaraził swoją chorobą". Protokół ten podpisali: Lejb-medyk ZDEKAUER; zarządzający departamentem lekarskim RZOW; sekretarz naukowy rady lekarskiej LENZ; naczelny lekarz szpitala Maryjskiego CADET; naczelny lekarz szpitala Obuchowskiego HERMANN; wyższy urzędnik lekarski do szczególnych poruczeń przy depart. lekar. r. dw. KASTORSKI.

W odpowiedzi na ten protokół, prof. BORKIN zamieścił w „*St. Petersburgskich Widomościach*” z dnia 3-go Marca r. b. N-r. 49 wyjaśnienie powodów naukowych, które go skłoniły do rozpoznania w tym przypadku zarazy morowej. B. przedewszystkiem zaznacza, że już od pewnego czasu wielokrotnie w swoich lekcjach klinicznych jako też na posiedzeniach Towarzystwa lekarzy zwracał uwagę na chorobach, u których przebieg zwykłej durzycy ulegał pewnemu zbóceniu, a mianowicie na pojawianie się pierwotnych petoci przy durzycy płamistej i brzusznej, oraz na ostre obrzmiewanie gruczołów pachwinowych i pachowych, połączone z większą lub mniejszą ich bolesnością, przy jednoczesnem bardzo małem powiększeniu śledziony i wątroby ¹⁾. W obec takich przypadków, prof. B. wypowiadał nieraz zdanie, iż zaraza morowa już została do Petersburga przeniesioną w złagodzonej postaci.

D. 13 (25) Lutego prof. B. badał publicznie w obec wielu słuchaczy chorego Nauma Prokofjewa, jako okaz pełnego klinicznego obrazu zarazy morowej. Chory ten dotknięty był ostrem, gorączkowym, zakaźnem cierpieniem, połączone z nagłem obrzmiewaniem (w ciągu jednej doby) gruczołów chłonnych w lewej pachwinie; obrzmienie to następnie przeszło w ropienie z samowolnem pęknięciem ropnia 26-go dnia choroby. W dwa dni później stan gorączkowy, który był już ustał, znów powrócił i w ciągu jednej nocy wystąpiło bardzo bolesne obrzmienie gruczołów w pachwinie prawej. Przy przedstawieniu chorego na lekcyi klinicznej (25-go Lutego) znaleziono na skórze chorego drobne petociowe plamy, rozmaicie zabarwione: jedne z nich były jasno czerwone, inne, szczególniej na kończynach górnych, sino zabarwione, a jeszcze inne przedstawiały barwę brudno-czerwoną. Miejscami znajdowały się na skórze ślady dawnych petoci, w kształcie niewielkich kropek. Nakoniec na skórze brzucha, pomiędzy petociami znaleziono trzy pęcherzyki wielkości główki śpilki, powstałe oczywiście z petoci. Mocz chorego zawierał białko; ciepłota ciała jego dochodziła 39,0₂, tętno 120, oddech 24. Gruczoły pachowe były nieco obrzmiałe. Jakkolwiek tego obrazu chorobnego nie można było objaśnić chorobą przymiotową, niemniej jednak chorego i pod tym względem zbadano i dowiedziano się od niego, że przed 10 laty przeżywał prawdopodobnie chorobę przymiotową ogólną, a przed 3-ma laty dotknięty był wrzodem wenerycznym. W takim stanie rzeczy łatwo pojąć, że nie można było ani na chwilę wahać się w określeniu cierpienia Prokofjewa, jako choroby ostrej, zakaźnego pochodzenia, połączonej z petociami, z otwartym ropniem w lewej pachwinie i z ostrem obrzmieniem gruczołów chłonnych w pachwinie prawej. Prof. BORKIN w końcu swojego wyjaśnienia ubolewa nad tem, że niemożę się przyznać do tego iż popełnił w rozpoznaniu choroby błąd, który gwałtownie mu narzucają.

W obec tego ściśle naukowego przedstawienia obrazu choroby, trudno nie podzielać zdania prof. BORKINA, iż Prokofjew był dotknięty zarazą morową, a wiadomość o następującej jego śmierci potwierdza to zdanie.

¹⁾ W ubiegłym tygodniu, o ile nam wiadomo, spostrzegano w Warszawie dwa przypadki ostrego obrzmienia gruczołów pachwinowych: jeden u chorej na zapalenie płuc w klinice prof. LEWITSKIEGO, a drugi u chorego dotkniętego durzycą brzuszną w klinice prof. LAMBLA. W obydwóch przypadkach obrzmiałe gruczoły przeszły w ropienie.

Redaktor i Wydawca. Dr. J. Rogowicz.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.