

GAZETA LEKARSKA

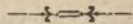
I. O LECZENIU OBJAWÓW T. Z. PARASYFILITYCZNYCH.

[Według odczytu, wygłoszonego w d. 21. IX. 1897 w Warszawskim Tow. Lek.]

Napisał

D-r St. Markusfeld,

ordynator szpitala Starozakonnych w Warszawie.



Szanowni Panowie!

Zanim przystąpię do przedstawienia Szanownym Panom obecnego stanu nauki w kwestyi leczenia objawów parasyfilitycznych, pozwolę sobie w kilku słowach wspomnieć o celu mego dzisiejszego przemówienia i o planie, jaki sobie dla niego nakreśliłem.

Nie wątpię, że Szanowni Koledzy podzielają me zdanie, że objawy parasyfilityczne ze względu na częstość pojawiania się i ważną, fatalną prawie rolę, jaką dla dotkniętego ustroju odgrywają, z powodu swego postępującego charakteru, zagrażającego często życiu chorego, a zawsze pozbawiającego go, mniej lub więcej, najważniejszych narządów zmysłu i świadomości, zasługują na najbardziej wszechstronne zbadanie. Niestety, pomimo bardzo licznych prac, poświęconych, szczególnie w ostatnich latach, temu przedmiotowi, nauka posiada względnie niewiele jeszcze niezbitych faktów, mogących go oświecić, tak, że panuje znaczna jeszcze różnica zdań co do przyczyn i charakteru tych objawów. Ta chwiejność poglądów naukowych na patogenezę tych cierpień, hamując działalność lekarza w obliczu ich, nadaje cierpieniom tym, już z natury swej ciężkim, jeszcze poważniejszy charakter.

Celem moim przeto jest wywołać, o ile można, bardziej szczegółową dyskusję, która by ułatwiła porozumienie się, że tak powiem, co do pojmowania charakteru tych cierpień.

Dla ułatwienia dyskusyi ograniczę się do rozpatrzenia bardziej zbadanych z tych objawów, i to tylko tych, których zbiór tworzy jednocześnie pewną całość, jednostkę chorobową, najczęściej spotykaną, znaną pod nazwą wiado-paraliżu (*tabes cerebros spinalis*); w tym samym celu dane teoretyczne i literatury przytoczę o tyle tylko, o ile to będzie nieodzownem dla objęcia przedmiotu, lub dla postawienia wskazówek leczniczych.

Wreszcie ponieważ w tej ciemnej i zawilej kwestyi tylko duża liczba przez wielu badaczy, dla wyłączenia stronności, spostrzeganych przypadków

może mieć znaczenie, nie przytoczę tu przypadków klinicznych, których obserwacja pobudziła mnie do podniesienia w gronie Szanownych Kolegów danej kwestyi, będąc pewnym, że Koledzy, zajmujący się specjalnie omawianiami gałęziami medycyny i z tego powodu mający w rozporządzeniu daleko większy materiał, godniej to odemnie uczynią, dzieląc się z nami łaskawie w dyskusyi swem doświadczeniem.

Pod objawem, parasyfilitycznym [FOURNIER], lub postsyfilitycznym [ERB], albo też metasyfilitycznym [MOEBIUS] zwanym, należy pojmować każdy objaw chorobowy, będący syfilitycznym *de origine*, ale nie *de natura*. To znaczy, że, pojawiając się w ustroju, dotkniętym syfilisem i prześląkniętym produktami działalności życiowej zarazka syfilitycznego i wreszcie w zależności od zatrucia ustroju toksynami syfilisu, dany objaw nie nosi na sobie cech charakterystycznych dla cierpienia syfilitycznego.

Dla FOURNIER'a ten brak cech syfilitycznych polega na następujących 2-ch danych.

1) Chociaż syfilis stanowi jedną z najbarziej częstych przyczyn dla objawów okołosyfilitycznych, pomimo to mogą się one pojawiać i w ustroju zupełnie wolnym od syfilisu i po 2) rtęć i jod działają na dane objawy chorobowe inaczej, niż na objawy syfilisu, t. j. daleko wolniej, słabiej, jak gdyby nie wprost a ubocznie, lecząc szkodę syfilityczną. Podobnego zdania jest i ERB, z tą tylko różnicą, że on, jak i ostatnio na zjeździe w Moskwie, przyznaje leczeniu swoistemu daleko większy wpływ leczniczy w omawianych stanach chorobowych.

MOEBIUS zaś, nie przyznając możności pojawienia się objawów parasyfilitycznych w ustroju wolnym od syfilisu, objaśnia odmienne działanie środków przeciwsyfilitycznych w omawianych cierpieniach niemożnością odradzania się zanikłych elementów nerwowych.

Do objawów parasyfilitycznych FOURNIER zalicza.

A) Dla syfilisu nabytego: histero-neurastenię ostrą okresu lepieżowego; różne objawy neurasteniczne okresu późniejszego; histero-syfilis; wiąd rdzenia; bezwład postępujący; specjalną formę epilepsyi; zanik mięśniowy i syfilis skóry barwnikowy.

B) Dla syfilisu wrodzonego: liczne zaburzenia troficzne ustroju albo oddzielnych narządów, rachityzm, wodogłowie, niektóre przypadki zapalenia opon mózgowych, epilepsyę, *tuberculis juvenilis* i *paralysis progressiva juvenilis*.

Prócz tego należy tutaj zaliczyć najprawdopodobniej i tętniaki, *nephritis interstitialis chronica* (*Schrumpfniere*) i *splenitis chronica* (*Schrumpfmilz*).

Ograniczając bliższe zbadanie patogenezy objawów parasyfilitycznych do wiądo-paraliżu, zacznę od wykazania danych, skłaniających nas do złączenia wiądo-rdzenia i paraliżu postępującego w jedno cierpienie wiądo-paraliżu, które, umiejscawiając się raz przeważnie w rdzeniu, daje obraz wiądo-rdzenia, a przy umiejscowieniu przeważnie w korze mózgowej półkul—paraliżu postępującego.

Dane te, podług FOURNIER'a, są następujące:

1) Wspólność wielu objawów chorobowych, spotykanych w obu cierpie-

niach, a mianowicie: a) paraliże mięśni ocznych; b) zmiany źrenicowe; c) zmiany w koordynacji; d) porażenie zwieraczy; e) zmiany czucia; f) zmiany troficzne.

2) Częste współistnienie u jednego osobnika objawów i zmian wiądu i paraliżu: tak NAGEOTTE w $\frac{2}{3}$ przypadkach paraliżu spotykał w rdzeniu zmiany charakterystyczne dla wiądu, FUERSTNER nawet w 85%, ALZHEIMER w 12% przypadkach *paralysis progress. juvenil.* spotykał tabetyczny zanik nerwów wzrokowych.

3) Tożsamość momentu przyczynowego i zmian anatomicznych.

Zanim jednak przystąpię do rozpatrzenia znaczenia dla wiądo-paraliżu syfilisu, jako momentu przyczynowego, jeżeli nie jedyne, bo przy żadnej sprawie pasożytniczej ogólnej, a tembardziej przy syfilisie nie może być mowy o jedynym momencie przyczynowym, to jednego z najważniejszych, rozpatrzmy dane, na mocy których mamy prawo stawić w zależność od syfilisu jakikolwiek bądź objaw późnego syfilisu. Są to: 1) dane wywiadowe, t. j., że w przypadkach późnego syfilisu możemy na mocy wywiadów dowieść, iż chorzy mieli pierwotne stwardnienie, przechodzili okres lepieżowy i t. d.; dalej dane statystyczne, wykazujące równoległość częstości pojawiania danego objawu późnego syfilisu z częstością syfilisu wogóle w pewnym okresie wieku, dalej co do płci, stanów, rasy. 2) Współistnienie danego objawu późnego syfilisu z innymi objawami lub śladami późnego syfilisu. 3) Jednorodność zmian anatomo-patologicznych. 4) Wpływ leczenia swoistego.

Te same wymagania powinniśmy zastosować do wiądu rdzenia, paraliżu postępującego i zaniku wiądowego nerwów wzrokowych, jako do najważniejszych objawów wiądo-paraliżu, występujących często, szczególnie w początkach cierpienia, i samoistnie.

I. Co się tyczy częstości syfilisu w wywiadach przy a) wiądzie rdzenia, to liczby podawane przez różnych autorów znacznie się między sobą różnią. Podaję tu, przeważnie podług HERMANIDES'a (20) i MOEBIUS'a liczby ogłoszone nie przez syfilidologów po 1890 r., t. j., kiedy na syfilis w wywiadach wiądu zaczęto zwracać baczniejszą uwagę, ograniczając się, gdzie to było możebnem, tylko do pewnych anamnez. Liczby te są następujące:

LANDOUZY . . . 26,00%	PLICHON . . . 50,5	RAYMOND (9) . . . 90
[BALLET]	BERENI (7) . . . 55,55	GAJKIEWICZ . . . 90
BORGHERINI (3) 22,30	GERLACH (26) . . . 56,20	STRUEMPFL . . . 90
EULENBURG . . . 36,8	EISENLOHR . . . 60	FERRAS 91
HOFFMAN . . . 37	A. FRAENKEL . . . 63	DÉJÉRINE 92
TUMPOWSKI . . . 38,9	SENATOR . . . 70	ERB 92,5
PETRONE . . . 48	HITZIG 78	
GERHARDT (8) . . 50	MINOR 87	

Cyfra średnia wypada 62,75%, przypuściwszy, że wszyscy wspomnieni tutaj autorowie mieli jednakowe liczby chorych. Wobec niepodawania bardzo często liczby spostrzeganych przypadków trudno mi podać bardziej dokładną średnią. Dla tych prac, w których liczby chorych były podane, t. j. dla 1488 przypadków, wynosi średnia cyfra nawet 70%.

Jeżeli zwrócimy uwagę z jednej strony na fakt, że w wywiadach trzeciorzędowego syfilisu tacy specjaliści, jak LANG i FOURNIER, pierwszy tylko w 54%, drugi w 56% mogli wykazać syfilis, a z drugiej strony na momenty, zmniejszające znacznie liczbę syfilisu w wywiadach, momenty takie, jak: wstyd, nieświadomość, szczególnie u kobiet i w przypadkach nie rozeznanego, pozapłciowego zarażenia się, dalej w przypadkach wrodzonego syfilisu, i wreszcie, zapomnienie mianego przed laty 10-ciu lub i więcej szankra, szczególnie, gdy objawy wtórne były słabo wyrażone, gdy nawrotów cierpienia, jak to często bywa, albo wcale nie było, albo były bardzo nieliczne i lekkie, to liczba 60 i kilku procentów powinna nam się wydać raczej za dużą dla dowiedzenia związku syfilisu z wiadem rdzenia, niż za małą.

b) Przy paraliżu postępującym liczby podaję przeważnie podług FOURNIER'a, z wyłączeniem przypadków wątpliwych.

GOLDSMITH	33	MIERZEJEWSKI	60	RÉGIS (15)	73,3
ASCHER	34,7	THOMSEN (18)	62	CUYLITS	73
PONTOPIDDAN	35	OEBEKE	62	SNELL	75
RENAUD	35	GEILL (20)	64	STRUMPELL	75
LANGE	39	JACOBSEN	65	MENDEL	76,5
CULLERRE	42	FOLSOM	66	ROHMELL	77
BINSWANGER	45	HIRT	66,1	RUMPF	80
BURKHARDT	50	BONNET (16)	66,6	MAC-DOWALL	80
GOLDSTEIN	50	IDANOW (13)	68	SAVAGE	80
JASTROWITZ	51	HONGBERGH (14)	72	ANGLADE (17)	81,0
HIRSCHL (1)	56	SPILLMAN (21)	72	MINOR	86
DE SENNA	56,2	SOKOLSKI (4)	73	KOWALSKY	86,7

Średnio 63,13, a dla prac, w których liczba przypadków była podaną, t. j. dla 646 przypadków, około 64%.

Liczba również bardzo duża, jeżeli zwrócić uwagę, że wiele liczb wzięto z przytułków, gdzie, ma się rozumieć, było brak osób z otoczenia zwykłego, chorego, od których można byłoby zebrać dane anamnestyczne, gdyż nie można liczyć na osłabioną pamięć chorych. Dla innych chorób umysłowych liczba syfilisu w wywiadach waha się od 2--13%, dla chorób nerwowych wogóle PLICHON podaje 11,13%, ERB 12%.

c) Co się tyczy zaniku tabetycznego nerwów wzrokowych, to podług statystyki GAŁĘZOWSKIEGO na 879 przypadków w 723 można było w wywiadach wykazać syfilis, co odpowiada 82,25%.

Syfilis nabyty częściej się zdarza u mężczyzn, niż u kobiet [stosunek ten podług FOURNIER'a równa się 1:10], jednocześnie spotykamy daleko częściej objawy późnego syfilisu i parasyfilityczne u mężczyzn, niż u kobiet.

Tak wiad zdarza się u kobiet, szczególnie z lepszych sfer, średnio 7 razy rzadziej niż mężczyzn.

BERENI	1:4	FRIEDRICHSEN (21)	1:7
FRAENKEL	1:6	GERLACH	1:10;
TUMPOWSKI	1:7		

w paraliżu postępującym stosunek ten wynosi:

FUERSTNER	1:4	BAYLE	1:3
GERLACH	1:8	IDANOW	3:10
KRAFT-EBING	1:8	HOUGBERGH	1:10;

w zaniku nerwów wzrokowych wiadowym stosunek ten wynosi 1:6 [JANUSZKIEWICZ (12), LEBER]. W syfilisie wrodzonym zarażenie się rozdziela się między płciami równomiernie, niezależnie od płci, jednocześnie nie znajdujemy przewagi liczebnej męskiej płci nad żeńską ani w późnych objawach wrodzonego syfilisu, ani w *tabes juvenilis* [FOURNIER, REMAK, STRUEMPEL, SQUARE], ani w *paralysis progressiva juvenilis* [FOURNIER (2), HIRSCHL, REGIS, ALZHEIMER].

Co do wieku, to w $\frac{2}{3}$ przypadków wiad pojawia się między 30—40 rokiem [MOEBIUS]. Co do paraliżu postępującego, to na tenże okres wieku przypada 48% [podług RYCHLIŃSKIEGO] i 42,5% podług GUDDEN'a. Co do rasy, to MINOR, opierając się na swojej, KOZEWNIKOWA i KORSAKOWA statystyce, wyprowadza wniosek, że wiad i bezwiad postępujący są o tyleż rzadsze u żydów, o ile rzadziej spotyka się wśród nich syfilis.

II. Co się tyczy częstości spotykania na trupie [DINKLER, MARINESCO, NONNE, EWALD] przy wiadzie, objawów późnego syfilisu, to WESTENHOEFFER z polecenia VIRCHOW'a przejrzał protokoły sekcyjne z 1884—1883 i znalazł w 24,6% przypadków pewne objawy syfilisu, z prawdopodobnymi wyniosło to 44% i to bez badania drobnowidzowego narządów.

III. Trudność otrzymania odpowiedniego materiału [wczesne okresy choroby] anatomo-patologicznego i mała ilość prac, dokonanych na odpowiednim materiale, warunkują znaczną różnicę zdań co do pierwotnych zmian anatomicznych przy wiado-paraliżu.

Zmiany te przy wiado, jak wiemy, nie ograniczają się do rdzenia, a znajdujemy je i w mózgu i w nerwach obwodowych.

W rdzeniu najpierw spostrzegamy zwyrodnienie we włóknach tylnych korzeni, wychodzących z więzów rdzeniowych tylnych i przebiegających w tylnych pęczkach rdzenia. Przyczem zmiany te raz zaczynają się w częściach włókien bliższych tylnych korzeni [LEYDEN], drugi raz przy wejściu do tylnych pęczków, albo w samych tylnych pęczkach [PIERET].

Zmiany w węzłach rdzeniowych w początkach wiadu zdaje się są bardzo nieznaczne [WALDEYER, MARIE, GOLDSCHIEDER, WOLLENBERG (24)], podług MARINESCO (25) zmiany węzłów są pierwotne.

W miarę rozwoju cierpienia, zwyrodnienie to tylnych pęczków, wstępując coraz wyżej, zabiera coraz szersze części tylnych pęczków. Pod drobnowidzem znajdujemy zanik włókien nerwowych, bujanie neuroglii, zmętniałą i zgrubiałą oponę mięką, naczynia zmienione. Podług MARINESCO, zmiany naczyń polegają na istnieniu *arteriitidis* HEUBNER'a, albo zmian degeneracyjnych: hyalinowe zgrubienie ścian naczyń z obliteracją ich światła. Podług NAGEOTTE'a (10), zmiany w naczyniach są pierwotne, dotyczą one przeważnie naczyń włosowatych i żył, polegają na bujaniu śródbłonna naczyniowego aż do zamknięcia światła i nacieczenia błon naczyniowych; na żyłach spotykał on małe syfilomy. Podług BRUCK'a, na pierwszy plan występuje *periarteritis*, przyczem raz

adventitia bywa nacieczona—bez degeneracyi, innymrazem mamy poczynające się zserowacenie produktów nacieczenia; albo wreszcie rozlane *periarteriitis* z gumatami. Podług KRAUSS'a (22), mamy *periarteriitis* większych naczyń: śródbłonek najczęściej niezmieniony, błona, przylegająca doń, traci budowę włókienkową, staje się hyalinowo-jednorodną, niekiedy ziarnistą, zewnątrz niej spotykamy nacieczenie. Ściany naczyń włosowatych zgrubiałe, hyalinowe.

Zmiany analogiczne dotyczą nerwów mózgowych i ich węzłów. Zmiany w korze mózgowej odpowiadają zmianom spostrzeganym przy bezwładzie postępującym. Zmiany nerwów obwodowych dotyczą najczęściej nerwów skóry [KRAUSS, SIEMERLING et OPPENHEIM], w późniejszych okresach podlegają zwyrodnieniu i nerwy mięśni. Zmiany anatomo-patologiczne, spotykane przy bezwładzie postępującym, są co do charakteru analogiczne ze zmianami, spotykanymi w wiąździe. Nie ograniczają się one do kory mózgowej, lecz w większości przypadków [90%] dotyczą one rdzenia, przyczem w 85% są zajęte tylne pęczki, albo same, albo razem z bocznymi. Prócz tego były znajduwane często zmiany nerwów obwodowych [PICK].

Tożsamość zmian anatomo-patologicznych, spostrzeganych przy wiąździe i bezwładzie, jakoteż współistnienie w tak znacznej liczbie przypadków zmian w tylnych pęczkach przy bezwładzie, a w korze i w nerwach obwodowych przy wiąździe z jednej strony, zmuszają złączyć wiąź i bezwład w jedną całość, jako wiądo-paraliż, z drugiej strony nie pozwalają nam patrzeć na wiąź, jako na cierpienie wyłącznie tylnych pęczków.

Dalej wspomniane wyżej dane anatomiczne nie zawierają w sobie nic odrębnego, od zmian spotykanych przy syfilisie, nie mówiąc już o tem, że zmiany naczyń, opisywane przez MARINESCO, NAGEOTTE'a, BRUCE'a, KRAUSS'a i DARKIEWICZA, wprost przemawiają za syfilitycznym charakterem cierpienia.

IV. W braku wpływu, jak chcą jedni, w mniejszym, wolniejszym, niż na objawy późnego syfilisu wpływie leczenia swoistego na objawy wiądo-paraliżu, ma być dowód niesyfilitycznego charakteru tego ostatniego.

Nie powiem, żeby wprowadzenie do już z natury swej ciemnej i zawilej sprawy jeszcze nowej wielkości niewiadomej, jaką jest wpływ leczenia swoistego, o którego drogach działania na ustrój dotknięty syfilisem bardzo mało wiemy, było myślą szczęśliwą, zdolną dużo światła rzucać. Wszakże z jednej strony nie wiemy, czy leczenie swoiste działa, ułatwiając tylko wessanie się nacieczenia syfilitycznego, czy też i niszcząc toksyny syfilityczne, albo też uodporniając tkanki, czy też, co mało wydaje się prawdopodobnem, zabijając pasożyty syfilityczne; z drugiej strony często leczenie swoiste nie działa zupełnie na produkty bez wątpienia syfilityczne, czy to skutkiem braku dostępu dla rtęci i jodu do ogniska chorego przy zamknięciu światła naczyń chorej okolicy przez *endoarteriitis* lub ubóstwo naczyń danej okolicy, czy też skutkiem istnienia jakichś specjalnych warunków w danej chwili i w danym ustroju.

Dlaczego mamy wymagać dla przyznania np. wiądowi charakteru syfilitycznego, żeby leczenie swoiste zawsze powstrzymywało rozwój zaniku nerwów wzrokowych [CHARCOT]. Czyż leczenie prewencyjne syfilisu powstrzymuje rozwój objawów ogólnych? Czyż zawsze, albo przynajmniej często za-

bezpiecza od powrotów cierpienia? Niestety, nie! Jakże często pod koniec systematycznego i długotrwałego leczenia swoistego widzimy pojawienie się świeżych objawów syfilisu, np. lepięzy migdałów, lub języka? Czyż leczenie swoiste *ostei'dis* podstawy nosa lub gumatu podniebienia miękkiego często chroni chorego od przedziurawienia? Gumaty okostnej [szczególniej większej] jakże wolno prawie zawsze się wysysają? A gumaty skóry, czy wysysają się kiedy bez pozostawienia blizny lub zaniku skóry?

Jeżeli chory zwraca się do lekarza z powodu osłabienia siły widzenia przez zanik nerwów wzrokowych wiądowy, to jak słabą już bywa siła widzenia, jak dużo włókien nerwowych jest już zniszczonych! Czyż może istnieć środek, odradzający zniszczone włókna nerwowe, oczne? Czyż zawsze leczenie swoiste gumatów skóry chroni od pojawienia się później nowych gumatów skóry w sąsiedztwie starych?

To dlaczego mamy wymagać, żeby przy stosowaniu leczenia swoistego zawsze się powstrzymywał rozwój zaniku nerwów wzrokowych, jeżeli prócz tego, co wyżej powiedziano dla, np. gumatów skóry, jeszcze warunki odżywiania włókien nerwu wzrokowego są tak subtelne, a tyle naczyń nerwu bywa zmienionych. Alboż to mało jest znanych przypadków, w których pod wpływem leczenia swoistego zanik nerwów wzrokowych przez 10 lat nie postępuje, a nawet siła wzroku po leczeniu znacznie się poprawia. Że wspomnę obserwacye GUTTMANN'a, POPOWA (5), GAŁĘZOWSKIEGO, BERNHARDT'a (6), RENDU.

Wpływ dobroczynny leczenia swoistego na powstrzymanie rozwoju wiądu, na niepojawienie się powikłań troficznych mózgowych, wzrokowych był wielokrotnie spostrzegany [ERB, GERHARDT, DINKLER (25), MARIE].

To samo odnosi się do bezwładu postępującego [IDANOW], co do którego wszyscy ostatnio piszący zgadzają się, że przybrał w ostatnich czasach cechy cierpienia bardziej przewlekłego, ze spokojniejszym przebiegiem w zależności od lepszego, dokładniejszego stosowania leczenia syfilisu.

Zestawmy wszystkie powyższe dane, to zobaczymy:

1) Że dane liczbowe, dotyczące częstości znajdowania syfilisu, a) w wywiadach chorych na wiądo-paraliż, przy wyłączeniu statystyk, zebranych przez syfilidologów i przypadków wątpliwych, dają sześćdziesiątkilka procent syfilisu, liczbę bardzo dużą, jeżeli uwzględnić momenty, wyżej przytoczone, zmniejszające możność wykazania syfilisu w wywiadach chorych na wczesne objawy trzeciorzędnego syfilisu do 50 i kilku procent, liczby jeszcze za wysokiej, np. dla Warszawy, jak to wykazuje moje doświadczenie co do chorych, leczonych w Warszawskich szpitalach: Ś-go Łazarza i Żydowskim, lub dane LASSAR'a, który na 200 chorych znalazł 60 przypadków syfilisu skóry skutkiem syfilisu nieznanego (*syphilis ignorée*), a między tymi chorymi LASSAR'a byli i lekarze!

b) Że równoległość częstości rozpowszechnienia syfilisu i wiądo-paraliżu w stosunku do pewnych okresów wieku, płci, stanów i rasy jest zupełna.

2) Że częstość współistnienia objawów późnego syfilisu i wiądo-paraliżu została licznie tak ze strony klinicznej, jak i anatomo-patologicznej stwierdzona.

3) Ze dane anatomo-patologiczne, które miałyby tu decydujące znaczenie, gdyby były bardziej liczne i jednogłośne, nie wyłączają syfilitycznego charakteru zmian, spotykanych przy wiądo-paraliżu, a zmiany w naczyniach, wspomniane powyżej, wprost za nim przemawiają.

4) Że znaczenie rozpoznawcze leczenia swoistego przy należytem oświeceniu go także nie przemawia przeciw zależności od syfilisu omawianych cierpień.

Nakoniec alboż mamy dane pewne, które by pozwalały nam widzieć moment przyczynowy dla wiądo-paraliżu wyłącznie w przytaczanych jako takie: usposobieniu umysłem i nerwowem dziedzicznym albo nabytem;

wszelkiego rodzaju nadużyciach i wysiłkach;

urazie [MENDEL, HITZIG];

zaziębieniach;

cierpieniach moralnych;

dziedzicznej gruźlicy;

ostrych zakażeniach;

alkoholizmie osobistym lub dziedzicznym;

otruciach;

wreszcie w dziedzicznym artrytyzmie francuskich autorów [MAIRET i VIRET].

Tak, że syfilis ma ścisły, wewnętrzny związek z wiądo-paraliżem, jak przyczyna ze skutkiem. To wcale nie znaczy, żeby u każdego, który miał nie-szczęście zarazić się syfilisem mogły po pewnym okresie lat rozwinąć się objawy wiądo-paraliżu. Wogóle dla umiejscowienia sprawy chorobowej w jakimkolwiek bądź ogólnem zakażeniu ustroju, a specjalnie dla pojawienia się jakiegokolwiek objawu syfilitycznego, lub okołosyfilitycznego, potrzebny zawsze jest ze strony mających podlegać sprawie chorobowej narządu lub tkanki jakieś, chwilowe, czy stałe, nabyte, czy odziedziczone zmniejszenie odporności.

Wyżej przytoczone momenty przyczynowe, wywołując w tkance nerwowej *locus minoris resistentiae*, grają dla wiądo-paraliżu rolę momentów usposabiających przy syfilisie, jako przyczynie głównej. Czy w ustroju wolnym od syfilisu mogą wyżej przytoczone momenty, ułatwiające, a nawet do pewnego stopnia warunkujące pojawienie się wiądo-paraliżu, wywołać ten ostatni?

Chociaż dotychczas dla żadnego z tych momentów nie zostało to jeszcze dowiedzionem, teoretycznie dla niektórych przynajmniej nie da się to zaprzeczyć.

Bo dla czegoż by z punktu widzenia teoretycznego np. toksyny innych pasożytów, niż pasożyty syfilisu [choć takich przypadków naukowo dowiedzionych nie znamy], miały nie móc wywołać wiądo-paraliż?

Tem nie mniej przy obecnym stanie nauki nie można się niezgodzić z MARIE, który mówi, że, „w warunkach obserwacji codziennej wiąd jest zawsze pochodzenia syfilitycznego“ [cytow. podług FOURNIER'a].

Wskazania lecznicze wypływają z powyżej przytoczonego poglądu na przyczyny i patogenezę wiądo-paraliżu [syfilis + moment zmniejszający odporność danego odcinka układu nerwowego].

I. W każdym przypadku świeżego wiażd-paraliżu, w którym niemy przeciwwskazań ze strony ogólnego stanu ustroju [wyniszczenie, niedostateczna czynność nerek, przewlekłe cierpienie kiszki i t. d.], powinno być zastosowane leczenie swoiste.

Ponieważ: a) w warunkach codziennej obserwacji przy wiażd-paraliżu istnieje skaza syfilityczna.

b) Nie zostało dotychczas naukowo dowiedzionem, żeby leczenie swoiste, stosowane z uwzględnieniem wymagań nauki przy objawach wiażd-paraliżu, choremu zaszkodziło.

c) Przy stosowaniu leczenia swoistego, jak tego dowodzą liczne obserwacje, było bardzo często spostrzegane zatrzymanie się rozwoju cierpienia, a nawet część objawów chorobowych ustąpiła.

Tak samo słabszy, powolniejszy przebieg obecnie wiażd-paraliżu należy położyć na karb wcześniejszego, przy lepszym rozpoznawaniu, stosowania leczenia swoistego.

d) Leczenie swoiste nie tylko uwalnia ustrój zarażony syfilisem od istniejących objawów syfilitycznych, ale do pewnego stopnia i zabezpiecza go od rozwoju takowych.

e) Przy obecnym stanie nauki nie zawsze można zupełnie ściśle postawić rozpoznanie różniczkowe między wiażd-paraliżem a syfilisem mózgowo-rdzeniowym.

Przy stosowaniu leczenia swoistego należy zapewnić choremu najlepsze możliwie warunki higieniczno-dyetyczne, co stanowi abecadło leczenia swoistego. W leczeniu swoistem nie można się ograniczyć do stosowania samego jodu, niezbędnem jest stosowanie leczenia mieszanego.

Najlepiej jest stosować rtęć w postaci wcierań [3—4,00 szarej maści] lub podskórnych wstrzykiwań związków nierozpuszczalnych, albo stężonego roztworu sublimatu.

Dawka dzienna jodu powinna wynosić, przy uwzględnieniu wrażliwości niektórych chorych na jod szczególnie w początkach jego stosowania, 4—8,00.

Wrazie gdy efekt leczniczy daje na siebie dłużej czekać, należy się zwrócić do środków pomocniczych takich, jak: kąpiele, koce, derywacje na nerki i kiszki [*Dett. Zittm.*] i t. d..

Leczenie swoiste należy przy nieistnieniu i niepojawianiu się w ciągu leczenia przeciwwskazań stosować do 3-ch miesięcy. Przy spostrzeganiu poprawy, należy leczenie swoiste w przeciągu pierwszych 3 ch lat kilkakrotnie powtarzać [*FOURNIER, NEISSER*].

Przerwy w leczeniu swoistem należy zużytkowywać dla polepszenia ogólnego stanu zdrowia chorego, o ile to się okaże pożądanem.

II. Drugim wskazaniem, po części także przyczynowem, jest zwalczanie momentów usposabiających danego przypadku.

Wspomniane powyżej uwzględnienie w jak najszerszym zakresie wskazań dyetyczno-higienicznych odpowiada do pewnego stopnia i temu wskazaniu.

Prócz tego należy tutaj zaliczyć i użycie hydroterapii i elektroterapii, *arg. nitr.*, *secale*, *ars.*, strychninę, pilokarpinę, kąpiele u wód, pobyt, nad morzem, derywacye na skórę, przypalania i t. d.

III. Leczenie objawowe i szczególnie zapobiegawcze przy postępującym charakterze cierpienia ma duże pole do pracy. Tutaj należy także zaliczyć metodę FRAENKEL'a dla wiądu.

L I T E R A T U R A.

- 1) HIRSCHL. Die Aetiologie der progressiven Paralyse. W. k. W. 1895. Jahrbuch. für Psych. 1896. XIV.
- 2) HIRSGHL. 2. 10. 12. cytow. podł. Jahresbericht. VIRCHOW'a i HIRSCH'a W. k. W. 43. 1895.
- 3) BORGHERINI. Ueber die Aetiologie und Pathogenese der Tabes dorsalis. 1895. W. Zeit-Streit fragen.
- 4) SOKOLSKI. Ueber den Zusammenhang zwischen Syphilis und progr. Paralyse. Peter. M. W. 1895. N. 17.
- 5) POPOW. Einige Ophthalmologische Beobachtungen. Wracz. 1896. Nr. 47, 48. cyt. podł. Arch. f. Augen. 1896.
- 6) BERNHARDT. Ueber das Vorkommen von Neur. Optica bei Tabes. Ber. kl. W. 1895. 23.
- 7) BERNI. Recherches statistiques et critiques sur l'étiologie de tabes. 1894.
- 8) GERHARDT. Syphilis et Rückenmark. Berlin. klin. Wochenschr. 1893.
- 9) RAYMOND. Maladies du système nerveux. 1894, p. 134—150.
- 10) NAGEOTTE. Tabes et paralysie gener. 1893. These. 1895. Arch. de Neurolog.
- 11) ALZHEIMER. Die Frühform der allgemeinen progr. Paralyse All. Zeitschr. f. Psych. Tom 52.
- 12) JANUSZKIEWICZ. Der Zeitl. Verl. bei Syph. Erkr. d. Schn. Centr. f. Augenheil. 1895. XIX.
- 13) IDANOW. Recher. de la paralysie generale chez la femme. 1894.
- 14) HOUGBERG. Beiträge zur Kenntniss der Aetiologie der progr. Paralysis mit besond. Berücksicht. der Syphilis 1894. All. Zeitschr. f. Pr.
- 15) REGIS. Syphilis et Paralysis generale Ar. ch. de Bordeaux. 1892.
- 16) BONNET. Contribution à l'étude des rapports de la Paralysis generale et de la syphilis. 1891 r.
- 17) ANGLADE. Contr. à l'étude de la syphilis et de Paralys. gener. prog. 1891.
- 18) THOMSEN. Ueber die practische Bedeutung der Syphil. Paralyse. 1890.
- 19) REGIS. 6895. Syph. et paral. gen. Mr. med., Z 42 przyp. 37 badane, na syphilis — 29 pcw. 8 praw.
- 20) HERMANIDES. Syphilis u. Tabes. Vir. Ar. 148.
- 21) FRIEDRICHSEN. Ueber. Tab. dors. beim Weib. Gesch. 1893
- 22) KRAUSS. Beitr. zur Pathol. Anat. der Tabes dorsalis. Arch. f. Psych. 1891—1892.
- 23) MARINESCO. Ueber einige durch Syphilis herforgerufene Veränderungen d. Nervensystems und über die Pathogenes. d. Tabes. W. m. W. 1891.
- 24) WOLLENBERG. Untersuchungen über das Verhalten d. Spinalganglien bei d. Tabes dorsalis. Arch. f. Psych. u. Nervenheil. 1892.
- 25) DINKLER. Ueber die Berichtigung und die Wirkung. d. Tabes dorsalis. Berlin. klinische Wochenschr. 1893.
- 26) GERLACH. Ueber die Beziehungen der constitutionellen Syphilis zur Tabes dorsalis und prog Paral., 1890.
- 27) DENGLER. Syphilis et paralysie generale. Nancy. 1893.

II. O NAJGLÓWNIJSZYCH ZADANIACH TERAPII I JEJ SPRAWNOŚCI.

Napisal

D. H. Nussbaum.

— 4 —

4. Usuwanie choroby.

Zdawałoby się, iż mówiąc o głównych zadaniach terapii, czyli sztuki leczenia, wypadaloby zadanie usuwania chorób na pierwszym postawić miejscu, albowiem, spełniając je, terapia i życie przedłuża i podnosi sprawność ustroju i usuwa cierpienia, zapobiega powikłaniom i następstwom, czyli spełnia razem wszystkie inne zadania. Zadanie to jednak na dalszy odsunęliśmy plan, albowiem przy dzisiejszym stanie nauki z natury rzeczy najmniej może zależeć terapii na czynnym usuwaniu chorób; choroby zresztą w wielce przeważnej liczbie przypadków same się usuwają bez żadnej interwencji lekarskiej. Zastanawiając się nad pojęciem choroby i ściśle biorąc rzeczy, nie może być właściwie mowy o usunięciu choroby. Choroba — to forma życia wytraconego wskutek danej przyczyny lub sumy przyczyn z normalnego toru. Przyczyna może być krótkotrwałą, nawet pod względem trwania niezmiernie krótką, a życie może toczyć się od tej chwili po fałszywym torze; przyczyna może być trwałą, znajdować się zewnątrz lub wewnątrz ustroju i podtrzymywać bieg nieprawidłowy życia lub też nawet wpływać na stopniowy wzrost nieprawidłowości.

Tam, gdzie przyczyna była krótkotrwałą, ustrój zwykle, dzięki samosternictwu naturalnemu, powraca samodzielnie na tor normalny, czyli, że stan choroby przechodzi samodzielnie w stan zdrowia. Często wszakże sama forma zbroczenia, wywołanego przelotną przyczyną, jest tego rodzaju, iż znosi czasowo odporność ustroju na inne czynniki chorobotwórcze i te inne czynniki na niewinnie uszkodzony pierwotną przyczyną ustrój mogą bardzo zgubnie oddziaływać. I tak np. ostrze kaleczy ciało, nie przecinając ważnego narządu, mamy przed sobą sprawę chorobową, którą nazywamy raną ciętą, organizm dzięki prawom biotycznym, którym podlega, musi dążyć do wyrównania tego procesu i najczęściej też pomyślnie to uskutecznia — ale oto ciało pozbawione skóry i nabłonka staje się wdzięczną glebą dla bujania zarazków chorobotwórczych i oto ze zwykłej rany może się wywiązać rana zakażona, a nawet zakażenie ogólne ustroju. Zadaniem przeto terapii będzie strzedz dany proces od przejścia w inny donioślejszy — główną tu więc drogą będzie zastąpienie czasowo nieobecnej normalnej pokrywy ciała odpowiednim antyseptycznym opatrunkiem. Cała więc sprawa pożytecznego wielce leczenia ran jest raczej spełnianiem zadania, mającego na celu zapobieganie powikłaniom, a nie usuwanie choroby. Przy przyczynach dłużej działających mamy również najczęściej zadanie usunięcia przyczyny choroby, ale nie, ściśle rzeczy biorąc, choroby samej. Usuwając ciało obce, które do jakiegokolwiek jamy przeniknęło

usuwamy również przyczynę choroby, ale nie samą chorobę. Są atoli przypadki liczne, w których istotnie przyczyna choroby zlewa się dziwnie ściśle z samą istotą choroby, jako taką; odnosi się to do tak licznie reprezentowanego szeregu chorób, polegających na wniknięciu zarazka do samych tkanek lub do krwi. Ale i tu najczęściej organizm radzi sobie sam w pokonywaniu żywotności wnikłych doń drobnoustrojów, a zadaniem terapii jest znowu przeciwdziałać tym szkodliwym zabójczym czynnikom, które się wytwarzają wskutek nadwzrężonej czynności narządów dzięki obecności lub dzięki byłej obecności pierwotnej przyczyny. I tak np. prawidłowo żywot zarazka tyfusowego w ustroju ludzkim jest względnie krótkotrwałym i ustrój wychodzi z walki z tym drobnoustrojem zwyciężoną, ale oto pod wpływem bezpośrednim lub pośrednim produktów życia drobnoustroju mięsień serca słabnie; podniecanie przeto tej czynności jest jednym z ważnych momentów w pomocy, jaką terapia ustrojowi przynosi ale nie jest usuwaniem choroby, jak nie jest usuwaniem choroby wielce pożyteczne dla zwycięstwa organizmu powstrzymywanie ruchu robaczkowego kiszek przy krwotokach kiszkiowych w przebiegu tyfusu brzuszkiego. Wszakże wegetacja drobnoustrojów w samym wnętrzu ustroju nader głęboko przenika czynności ustroju, a stłumienie tej wegetacji we właściwym jeszcze czasie widocznie, względnie szybko pozwala funkcjom ustroju zwrócić się na normalne tory; jakkolwiek przeto drobnoustroje wraz z oddziaływaniem ich bezpośrednim na otaczające je tkanki ustroju, jak i pośrednim, przez bliższe lub dalsze działanie chemiczne produktów ich życia t. zw. toksyn uważać by teoretycznie należało za przyczynę choroby powodującą, to jednakże z punktu widzenia praktycznego możność stłumienia życia tychże drobnoustrojów lub zubożenia ich wytworów można uważać za akt usuwania choroby.

Na nieszczęście, w niezmiernie tylko ograniczonej ilości form chorobowych nauka zdołała dotąd wykryć metody w tym kierunku skuteczne; z natury rzeczy może wypływać, że granice tej możności nigdy bardzo rozszerzonymi nie będą. Najwięcej tu obiecujący, genialny pomysł seroterapii dotąd w ciasnym względnie zakresie zadowolnił żywione nadzieje. Rzeczą nauki lekarskiej jest bez wątpienia nie ustawać w dążeniach do zbogacania terapii możliwością usuwania chorób w powyższem znaczeniu, ale przy obecnym stanie nauki dążeniem terapii, jako sztuki wykonawczej, w największej liczbie przypadków nie jest bynajmniej usuwanie choroby.

Wogóle, gdy usunięcie przyczyny choroby usuwa bezpośrednio objawy chorobowe, ostatecznie można to usunięcie przyczyny nazwać usunięciem choroby, np. usuwanie czerwiów z jamy kiszek. Gdy zaś po usunięciu przyczyny chorobotwórczej, objawy raz wywołane trwają w zmiennej lub nieziennej postaci, wtedy wyrównywanie zboczeń w czynnościach oddzielnych narządów jest tak doniosłego znaczenia dla przyspieszenia lub umożliwienia pomyślnego końca choroby, że i wyrównywanie takie nazywać można ze stanowiska praktycznego usuwaniem choroby. Wyrównywanie zboczeń w czynnościach oddzielnych narządów polega na tem, że terapia jest w stanie przede wszystkim podnieść lub tłumić działalność fizyologiczną oddzielnych narządów przez działanie

odpowiednimi bodźcami chemicznymi (*medicamenta excitantia, sedativa, hypnotica evacuantia, styptica, diuretica, sudorifera, i t. d.*); fizycznymi (*thermo-electro-mechanotherapy*) i fizyologicznymi (*kynesotherapy psychoterapia*), że jest w stanie zmieniać skład niektórych tkanek lub zawartości ustroju, np. przez upust krwi lub wprowadzanie do ustroju fizyologicznego roztworu soli, przez wzmożony, zmniejszony lub wycofany dowóz pewnej kategorii pokarmów przez wprowadzanie do jam ciała środków przeciwniejących lub ich przepłukiwanie, że wreszcie jest w stanie wprowadzać do krwi środki, wpływające na zmianę w przeróbce materii ogólnej lub miejscowej, np. jod, arsenik, tyreoidyna i t. d.

Rozumie się, że nie jest tu naszym zadaniem choćby w przybliżeniu wyczerpać metody i środki, którymi wpływać możemy na wyrównywanie zбоczeń w czynnościach narządów, nie jest bowiem przedmiotem naszym wykład terapii ogólnej, ale tylko wskazanie w ogólnych zarysach na zadania i sprawność terapii w celach na początku niniejszej pracy wymienionych. Odnosnie do pojęcia w mowie będącego zadania terapii trzeba się jeszcze co do pewnych punktów porozumieć.

Są choroby, powstające do pewnego stopnia niezależnie od indywidualnej organizacyi ustroju czy to wrodzonej, czy nabytej. Powiadamy: do pewnego stopnia i zaraz się z tego wytłomaczymy. Człowiek doznaje uszkodzenia mechanicznego, choroba stąd powstała: rana, zwichnienie, złamanie i t. p., nie jest wynikiem indywidualnej organizacyi danego ustroju ale przyczyn zewnątrz ustroju leżących, wszakże i tu zarówno na powstanie, natężenie, trwanie i następstwa zbożenia wpływa indywidualność ustroju. Uraz, który u jednego osobnika wywoła tylko nadwężenie więzów stawowych, spowoduje u innego zwichnięcie; nacisk danej siły na kość spowoduje u jednego osobnika tylko wylew krwawy w częściach miękkich, kość otaczających i po obrażeniu błony okostnej, u innego natomiast osobnika—złamanie kości. To samo skaleczenie wywoła u jednego osobnika przemijające krwawienie, u innego—z trudnością dające się powstrzymać. Też same warunki, narażające na zakażenie się tyfusem, szkarlatyną i t. p., wywołują u jednych reakcyę chorobową u innych nie.

Różnice te w skutkach jednakich przyczyn zależą od wieku, płci, odporności osobniczej chwilowej lub stałej, wrodzonej lub nabytej; niemniej mamy prawo wogóle urazy te lub zakażenia uznawać za przypadkowe pochodzenia zewnętrznego naleciałości ustroju; usunięcie tych naleciałości będzie stanowczem uwolnieniem ustroju od choroby, która go dotknęła.

Są znowu inne choroby, które stanowią niejako przejście do zjawiska, które nazywamy konstytucyą chorobową, czy też usposobieniem chorobliwym, bo są właściwie pod wpływem danych przyczyn obudzonymi momentami większego natężenia danej ujemności konstytucjonalnej—konstytucya chorobowa wszakże tylko w tych momentach nasilenia nabiera charakteru choroby. Weźmy pod uwagę np. ustrój z urodzenia tak zwany nerwowy, t. j. z nadmiernie wrażliwym i nieodpornym układem nerwowym. Indywiduum dane, pomimo że jest nerwowem, jest względnie zdrowem i niema potrzeby uciekania się do pomocy lekarskiej. Indywiduum to wszakże pod wpływem przepracowania

umysłowego, wielkiego wzruszenia lub wstrząsu popada w stan chorobowy, zwany neurastenią. Choroba ta, jakkolwiek wywołana ostatecznie przez przyczyny zewnętrzne, jest w ścisłej zależności od indywidualności ustroju. Weźmy jeszcze pod uwagę np. ustrój z wrodzoną dyatezą artrytyczną: pod wpływem nadużycia wysokości ulega on napadowi pedagry, pod wpływem wysiłku mięśniowego nabawia się zapalenia artrytycznego spłotu ramieniowego wskutek urazu lub przeziębienia ulega zapaleniu nerwu kulszowego, albo wreszcie w powolnym rozwoju dyatezy staje się ofiarą kamienia w nerce lub pęcherzu moczowym. Neurastenia, pedagra, *neuritis plexus brachialis*, *neuritis n. ischiadici*, *nephrolithiasis* i t. p. są to choroby, które terapia jest w stanie usuwać, a jakkolwiek częściowo tylko lub wcale nie może usunąć danego usposobienia chorobowego, nie mniej mamy prawo twierdzić ze względu na niesprawność, na cierpienia, na powikłania i następstwa, wypływające z danego nasilenia chorobowego, że odnośnie do przytoczonych chorób, jako takich, sprawność terapii w wielu razach jest zupełną.

Usposobienie chorobowe może być odziedziczonym, wrodzonym lub nabytym, nie zmienia to istoty rzeczy i jak melancholia u neuropatów, tak napad obłądki opilczego u alkoholików, jeżeli może być usuniętym, podchodzić będzie pod formy chorobowe osiągalne przez sprawność terapii, podobnie grupa objawów drugorzędnych lub trzeciorzędnych zakażenia syfilitycznego, występujących bądź jako cierpienie skóry, błon śluzowych, gruczołów, chrząstek, kości, układu naczyniowego lub mózgo-rdzeniowego, jeżeli może być usuniętą przez zabiegi terapeutyczne, będzie świadectwem pozytywnej sprawności terapii w dziedzinie zadania usuwania chorób. Usunięcie danego rozbudzenia się zakażenia syfilitycznego nie jest leczeniem objawowym, bo nie usuwamy tu ani wyłącznie bólu, ani wyłącznie jakiejś niesprawności danego narządu, ale uwalniamy ustrój od zaburzenia, które i pod względem sprawności i cierpienia i następstw jest dla ustroju groźnem. Czy jad syfilityczny jest doszczętnie zniszczony, czy jest li przeprowadzony na czas dłuższy w stan uspienia i absolutnej nieszkodliwości, będzie to i w tym ostatnim przypadku wielką dla ustroju wygraną.

Tak się zapatrując na znaczenie zadania usuwania choroby, przebieżmy pokrótce te przypadki, w których sprawność terapii jest niewątpliwą.

1) Zakażenie zimnicze. Nie potrzeba chyba dowodzić, że chinina jest środkiem prawie nieomylnie uwalniającym ustrój od zimnicy. W przypadkach, względnie bardzo rzadkich, w których zawodzi, doświadczenie nauczyło, iż powodem są przeszkody ze strony przewodu pokarmowego, utrudniające lub uniemożliwiające wchłanianie się tego środka do krwi, wtedy zwrócenie zabiegów terapeutycznych ku poprawie czynności błony śluzowej żołądka i kiszek przywraca skuteczność swoistą w mowie będącemu środkowi. W danych warunkach zresztą skutecznie zastępuje podawanie chininy do wewnątrz wstrzykiwanie jej pod skórę lub w ławatywach. Że chinina nie działa tu tylko jako środek przeciwgorączkowy, dowiodły doświadczenia Jaccoub'a, zresztą wpływ jej skuteczny jest niewątpliwym w przypadkach zimnicy bezgorączkowych. W rzadkich przypadkach, w których chinina odmawia usług bez wzglę-

du na normalny stan przewodu pokarmowego, lub też bez względu na wprowadzenie jej bezpośrednio do krwi, zastępuje ją skutecznie arszenik, co się szczególnie odnosi do zimnicy przewlekłej. Fakt stwierdzony, że zmiana miejscowości wpływa na uwolnienie się od zakażenia, jest też nie mało ważnym środkiem interwencji terapeutycznej. Pomijamy tu zupełnie zabiegi terapeutyczne pomocnicze, mające na celu albo ratowanie życia w przypadkach ciężkich złośliwej zimnicy, które polegać mogą na środkach, podniecających zagrożoną działalność serca w stanach algidnych lub na wyrównywaniu zaburzeń wywołanych charłactwem zimniczem. Bardzo rzadko tylko i to bardzo lekkie formy zimnicy ustępują samodzielnie za wpływem samoleczniczym ustroju.

2) Zakażenie przymiotowe. Mówimy tu w znaczeniu zakażenia, objawiającego się jako proces chorobowy, zakażenie bowiem uśpione nie zawsze może być przedmiotem zabiegów leczniczych, zresztą w dzisiejszym pojęciu bakterjologii zakażenia uśpione mają miejsce częściej, niżli to się zdaje, nie wywołując we właściwym znaczeniu choroby, albo dlatego, że zarazek jest za słaby lub ustrój dość odporny, takie stany zakażenia nie mogą być celem zabiegów leczniczych w znaczeniu zwłaszcza usuwania choroby. Przeprowadzenie przeto momentu ujawniającego się zakażenia przymiotowego w okresie uśpiania jest w znaczeniu praktycznym, jakżeśmy to już wyżej powiedzieli, istotnym usunięciem choroby tem bardziej, że, jak wiadomo, energiczne i w danych razach zapobiegawcze powtarzane leczenie niszczy się zdaje całkowicie zarazek, czego dowodzą już nie tylko obserwacje kliniczne, wykazujące osobniki po przebytych i dobrze leczonym przymiocie, żyjące do późnej starości bez nawrotu choroby, płodzące zupełnie zdrowe potomstwo, ale i nierzadkie powtórne zakażenia. Jak ważną i skuteczną grają rolę w walce z zakażeniem przymiotowym przetwory rtęci i jodu, o tem chyba wspominać nie warto. Nie zajmujemy się wykładem terapii, nie jest przeto naszą rzeczą zastanawiać się nad istotną skutecznością niektórych innych metod, jak: czyszczącej, napotnej i t. d.. Że w przebiegu i w nasileniach zakażenia przymiotowego przedstawiać się mogą lekarzowi i inne zadania terapeutyczne z wyż wymienionych, o tem zbytecznym byłoby mówić.

3) Liczne spostrzeżenia stwierdziły, iż w przetworach kwasu salicylowego, jak również w fenacetynie, antypirynie, znaleziono broń skuteczną przeciw ostremu reumatyzmowi stawów i błon surowicznych. Jakkolwiek RIES widzi głównie pewne skrócenie trwania choroby i rychlejsze ustępowanie gorączki i bólów, niemniej takie powagi, jak: SENATOR, STRUEMPELL i inni, przypisują prawie że wpływ przerywający w mowie będącym środkiem na przebieg reumatyzmu. Trzeba tylko dość wcześnie środek zastosować. Wczesne przerwanie choroby przy odpowiednich zabiegach w celu zapobieżenia recydywom zdaje się niewątpliwie zapobiegać występowaniu tak groźnego powikłania ze strony serca.

BROWN w Bostonie obserwował liczbę powikłań z zapaleniem błon sercowych u leczonych przetworami kwasu salicylowego=78%, u leczonych inaczej=13,07%. IBELL u leczonych przetworami kwasu salicylowego miał po-

wikłań sercowych 8%, u leczonych inaczej 13,3%. Dawniejsze podania przed wprowadzeniem w mowie będących środków wykazywały daleko częstsze powikłania ostrego reumatyzmu z chorobami serca, bo przeszło 30%.

Nie jest też bez znaczenia wspomaganie wpływu kwasu salicylowego dodatnim wpływem alkali. Sądząc bez uprzedzeń, bez opierania się na statystyce pojedynczego autora, każdy praktyk czuje dzisiaj, iż władza skuteczną bronią wobec ostrego reumatycznego procesu. Nie zapominajmy o tem, że inżyniera, która cudów dokazuje, np. w rzucaniu mostów, spotyka się z warunkami, które w danym miejscu przeprowadzenie mostu czynią absolutnie niemożliwym, nie zapominajmy też o tem, iż gdy pożar nadto się rozwinie, woda go nie stłumi, co nie przeczy wcale faktowi, że woda ogień gasi.

4) Środkiem, usuwającym zakażenie dyfterytyczne, jest antytoksyna dyfterytyczna, nie tylko że bezpośredni wpływ dodatni na gorączkę, na stan ogólny i na miejscową sprawę jest wprost bijącym w oczy w bardzo wielu przypadkach, ale spostrzeżenia, czynione na wielką skalę w szpitalach, użyte jako materiał statystyczny przy uwzględnieniu wszelkich przez zdrową i skeptyczną krytykę podyktowanych zastrzeżeń, wykazują znakomite zmniejszenie się śmiertelności przy stosowaniu w mowie będącej metody.

5) Przeglądając odpowiednią literaturę ostatnich lat dwu, przychodzimy do wniosku, iż za pomocą wstrzykiwań antytoksyny tężcowej możemy skutecznie zwalczać wpływ zabójczy zakażenia tężcowego. Zadanie tu jest też trudne bardzo, gdy z wielu spostrzeżeń okazało się, że jad, wytworzony przez bakterie chorobotwórcze tężca, zbyt długo pozostając we krwi, łatwo wywołuje zmiany w komórkach nerwowych, prowadzące je już nieodwołalnie do zniszczenia, którego cofnąć nie może to, że jad ten później przez działanie w mowie będącej antytoksyny zostanie zobojętnionym. Chodzi więc tu o dosyć wczesne wprowadzenie antytoksyny i to w dostatecznej ilości. Nie ulega wątpliwości, że dostanie się od razu jadu w zbyt wielkiej ilości, lub szczególnie indywidualna tkliwość ustroju mogą zniweczyć zabiegi terapeutyczne.

6) Jaką drogą działa: czy na ściany kiszek, czy drogą wchłaniania się do krwi, niewątpliwym jest, bądź co bądź, fakt, że przetwory żelaza usuwają skutecznie blednicę. Działanie żelaza wspomaga znakomicie z jednej strony arsenik, z drugiej—pobyt w górach wysokich, gdzie, jak chce teoria, wskutek małego ciśnienia powietrza, utrudnione utlenianie hemoglobiny wywołuje dzięki samosternictwu ustroju wzmoczoną działalność narządów krwiotwórczych i ćwicząc niejako te ostatnie, podnosi trwale ich sprawność. Zabiegi wodolecznicze, oraz kąpiele w wodzie, nasyconej kwasem węglanym, przyczyniają się też w znacznej mierze do zwalczania w mowie będącej choroby, jak tego uczy doświadczenie.

7) Jest faktem, nie ulegającym wątpliwości, że nieżyty wszelkich błon śluzowych są przystępne skutecznej interwencji lekarza. Pomijając z jednej strony nieżyty ostre, które, pozostawione same sobie, przechodzą bez śladu, z drugiej strony zastarzałe formy nieżytowe przewlekłe u osobników zwłaszcza wogóle, albo w danym kierunku pod względem odporności fizjologicznej

bardzo upośledzonych, pozostaje liczny zastęp cięższych nieżytów ostrych lub ostrawych, które li dzięki interwencji terapeutycznej nie przechodzą w stan przewlekły, oraz nieżytów przewlekłych, które dzięki zabiegom terapeutycznym doszczętnie dają się usuwać. Leki odkażające lub ściągające, bezpośrednio na błonę śluzową stosowane, miejscowe krwi upusty, przyszczydła lub okłady w odpowiednich miejscach na skórze, odpowiednia higienoterapia czynności danego narządu [krtai, płuca, żołądek, kiszka, łącznica, cewka moczowa], odpowiednia więc jakoś powietrza, właściwa dyetetyka, kąpiele, wody alkaliczne [Szczańska, Karlsbadzka i t. p.], środki wykrztuśne, uspokajające, czyszczące, azymotyczne, aromatyczne i t. d. i t. d.: są to wszystko niewątpliwie pożyteczne czynniki w ręku racjonalnego lekarza i stanowczo chorobę usuwające.

8) Liczne procesy zapalne miejscowe, wywołane urazem, usposobieniem artrytycznym, lub jakimkolwiek zakażeniem, dają się też stanowczo usuwać znanymi zabiegami, jak stosowaniem zimna, okładów rozgrzewających, krwi upustów miejscowych, przyszczydeł i środków, pobudzających wessanie, jak: rtęć, jod i t. d., interwencji chirurgicznej [ropnie], elektryczności [neurytydy], mięsienia i t. d.

9) Niektóre ciężkie formy zbroceń czynnościowych układu nerwowego dają się w największej liczbie przypadków skutecznie zwalczać wdaniem się terapii, że wymienimy: plasa wicę (*chorea*) ustępująca z rzadkimi wyjątkami działaniu bromu i arseniku, za dumę (*melancholia*) dającą się usunąć w 90 blisko przypadkach na 100 systematycznym podawaniem makowca, obłęd opilczy, dający się usunąć, pomijając terapię opilstwa samego, stosowaniem chloralu, liczne wreszcie funkcyonalne formy newralgii i porażeń, ustępujące pod wpływem elektryczności [galwanicznej, indukcyjnej, statycznej], odpowiednich środków antyneuralgicznych i podniecających. Każdy doświadczony praktyk widzi też dużo form neurastenii i histeryi usuniętych często trwale pod wpływem umiejętnie skombinowanych środków farmakodynamicznych, fizycznych i psychicznych.

10) Niepodobna tu wyliczyć wszystkich form chorobowych, które tak skutecznie usuwają metody chirurgiczne, wymienimy tu: nowotwory, o ile szczególne warunki ich położenia lub długotrwałości nie unieprzystępniły ich dla działalności lekarskiej, ropnie, rany, zwichnienia, złamania, gruźlicę umiejscowioną, jak niektóre jej formy kostne, gruźlicę jądra, jednej nerki, kamienie pęcherzowe lub nerkowe.

11) Przychodzi cała grupa czerwiów przewodu pokarmowego, które, dzięki istotnie zadziwiającej wynalazczości geniuszu ludzkiego, znalazły specjalne, w dziedzinie zwłaszcza królestwa roślinnego, usuwające je środki.

12) Paszorzyty wreszcie zewnętrznych pokryw ciała, które współczesna dermatologia skutecznie umie usuwać, oraz wogóle liczne formy cierpień skórnych, które dzięki bliższemu poznaniu istoty ich nozologicznej lub wynalazczej spostrzegawczości dają się skutecznie usuwać, że wymienimy tylko przyszczycę i wpływ leczniczy smoły, formy niektóre łuszczycy i działanie chryzarobiny, wilgoci—liszaja i wpływ arseniku i t. d. i t. d.

Powiedzieliśmy, że liczne formy chorobowe są właściwie nasileniami konstytucji chorobowej. Badanie warunków powstawania i trwania danej konstytucji daje cenne wskazówki higienoterapeutyczne ku zwalczaniu jej. Uda się nieraz w zupełności daną konstytucję zwalczyć, najczęściej jednak tylko natężenie jej zmniejszyć i dla tego stosunek terapii do konstytucji chorobowych [odziedziczonych, wrodzonych lub nabytych] poruszany był przy rozpatrywaniu zadania terapii, dotyczącego przedłużania życia.

W części też odnosi się on do 5-go zadania terapii, a mianowicie podnoszenia sprawności ustroju, które w tej chwili rozpatrzemy.

[D. c. n.].

NOTATKI LEKARSKIE.

15. Przypadek wodowstrętu u ukąszonego przez psa wściekłego, a leczonego metodą Pasteur'a.

Kwestya skuteczności PASTEUR'owskich szczepień u ukąszonych przez wściekle zwierzęta jest jeszcze nierozstrzygnięta; każdy więc przypadek, przyczyniający się do wyświeatlenia spornej kwestyi, zasługuje na zanotowanie. Kierując się powyższem, podaję do wiadomości przypadek, jaki miałem sposobność w tych dniach obserwować.

W dniu 17. IX. przywieziono do szpitala Ś-go Pawła w Sterdyni 9-ioletniego Ludwika Gr...iego z Ceranowa. Od trzech dni występuje u chorego ból w gardle przy polykaniu płynnych pokarmów, brak łaknienia, niedomaganie, niepokój i brak snu.

Z wywiadów dowiedziałem się, iż chory przed miesiącem, t. j. dnia 16. VIII., podczas snu był ukąszony w policzek przez szczenię. Ponieważ piesek okazywał objawy wścieklizny, przeto chorego na drugi dzień odwieziono do zakładu BUJWIDA. W zakładzie chory przebył 13 dni i otrzymał pewną ilość PASTEUR'owskich wstrzyknięć. Po powrocie z Warszawy w ciągu dwóch tygodni chory zachowywał się prawidłowo, zachorował zaś przed 3-ma dniami, t. j. d. 14. IX.

Przy badaniu Ludwika G. znalazłem, co następuje: chory wątłej budowy i miernego odżywiania, przytomny, dużo mówi i jest psychicznie pobudzony. Chód sztywny, ciepłota ciała 39,2^o, tętno 150, oddech 36. Na prawym policzku 2 różowe blizny, źrenice znacznie rozszerzone, znaczna sztywność w mięśniach karku i dolnych kończyn, chory rozwiera szczęki dobrze. W gardle, jak również w narządach wewnętrznych nieprawidłowości nie wykryłem. Mocz blade-żółty nie zawiera białka, ani cukru.

W 1/2 godziny po zbadaniu, u chorego, na widok przyniesionej mu herbaty, wystąpił napad wścieklizny: chory począł wykrzykiwać wyrazy bez związku, nie poznawał osób otaczających, wypluwał masy ciągnącej się śliny. Wystąpił szcękocisk, tylny tętec, źrenice rozszerzyły się *ad maximum*, oddech był powierzchowny i bardzo przyspieszony [60]. Napad z krótkimi przerwami trwał 3 godziny, poczem chory stopniowo się uspokoił, przytomności jednak nie odzyskał i tejże nocy o godzinie 4-iej rano zakończył życie przy objawach porażenia płuc i serca.

A. Jarosiński [Sterdyń].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

137. J. Forster. Odżywka żelatynowa o wysokim punkcie topliwości.

Względnie niski stopień rozpuszczalności zwykłej odżywki żelatynowej [22°—23°] staje się nieraz przeszkodą przy prowadzeniu badań letnią porą, a nadto zmusza często do hodowania bakterii przy ciepłocie pokojowej, przyczem rozwój cech charakterystycznych hodowli następuje nieraz zbyt powolnie. Ten niski stopień topliwości żelatyny zależy od tego, że część substancji jej klejowatej ulega przy zwykłym przygotowaniu omawianej pożywki żelatynowej rozkładowi, tracąc przytem własność krzepnięcia. Badania systematyczne autora wykazały, że każda godzina ogrzewania żelatyny do 100° C. obniża ciepłotę jej topliwości mniej więcej o 2° C.

Im większem jest stężenie roztworu żelatyny, tem punkt jego topliwości jest wyższy, ale tylko w pewnych granicach. Naprzykład 1,6%-wy roztwór żelatyny nieprzegrzanej rozpuszcza się przy 27,3° C., 4,1%-wy roztwór przy 31,0° C., ale powyżej 10% ciepłota topliwości już się nie podnosi. W ten sposób niema wyrachowania robić odżywki z większą ilością żelatyny, jak 6%—10%. Trzeba tylko najstaranniej skrać ogrzewanie jej do 100° i unikać przegrzewania jej powyżej 100° C.. Zasada ta jest znana każdemu pracownikowi na polu bakterjologii, ale autor podaje przepis, jak można ją najkonsekwentniej przeprowadzić. Wszystkie naczynia, używane podczas całej roboty, powinny być uprzednio najstaranniej wyjałowione. Usuwa to potrzebę dłuższego sterylizowania gotowej już żelatyny, gdyż niema wtedy obawy, że może znajdują się w niej spory bakterii z nieczystych naczyń. Odżywkę samą przyrządza się, jak następuje. Do gotowego, jałowego już bulionu, ogrzanego w kociołku herbacianym do 60° C., dodaje się pożądaną ilość żelatyny. Roztwór ten alkalizuje się, oziębia i dodaje się do niego białko z jednego jaja. Kociołek z tem wszystkim wstawia się następnie do wysokiego garnka z wrzącą wodą, przyczem miesza się ciągle pożywkę, aby ciepłota jej była wszędzie jednakowa. Przykrywszy potem lekko kociołek, ogrzewa się pożywkę do 100° C. przez 15 minut. Następnie filtruje się ją przez lejek ogrzewany, którego woda ma 60° C., przyczem cały przesącz należy zebrać do jednej kolby, aby skład jego był jednakowy. Rozlaną natychmiast w probówki żelatynę sterylizujemy następnie przez 17 — 20 minut przy 100° C.. Otrzymana w ten sposób żelatyna topnieje przy 29°—30° C.. Bezpośrednio po rozpuszczeniu i ponownem skrzepnięciu ciepłota ta spada o jakieś 2° C., ale po dobie podnosi się znowu do cyfry powyżej podanej. Żelatyny tej można doskonale używać nawet podczas wielkich upałów. Hodowle na niej robi autor i uczniowie jego zawsze w termostacie, nastawionym na 24°—25° C., przez co rozwój charakterystyczny hodowli na płytkach, płaszczynach i w ukłuciu następuje bardzo szybko. Podczas studyów nad cholera w południowych koloniach holenderskich tak przyrządzana żelatyna oddała uczniom autora liczne usługi.

(Centr. f. Bact. 1897. Bd. XXII. Nr. 12—13).

Wł. Janowski.

138. Spietschka. Przyczynę do leczenia rzeżączki.

Z rozczyńw soli srebra, znanych ze swych bakterjobójczych własności, w leczeniu rzeżączki największe ma zastosowanie azotan srebra. Ponieważ ma jednak znaczne wady, jako to: tworzenie się białkanów srebra i ścinanie białka przez kwas azotny, a co zatem idzie, i ograniczone nader działanie w słabem rozcieńczeniu, znaczne zaś drażnienie w rozczyinach bardziej

steżonych, przeto starał się autor znaleźć rozczyzny, pozbawione tych njemnych własności. Do tych należy argentamina i zasadowy rozczyzn białkaunów srebra; ani jedno jednak, ani drugie w stosowaniu pokładanych nadziei nie sprawdziły. Wobec tego autor, według przepisu BEHRING'a, posiłkował się świeżo opadłym chlorkiem srebra, utrzymywanym w roztworze wodnym przez *nitrium subsulfurosum*, w stosunku 10—15,0 *natr. subsulf.* na 1,0 *arg. chlor.*; Siła rozczyznów wahała się w granicach od 1:7500 do 1:200. Środek stosowano w 49 przypadkach ostrej i 16 przypadkach przewlekłej rzeżączki mężczyzn z następującymi skutkami.

Z liczby 49 chorych na rzeżączkę ostrą wyleczono 9 [=18,4%], z tej liczby 4 [=8,2%] z niezwykle szybkim, doskonałym rezultatem po 6—9 dniowym leczeniu. Leczenie wogóle polegało na trzykrotnym codziennym przemywaniu cewki za pomocą irygatora rozczyznami rozmaitego steżenia. Dwaj pozornie wyleczeni wrócili po kilku dniach wskutek nawrotu choroby, co stanowi 4,1%. Dalej, 23 chorych [=46,9%], po dwutygodniowym przeciętnie leczeniu, wyszło z polepszeniem, u 11 [=22,1%] polepszenie było znaczne, gdyż ilość ziarniaków znacznie się zmniejszyła, u 12 zaś [=24,5%] w czystym moczu pływały nitki, nie zawierające ziarniaków. Wreszcie 8 chorych [=16,3%] środka tego nie znosiło, na pięciu [=10,2%] nawet po dłuższem stosowaniu nie wywarł on żadnego skutku, w 2 zaś przypadkach [=4,1%] nastąpiło pogorszenie.

Widzimy więc, że leczenie ostrej rzeżączki męskiej za pomocą irygacyi z rozczyznów chlorku srebra daje nam gorsze wyniki, niż stosowanie azotanu srebra, siarczanu cynku lub miedzi. Dodać jeszcze należy, że rozczyzny te szybko ulegają rozkładowi i mętnieją.

Lepsze wyniki otrzymał autor przy leczeniu rzeżączki przewlekłej, gdyż w 11 przypadkach [=68 $\frac{1}{4}$ %], po 10-dniowym przeciętnie stosowaniu leku, ziarniaków nie można było wykryć, u 4 znikły zupełnie nawet nitki, u 2 zaś po trzech dniach już mocz był czysty. W 5 przypadkach [=31,1 $\frac{1}{4}$ %] nie wystąpiła żadna zmiana.

Tytułem próby stosował autor tę metodę w 5 przypadkach rzeżączki szyjki macicznej, bez żadnego jednak dodatniego skutku.

(*Archiv. f. Dermat. u. Syph. Tom XL, Zesz. 2 i 3.*)

Wacław Sterling.

139. Ausset. O krwotokach u neurasteników.

Zaburzenia naczynio-ruchowe należą do częstych objawów neurastenii, jednakże żadna z prac, poświęconych neurastenii, nie wspomina o krwotokach zależnych od nerwicy. Krwotoki pochodzenia histerycznego spostrzegano i opisywano niejednokrotnie. W 1894 r. AUSSET i MESNARD ogłosili pierwszy przypadek krwotoku żołądkowego u neurasteniczki, u której wyłączyli wszystkie inne możliwe przyczyny krwotoku, jak: histeryę, wrzód okrągły żołądka, nowotwór. W niniejszej pracy AUSSET prócz powyżej wspomnianego podaje kilka innych własnych, a zarazem i z literatury zaczerpniętych spostrzeżeń, mianowicie: 2 przypadki krwotoku macicznego, 3 płucnego i jeden żołądkowego, czyli razem 7 przypadków. We wszystkich tych przypadkach bardzo ściśle badanie pozwoliło stanowczo wyłączyć histeryę i wszelkie organiczne cierpienia, mogące powodować krwotok; neurastenia zaś nie ulegała najmniejszej wątpliwości. W niektórych z tych przypadków krwotok był tylko raz jeden; w niektórych powtórzył się kilkakrotnie, zwykle w znacznych odstępach czasu, niekiedy po wielu latach dopiero. Krwotok następował zawsze, jednocześnie z nasileniem się innych objawów neurastenii. Ilość krwi bywała niezbyt obfita; krew przedstawiała się zawsze jaśniejszego koloru, niż prawidło.

wo i nie ścinała się nigdy; przy krwotokach żołądkowych znajdowano obecność soku żołądkowego. Za przyczynę krwotoków u neurasteników AUSSET uważa porażenie naczynio-ruchowe, podobnie jak to przypuszcza się przy historycznych krwotokach.

(*Rev. de Méd. Septembre, 1897*).

K. Stróżewski.

140. Ch. Féré. O niektórych objawach patologicznych, będących następstwem stosunków płciowych.

Pobudzenie płciowe wywołuje ogólne podniecenie układu nerwowego, co się objawia przez spotęgowanie różnych czynności fizjologicznych; stan ten trwa póty, póki nie nastąpi zaspokojenie tego pobudzenia, dla tego to BROWN-SEQUARD doradzał tym, którzy mają wykonać jakąś ważną pracę fizyczną, czy umysłową, aby wywoływali u siebie stan żywego podniecenia płciowego, unikając wytrysku. Pomijając szkodliwość takiego postępowania, zwłaszcza gdy się je częściej stosuje, autor przechodzi do tych zaburzeń nerwowych, jakie towarzyszą nieraz aktowi spółkowania, a które są wyrazem ogólnego podniecenia. Przedewszystkiem *coitus* może wywołać padaczkę, jak tego dowodzą spostrzeżenia SAUVAGE'a [u pacyenta po każdym stosunku występował napad], ZIMMERMANN'a [napad po każdorazowym onanizowaniu się] i MAURIAĆ'a [u psa]; następnie u pewnych osobników niektóre objawy czuciowe i zmysłowe, a nawet ruchowe w jednakowej mierze występują przy napadzie epileptycznym i przy stosunku płciowym. Czasem objawy padaczkowe i nadużycia płciowe idą w parze; pierwsze zjawiają się i znikają wraz z drugimi.

Z innych nerwic, jako skutek *coitus*, występować mogą: migrena, dusznica bolesna, astma, histerya.

Psychozy wybuchać mogą też bezpośrednio po pierwszym zbliżeniu się płciowem, zwłaszcza u młodych kobiet odpowiednio usposobionych (*post-connubial insanity* Anglików).

W fazie napięcia ogólnego podczas pobudzeń płciowych występować mogą zaburzenia w mięśniach prążkowanych i gładkich [drżenie miejscowe lub ogólne, drgawki, szczytywanie zębami, kaszel, odbijanie, mimowolne oddawanie moczu i t. d.], w sferze różnych zmysłów [zaburzenia wzroku, słuchowe, węchowe], w układzie krwionośnym [wzmózione ciśnienie tętnicze doprowadzić może do wylewu mózgowego zwłaszcza u ludzi starszych i u dotkniętych miażdżycą naczyń, obfite krwotoki z nosa], wreszcie poty zlewające i t. d..

Po fazie pobudzenia i napięcia w warunkach zupełnie fizjologicznych następuje przelotny okres przygnębienia fizycznego i moralnego, który jednak przejść może w stan przewlekły przy nadużyciach.

W tym okresie występuje nagły spadek w ciśnieniu tętniczym, mogący czasem doprowadzić do omdlenia, a nawet śmierci nagłej; do tegoż szeregu objawów cyrkulacyjnych należy zaliczyć często obserwowane znaczne oziębienie na obwodzie ciała [wargi, język, palce], oligurya, rozwolnienie, kongestye płucne nierzadko z krwiopluciem.

Nadto spostrzegamy cały szereg najróżnorodniejszych zaburzeń podmiotowych i przedmiotowych u osobników z nadwyrężonym układem nerwowym, np. u historyczek bezpośrednio po akcie płciowym występować może ślepotą, stopienie słuchu lub zupełna głuchota, znieczulenie skóry, omamy wzrokowe, sen głęboki, przypominający zapaść i t. p.; toż samo nieraz daje się zauważyć u neurasteników.

Pokrewne zjawiska obserwujemy u pewnych owadów; dawniej przypuszczano, że pszczoła samiec umiera w czasie kopulacji dla tego, że ją królowa zabija; właściwie jednak śmierć następuje wskutek wyczerpania po uprzednim podnieceniu nadmiernem, a skutek taki można osiągnąć sztucznie przez od-

powiednie pocieranie skrzydeł lub grzbietu owadu; podobnie chrabąszcz samiec po akcie spółkowania zapada w głębokie odrętwienie.

Z szeregu tych najróżnorodniejszych zaburzeń, występujących w fazie wyczerpania, do najciekawszych autor zalicza osłabienie, jakie się objawia czasem w dziedzinie czynności mięśni. Osłabienie to dojść może do porażenia, a nawet do zupełnego porażenia, z kąd powstają hemiplegie i paraplegie z charakterem przejściowym. Najczęściej i choć nie wyłącznie widzujemy te sprawy u osobników dotkniętych histeryą.

Autor podaje dość szczegółowo dwie odpowiednie obserwacje. Chory 20-letni, z nieznaczem obciążeniem dziedzicznym, dotknięty był padaczką, której napady powtarzały się w zmiennych odstępach czasu, zazwyczaj 3—4—5 razy na miesiąc; po zastosowaniu systematycznego leczenia bromem napady stały się rzadsze, lecz silniejsze, przyczem po każdym napadzie występowało przemijające, wiotkie porażenie kończyn bez zaburzeń czucia, trwające od 1—24 godzin. Chory ten skarżył się że od pewnego czasu [wtedy, kiedy padaczka zjawiała się już tylko 3—4 razy na rok] każdemu napadowi spółkowania towarzyszy jako następstwo czasowy paraliż, zupełnie jak po napadzie epileptycznym, trwa tylko nieco krócej.

Druga obserwacja dotyczyła 40-letniego osobnika bez obarczenia, dotkniętego neurastenią mózgo-rdzeniową; po każdym akcie płciowym występowała u niego paraplegia, kilka godzin trwająca z uczuciem drętwienia, mrowienia, ziębieniem i innymi parestezjami. Przy odpowiednim wzmacniającem leczeniu i odpoczynku fizycznym i umysłowym objaw ten ustąpił bez śladu.

(*Revue de Médecine* Nr. 8. 1897).

A. Lande.

141. Marinesco. Topografia zaburzeń czuciowych przy władzie rdzenia i jej stosunek do wrażeń samych chorych.

Od czasu, jak zwrócono uwagę na zaburzenia w czuciu na tułowiu u tabetyków [HITZIG, LAEUR, PATRICK], autor zbadał 50 odnośnych chorych bądź w Paryżu, bądź w Bukareszcie, zwracając pilną uwagę na umiejscowienie u nich zaburzeń w czuciu, mianowicie znieczulenia dotykowego. Znalazł on przytem znieczulenia u 40-u chorych i podaje następujące szczegóły co do ich umiejscowienia. Jeżeli zaburzenia w czuciu są jeszcze nieznaczne, natenczas stwierdzić można znieczulenia w okolicy sutkowej, przyczem czasami sutka stanowi sam środek owego pola znieczulenia, czasem znów owo pole rozszerza się bardziej ku górze lub ku dołowi. Jeżeli pas znieczulenia dochodzi u góry do linii pachowej, to rozszerza się już często na stronę wewnętrzną ramienia lub obu ramion. W takim razie pola znieczulenia zwykle się z sobą zlewają, przyczem jednak pole to może sięgać po jednej stronie wyżej lub niżej sutki, niż po stronie drugiej. Zlewają się one nadto ze sobą z tyłu w okolicy łopatki, przyczem jednak okolica międzyłopatkowa pozostaje zwykle czułą. Powstaje w ten sposób pas lub t. zw. gorset znieczulania. Czasami znieczulenie można stwierdzić na powierzchni wewnętrznej nie tylko ramienia, ale i przedramienia, a nawet małego palca. W wyjątkowych przypadkach mogą być znieczulone 2, 3, a nawet wszystkie palce ręki.

Następnie autor znajdował często, zarówno w okresach początkowych, jak późniejszych władu, znieczulenia w okolicy narządów płciowych, mianowicie na powierzchni dolnej moszny, czasami na całej mosznie lub nawet na członku. Rzadziej zdawało mu się stwierdzić znieczulenia na pośladkach w okolicy odbytu. Pojedyncze pola znieczulenia należą wogóle do rzadkości. Zazwyczaj przy istnieniu np. znieczulenia w okolicy piersiowej występuje ono w okolicy narządów płciowych lub też na palcach nóg, na podszewie, stopie, ewentualnie i na łydkach lub biodrach. Cechą, wyróżniającą znieczulenie na kończynach dolnych, jest właściwie brak stałego ich umiejscowienia; ztąd

różnice w zdaniach wielu autorów. Chorzy z amaurozą mogą nie mieć żadnych z wymienionych pól znieczulenia, lub też jedno z nich. Dopiero w późniejszych okresach choroby występują u nich znaczne, albo liczne pasy znieczulenia. Odpowiada to już zwykle okresowi bezwładu, właściwie niemocy płciowej.

W związku z umiejscowieniem znieczulenia stoją często skargi samych chorych, mianowicie nieraz stwierdzić można znieczulenia w okolicy, w której chory ma bóle strzelające lub mrowienie, na przykład wyżej przytoczone pole znieczulenia odpowiadać mogą gorsetowi bólowemu, pasowi bólowemu, niemocy płciowej, bólom lub mrowieniu w kończynach dolnych. Dlatego też, ile razy tylko chory uskarża się na bóle w jednej z tych okolic, należy zawsze zbadać ją na czucie dotykowe. Po tej nitce doszedł już autor nieraz do rozpoznania wiądu we wczesnych jego okresach.

Wyżej opisane pola znieczulenia stoją w związku z rozgałęzieniami nerwów, biorących początek w tych lub owych korzonkach, na przykład, znieczulenie powierzchni wewnętrznej ramienia odpowiada sprawie chorobowej w drugim korzonku grzbietowym; gdy przybywa do tego znieczulenie w okolicy przedramienia, to zależy to od jednoczesnego zajęcia pierwszego korzonka grzbietowego; wewnętrzna powierzchnia ręki, z małym palcem, świadczy, iż 8-y korzonek szyjowy wciągnięty jest w sprawę. Znieczulenia narządów płciowych odpowiadają zajęciu 3-go korzonka krzyżowego (*sacralis*); powierzchnia wewnętrzna łydki i stopa jest znieczulona przy cierpieniu 1-go korzonka krzyżowego, a tylnej powierzchni stopy i zewnętrznej powierzchni łydki odpowiada rozgałęzienie 5-go korzonka lędźwiowego. Ostatnie z dwóch wymienionych korzonków cierpią bądź oddzielnie, bądź razem. Od tego też zależy umiejscowienie znieczuleń w każdym poszczególnym przypadku. W ten sposób, jak widzimy, dokładne zbadanie topografii znieczuleń przyczynia się do potwierdzenia coraz bardziej dziś rozpowszechniającej się teorii korzonkowego pochodzenia wiądu rdzeniowego.

(*Sem. med.* 1897. Nr. 47).

Wł. Janowski.

142. A. Bier. Technika operacyjna wygodnych kikutów amputacyjnych.

Autor od kilku lat usiłował otrzymać na przebiegu trzonu goleni tak zdatny kikut amputacyjny, jaki dotychczas otrzymano na przebiegu nasady. Początkowo autor był mylnego przekonania, że utworzenie takiego kikutu jest możliwem wówczas tylko, kiedy powierzchnia amputacyjna jest bardzo duża i można ją pokryć skórą nawykłą do ucisku. Po dokonaniu licznych doświadczeń przyszedł do następujących wniosków: 1) możność praktycznego stosowania kikutów zależy przedewszystkiem od kości; powierzchnia po przecięciu musi być pokryta płatem okostnej.

2) Naturalne połączenie między płatem skórnym i odcinkiem kostnym nie jest niezbędnem.

3) Szerokość kikutu nie ma żadnego prawie znaczenia.

4) Korzystniej jest, jeżeli blizna wypadnie poza powierzchnią oparcia kikutu i zrasta się tylko z częściami miękkimi, bez współdziałania kości; pokrywanie kości zbyt grubą warstwą mięśni jest niepotrzebne.

Postępowanie operacyjne obejmuje następujące momenty:

1) Wycina się i oddziela na przedniej, zewnętrznej lub wewnętrznej powierzchni goleni duży płat skórnym, w formie języka, którego podstawa zwrócona jest ku górze, wierzchołek zaś ku stopie nogi.

2) Płat skórnym odpreparowany podnosi się i podtrzymuje, na poziomie zaś wierzchołka płata skórnego amputuje się goleń cięciem kolistym.

3) Na wewnętrznej powierzchni goleni wycina się czworokątny płat z okostnej i z powięzi i wypilowuje takież płat kostny, nie oddzielając go od

okostnej. Płaty tu muszą być cokolwiek większe od powierzchni amputacyjnej.

4) Na poziomie podstawy płatu skórniego amputuje się kulisto kikut, oszczędzając wykrajany płat kostny, którym należy pokryć powierzchnię przecięcia i przyszyć do okostnej oraz powięzi pozostałej goleni.

5) Całą powierzchnię amputacyjną obszywa się prosto odpreparowanym początkowo płatem skórniym.

W końcu pracy znajduje się opis sposobu zastępowania starych kikutów nowymi, naturalnie tylko w razach, kiedy skóra nie jest uszkodzoną.

(*Centralblatt für Chirurgie*, 1897, Nr. 31).

A. Ciechomski.

143. Gasne. O cierpieniach rdzenia wskutek syfilisu dziedzicznego.

Zmiany anatomo-patologiczne, jakie sprowadza syfilis dziedziczny, niczem nie różnią się od zmian, spostrzeganych przy syfilisie nabytym. Sprawa chorobowa dotyczy głównie opon rdzeniowych i naczyń; sam rdzeń najczęściej cierpi wtórnie wskutek cierpienia naczyń krwionośnych, wskutek nacieczenia drobnokomórkowego części jego łączno-tkankowych lub też wskutek rozprze-strzenia się sprawy z sąsiednich części. Zmiany zaś pierwotne w komórkach nerwowych rdzenia wskutek syfilisu, chociaż opisywane przez niektórych badaczy, wymagają dalszych potwierdzeń, tymczasem panuje jeszcze w nauce poglądy Virchow'a, według którego nowotworzenie syfilityczne bierze zawsze swój początek w tkance łączno-naczyniowej, elementy zaś szlachetne dotknięte bywają tylko wtórnie. Z opon największe zmiany znajdujemy na oponie miękkiej, następnie na zewnętrznej powierzchni opony twardej. Zmiany te najczęściej polegają na znacznym zgrubieniu silnie nacieczonych drobnymi komórkami opon, wzdłuż których znajdują się mniej lub więcej liczne gumaty. Rdzeń nie na całym swym przebiegu bywa jednakowo dotknięty, według autora największe zmiany znajdujemy w szyjowej części rdzenia.

Objawy kliniczne zależą od umiejscowienia się sprawy chorobowej w rdzeniu; autor podaje objawy, jakie spotykamy przy umiejscowieniu się zmian w górnej szyjowej części rdzenia, w grzbietowo-łędźwiowej i w okolicy ogona końskiego, przytaczając odpowiednie spostrzeżenia. Najczęściej mamy do czynienia ze sprawą rozlaną w rdzeniu, t. j. *myelitis diffusa*; cierpienia zaś usystematyzowane należą do rzadkich; autor przytacza przypadki syfilisu dziedzicznego z objawami *pseudo-tubes*, *poliomyelitis anter.*, *sclerosis en plaques*. Najczęściej syfilis dziedziczny wywołuje zmiany jednocześnie w mózgu i rdzeniu i w takich przypadkach zwykle objawy ze strony mózgu występują na pierwszy plan. Syfilis dziedziczny może wywołać zmiany w rdzeniu w następujących okresach czasu: 1) podczas życia wewnątrz-macicznego, 2) w pierwszych latach po urodzeniu i 3) w latach późniejszych; względnie do tego mamy zapalenie rdzenia wrodzone, wczesne i późne (*myelitis heredosyphilitica congenitalis, precoxa et tardiva*). Najczęściej spotykamy się z wczesnymi formami. Autor przytacza 8 przypadków późnej formy, z których 5 dotyczyło osobników w latach między 18 a 26, jeden przypadek osoby, u której pierwsze objawy wystąpiły w 34 roku życia, jeden w 35 roku i jeden w 48 roku.

Rozwój choroby zwykle bywa powolny; początkowo objawy czuciowe [parestezye], a potem objawy porażenia, najczęściej rozwija się porażenie spastyczne dolnych kończyn t. zw. *myelitis spastica inf.* CHARCOT-ÉRB. Przebieg cierpienia tych bywa bardzo niejednakowy, objawy mogą zwiększać się, zniknąć lub pozostawać stale na pewnym stopniu rozwoju. To ostatnie bywa najczęściej. Leczenie swoiste, szczególnie wczesnie zastosowane, może niekiedy w zupełności usunąć wszystkie objawy. Spostrzegano niekiedy znikanie lub poprawę znaczną niektórych objawów nawet bez leczenia.

Rozpoznanie syfilisu dziedzicznego w cierpieniach rdzenia bywa często bardzo trudnem. Najpierw zwracamy uwagę na wywiady co do rodziców i rodzeństwa, o ile ich sami nie możemy zbadać; często wywiady te nie dają nic pozytywnego, autor wtedy radzi zwracać uwagę na następujące oznaki syfilisu dziedzicznego: t. zw. zęby HURCHINSON'a, liczne blizny na skórze, świadczące o dawno przebytych wysypkach swoistych, resztki dawnych cierpień oka, zniekształtnienie podniebienia, palcy, wąta i nieodpowiednia do lat budowa ciała. Chociaż spotykają się przypadki niewątpliwego syfilisu dziedzicznego bez wszystkich powyżej wymienionych oznak. Rzadko jednakże bywa, ażeby nie można było wykryć w przeszłości chorego takich objawów, jak: uparte bóle głowy, szczególnież z nasileniami nocnymi, zawroty głowy, podwójne widzenie, zez przejściowy, nierówne źrenice, mimowolne nocne oddawanie moczu w ciągu wielu lat, późny początek chodzenia, szczególnież zaś ważny i bardzo często spostrzegany objaw u osobników, obciążonych dziedzicznym syfilisem, konwulsye w dzieciństwie, a później napady epileptyczne.

Opierając się na obecności niektórych z powyżej wzmiankowanych oznak w spostrzeżeniach, podanych przez autora, rozpoznawano syfilis dziedziczny, stwierdzony później badaniem pośmiertnem lub też dodatnim wynikiem leczenia swoistego.

W niniejszej pracy autor przytacza wyniki drobnowidzowego badania 30 rdzeniów płodów, urodzonych z rodziców, zarażonych syfilisem, i liczne kliniczne spostrzeżenia, przeważnie zaczerpnięte z literatury.

(*Localisations spinales de la syphilis héréditaire. Thèse. Paris. 1897, str. 149.*
K. Stróżewski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 21. IX. 1897.

1) GĄBSZEWICZ przedstawia chłopca 12-letniego, który zgłosił się do niego z powodu stopy końsko-szpotawej, lewostronnej, wrodzonej (*pes equino-varus congenitus*). Chory z kończyną lewą krótszą o 6 ctm. od prawej, ze stopą lewą w stanie zaniku, z bezwładem mięśni wyprostnych, chodził tylko o kuli. W lipcu r. b. G. wyłuszczył chłopcu kość skokową, przeciął więzy przednie i tylne, łączące kość skokową ze strzałką i tę ostatnią z kością piętową, odbił wyrostek przedni kości piętowej i kawałek kostki zewnętrznej, wreszcie przeciął ścięgno piętowe [ACHILLES] i całą ranę zaszył, a na kończynę nałożył opatrunek tekturowy. Po 6 tygodniach chłopiec zaczął chodzić nawet bez kija, przy zupełnie prawidłowem ułożeniu stopy; skrócenie stopy lewej wyrównywa trzewik z wysoką podeszwą i obcasem. Odżywianie mięśni stopy i goleni poprawia się.

2) STANKIEWICZ przedstawia nerkę, wyciętą przed kilku godzinami z powodu stale od lat 5 powtarzającego się krwimoczcu. Krew, jak wskazało badanie cystoskopem, wpływała z otworu moczowodu lewego. Innych objawów u chorego, mężczyzny 40-letniego, nie zauważono. Nerka wycięta jest nieco powiększona; substancya korowa górnego końca nerki posiada zabarwienie ciemniejsze; pod błoną śluzową miedniczki widać świeże wynaczynienia. Badanie drobnowidzowe preparatu będzie dokonane.

3) MARKUSFELD wypowiedział rzecz p. n.: „O leczeniu objawów t. zw. parasyfilitycznych“. Odczyt ten pomieszczony jest w N-rze bieżącym Gazety.

W dyskusyi CIĄGLIŃSKI przytacza zdania, jakie w sprawie związku bezwładu postępującego i wiadu rdzenia z syfilisem wypowiedzieli na ostatnim zjeździe w Moskwie wybitni neuropatologowie. Za istnieniem tego związku przemawiali głównie KRAFFT-EBING i ERB. Pierwszy wykazywał, że liczba

przypadków bezwładu postępującego szybko wzrasta, a coraz częściej zapadają na tę chorobę i kobiety; dalej, szczepienie paralitykom wydzieliny owrzodzeń syfilitycznych, jak się w 8 przypadkach przekonał, pozostaje bez rezultatu; nie zarażają się również chorzy na bezwład postępujący syfilisem, choć w pewnych okresach choroby bywają więcej od innych na podobne niebezpieczeństwo wystawieni. Prócz syfilisu i walka o byt wpływa na częstość w naszych czasach bezwładu postępującego. Według Erb'a, na 1000 przypadków władu rdzenia w 90% cierpienie to dotyczy syfilityków, podczas gdy tych ostatnich między chorymi na inne choroby nerwowe spotyka się tylko 20%. Zastanawia się dalej CIĄGLIŃSKI nad leczeniem „objawów parasyfilitycznych“. Nie można pod tą nazwą rozumieć objawów trzeciorzędnych syfilisu, gdzie, naturalnie terapia musi być swoista; leczenia takiego do chorób, powstałych na gruncie, przez syfilis osłabionym, stosować nie można: ustrój osłabiony potrzebuje raczej leczenia wzmacniającego; przy prawdziwych objawach parasyfilitycznych, powstałych dzięki zatruciu ustroju toksynami syfilisu, leczenie specyficzne korzyści przynieść choremu nie jest w stanie, wyjąwszy te przypadki, w których sprawa syfilityczna jeszcze istnieje i jest powodem powstawania toksyn.

RYCHLIŃSKI oponuje przeciw łączeniu bezwładu postępującego i władu rdzenia w jedną formę chorobową. Co do związku bezwładu z syfilisem, to nie wszystkie statystyki brzmią zgodnie ze statystyką KRAFFT-EBING'a. Arabowie i Negrowie, między którymi syfilis jest bardzo rozpowszechnionym, bardzo rzadko zapadają na bezwład postępujący. Zmiany w mózгах paralityków nie są charakterystyczne, a przebieg kliniczny bezwładu bywa bardzo rozmaity, tylko postać otępieniową tego cierpienia z zachowaną świadomością choroby można *ex juvantibus* uważać za zależną od syfilisu. W okresie podniecenia leczenie rtęciowe, upośledzając odżywianie, sprowadza zazwyczaj pogorszenie; gdy przeciwnie, w stanie paralityka po stosowaniu rtęci widzieć można polepszenie: wskazywałoby to na *encephalitis subcorticalis* BINZWANGER'a lub na wyrodnienie miażdżycowe mózgu, powstałe na tle syfilisu.

TRZCIŃSKI uważa wład rdzenia i bezwład postępujący za choroby odrębne. Związku ich z syfilisem zaprzeczyć nie można. Polepszenia w przebiegu obu tych chorób mogą występować i bez żadnego leczenia, kuracya zaś antysyfilityczna zwykle jest bezskuteczna.

STEINHAUS zwraca uwagę, że zanik nerwu wzrokowego, zależny od syfilisu, należy ściśle odróżniać od takiegoż zaniku pochodzenia tabetycznego: w przypadkach, należących do pierwszej kategorii, leczenie przeciwsyfilityczne daje wyniki dobre, gdy chorzy tabetycy doznają bardzo wyraźnego pogorszenia wzroku.

Posiedzenie z dnia 28 września 1897.

1) NEUGEBAUER przedstawia: a) wianek maciczny z drutu, owiniętego konopiami, inkrustowany złogami wapiennymi; wianek ten wyjął N. z pochwy wieśniaczki, cierpiącej na przetokę pęcherzowo-pochwową; b) torbiel jajnika, znekrotyzowaną wskutek skręcenia szypuły, a usuniętą drogą celiotomii u kobiety 30-letniej w 4-m miesiącu ciąży; nazajutrz po owaryotomii nastąpiło poronienie płodu zmacerowanego; c) ciało płodu 8-miesięcznego, urodzonego przy pomocy cięcia brzuszego z powodu ciąży zamacicznej, a zmarłego w 9 godzin po urodzeniu.

2) KRAKÓW demonstruje macicę z fibromyomatem ściany tylnej wielkości dużej pięści, usuniętą przez pochwę, po uprzednim wyluszczeniu mięśniaka.

3) GEPNER [syn] przedstawia chorego, którego tęczęwkę oka lewego pokrywa błona błyszcząca, o wyglądzie metalicznym; błona ta wytworzyła się przed 16 laty, po urazie, a według przypuszczenia G. składa się z osadu cholestearyny.

4) W dalszym ciągu dyskusji nad odczytem MARKUSFELDA „O leczeniu objawów parasyfilitycznych“ zabiera głos GERNER [syn], wyrażając zdanie, że wobec częstotści syfilisu należy z wielką ostrożnością uznawać za dowiedziony jego udział w powstawaniu rozmaitych cierpień. Co do przypadków wyleczenia rtęcią zaniku nerwów wzrokowych przy wiaździe rdzenia, przytoczonych przez M. z literatury, to zanik nerwów wzrokowych mógł być tutaj objawem istniejącego jeszcze syfilisu, a nie wiaźdu; przy zaniku wiaźdowym rtęć sprowadza zawsze tylko pogorszenie wzroku.

PERKOWSKI za jedne z wczesnych objawów syfilitycznych w mózgu i rdzeniu uważa zaburzenia w działalności narządu moczno-płciowego; po tych ostatnich dopiero występują w odpowiednich przypadkach objawy wiaźdu rdzenia lub bezwładu postępującego. Dlatego też wczesne leczenie przeciwsyfilityczne zaburzeń narządu moczno-płciowego u ludzi, którzy syfilis przechodzili, P. gorąco zaleca, a na poparcie swego zdania przytacza opis pięciu odpowiednich przypadków

MARKUSFELD odpowiada na zarzuty, wyjaśniając, że wiaźdo-paraliż uważa za jednostkę chorobową nie dla tego, by w każdym przypadku bezwładu postępującego istniały objawy wiaźdu, lecz dlatego, że tak jest w większości przypadków. Rzadkość wiaźdo-paraliżu wśród Arabów i Negrów, między którymi syfilis jest bardzo rozpowszechniony, nie dowodzi, by syfilis nie miał być momentem przyczynowym wiaźdo-paraliżu, gdyż i u nas przyczyną tej choroby bywa nie sam tylko syfilis, lecz i inne warunki, których dostarcza od wieków istniejąca cywilizacja. Leczenie przeciwsyfilityczne przy zaniku nerwów wzrokowych zalecają MICHEL, GAŁĘZOWSKI, SCHMIDT-RIMPLER, a statystyka nie wykazuje, by podobne postępowanie sprowadziło pogorszenie wzroku.

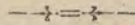
Według CIĄGLIŃSKIEGO, zmiany syfilityczne zależą od zatrucia ustroju toksynami syfilitycznymi. Że KRAFFT-EBING szczepił paralitykom syfilis z wynikiem ujemnym, nie dowodzi to, by ci jeszcze chorowali na syfilis; i szczepienie ospy i tyfus czyni ustrój odpornym na te choroby i wtedy, gdy ustrój ten już wyzdrowiał. Może jednak się zdarzyć powtórna infekcja syfilityczna. Leczyć objawy parasyfilityczne rtęcią należy tylko wtedy, gdy syfilis tkwi jeszcze w ustroju chorego.

RYCHLIŃSKI jeszcze raz powtarza swoje zarzuty, obstając przy zdaniu, że typowego bezwładu postępującego nie można nazywać objawem parasyfilitycznym.

STRÓŻEWSKI zaznacza, że VIRES i LEYDEN starają się obalić zdanie co do związku przyczynowego między wiaźdem rdzenia i syfilisem.

Według prof. BRODOWSKIEGO, wpływ samych drobnoustrojów na ustrój bywa niewielki; natomiast wszystkie ważniejsze zmiany w chorobach zakaźnych zależą od toksyn; te zaś dopóty tylko krążą w ustroju, dopóki istnieją pasożyty. Odporność po chorobie zakaźnej objaśnia się tem, że pierwiastki anatomiczne ustroju wskutek zmienionego biegu przemiany materii wytwarzają antytoksyny jeszcze i po zniknięciu pasożytów; gdy komórki po pewnym czasie wracają do poprzedniego sposobu odżywiania się, odporność znika.

Wiadomości drobne.



— BERNHARDT podaje ciekawy przypadek urazowego uszkodzenia nerwu pośrodkowego (*n. medianus*), wskutek czego nastąpił zanik mięśni kłębu palucha z odczynem zwyrodnienia bez żadnych zaburzeń ruchowych w paluchu. Tenże autor w 1885 r. ogłosił podobny przypadek. Za przyczynę tego zjawiska przyjmuje istnienie połączenia (*anastomiosis*) pomiędzy głęboką gałązką nerwu łokciowego a nerwem pośladkowym. Podobne połączenia w nerwach czuciowych znane są dobrze od czasu

doświadczenia ARLOING'a i TRIPIER'a [1869 r.]. Czy u każdego człowieka istnieją podobne połączenia pomiędzy nerwami ruchowymi, nie wiadomo. SIOGK i SAENGER wyleczyli ciężkie porażenie nerwu promieniowego, przeprowadziwszy mostek nerwowy od zdrowego nerwu pośrodkowego do obwodowego końca nerwu promieniowego.

(*Neur. Centrblt. Nr. 14. 1897.*)

K. S.

— ACHARD i LÉVI zwracają uwagę na fakt występowania przemijających porażień w przebiegu chorób serca. Nie zależą one ani od drobnych zatorów, ani od wylewów krwawych, lecz od odnośnie umiejscowionego znacznego obrzmienia podoponowego, a czasem może i odnośnej intoksykacji.

(*Sem. méd. 1897. Nr. 47.*)

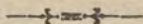
Wł. J.

— Chcąc określić, jak wielką jest zdolność wątroby przeciwdziałania lasecznikom węgla, ROGER szczepił jedną i tę samą hodowlę tego pasożyta jednym zwierzętom do żył obwodowych, drugim zaś—do żył wrotnych. Okazało się, że pierwsze padały po wstrzyknięciu $\frac{1}{8}$ milimetra sześciennego wymienionej hodowli, drugie zaś znosiły bezkarnie nawet 8 milim. sześć. tej samej hodowli,

(*Sem. méd. 1897. Nr. 47.*)

Wł. J.

Wiadomości bieżące.



— Miło nam podzielić się z czytelnikami wiadomością, iż kol. EDWARD PRZEWSKI, długoletni prosektor przy czterydziestu anatomii patologicznej, wysoko ceniony przez studentów jako znakomity pedagog, został mianowany profesorem nadzwyczajnym tutejszego uniwersytetu i objął już katedrę anatomii patologicznej po prof. BRODOWSKIM, który z żalem licznych swoich uczniów i wielbicieli wyszedł do emerytury.

— Wielokrotnie w prasie ogólnej poruszana sprawa organizacyi pomocy lekarskiej we wsi doczekała się uwzględnienia ze strony władz. W ostatnim numerze „Krytyki lekarskiej“ znajdujemy obszernie streszczenie projektu takiej organizacyi dla gub. Płockiej, najwyżej zatwierdzonego d. 2 Czerwca roku bieżącego. Zapewne, jak sądzić można z tego, co „Krytyka“ pomieszcza, organizacya ta zaprowadzoną będzie w formie próby z początkiem roku nadchodzącego. Przy należytem uwzględnieniu istotnych potrzeb ludu spodziewać się należy pomyślnych rezultatów tej próby. Stanie się tym sposobem zadość do pewnego stopnia głosowi kolegi G. DOLIŃSKIEGO, który kilkakrotnie w roku bieżącym uzasadniał w „Gazecie Polskiej“ [Nr. 29 i 52] potrzebę utworzenia posad lekarzy gminnych. W związku z wywodami kolegi ORŁOWSKIEGO pozostaje też myśl, rzucona przez „Głos“, a silnie przez kol. D. popierana, zwołania Zjazdu lekarzy Królestwa Polskiego, którego zadaniem byłoby rozstrząsanie poważnych kwestyi, dotyczących zadań lekarza do społeczeństwa. Autorowie tej myśli wymieniają w pierwszym rzędzie: sprawy szpitalne, pomoc lekarską dla ludności ubogiej miast, służbę gminną zdrowia, higienę wsi, miast i miasteczek, organizacyę towarzystw lekarskich, kwestyą szerzenia wśród ogółu zdrowych pojęć o higienie, stosunek lekarzy do publiczności, zmianę taksy lekarskiej, wprawy etyki zawodowej i t. p. Istotnie pomysł Zjazdu, mającego obradować nad temi sprawami, wart jest poważnego zastanowienia.

Sprostowanie. W Nrze 43 „Gazety Lekarskiej“ na str. 1172 wiersz 6 i 8 od dołu zamiast „osierdziu“ powinno być „wsierdziu“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою. Варшава 17 Октября 1897. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8