

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O porażeniu rodzinnem napadowem, napisał S. Goldflam. (Dokończenie). — W sprawie zakażenia rzeżączkowego u kobiet, podał Mieczysław Kaufman. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 157. Tetniący wysięk opłucny (*pleuritis pulsans*). 158. Śluz w wypróżnieniach. 159. O guzowatej postaci gruźlicy. 150. O ostrym żółtym zaniku i marskości wątroby 151. Etiologia marskości wątroby u pijaków. 152. *Glycosuria alimentaria* po wypiciu piwa. 153. O leczeniu niezupełnych poronień. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 19 października r. b. — Sprawozdanie z XII zjazdu międzynarodowego w Moskwie. (Ciąg dalszy). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r S. Goldflam** — Sur des paralysies familiales paraissant sous forme des accès. 2) **D-r M. Kaufman** — Sur l'infection blennorrhagique chez la femme.

Redaction: **Dr H. Dobrzycki.** Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r S. Goldflam** — Ueber anfallartig auftretende Familienlähmungen. 2) **D-r M. Kaufman** — Ueber die blennorrhische Infection bei Weibern.

Redaction: **Dr H. Dobrzycki.** Warschau—Oboźna str. 5.

O porażeniu rodzinnem napadowem,

napisał **S. GOLDFLAM.**

(Dokończenie—Zob. N. 44).

25-letnia siostra poprzedniego W. uległa po raz pierwszy napadowi w maju 1896 r., w nocy, po uprzednim przemoknięciu; drugi 'napad' zjawił się we dwa tygodnie później, trzeci zaś 6. VI. 96. Już dnia poprzedniego, mianowicie 5 VI., czuła ona po przebudzeniu odrętwienie w II i III palcu prawej ręki wraz z ograniczeniem ruchów, co następnie objęło lewą rękę; wkrótce potem osłabienie przeszło i na ramiona, wreszcie na nogi. Pomimo to jednakże chora podniosła się, ubrała przy pomocy drugiej osoby i udała do sklepu. W ciągu dnia było jej lepiej, wieczorem wróciła do domu zdrowa. 6. IV. zrana powtórzyły się te same objawy, mianowicie czucia rzekome w rzeznaczonych palcach, jednocześnie i w udach; wkrótce osłabienie objęło całe ciało. Chora z wytężeniem wszystkich sił swoich trzymała się na nogach, ponieważ w położeniu siedzącym czuła się jeszcze gorzej, lecz około południa osłabienie wzmogło się do tego stopnia, że musiała się położyć i odtąd już nie mogła najmniejszego ruchu wykonać ani kończynami (z wyjątkiem słabych ruchów palcami nóg), ani tułowiem, ani głową. Przytem inteligencya, zmysły, mowa, czucie, polykanie, czynność zwieraczy były zupełnie nietknięte, kaszel i kichanie utrudnione. Zupełny brak łaknienia. Porażenie trwa-

ło do 8. VI. zrana, trwało więc całych 2 dni. Poprawa poczynawszy od palców postępowała szybko w następującym porządku: kończyny górne, głowa, kończyny dolne; w ciągu paru godzin wróciła chora do stanu prawidłowego.

W. jest dobrej budowy, o grubym pokładzie tłuszczowym; zwłaszcza łydki i ramiona są bardzo okazałe, lecz trudno rozstrzygnąć, czy wskutek grubego pokładu tłuszczu, czy też dzięki tęgim mięśniom. Sama ona uważa siebie za osobę zdrową i krzepką, jedynie bardzo ją niepokoją owe napady. Narządy wewnętrzne i wszystkie czynności prawidłowe. Rodziła szczęśliwie 6 dzieci, z których żyje 4 w wieku od 2—7 lat; wszystkie zdrowe. Badanie układu nerwowego również nic nieprawidłowego nie wykryło, a trudne otrzymywanie odruchów kolanowych tłomaczyć należy znaczną grubością pokładu tłuszczowego. Dla tejsze przyczyny prawie nie sposób było przeprowadzić dokładnego badania elektrycznością, zwłaszcza zaś niemożliwe było orzec o charakterze skurczów.

Rzecz szczególna, że chora również przyjmuje środek przeczyszczający przy zbliżaniu się napadów⁶⁾.

Młodszy brat Poz., 22 lat, z całego rodzeństwa najbardziej krzepki, miał napady już w dzieciństwie; występują one u niego wprawdzie często, są jednak słabe, trwają tylko 1—2 godzin i rzadko zmuszają go do położenia się na krótki przeciąg czasu. Brat ten wyjechał do Afryki i od roku niema o nim wiadomości.

Jedynie od najstarszego członka tej rodziny, wyżej opisanego Poz., dotkniętego napadami, udało mi się otrzymać częśćkę z mięśnia dwugłowego ramienia, która przygotowana została w sposób zwykły do badania drobnowidzowego.

P r z e k r ó j p o p r z e c z n y. Włókna mięsne są okrągłe, owalne lub wielokątne z zaokrąglonymi kątami. Co do wymiaru są one bardzo jednostajne i należą przeważnie do gatunku włókien grubych, jakkolwiek zdarza-

⁶⁾ Na podstawie wywiadów uczynione rozpoznanie zostało potwierdzone w 16 miesięcy później przez bezpośrednie spostrzeganie napadu. W ciągu tego okresu czasu chora tylko parę razy miała osłabienie członków, które rychło mijało po użyciu jakoby małych dawek strychniny. Wielki napad zdarzył się podczas druku niniejszej pracy. Mianowicie 5. X. rano, zaraz po przebudzeniu się, poczuła chora osłabienie rąk, zwłaszcza 2 i 3-im palcem nie mogła żadnych wykonywać ruchów; nogi były znacznie mniej dotknięte. Ubrawszy się przy pomocy drugiej osoby mogła chora wyjść na miasto. W ciągu dnia osłabienie kończyn górnych zmniejszało się, w nogach natomiast potęgowało się tak, iż z wielkim trudem mogła chora wejść na schody. Rychło spać się położyła, a gdy o północy się obudziła, nie mogła wykonać najmniejszego ruchu bądź kończynami, bądź tułowiem, lub głową. Porażenie trwało przez dzień następny, następną noc i było jeszcze silnie wyrażone 3-go dnia, gdy m. chora w rannych godzinach odwiedził. Już wszakże mogła chora słabo poruszać palcami rąk, przedramieniem, głową, najslabiej palcami nóg; nieznaczna ta poprawa zaczęła się, zarówno jak i porażenie, od palców rąk. Poza tem było porażenie kończyn i tułowia zupełne i wiotkie; najlżejsze nawet poruszenie w stawie kolanowym, biodrowym, barkowym było niemożliwe. Odruchy kolanowe, ACHILLESA, trójgłowego ramienia zniesione, odruchy podszwowe bardzo słabe, brzuszne mocniejsze. Pobudliwość mechaniczna mięśni zniesiona. Pobudliwość faradyczna, na razie jedynie dostępna, okazała się znakomicie obniżoną w końcowych odcinkach członków, w małych mięśniach rąk i w mięśniach przedramion, w mięśniach natomiast bliżej tułowia położonych, jak naramiennym, dwugłowym, kapturowym i t. d., zupełnie zniesioną nawet dla bardzo silnych prądów. Wielkie pnie nerwowe kończyn górnych również w znacznej mierze utraciły pobudliwość na prąd faradyczny. Przy drażnieniu silnymi prądami nerwu strzałkowego otrzymuje się tylko odprowadzenie stopy, mięsień zaś gołenlowy przedni, wyprostny palców wspólny są i bezpośrednio i pośrednio niepobudliwe. Mięśnie tylnej powierzchni goleni tylko słabo się kurczą, nerw udowy jest zupełnie niepobudliwy, a z czworogłowego uda tylko obszerny wewnętrzny daje słabutki skurcz przy podziałaniu najsilniejszych prądów.

Ze strony twarzy, języka, podniebienia miękkiego, mięśni gałek ocznych, polykowych zboczeń niema. Przytomność i zmysły całkowicie zachowane. Czucie, włączając zmysł mięśniowy, nieknięte. Czynność pęcherza i kiszki prostej zachowana. Zupełny brak łaknienia, nawet po płynach uczucie ściskania w dołku i mdłości. Bólu właściwie chora nie doznaje, tylko leżąc na jednym boku długo nie może i dla tego musi położenie jej być co chwila zmieniane.

Oddech powierzchowny, 20 na min.; chora głęboko oddechać nie może; kaszel słaby, bezdźwięczny, ściany brzuszne tylko słabo się kurczą. Udział mięśni oddechowych w porażeniu zdradza się niemożnością lub

ją się wartości z jednej strony 135μ , a z drugiej zaś 45μ . W bardzo wielu włóknach pola COHNHEIM'a są rozszerzone, włókienka wyraźnie dostrzegalne, równomiernie porozsuwane przez przezroczystą substancję. Takie włókna, jak to u Cz. zanotowano, wejrzeniem przypominają sito albo elektrodę ERB'a. To rozrzedzenie włókna znajduje się najczęściej w jego środku. Również i w środku i mianowicie we włóknach, które najbardziej rozrzedzeniu uległy, znajdują się wakuole rozmaitej wielkości i liczby, od bardzo małych do takich, które z całej substancji mięsnej pozostawiają jedynie wąski rąbek. Zazwyczaj napotyka się w jednym włóknie jedną tylko wakuolę, niekiedy wszakże i kilka. Są one najczęściej okrągłe, zawartość ich składa się z przezroczystej, bezbarwnej substancji, rzadziej zaś z niejednorodnej, blaszkowatej przyjmującej barwnik masy. Można spostrzegać stopniowe tworzenie się wakuoli z miejsc rozrzedzonych; w miarę tego, jak się powiększają pola COHNHEIM'a i jednostajna, szklista substancja rozsuwa pierwotne włókienka i niejako je stapia, powstają pojedyncze lub też w większej ilości przestrzenie o nieregularnych konturach. W innych miejscach kontury są równe, ostro odgraniczone, przyjmują postać okrągłą lub owalną i wakuola jest już wytworzona; błony w niej dojrzeć nie można.

Jądra sarkolemmy są pomnożone, bywa ich do 20 w jednym włóknie; wcale nie rzadko przenikają one wgląd samego włókna, tak że można je pojedynczo lub kilka napotkać w środku przekroju poprzecznego. Tkanka łączna międzymięśniowa jest niezmieniona.

Na p r z e k r o j a c h p o d ł u ż n y c h prążkowanie jest bardzo wyraźne, nawet mocniejsze niż prawidłowo, zwłaszcza w miejscach, gdzie substancja mięsna uległa rozrzedzeniu; miejsca te barwią się gorzej, wydają się też jaśniejsze, niż otaczające mało lub wcale nie zmienione terytoria. Prawie wszystkie włókna mięsne zawierają wiele mniejszych lub większych szpar, pęknięć, zatok, które wszystkie leżą w kierunku podłużnym włókien i są wytworzone przez rozsuniecie lub stopienie włókienek pierwotnych. Przestrzenie te mają ściany jakby poszarpane i ku wnętrzu ich sterczą końce roz-

utrudnieniem kichania, wypływania nagromadzonej w ustach śliny. Duszności нема. Tętno 80—90, wydane, nieprawidłowe co do rytmu i siły pojedynczych uderzeń. Fala jest to mocniejsza, to słabsza, tętno to szybsze, to wolniejsze. Nieprawidłowość ta tętna nie jest w każdej jednostce czasu jednakowa, to jest bardziej, to mniej wyrażona, to nawet jest tętno przez pewien okres czasu prawidłowe. Staje się ono niem stale w miarę ustępowania porażenia. U wierzchołka serca słyzy się obok i tonu szmer podmuchowy, który również znika wraz z ustąpieniem napadu; granice serca niezmiennione, нема uwydatnienia 2-go tonu tętnicy płucnej.

Na dobre rozpoczęła się poprawa około południa (napad więc trwał więcej niż 48 godzin) i odtąd szybko postępowała. Jeszcze o 3 po południu nie można było wywołać odruchów ścięgniętych, tętno już było prawidłowe. O 9 wieczorem wszystkie ruchy powróciły, acz słabe; odruchy kolanowe, ACHILLESA, trójąłowego ramienia z łatwością otrzymać można, odruchy skórne mocniejsze niż rano. Tętno serca czyste. Oddechanie wolniejsze.

Następnego dnia powrót do zdrowia był prawie zupełny; chora skarżyła się na ból głowy i brak łaknienia, który zwykły przetrwać napad o kilka dni. Pobudliwość mechaniczna i elektryczna powróciły do stanu zwykłego.

Na wysokości napadu znaleziono w moczu wyraźne ślady białka, które się zmniejszały wraz z postępem poprawy i znikły pod koniec napadu. Nie było sposobności badać moczu na początku napadu i w okresie jego rozwijania się.

Skreślony dopiero co obraz napadu niewątpliwie przemawia za podziałowaniem niewiadomej jeszcze w swej istocie trucizny. Jest to już drugi przypadek, w którym podczas napadu wykazano białko. Nieprawidłowość tętna, wzmożona jego częstość, szmer u wierzchołka serca również na korzyść teorii zatrucia wyzyskać można. Zadziwiającym objawem istotnie jest wyłączenie porażenie ruchu w obrębie nerwów rdzeniowych, który zresztą spotykamy i przy podziałowaniu różnych trucizn (metalicznych, bakteryjnych i t. d.); porażenie rozpoczęło się od kończyn górnych, a w nich 2 i 3 palec najpierw były dotknięte. Od tych ostatnich zaczęła się również poprawa. Ręka w rękę z porażeniem szło zachowanie się pobudliwości mechanicznej i faradycznej, która w końcowych odcinkach członków była silnie obniżona, a zupełnie zniesiona (t. zw. odczyn trupi) w częściach bliżej tułowia położonych.

dartych włókienek. Właściwe wakuole, to jest przestrzenie o okrągłym lub owalnym kształcie, napotyka się na przekroju podłużnym rzadko, natomiast bardzo wiele szpar i pęknięć, można więc przypuścić, że te ostatnie przedstawiają się na poprzecznym przekroju w postaci wakuoli.

W środku wielu włókien napotyka się ułożone łańcuchem jądra sarkolemmy w zwiększonej ilości

Dzięki powyższemu badaniu odeprzeć można zarzut, jako by wykryte zmiany w budowie mięśni były czemś przypadkowem lub też właściwością pewnej rodziny, ponieważ widzimy też same zupełnie zmiany w mięśniach u przedstawiciela całkiem innej rodziny. Zgodność zmian powyżej opisanych ze zmianami, napotkaniami u braci R. i Cz. jest uderzająca; jestto jedna i ta sama sprawa chorobowa, przejawiająca się w rozrzedzeniu poprzecznie prążkowanych włókien mięsnych i tworzeniu się wakuoli. Ponieważ podobieństwo tego objawu w obu rodzinach, dotkniętych porażeniem przestankowem, jest tak zupełne, można więc przyjąć, że mamy tu do czynienia z istotnym składnikiem tej choroby, a że napotkano go we wszystkich w tym kierunku badanych 5 przypadkach, rodzi się przypuszczenie, że jest on stałym, pierwotnym czynnikiem tego cierpienia.

Powyżej wyrażono już zdanie, że charakterystyczną cechą sprawy jest rozrzedzenie i tworzenie się wakuoli. Pierwotnym okresem, zdaje się, jest rozrzedzenie włókienek mięsnych, ich rozsuniecie przez masę bezbarwną, szklistą, wskutek czego pola COHNHEIM'a przedstawiają się szerszemi, a włókienka występują niezmiernie wyraźnie. Sprawa zaczyna się zazwyczaj w środku włókna, stopniowo się rozszerza i nie rzadko obejmuje całe włókno. Jako wyższy stopień tej sprawy chorobowej należy uważać wytwarzanie się wakuol, które powstają również w środku włókien; zjawisko to jest jednoznaczne z zanikiem wielu pierwotnych włókienek, na których miejscu powstaje masa bezkształtna. Co się tyczy bliższych własności tej ostatniej, czy jest ona płynna, a włókna jakoby nią przesiąknięte, czy też krzepnąca, jaka pod względem chemicznym i t. d., tego wykryć nie można było. Naturalne jest jednak, że wskutek tej sprawy powstać może zmiana kształtu oraz powiększenie włókien mięsnych, co wszakże nie stanowi istoty dokonanej zmiany.

Również niewiele mam do powiedzenia o napotkanem rozmnożeniu jąder otoczki mięsnej jakoteż i o rozmieszczeniu ich w środku włókna, dość często stwierdzonem w ostatnim przypadku, a wyjątkowo tylko i w poprzednich. Jak wiadomo, nie napotyka się u ludzi podobnego ułożenia jąder sarkolemmy, nawet, zdaje mi się, mało jest ono znane i w przypadkach chorobowych, dotąd zaś jedynie w *myotonia congenita* bliżej notowane. Natomiast u pewnych gatunków zwierząt ma ono być prawidłowe.

Zdaje się, że opisane zmiany chorobowe są swoiste dla porażenia napadowego i najbardziej zbliżone do napotykanych w *myotonia congenita*. Już w ostatniej mojej pracy przeprowadziłem porównanie porażenia napadowego z chorobą THOMSEN'a. Ponieważ istnieje obecnie szczegółowe badanie pośmiertne dotyczące tej ostatniej choroby podane przez DÉJERINE'a i SOTTAS'a ⁷⁾, więc jeszcze raz wracam do tego samego przedmiotu.

Pominąwszy inne fakty skłaniające do porównań między obu chorobami, co w swoim czasie szerzej omówione było, nie da się zaprzeczyć, że analogia między zmianami dotyczącymi mięśni w chorobie THOMSEN'a i porażeniu

⁷⁾ Revue de Medecine 1895. S. 241.

przestankowem jest wprost uderzająca. W obu chorobach istnieje powiększenie włókien, mających przeciętnie 100 μ , 80 μ ; w myotonii napotyka się jednak i włókna o 40,30, 20 μ , których się nie znajduje w porażeniu przestankowem; to wszakże nie stanowi wybitnej różnicy. Kształt włókien w obu cierpieniach jest okrągły, owalny, okrągławo-wielokątny; jądra sarkolemmy są w myotonii, jak i w naszym przypadku Prz. pomnożone; zdarzają się też w myotonii i takie, które „się wyginają ku środkowi włókna“. Tworzenie wakuol jest w obu cierpieniach jednym z pierwszorzędnych zjawisk. Nie mówi się wprawdzie wśród danych patologicznych myotonii wprost o rozrzedzeniu pierwotnych włókienek, jednakże niektóre uwagi autorów każą wnosić, że w gruncie i tutaj zachodzi ta sama sprawa; mianowicie opisują oni, że tworzenie wakuol poprzedzane bywa przez rozszerzanie pasm, okalających pola COHNHEIM'a; mówią też o rozplywaniu się tkanki (*foute de tissu*); w tych właśnie miejscach tkanka jakoby przedstawia się mniej zbitą i w postaci małych ziarenek (*granulations*), prawdopodobnie *sarcous element*. Czyż nie są to porozsuwane pierwotne włókienka, które na przekroju poprzecznym przedstawiają się w postaci punkcików? Zdaje się też, że rzeczona sprawa dosięga w myotonii jeszcze wyższych stopni, skoro autorowie opisują włókna, których pofałdowana otoczka zawiera jedynie ułamki włókienek i bryłki „bezsztalnych *sarcous element*“. Również autorowie mówią o jednostajnej zarodki, która się w dużym stopniu rozwija, otacza każde włókienko i prowadzi do tego, że granice pól COHNHEIM'a stają się bardzo obszerne, a włókno mięsne przybiera wygląd „sita“. Również podobne do naszego tłumaczenia jest zdanie autorów co do sposobu powstania szpar i wakuol, mianowicie uważają oni, że jest to wyższy stopień tej samej sprawy, t. j. rozsuniecie włókienek przez bezkształtną substancję i zagłada ich. W myotonii występują jakoby jeszcze dalsze okresy rozpadu mięśniowego, w których znika otoczka i pozostaje jedynie jednostajna masa mięsna, czego w moich preparatach nie napotykałem, Również nie znajdowałem przerostu tkanki łącznej, który notowano w myotonii.

W ostatnim czasie zbadałem preparaty mięśni w 2 przypadkach *dystrophiae muscularis progressivae*; korzystam więc z okazji, by omówić różniczkowe cechy zmian mięśniowych w obu cierpieniach. W dystrofii wielkość włókien mięśniowych jest całkiem niejednakowa; obok zresztą rzadko napotykanych grubych włókien istnieje bardzo wiele całkiem małych np. o 18 μ , gdy w porażeniu napadowem wielkość włókien jest o wiele bardziej jednostajna i większość ich należy do grubych. Kształt włókien w dystrofii jest zupełnie nieprawidłowy, znajdują się podłużne, półksiężycowe, w kształcie nerki i t. p., a także ułamki włókien, tutaj zaś postać ich jest prawidłowa. Właściwych wakuol w dystrofii niema, a to, co za nie wzięte być może, należy raczej uważać za zwyrodnienie torbielowate. Inne oznaki zwyrodnienia, rozpadu, tak pospolite w dystrofii, tutaj nie występują. Obrazów, które są wyrazem rozrzedzenia włókienek, niema tam zupełnie. W dystrofii prążkowanie jest często zatarte, tutaj zaś występuje nawet wyraźniej, niż prawidłowo. Tem zjawiskiem stałem jest drobnokomórkowe nacieczenie, rozrost tkanki łącznej z nacieczeniem tłuszczowem, czego tutaj niema zupełnie.

Zbadałem również przy okazji preparaty mięśni z *polymyositis* i stwierdziłem wybitne różnice w porównaniu z porażeniem napadowem. W *polymyositis* wymiary włókien są jeszcze bardziej niejednostajne, niż w dystrofii, przeważają zaś stanowczo drobne włókna, niema rozrzedzenia włókienek, tworzenia

wakuol, prążkowanie jest zatarte, istnieją oznaki rozmaitego zwyrodnienia i rozpadu drobnoziarnistego włókien mięsnych, drobnokomórkowe nacieczenie i t. d.

Jakkolwiek opisane zmiany w mięśniach potrafią tłumaczyć niektóre objawy obrazu klinicznego, a w pierwszym rzędzie zboczenie w oddziaływaniu elektrycznem w czasie międzynaпадowym, to przyznać jednak należy, że patogeneza napadów porażenia, tak przedtem jak i obecnie, w zupełnym pozostaje pogrążona mroku. Jak dotąd, najbardziej nęcącym jest przypuszczenie działania pewnego jadu, głównie wobec nagłego występowania porażenia, znikania odruchów, pobudliwości elektrycznej i t. d. W tym względzie, zarówno jak i w sprawie innych spraw chorobowych, powołuję się na dawne moje prace.

W sprawie zakażenia rzeżączkowego u kobiet,

podał **MIECZYŚLAW KAUFMAN**

Według odczytu w Łódzkim Towarzystwie Lekarskiem z dnia 20 września 1897 roku.

(Dokończenie.—Zob. N. 44).

W gruczołach BARTHOLINI'ego w większości przypadków dotknięty jest tylko przewód i sprawa rzeżączkowa przebiega tutaj według ogólnego wzoru; wskutek jednak utrudnionego odpływu wydzieliny przewód rozszerza się i rozciąga, zamienia się na jamę ropną, tworząc t. zw. ropień rzekomy. Co się tyczy prawdziwych ropni rzeżączkowych tego gruczołu, to niema dotąd jedności w poglądach autorów. TOUTON sądzi, iż gonokoki nie są w stanie przeniknąć do głębszych warstw nabłonka, a więc nie mogą być one przyczyną ropienia tkanki łącznej. Przeciwnie HASSE w ropniach gruczołów BARTHOLINI'ego znalazł gonokoki w 68% wszystkich przypadków. FRITSCH mówi w tym względzie: „nie ulega wątpliwości, iż ropienie w tych gruczołach zależne jest od gonokoków, jak to stwierdził niedawno JAD ASSOHN przez badanie drobnowidzowe gruczołu“.

Zgodnie z twierdzeniem BUMM'a, że nabłonek wielowarstwowy płaski jest dla rozwoju gonokoków nieodpowiedni, sądzono dawniej, że pochwa dorosłych nie może być wcale siedliskiem rzeżączki, aczkolwiek godzono się na istnienie rzeżączkowego zapalenia sromu i pochwy u dzieci. W nowszych swych pracach BUMM uznaje wprawdzie, że pochwa może być dotknięta rzeżączką i u osób dorosłych, lecz tylko wyjątkowo, gdy jej błona śluzowa jest cienka i delikatna.

Tymczasem MANDL dowiódł anatomicznie, że istnieje rzeżączkowe zapalenie pochwy, wykazał bowiem gonokoki w wyciętych kawałkach błony śluzowej we wszystkich jej warstwach. Przekonywającym zwłaszcza jest jeden jego przypadek, w którym chora, pozbawiona już od pół roku macicy i narządów przydatkowych dotknięta została świeżem zakażeniem rzeżączkowym. Taki sam przypadek świeżego zapalenia pochwy po wycięciu macicy opisał DÖDERLEIN, lecz nie podał badania anatomicznego błony śluzowej. Przypadki te dowodzą, że nie trzeba wcale dla rozwoju gonokoków w błonie śluzowej

pochwy, by wskutek wypływu z szyi macicznej nabłonek pochwowy uległ przedewszystkiem złuszczeniu, jak to niedawno jeszcze przypuszczano.

Szyja maciczna zajmuje po cewce moczowej drugie miejsce pod względem umiejscowienia zapalenia rzeżączkowego. Wskutek wypływu z szyi macicznej i złuszczenia zewnętrznej warstwy nabłonka części pochwowej powstać mogą nadżerki części pochwowej. Ujściu wewnętrznemu macicy przypisywano dawniej zdolność zatrzymywania zakażenia rzeżączkowego; miało ono utrudniać szerzenie rzeżączki na trzon i przydatki macicy. Takim walecznym ochronnym jednak ujście wewnętrzne nie jest wcale. Na błonie śluzowej zarówno szyi jak i trzonu gonokoki wywołują zwykle znane zmiany, przyczem spostrzega się także nacieczenie warstwy mięśniowej macicy prawie aż do otrzewny. Istnieje przeto nie tylko zapalenie rzeżączkowe błony śluzowej, lecz i mięszu macicy. Gonokoki w warstwie mięśniowej macicy spostrzegali MANDLER i MENGE.

Do jajowodów i otrzewny miedniczej przenikają gonokoki z szyi macicznej najczęściej przez jamę macicy. Przy zapaleniu rzeżączkowym jajowodów światło ich wypełnia śluzo-ropna zawartość, nadto przy dłuższym istnieniu cierpienia zachodzą zwykle zmiany i w ścianach narządu. Ujścia jajowodu ulegają zwężeniu lub zarośnięciu wskutek zatrzymania zawartości, objętość jajowodu powiększa się znacznie, fałdy błony śluzowej ulegają rozciągnięciu, a ściany jajowodu cienieją. Powstaje ropień jajowodu (*sactosalpinx purulenta*). Gdy cierpienie rzeżączkowe dosięgnie tego okresu, gonokoki w krótkim czasie giną w ropnej zawartości jajowodów, prawdopodobnie wskutek zatrucia własnymi toksynami. Wskutek tego w 116 przypadkach ropni jajowodowych WERTHEIM znalazł gonokoki tylko w 32, zaś w 72 nie znalazł żadnych bakterii. Ze 192 przypadków operowanych przez SCHAUTA'ę, w których usunięto narządy przydatkowe z powodu ropni jajowodowych, w 144 zawartość jajowodów była jałowa. W przypadkach świeżych wydzielina ropna jajowodów bardzo łatwo przenosi się znowu na jajniki. Zaszczepia się ona w nich, zwłaszcza w pękniętych pęcherzykach GRAFF'a i w ciałkach żółtych, tworząc ropnie jajnikowe. Gonokoki w mięszu jajnika po raz pierwszy wykazał WERTHEIM.

Wpływ rzeżączki na otrzewną miedniczą pod względem klinicznym znany już był NOEGGERATH'owi, badanie atoli anatomiczne i doświadczalne przeprowadził dopiero WERTHEIM. Znalazł on gonokoki w wysięku włóknikowo ropnym otrzewny ludzkiej, i dowiódł szczepieniami na zwierzętach, że gonokoki mogą się rozwijać na otrzewnie. Cechą jednak znamioną rzeżączkowego zapalenia otrzewny jest duża skłonność do tworzenia zrostów, wskutek czego wysięk nie szerzy się zwykle na dużej przestrzeni, lecz ulega szybko otorbieniu.

Przy zapaleniu tkanki łącznej przymacicznej, które występuje w postaci rozlanego obrzęku, nie udało się dotychczas gonokoków wykryć. Przechoząc w dalszym ciągu do zmian, jakie wywołać może zakażenie rzeżączkowe przy ciąży, zwrócę tu wagę na bardzo ważne odkrycie NEUMAN'a i MASŁOWSKY'ego, którzy znaleźli gonokoki w błonie doczesnej macicy. Tym sposobem zdobyto podstawy anatomiczne zapalenia rzeżączkowego błony doczesnej, które tłumaczy dostatecznie te zaburzenia, jakie się spotyka u kobiet ciężarnych, dotkniętych rzeżączką, a mianowicie częste poronienia, przedwczesne odklejenie łożyska i t. d.

O d b y t n i c a bywa o wiele częściej siedliskiem rzeżączki, niż jak to dawniej przypuszczano. Badania BAER'a polegające na badaniu odbytnicy za pomocą wziernika połączone z drobnowidzowym badaniem śluzoropnej zawartości ujawniły, że z 191 kobiet dotkniętych rzeżączką narządów płciowych 67, a więc prawie $\frac{1}{3}$ część dotknięta jest także rzeżączkowym nieżytem jelita prostego. W przypadkach przewlekłych tworzą się nadżerki i nacieki błony śluzowej, które mogą spowodować niekiedy zwężenie światła odbytnicy.

Objawy kliniczne rzeżączki są zbyt dobrze znane, by warto było nad nimi dłużej się zatrzymywać. Jak wiadomo, rozróżniano trzy postaci rzeżączki: ostrą, przewlekłą i utajoną. Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, iż ta utajona postać została obecnie zarzucona, należy bowiem ona prawie całkowicie do działu rzeżączki przewlekłej. Pojęcie rzeżączki utajonej wprowadził do nauki NOEGGERATH. Zwrócił on uwagę na to zjawisko, że np. mężczyzna, który klinicznie przez lat wiele był wolny od jakichkolwiek objawów cierpienia rzeżączkowego, udzielał go jednak w postaci ostrego zapalenia kobiecie, z którą miał stosunek płciowy. W miarę jednak doskonalenia sposobów wykrywania gonokoków malała równocześnie ilość przypadków rzeżączki utajonej i już przed paru laty proponował LUTHER nie mówić o rzeżączce utajonej, lecz o utajonych gonokokach. Wiadomo dziś bowiem, iż przy bardzo nieznacznych objawach klinicznych cierpienia gonokoki mogą istnieć przez czas bardzo długi i nie tracą wcale swej złośliwości. Dla wyjaśnienia tych faktów nie potrzeba uciekać się do pojęcia rzeżączki utajonej, wystarczy powołać się na doświadczenia WERTHEIM'a. Hodowle gonokoków, pochodzących od osobnika dotkniętego rzeżączką przewlekłą szczepił on do cewki osobnika zupełnie zdrowego i wywołał u niego objawy ostrej postaci rzeżączki. Z wydzieliny tej ostrej postaci otrzymał WERTHEIM świeże hodowle i po zaszczepieniu ich znowu na cewkę pierwotnego posiadacza wywołał u niego rzeżączkę ostrą.

Wogółności można sądzić, iż wobec różnorodności objawów towarzyszących cierpieniu rzeżączkowemu i różnic w ich natężeniu podział rzeżączki na ostry i przewlekły jest więcej teoretyczny i formalny, niż praktyczny. Słusznie zauważył też SAENGER, że rozróżnienie takie opiera się więcej na długości trwania choroby, niż na jakości objawów. U kobiet zwłaszcza pierwotne zakażenie ostre przebiega nieraz bardzo łagodnie, a nawet niepostrzeżenie dla chorej. Udaje się ona o pomoc lekarską dopiero wówczas, gdy po dosyć długim istnieniu cierpienia to ostatnie przy objawach podwyższenia ciepłoty ciała i bólach, jakie sprawia, szerzy się na trzon i przydatki macicy.

Właściwszem tedy byłoby rozróżniać postać słabszą, gdy cierpieniem dotknięta jest np. tylko cewka moczowa, szyja maciczna i postać cięższą, gdy zajęte są inne narządy płciowe. To szerzenie zakażenia z narządów płciowych zewnętrznych na wewnętrzne, zwane rzeżączką wstępującą, badał pierwszy WERTHEIM. Za momenty sprzyjające szerzeniu cierpienia uważa on miesiączkę i okres połogowy.

Przy miesiączkowaniu, gdy ujście wewnętrzne jest więcej rozwarte, jakkolwiek silniejszy ruch ciała spowodować może wsteczny ruch krwi wpływającej a wraz z tem przeniesienie gonokoków z szyi do jamy macicy. To samo odnieść można do okresu połogowego. Bo jakkolwiek zauważono, że u położnic chorych na rzeżączkę ilość gonokoków w odchodach w pierwszych

dniach po porodzie znacznie wzrasta, to fakt ten, widocznie, nie jest wystarczający, by wywołać rzeżączkowe zapalenie jajowodów lub otrzewny, albowiem w pierwszych dniach połogu obostrzenia takiego nie spostrzega się. Potrzebny jest zatem jakiś czynnik mechaniczny, np. pewien wysiłek ze strony położnicy. Dlatego też zapewne rzeżączkowe zapalenie przydatków i otrzewny występuje dopiero w początku drugiego tygodnia połogu przy próbach siadania lub wstawania z łóżka. Zapalenie więc rzeżączkowe otrzewny w połogu należy do działu zakażeń późnych i tem już różni się od zakażenia septycznego, które występuje wkrótce lub w kilka dni po porodzie.

Wspomniano już, że wobec skłonności otrzewny miedniczej przy rzeżączce do tworzenia zlepow wysięk nie rozszerza się, lecz ulega ograniczeniu na niewielkiej przestrzeni; dlatego przebieg tego cierpienia nie jest groźny dla życia chorej, aczkolwiek jest przykry w następstwach, sprowadza bowiem t. zw. niepłodność względną. Samo zapalenie rzeżączkowe błony śluzowej macicy utrudnia już do pewnego stopnia zajście w ciążę i donoszenie płodu, lecz nie stanowi przeszkody bezwzględnej, tymczasem po pierwszym porodzie zjawia się zapalenie przydatków macicy i otrzewny—a jak wiadomo okres połogowy usposabia do szerzenia się tego cierpienia—jajowody ulegają zapaleniu ropnemu, w jajnikach tworzą się także ogniska ropne, otrzewna owija te narządy zrostami dokoła i zdolność ponownego zajścia w ciążę znika bezpowrotnie. Chora sama przedstawia ten tak dobrze wszystkim znany rozpaczliwy obraz wiecznie cierpiącej istoty, a choć po 10—15 latach sprawa rzeżączkowa już nareszcie wygasła i w wydzielinach gonokoków wykazać nie można, to jeszcze o zupełnym powrocie do zdrowia niema mowy. Pozostają stałe zmiany w narządach, cały szereg pozostałości po rzeżączce, które SÆNGER zebrał pod nazwą rzeżączki szczątkowej (*residual gonorrhoe*). Zrosty otrzewny pozostają i nadal, jajowody, choć zawierają już wyjałowioną ropę, do normy jednak nie wracają, wypływ z macicy nie ustaje, krwawienia i zaburzenia w miesiączkowaniu trwają w dalszym ciągu, pozostaje także zwężenie światła cewki moczowej, zgrubienie jej ścian, stwardnienie gruczołów BARTHOLINIE'go i wiele innych zmian chorobowych, które sprawiają dużo dolegliwości i nie pozwalają zapomnieć chorej o przebytej już rzeżączce.

Obecnie należy jeszcze słów parę powiedzieć o rozpoznaniu i leczeniu rzeżączki. Rozpoznawanie opiera się przede wszystkim na bakteriologicznem i drobnowidzowem badaniu wydzieliny. Kliniczny obraz bywa niekiedy bardzo wyraźny i typowy, jednak objawy są tak niewyraźne, że do wniosków żadnych nie upoważniają. Pomimo to rozpoznaje się nieraz rzeżączkę u osób, u których kliniczne objawy nic podejrzanego nie przedstawiają. Pouczające pod tym względem jest następujące zestawienie, które przytaczam według FINGER'a.

We Wrocławiu w r. 1887, gdy badano prostytutki drogą zwykłych oględzin, uznano za dotknięte rzeżączką 10%, a jednocześnie wśród garnizonu liczono 6,3% chorych żołnierzy. W następnym roku wprowadzono badanie drobnowidzowe i wskutek tego zakwalifikowano do szpitala 54% wszystkich prostitutek, ilość zaś chorych żołnierzy spadła zaraz do 3,8% t. j. zmniejszyła się prawie o połowę. Klinicznem badaniem uzupełnia się drobnowidzowe, zwłaszcza pod tym względem, że objaśnia; jak daleko sięga zakażenie, czy zajęte też np. są jajowody i otrzewna i t. p. Po większej części, by rozpoznać gonokoki wystarczy zabarwić je na szkiełku przedmiotowem błękitem metylenowym, stwierdzić właściwy gonokokom kształt (z kształtu podobne są do bulki

lub ziarnka kawy) i układ w środku komórek. Dla rozpoznania gonokoków pewniejsze wyniki daje metoda odbarwiania GRAM'a. Sposób ten polega na tem, że gonokoki zabarwione uprzednio (np. fioletem gencyanowym) odbarwiają się następnie w roztworze jodku potasu i przyjmują nowy barwnik (zwykle wezuwinę), gdy inne bakterye nie odbarwiają się, zachowując mniej więcej zabarwienie uprzednie. Nadto istnieją jeszcze inne sposoby barwienia gonokoków. Tak PICK i JACOBSON podali w zeszłym roku sposób podwójnego ich barwienia na szkiełkach przez zanurzanie ich w mieszaninie roztwór błękitu metylenowego i fuksyny.

Hodowle czyste gonokoków, pomimo wielu udogodnień są jeszcze obecnie w praktyce trudne do przeprowadzenia. Niekiedy jednak stwierdzić istnienia gonokoków bez hodowli nie można zwłaszcza, gdy ilość ich w wydzielinie jest bardzo nieznaczna, albo gdy zachodzi wątpliwość co do przyrody badanych koków.

Ciekawy pod tym względem jest przypadek spostrzegany w zeszłym roku w oddziale FÜRBRINGER'a. Zmarł tam mężczyzna chory na zapalenie opon mózgowych. Jednocześnie znaleziono u niego rzeżączkę cewki moczowej. Badanie drobnowidzowe bakteryi otrzymanych z rdzenia i z zawartości czaszki wykazało zupełną ich identyczność z gonokokami; układ, zarówno jak i kształt i zachowanie się wobec metody GRAM'a i próby szczepienia na błonie śluzowej ludzi i zwierząt zupełnie odpowiadały takim samym własnościom gonokoków. Wobec współczesnego istnienia rzeżączki nasuwała się więc myśl, że przyczyną zapalenia opon były także gonokoki. Dopiero czyste hodowle, mianowicie rozwój ich na agarze z gliceryną dowiodły, że miało się do czynienia z meningokokami, opisanymi już poprzednio przez, WERTHEIM'a i innych.

Leczenie rzeżączki uważano nawet wówczas, gdy sądzono, że jest to tylko choroba nabłonka, za zadanie w wysokim stopniu niewdzięczne. Tembardziej sceptycznie zapatrywać się na nie trzeba obecnie, gdy wiemy, że gonokoki przenikają do tkanki łącznej, gdzie nasze leki przeniknąć nie są w stanie. W każdym razie przy ostrej postaci rzeżączki podstawą leczenia jest spókoj chorej. Powstrzymywać się więc należy od wszelkich rękoczynów, jak przemywań, wycierań pochwy, gdyż one sprzyjać tylko mogą szerzeniu rzeżączki na macicę i przydatki.

Po przebyciu pierwszych objawów burzliwych stosuje się zwykle przemywania cewki, pochwy lub macicy słabymi roztworami preparatów srebra: azotanu srebra w rozcieńczeniu 1 : 2000—3000, argentaminy 1 : 1000, 1—2% argoniny, aktolu, itrolu. Z powodzeniem używa się także, poleconego przez JADASSON'a roztworu 1—5 : 100 ichtyolu. Rzeżączkowe choroby przydatków macicy wymagają często leczenia specjalnego, często leczenia chirurgicznego.

Zestawiając wyniki nowszych badań nad rzeżączką, dochodzimy do wniosków następujących: 1) rzeżączka nie jest chorobą tylko nabłonka, bo gonokoki zawsze prawie przechodzą na tkankę łączną a mogą gnieździć się w najrozmaitszych tkankach; 2) u kobiet rzeżączka okazuje skłonność do stopniowego zajęcia wszystkich narządów płciowych, co właśnie stanowi istotę rzeżączki wstępującej; 3) drogą naczyń krwionośnych przy rzeżączce zjawić się mogą przerzuty w oddalonych od miejsca zakażenia narządach, rzeżączka stać się więc może chorobą ogólną ustroju; 4) w ostrych i w innych posta-

ciach rzeżączki przyczyną wszystkich zaburzeń są wyłącznie gonokoki bez udziału innych bakterii; 5) przy ciąży rzeżączka, powodując zapalenie błony doczesnej, stanowi przyczynę nawykowego poronienia i przedwczesnych porodów; 6) w położu rzeżączka sprawić może zapalenie rzeżączkowe otrzewny; wogóle okres połogowy sprzyja bardzo szerzeniu rzeżączki; 7) rozpoznanie dotychczas opiera się przede wszystkim na badaniu drobnowidzowym wydzieliny; okazuje się wówczas, iż cierpienie to zdarza się o wiele częściej, niż jak to można sądzić jedynie z objawów klinicznych; 8) po wyginieciu gonokoków pozostają jeszcze trwale zmiany anatomiczne w dotkniętych przez rzeżączkę narządach.

1) BUMM w Veit's Handbuch T. I. Die gon. Erk. der weiblichen Harn u. Geschlechtsorgane. 2) SCHAUTA. H. d. gesamt. Gynaek. 1896. 3) MARTIN. Die Krankd. Eileiter. Lipsk. 1895. 4) KLEIN. Die Gon. des Weibes. Berlin. 1896. 5) LUTHER. Ueb. d. Gon. b. Weibe. Volkm. Vortr. N. 82. 83. 6) SAENGER. O rzeżączce u kobiet. Odcz. klin. N. 23. 7) SCHWARZ. Die gon. Inf. b. Weibe. Volkm. Vort. N. 279. 8) TOUTON. Gon. e. proc. blen. Atti dell' XI Congr. Intern. 9) BAER. Ueb. Rectalgon. D. M. W. 1896. N. 8. 10) NEUMAN. Ueber puerp. Uterusgon. M. f. G. u. G. IV. 2. 11) DÖDERLEIN. Vaginitis gon. bei fehlend. Uterus. Monatsh. f. G. u. G.V. 1. 12) FUERBRINGER. Tödtliche Cerebrospinalmening. u. acute Gon. D. M. W. 1896. N. 27. 13) KIEFER. Zur dif. Diagnose des Erregers der Cerspmening. u. d. Gon. B. Kl. W. 1896. N. 28. 14) MANDL. Zur Kenntnis d. Vagin. gon. M. f. G. u. G. VI. 15) MASŁOWSKY. Zur Aethiologie d. Endom. decid. gon. M. f. G. u. G. IV, 3. 16) PICK u. JACOBSON. Eine neue Methode zur Färbung etc. B. Kl. W. 1896. N. 36. 17) MENGE. Ber. d. Gyn. Ges. zu Leipzig. Ctb. f. Gyn. 1896. N. 45. 18) WERTHEIM. Ueber Blasengon. Ztschf. f. Geb. u. Gyn. XXXV, I. 19) GOTTSCHALK u. IMMERWAHR. Ueber die in weibl. Genit. vorkom. Bakterien. Arch. f. G. T. 50. 20) WERTHEIM. Ueber den Werth. d. mikrosk. Unters. d. Eiters. Volk. V. N. 100. 21) WERTHEIM. Zur Frankf. Gon. Debatte. Ctb. f. G. 1896. N. 48. 22) FINGER. D. Gonococcus etc. Wien. Klin. Woch. 1897. N. 3. i wiele innych.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

157. FUCHS. **Tętniący wysięk opłucny** (*Pleuritis pulsans*). Do najciekawszych objawów, występujących w przebiegu wysiękowego zapalenia opłucny należy zjawiające się w niektórych przypadkach wyraźne tętnienie w miejscu wysięku, równoczesne z uderzeniem serca. Objaw ten występuje bardzo rzadko i dlatego w literaturze posiadamy tylko oddzielne nieliczne jego opisy.

Autor z opisów tych zaczerpnął dane, któremi poprzedza opis przypadku, spostrzeganego przez siebie. Przyczyna wysięku tętniącego jest ta sama co i każdego innego zapalenia opłucny. Dla wywołania tętnienia niezbędne są jednak pewne warunki szczególne. Na pierwszym miejscu postawić należy energiczną czynność serca. Tylko przy wzmożonej czynności serce jest w stanie wprowadzić w tak silne drganie wysięk, aby drgania te, przechodząc przez rozmaite środowiska, jak: płuco, płyn, ewentualnie powietrze, nie tylko wyczuwały się jako skurczowe unoszenie się klatki piersiowej, lecz nawet dla oka były widoczne. Sama jednak wzmożona czynność serca nie jest w stanie wywołać tętnienia dzięki niepodatności klat-

ki piersiowej w zwykłych warunkach. Wystąpieniu tętnienia powinna bezwarunkowo współdziałać zmniejszona sprężystość klatki piersiowej, na co wpłynąć może rozpad ropny opłucny ściennej. Tem właśnie TRAUBE tłumaczy tak częste występowanie tętnienia w otoku ropnym. Zwiększona podatność klatki piersiowej może być wywołana również przez porażenie mięśni międzyżebrowych, wystawionych na długotrwałe działanie sprawy zapalnej. Zdania co do tego, w jaki właściwie sposób drgania przenoszą się od serca ku obwodowi, są podzielone. TRAUBE przypuszcza, że serce podczas skurczu zmienia swe położenie pierwotne, zbaczając w lewą stronę i wywołuje drganie płynu wysiękowego. Drgania te udzielają się przestworom międzyżebrowym, które utraciły swą sprężystość i które, nie będąc w stanie opierać się naciskowi, poddają się, wywołując stałe tętnienie, równoczesne z działalnością serca. Według TRAUBE'go obecność płynu w worku osierdziowym daje możność sercu łatwiej się poruszać niż w zwykłych warunkach. Teoria TRAUBE'go nie objaśnia nam jednak dosyć często występującego tętnienia po prawej stronie klatki piersiowej, a następnie nie zawsze przy tętniącym wysięku opłucny znajdujemy wysiękowe zapalenie osierdza.

FÉRÉOL jest zdania, że powietrze przenosi ruchy serca ku obwodowi. GUÉNAU de MUSSY i BROADBENT rolę przewodnika ruchów serca przypisują zrostom żebro-osierdzo-płucnym. COMBY znów przypuszcza, że płuco, uciśnięte przez wysięk, pozbawione powietrza i zbite w jednolitą masę jest w stanie przenosić ruchy serca. Wobec takiej różnicy zdań możemy wyprowadzić ten tylko wniosek, że tętniący wysięk opłucny występować może w najrozmaitszych warunkach i różne zmiany patologiczne mogą go wywołać. W przypadku opisanym przez autora nastąpiło powikłanie tętniącego wysięku opłucny przez ropień podobonowy opłucny. Zwrócić należy szczególną uwagę na położenie narządów klatki piersiowej, a szczególnie serca, gdyż przy tętniących wysiękach ściśle ograniczonych, skurczowe podnoszenie się klatki piersiowej może być błędnie przyjęte za uderzenie wierzchołkowe serca. Oglądając jednak uważnie klatkę piersiową, spostrzegamy, że serce przesunięte jest na prawo i po tej stronie tuż u mostka, lub też na linii sutkowej, a nawet nazewnątrż od niej z łatwością jesteśmy w stanie wyczuć uderzenie wierzchołkowe. Współcześnie z uderzeniem wierzchołka serca występuje tętnienie po przeciwnej t. j. lewej stronie klatki piersiowej. Na miejscu tętnienia wyraźnie słyszymy tony serca, często nawet wyraźniej niż u wierzchołka.

Tętniący wysięk opłucny zwykle umiejscowiony bywa po lewej stronie, chociaż niektórzy autorowie opisują i wysięk prawostronny. Rozległość tętnienia nie we wszystkich przypadkach bywa jednakowa. Czasami obejmuje ono jeden lub dwa przestwory międzyżebrowe, niekiedy cała klatka piersiowa miarowo się unosi. Również zmienny jest stopień tętnienia: począwszy od słabych, ledwo odczuć się dających falowań, aż do silnych podnoszących palec wzniesień, jak to w opisywanym przez autora przypadku miało miejsce. W przypadku STOKES'a przy tętnieniu łóżko się trzęsło; von WATKINS opisuje przypadek, gdzie tętnienie można było wyraźnie widzieć zdaleka w drugim końcu pokoju. Zadziwiający jest fakt, że nawet przy najsilniejszym tętnieniu chorzy bardzo mało je odczuwają. Jeżeli tętnienie jest ściśle ograniczone, wtedy w tem miejscu widzimy okrągły guz chełbocący ze ścięńczoną skórą. Wielkość guza bywa różna: od wielkości orzecha włoskiego do wielkości pięści. Jednocześnie mogą być 2, a nawet 3 guzy. Guzy te przy wdechu zmniejszają się, przy wydechu powiększają, ale według ROSENBACH'a może być i na odwrót. Umiejscowienie guzów tętniących bywa najrozmaitsze. Np. tuż przy mostku, przy kręgosłupie w okolicy lędźwiowej FRAENTZEL i KEPPLER znajdowali wysięk surowiczy, w innych przypadkach najczęściej znajdowano rop-

ny niekiedy w połączeniu z powietrzem. Po większej części wysięk tętniący opłucny występował na tle przewlekłego jej zapalenia, pochodzenia gruźliczego. Niekiedy jednak objaw występuje przy ostrym zapaleniu opłucny. Przypadek autora także do rzędu ostrych zaliczyć należy. Rozpoznanie tętniącego wysięku jest bardzo łatwe. Przy rozpoznaniu różniczkowem należy mieć na względzie tętniak. Dla uniknięcia błędu można uciec się do przekłócia próbnego. Bardzo często po przekłóciu próbnem znika tętnienie, co jest dowodem, że płyn dla wywołania tętnienia znajdować się powinien pod pewnem określonym ciśnieniem.

(*Zeitschrift f. kl. Med. T. 32. 1897*).

158. A. SCHMIDT. **Śluz w wypróżnieniach.** Autor na zasadzie własnych spostrzeżeń wypowiada nowe poglądy na właściwości mas śluzowych, znajdujących w kale. Ciało, które otrzymujemy przez strącenie wodnych lub alkalicznych wyciągów mas kałowych po dodaniu kwasu octowego, nie jest mucyną, jak to dotychczas przypuszczano. Ciało to przy najskrupulatniej przeprowadzonych badaniach nie dawało odczynów charakterystycznych dla mucyny. Ilość i postać mas śluzowych znajdujących w wypróżnieniach nie pozwala jeszcze na odróżnianie *enteritidis membranaceae*, jako oddzielnej postaci chorobowej. Autor twierdzi, że u jednego i tego samego osobnika możemy znaleźć różnego rodzaju postaci śluzu, począwszy od małych, gołym okiem ledwie dostrzegalnych cząsteczek śluzu aż do obfitych błon. W większości podobnych przypadków mamy do czynienia z przewlekłą sprawą zapalną w kiszkiach grubych, w których śluz wydzielany bywa w ogromnej ilości, jak to ma miejsce i na innych błonach śluzowych.

Autor uznaje tylko istnienie *colicae mucosae* (opisanej przez NOTHNAGEL'a), jako oddzielnej postaci cierpienia kiszki. Widzimy tu obfite wydzielanie śluzu, towarzyszące napadom kolki; w kiszkiach żadnych zmian chorobowych przytem nie ma. Sprawa ta w zupełności odpowiada *astma bronchiale nervosum* w narządach oddechowych.

Autor nigdy nie widział cząsteczek śluzu wykryć się dających tylko pod drobnowidzem (szkliste wysepki śluzu—hyaline Schleiminselfen NOTHNAGEL'a). Również nie został stwierdzony śluzowy charakter owych żółtych jąder śluzowych (gelbe Schleimkörner) opisanych przez NOTHNAGEL'a. Główną część składową błon wydzielanych wraz z kałem stanowi śluz. Odporność tych błon na wszystkie odczynniki chemiczne autor tłumaczy stałą przymieszką tłuszczu i mydeł. Obecność włókienka w błonach śluzowych dotychczas z całą pewnością nie została stwierdzona.

Tak zwane „verschollte Zellen“ NOTHNAGEL'a są to niezmiennione lub też zwyrodniałe komórki (komórki nabłonkowe i leukocyty) przepojone tłuszczem. Za rozpoznaniem spraw wrzodziejących w kiszkiach nie tyle przemawia nadmierna ilość leukocytów, jak obecność śluzu spajającego tu komórki. Pewnych danych co do miejsca, skąd pochodzą oddzielne cząsteczki śluzu, dotychczas nie mamy. Najwięcej za umiejscowieniem w kiszkiach cienkich przemawia fakt obecności strawionych komórek w postaci wolnych jąder pośród śluzu.

Autor twierdzi, że tylko wtedy oddzielne cząsteczki śluzu zostają wydzielane w niezmiennionej postaci wraz z kałem, jeżeli bardzo prędko przechodzą przez przewód kiszkowy (przy bieguncie), w przeciwnym razie śluz ulega znacznym zmianom.

(*Zeitschrift für klinische Medicin. T. XXXIII. Z. III i IV*).

159. S. ASKANAZY. **O guzowatej postaci gruźlicy.** Rozpoznanie gruźlicy ze względu na charakterystyczne zmiany anatomo-patologiczne w narządach należy do zadań najłatwiejszych. Bywają jednak przypadki, gdzie rozpoznanie natrafia

na pewne trudności tak dalece, że tylko szczegółowe badanie drobnowidzowe rozstrzygnąć może o obecności gruczlicy. Trudności rozpoznawcze napotykają się najczęściej przy guzowatej postaci gruczlicy, porażającej najrozmaitsze narządy. W tej postaci pod drobnowidzem znajdujemy również gruzelki, składające się z komórek nabłonkowych i olbrzymich z zserowacieniem lub też bez niego i zawierające mniejszą lub większą ilość laseczników. Istnieją jednak pewne swoiste własności guzowatej postaci gruczlicy, które na dają jej pod względem makroskopowym i anatomicznym cechy nowotworu. Przedewszystkiem sprawa nie przedstawia rozlanego porażenia danego narządu, jak to bywa zwykle przy gruczlicy; następnie uwagę naszą zwraca dosyć znaczna wielkość oddzielnych guzów (w przypadku autora guzy osiągały wielkości pięści) i guzy te są dość twarde, co zależne jest od skłonności ich do przeobrażenia łącznotkankowego, które występuje na pierwszy plan. Bardzo często tkanka łączna dochodzi aż do środka zserowaciałego guza, zamieniając gruzelki w guzy łącznotkankowe; znajdujemy nawet często całe masy łącznotkankowe, pod względem budowy nic wspólnego z gruczlicą nie mające. W guzach tych naturalnie znajdujemy laseczniki. Co się tyczy przyczyny, dlaczego gruczlica w tych rzadkich stosunkowo przypadkach nie prowadzi do rozlanego porażenia tkanek, ale występuje w postaci guzów, to naturalnie nic pewnego nie da się jeszcze powiedzieć. Być może, grają tu rolę pewne biologiczne warunki laseczników gruczliczych. TROJE i TANGEL szczepili królikom hodowle laseczników gruczliczych osłabione zapomocą dodania jodoformu i otrzymali gruczlicę w postaci oddzielnych guzów. Inni badacze otrzymywali przez osłabienie hodowli laseczników podobneż wyniki.

Autor przypuszcza, że przyczyną występowania guzowatej postaci gruczlicy u człowieka jest również pewien stan osłabienia laseczników gruczliczych.

(*Zeitschrift für Klinische Medicin. T. XXXII. Z. III—IV*). Maurycy Hertz.

160. Prof. v. KAHLDEN. **O ostrym żółtym zaniku i marskości wątroby.** Autor usiłuje wyjaśnić sprawę powstawania i zejścia ostrego żółtego zaniku wątroby. Co do pierwszego, to dawniej przypisywano ciężkie znaczenie czynnika uspasabiającego, lecz na zasadzie licznych spostrzeżeń, przyczynionych w ostatnich latach, tę przyczynę możemy uważać za dosyć błahą. Za to zasługuje na uwagę stosunek zajmującego nas cierpienia do epidemii żółtaczkowej, ponieważ dokonane spostrzeżenia pozwalają nam twierdzić, że między lekkimi przypadkami, tak zwanymi *icterus gravis*, a żółtym zanikiem wątroby niema ścisłej granicy. W liczbie czynników etyologicznych należy dalej umieścić: 1) zatrucia fosforem, arszenikiem, grzybami i zepsutem mięsem; 2) choroby zakaźne: zapalenie szpiku kostnego, róża, błonica, zapalenie tkanki podskórnej, zgorzel septyczna i zakażenie gronkowcowe; w tych przypadkach prawdopodobnie chodzi o działanie toksyn na komórki wątroby, można by zatem mówić o cierpieniu, pochodzącym z zatrucia; 3) przymiot; 4) *bacterium coli* wywiera również pewien wpływ na powstawanie ostrego żółtego zaniku wątroby; przynajmniej znajdowano często ten drobnoustrój w wątrobie przy *icterus gravis*; dostaje się on tam za pośrednictwem żyły wrotnej; 5) należy jeszcze nadmienić o pewnych wytworach przemiany materii (niezależnych od obecności laseczników), które w pewnych warunkach oddziałują szkodliwie na wątrobę.

Jeżeli teraz zechcemy bliżej rozpatrzeć istotę zmian histologicznych przy ostrym żółtym zaniku wątroby, to musimy ściśle odróżniać przypadki świeże od postaci przewlekłych. W przypadkach świeżych MEDER i STROEBE stwierdzili następujące zmiany: stosunkowo szybkie odrodzenie mięszu *resp.* rozmnożenie się komórek wątrobowych, powstawanie nowych międzyzrazikowych przewodów żółciowych i bujanie tkanki łącznej międzymięszowej. MARCHAUD i STROEBE spo-

tykali te same zmiany, lecz wyrażone znacznie mocniej, w postaciach przewlekłych ostrego żółtego zaniku wątroby. Tu i mikro — i makroskopowy wygląd narządu niezmiernie przypomina obrazy spotykane przy marskości wątroby. Do powyższych spostrzeżeń dodaje autor i swoje własne, a na podstawie tego materiału stanowczo twierdzi, że ostry żółty zanik przechodzi w typową marskość wątroby. (*München. med. Woch. N. 40. 1897.*) K. Zaleski.

161. E. LANCEREAUX. **Etyologia marskości wątroby u pijaków.** Zadziwiony małą ilością objawów zatrucia wysokiem u pijaków, dotkniętych marskością wątroby, autor rozpoczął poszukiwania nad tem, czy rzeczywiście alkohol, jak dotychczas sądzą, jest powodem marskości wątroby. Pozwalały powątpiewać o tem opisane dotychczas doświadczenia na zwierzętach. LALLEMAND, PERRIN, DUROY i MAGNAN, podając psom alkohol, przekonali się, że powoduje on tylko otłuszczenie wątroby, BEAUMETZ i AUDIGÉ stwierdzili to samo u prosiąt, MAIRET, COMBEMALE i STRASSMAN znajdowali nacieczenie tłuszczowe komórek wątrobowych, AFANASIEW, LAFITE i von KAHLDEN potwierdzili toż samo, dodając, że alkohol nie drażni zupełnie tkanki łącznej wątroby.

Ze statystyki zarówno swych uczniów jak i własnej L. mógł się przekonać, że marskość wątroby występuje bardzo rzadko wśród ludności nadużywającej wódki (AUDIN w czasie 10-cioletniej praktyki w Haiti, gdzie lud upija się rumem i wódką z trzciny cukrowej, spostrzegał zaledwie pięć przypadków marskości wątroby), natomiast jest chorobą częstą u upijających się winem i piwem. Spostrzeżenia kliniczne wykazują również, że u nadużywających wina wątroba zwiększa się stale, stając się wreszcie marską, u pijących zaś wódkę spotyka się wyłącznie lekkie otłuszczenie narządu.

Wyłączając skutek tego z etyologii marskości wątroby alkohol, autor upatruje ją w solach potasowych, znajdujących się w winie w znacznej ilości (4,0 do 6,0 na litr). Przekonały go o tem doświadczenia na zwierzętach: psy, króliki i morskie świnki, otrzymując obok zwykłego pokarmu 2,0 do 7,0 siarczanu potasu *pro die*, ginęły w większości po upływie 5--18 miesięcy, a u wszystkich stwierdzono objawy miażdżycy żył podobne do spotykanych u osób, upijających się winem.

(*Gazette des hôpitaux Nr. 108. 97.*)

Maksymilian Bernstein.

162. Prof. R. KREHL. **Glycosuria alimentaria po wypiciu piwa.** Badania nad *glycosuria alimentaria* z tego względu zasługują na uwagę, że starano się na jej zasadzie oprzeć wczesne rozpoznawanie prawdziwej moczówki cukrowej. O istocie cierpienia wiemy dotąd tylko tyle, że zjawia się ono po spożyciu pewnych pokarmów, zwłaszcza cukru. Prawdopodobnie rozmaite indywidualne czynniki mają tu pewne znaczenie, gdyż po wypiciu rozmaitych ilości piwa daje się zauważyć powyższe zjawisko. Autor dokonał kilkunastu spostrzeżeń na studentach uniwersytetu w Jenie i przychodzi do wniosku, że indywidualne własności danego osobnika wywierają dosyć znaczny wpływ na powstawanie tej postaci moczówki, a użycie alkoholu, zdaje się, ułatwia występowanie tejże. W tej sprawie należy jeszcze uwzględnić pewne, bliżej nie znane, ciała zawarte w piwie. Wszystko to są naturalnie tylko przypuszczenia. Autor nie podejmuje się odpowiedzieć na pytanie, czy przewód pokarmowy lub wątroba przyjmują udział w zajmującej nas sprawie, a swemu doniesieniu przypisuje niejaką wartość jedynie o tyle, że posiada ono pewne znaczenie kazuistyczne.

(*Centrbl. f. in. Medicin. Nr. 40. 1897.*)

K. Z.

163. MAYGRIER. **O leczeniu niezupełnych poronień.** Autor mówi jedynie o takich poronieniach, w których płód odszedł, łożysko zaś zostało zatrzymane. Wię-

kszość tych przypadków nie wymaga żadnego leczenia i łożysko po kilku godzinach odchodzi dzięki powolnym skurczom macicy. Wskazaniem do zastosowania rękoczynu są: krwotoki, stan gorączkowy, wpływ cuchnący lub inne objawy zakażenia, podejrzenie, że poronienie zostało wywołane sztucznie, wreszcie zatrzymanie łożyska przez 3—4 dni przy zamkniętem ujściu macicznym i braku skurczów. Ogólnie stosowanymi zabiegami ręcznymi są: wydobycie łożyska lub wyłyżeczkowanie jamy macicy; pierwszy z tych rękoczynów według statystyki autora i BUDIN'a jest w olbrzymiej większości przypadków zupełnie wystarczający, wyłyżeczkowanie zaś należy do rękoczynów niebezpiecznych, macica bowiem podczas poronienia, szczególnie będąc zakażona, może być przedziurawiona nadzwyczaj łatwo jak tego dowodzą liczne opisane przypadki. W wyjątkowych przypadkach, gdy wyškrobywanie jest konieczne, należy dostatecznie rozszerzyć szyję maciczną i wykonać operację możliwie najszerzą łyżką, pod ciągłą kontrolą palca. Metalowe rozszerzacze i kleszczyki do wyciągania łożyska nie powinny być stosowane.

Po ręcznem odklejeniu łożyska wydobycie go nie zawsze jest łatwe; w przypadkach tych zaleca M. stosowanie zabiegu BUDIN'a: dwoma palcami jednej ręki wprowadzonymi do tylnego sklepienia pochwy uciska się macicę, drugą zaś rękę opiera się na przodowej ścianie macicy przez powłoki brzuszne; łożysko zazwyczaj wyciska się bardzo łatwo.

Oczyszczenie jamy macicy winno być wykonane zapomocą szczoteczki, zmoczonej w glicerynie kreozotowej. Działanie tego zabiegu jest chemiczne i mechaniczne. Po wyszczotkowaniu należy przemyć jamę maciczną antyseptycznym roztworem oraz wytamponować pochwę gazą jodoformową.

W końcu swej pracy przypomina M. o doświadczeniach SCHWAB'a, dokonanych w jego klinice, nad działaniem siarczanu chininy. Środek ten w dawce 1.0 przyspiesza bardzo często wyjście łożyska.

(*Revue d'obstétrique et de gynécologie*, Septembre, 97). Maksymilian Bernstein.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 19 października r. b.

TREŚĆ. 1) NEUGEBAUER — Przedstawienie donoszonego obumarłego płodu ciąży zamacicznej. 2) KRAUZE — Przedstawienie dziecka po osteotomii nad kłykiem wewnętrznym uda z powodu zmian krzywicznych. 3) KOZERSKI — Przedstawienie niezwykłego przypadku świerbzy. 4) HEIMAN — Przedstawienie chorego po trepanacji wyrostka sutkowego. 5) K. ZIELIŃSKI — Przedstawienie preparatu mózgu z wodogłowiem.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił płód donoszony, zatrzymany przez sześć miesięcy w lewym jajowodzie niepękniętym przy ciąży jajowodowej, a wydobyty przez cięcie brzuszne. Chora ta sama, którą kol. N. przedstawił dnia 5 b. m., ma się dobrze.

2) Kol. KRAUZE przedstawił dziecko 5-letnie, u którego zmiany krzywiczne dotknęły najbardziej kończynę dolną lewą; utworzyło się *genu valgum rhachiticum*, a w miarę chodzenia wada coraz bardziej się uwydatniała. Przed 6 tygodniami dokonano osteotomii nad kłykiem wewnętrznym; przebieg pooperacyjny dobry. Obecnie kończyna jest prosta, a dziecko choć z trudnością zaczyna chodzić.

3) Kol. KOZERSKI przedstawił chłopca kilkoletniego, co do którego dowiedział się w wywiadach, co następuje. Ojciec dotknięty przymiotem choruje, zdaje się, na wiatr. U samego chorego w drugim roku życia potworzyły się wzdłuż kręgosłupa guzy mięknące i wydzielające ropę; wyleczono je jakąś maścią. Nastąpił potem dwuletni nieżyt przewodu pokarmowego i trzytygodniowa choroba

oczu. Przed 4-ma laty zjawiała się wysypka podobna do obecnej, swędząca; lekarstwa nie pomagały, leczenie przeciwprzmiotowe również. Obecnie na klatce piersiowej z przodu widać grupy białych, płtykich blizn, każda wielkości 3—4 cm. w średnicy; blizny środkowe nie mają obwódki, bardziej obwodowe mają obwódki brunatne, na obwodzie zaś widać guziczki z czerwoną obwódką, pokryte okrągłym strupem. Podobne grupy widać na brzuchu, a szczególnie na kończynach, gęściej na powierzchniach wyprostnych. Rozpoznano świerzbę i zastosowano leczenie właściwe. Wynik otrzymany jest dobry. Nietypowość wysypki należy objaśnić warunkami jej rozwoju, mianowicie leczeniem, które choć nie niszczyło pasorzyta całkowicie, przeszkadzało mu jednak typowo się rozwijać.

4) U chorego kol. HEIMANA było przed laty ropienie z ucha lewego. Niedawno zjawily się u niego nagle bóle głowy z lewej strony, niekiedy z gorączką. Badanie wykazało suchy brak błony bębenkowej z nieznaczną ilością zaschłej ropy u góry. Przed 3-ma tygodniami dokonano operacji. Kol. H. wykonał cięcie od przedniego końca muszli do dolnego końca wyrostka sutkowego, oddzielił muszlę, otworzył wyrostek i jamę ucha średniego, wyjął młotek i kowadełko, zagłębiając się przez *tegmen tympani* ku jamie czaszkowej, wyjął cholesteatomat wielkości orzecha laskowego, otworzył jamę czaszkową w kierunku ku zatoce poprzecznej, przyczem wypłynęło około dwóch łyżek ropy, wyciął zmartwiałą oponę twardą, a po nakłóciu i otworzeniu zatoki wyjął z niej duży zakrzep; poniżej zatoki znaleziono drugi cholesteatomat. Chory czuje się dobrze.

5) Kol. Kazimierz ZIELIŃSKI przedstawił mózg chłopca 7-letniego z olbrzymiem wodogłowie. Dziecko od urodzenia zwracało uwagę wielkością głowy, ruchów bardziej złożonych nie wykonywało; kończyny prawe były przykurczone; raz lub dwa razy dziennie zjawiały się drgawki kloniczne ogólne; dziecko wymawiało tylko wyraz „mama“, kał i mocz oddawało mimowolnie pod siebie, zęby miało zniszczone; oczy bez wyrazu, zez rozbieżny, oczopląs, głuchota; czucie bólowe istniało, odleżyn nie było; ciemiączko duże niezarosłe, wklęsłe, lecz twarde, kości czaszki twarde, szwy wyraźne, również szew czołowy. Dziecko zmarło na zrazikowe zapalenie płuc, a badanie pośmiertne dostarczyło danych następujących. Kość czaszki gładka, lśniąca, bladoróżowa, szwu strzałkowego niema; u kątów górno-przednich kości ciemieniowych dwa wklęsnięcia nieprawidłowe; są to dwa otwory zaciągnięte cienką, twardą, włóknistą błonką; nazewnątrz od ciemiączka lewego nieprawidłowa kostka WORMIUSZA; widać szew wieńcowy i potylicowy; kość potylicowa w stosunku do ciemieniowych nieproporcjonalnie mała, opona twarda zrosnięta z kośćmi, grubość kości nierównomierna; nieznaczne skrzywienie czaszki, lewa bowiem połowa jest bardziej wypukła od prawej, zgrubienie czołowe bardziej skrecone na lewo, a potylicowe na prawo; *pachymeningitis haemorrhagica interna et hyperplastica externa*; opona miękka biała; zwoje mózgowe spłaszczone istota korowa w częściach tylnych zrazów ciemieniowych ścięńczona do 1 mm.; komory rozszerzone, wylewa się z nich płyn bursztynowo-żółty, nieco krwią zabarwiony, w ilości trzech litrów, poczem mózg opada jak pęcherz gumowy; ściany komór pokryte błoną dość twardą, grubości 1 mm., ziarnistą, brunatno-żółtą. Mózdzek i rdzeń przedłużony na powierzchni tej barwy, co wewnątrz komór mózgowych.

Prof. BRODOWSKI czyni uwagę, że w jednych przypadkach wodogłowie wewnętrzne jest następstwem zaburzeń w krwiobiegu, jak np. zarośnięcia *v. magnae Galea-ni*, to znów zaniku, gdzie zamiast części niedokształconych zjawia się płyn; w przypadku danym jest ono wynikiem zapalenia, o czem wnosić należy ze zgrubień i zmętnień na ścianach komór. Przyczyną zapalenia bywa przymiot, cechujący

się właśnie dążnością do zarastania naczyń i niedorozwoju pewnych części. Nie jest to jednak jedyne możliwe zakażenie, bo jeśli u płodu może wystąpić *endocarditis*, to może zdarzyć i *ependymitis*. Rozumie się, że w przypadku tak daleko posuniętym poszukiwanie pasorzyta nie może doprowadzić do celu.

Sprawozdanie z XII zjazdu międzynarodowego w Moskwie.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 43).

Prof. PAVY (Londyn). **O moczówce cukrowej.**

Na zasadzie zestawienia i rozpatrzenia krytycznego istniejących dotychczas teorii o powstawaniu moczówki cukrowej PAVY przychodzi do wniosku, że główną przyczyną tego cierpienia jest niezdolność ustroju do należytej przeróbki i przyswajania węglowodanów. Obecność nadmiernej ilości cukru we krwi, stale towarzysząca moczówce cukrowej, zdaje się, potwierdza powyższe orzeczenie. Z drugiej strony wielce znamienna jest i ta okoliczność, że ilość cukru, znajdującego się w moczu, stale się powiększa, jeżeli chorym nie zmniejszymy w pokarmach ilości węglowodanów. Tego objawu nie spotykamy u ludzi zdrowych, ponieważ u nich węglowodany zostają przyswajane *resp.* spalane, nie możemy tedy oczekiwać gromadzenia się cukru we krwi, a tem samym w moczu. Prawda, że w niektórych przypadkach nawet i u ludzi zdrowych zdarza się nam spostrzegać przejściowy cukromocz; dowodzi to zapewne również istnienia pewnych zaburzeń w sprawie przemiany materii; lecz takie zaburzenia ustępują dosyć szybko, czego nie możemy powiedzieć o ludziach, dotkniętych stale cukromoczem. Tu cierpienie posiada zwykle typ przewlekły. Leczenie powinno mieć na celu: 1) uregulowanie diety i 2) polepszenie warunków przeróbki w ustroju. Wychodząc z tej zasady, powinniśmy starać się o wzmożenie zdolności przyswajania węglowodanów. Jeżeli uda nam się osiągnąć cel zamierzony, to w dalszym ciągu leczenia trzeba stopniowo powiększać ilość węglowodanów w pokarmach, nie przechodząc jednak poza tę granicę, na której przekroczyliśmy zdolności i siły trawienne ustroju. Zwiększenie ilości cukru lub ponowne zjawienie się tegoż w moczu będzie dla nas odpowiednią wskazówką. Poza tem drugie zadanie leczenia stanowi wynagrodzenie strat, które ponosi ustrój wskutek wadliwej czynności pewnych narządów. W końcu przypomina mówca teorię, na zasadzie której źródło moczówki cukrowej upatrywano w rozpadzie pewnych związków białkowych.

Sekcja chorób nerwowych i umysłowych.

PITRES i REGIS. **O objawach natręctwa i urojeń stałych.**

Z punktu widzenia psycho-fizyologicznego w stanach natręctwa wyróżnić można trojaki charakter: 1) natrętne wyobrażenie; 2) natrętną emocję i 3) natrętną impulsywność. Zgodnie z poglądem MOREL'a i prelegenci sądzą, że stany natręctwa stanowią odrębne cierpienie, w którym najważniejszą rolę odgrywa wzruszenie.

Stany natręctwa można podzielić na 2 kategorie. Do pierwszej należą: chorobliwa tęsknota (*Aengstlichkeit*) i obawa (*phobie*), które mogą być ogólne lub częściowe. Do drugiej należą te przypadki, w których chorobliwe podniecenie składa się z określonych lub przeważających urojeń. W powstawaniu stanów natręctwa wyróżnić wypada 3 okresy: 1) okres uczucia ogólnej nieokreślonej tęsknoty,

(*état obsédant à anxiété diffuse ou panophobique*). W drugim okresie występuje tęsknota pod postacią określoną np. jakieś monofobii (*état obsédant avec anxiété systématisée ou monophobique, phobie proprement dite*). Przypadki, należące do tej kategorii dzielą się na konstytucjonalne, usystematyzowane i przypadkowe. Pierwsze obok pojedynczych obaw (np. obawa krwi, ognia, gór, zwierząt i t. p.) wykazują inne objawy neuropatycznego układu chorego osobnika. Przypadkowo usystematyzowane obawy występują rzadziej u osobników obarczonych i prawie nigdy u osobników zwyrodnionych. W trzecim okresie z natręctwem połączone jest pewne określone urojenie (*état obsédant avec anxiété intellectuelle ou monodélique, obsession proprement dite*). Chorzy tej kategorii, pomimo całego wysiłku, nie mogą zwalczyć chorobliwego urojenia. Wychodząc z zasady czysto-fizyologicznej, zgodnie z mniemaniem LEGLAS'a i JANET'a, przypuszczać należy, że świadomość takich chorych nie jest w zupełności zachowana, chociaż z punktu widzenia klinicznego wypada przypuszczać, że chory posiada świadomość swego stanu. Co się tyczy udziału omam w stanach natręctwa, to prelegenci sądzą, że albo towarzyszą one natrętnym ideom (*obsession hallucinatoire*) lub też, że omamy przyjmują na się charakter natrętny (*hallucination obsédante*). Główna oznaka tych omam polega na tem, że są one podobne do obrazów, wywołanych przez zatrucie haszyszem.

Natręctwo częściej zdarza się w wieku młodym, niż starszym, częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Prelegenci, wbrew zdaniom innych autorów, przypuszczają, że ze stanów tych mogą się wytwarzać pewne określone cierpienia umysłowe (*melancholia, paranoia*). Leczyć takich chorych radzą przez odosobnienie lecz nie w zakładach wodolecznicznych.

M. BOUCHER (Rouen). **Szczególna postać natręctwa u dwóch osobników, obarczonych dziedzicznie.**

Mówca na wstępie zaznaczył, że w r. 1890 na zjeździe francuskich psychiatrów przedstawił przypadek natrętnych idei, ciekawy z tego względu, że u chorego występowała obawa zarumienienia się. Zjawiał się przytem niepokój i myśli samobójcze. W r. 1896 mówca miał sposobność spostrzegania drugiego podobnego przypadku. Dotyczył on 30-letniej kobiety, pochodzącej z rodziny neuropatycznej, która po urodzeniu pierwszego dziecka w ciągu 6-ciu tygodni nie mogła się pozbyć natrętnej myśli, że dziecku jej odcinają głowę, że spotyka ją wielkie nieszczęście. Następnie zmieniło się to w natręctwo o rumienieniu się przy usłyszeniu o jakiejś sprawie kryminalnej. Ta okoliczność powodowała niepokój i obawę, że otoczenie z rumieńców wnioskować może o jej udziale w przestępstwie. Po drugiej ciąży niepokój wzmożł się do tego stopnia, że chora usunęła się od ludzi, przyjmowała nader mało pokarmów, nie sypiała i żyła w ciągłym niepokoju. Pod względem fizycznym i psychicznym nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości.

VALLON et MARIE. **Przyczynek do nauki o pewnych stanach natręctwa.**

Stany natręctwa wogóle mogą być pojmowane jako stany niepokoju, podnieoty. Nie są one wytworem całego układu nerwowego, lecz powstają w jednej określonej sferze uczuciowej. Stany natręctwa zmieniają osobowość do tego stopnia, że nowowytworzona osobistość uważa się za pozbawioną zupełnie woli. Natręctwo może się rozszerzać na sfery następujące: 1) emocyjną (*obsessions émotionnelles*); 2) czuciowo-uczuciową (*obs. hallucinatoires*); 3) ruchową (*obs. impulsives*); 4) duchową (*obs. intellectuelles*); 5) kombinację 1-ej i 4-ej. Najczęściej występuje utrata świadomości w mniejszym lub większym stopniu.

DORNBLUETH (Rostock). **O leczeniu natręctwa.**

Prelegent przedewszystkiem zaznacza, że od środków lekarskich, stosowanych w stanach natręctwa, żadnej korzyści nie widział. Napady natręctwa zdaniem

D. najlepiej zwalczać zapomocą regularnego podawania opium. Nawet przypadki, które trwają 10—12 lat; poddają się leczeniu tego rodzaju. Dawka dzienna około 1,0 gm. Natręctwo idei podawnemu istnieje, lecz natężenie samego napadu jest mniejsze. Sami chorzy zaznaczają, że wobec napadu czują się swobodniejsi. Jeżeli leczenie to prowadzić dłużej, to pierwotne napady nie wracają. Chorzy pełnią po dawnemu swe czynności i o ogłupieniu mowy przytem być nie może. Lepiej jednak, gdy chory podczas leczenia nie będzie się zajmował pracą, lecz będzie pozostawał w zupełnym spokoju. Przy nader długotrwałym cierpieniu leczenie prowadzić należy około połowy roku. Obawy, by chorzy przyzwyczaili się do opium, niema. Niezbędne jest jednak, by chorzy pozostawali pod okiem lekarza aż do chwili przyjmowania najmniejszych dawek opium.

W mniej powikłanych przypadkach można opium zastąpić przez kodeinę. Ma się rozumieć, dodaje prelegent, opium nie jest *panaceum* od natręctwa; wyniki ujemne nie są wyłączone.

BINSWANGER (Jena). Patogeneza i różnica bezwładu postępującego obłąkanych od pokrewnych postaci chorób umysłowych.

Na wstępie stawia prelegent pytanie, co rozumiemy pod nazwą cierpienia bezwładowego? Jeżeli pod niem rozumiemy przewlekłe stany zapalne, to znajdować powinniśmy początki podobnego zapalenia zawsze w pewnych określonych częściach tkanki, jak w danym razie w komórkach i ich wyrostkach. Opis cierpienia bezwładowego zaczyna prelegent od wczesnych postaci (*Frühformen*). W tych przypadkach, przedewszystkiem ulegają zwyrodnieniu komórki nerwowe, a następnie dopiero włókna nerwowe. Co się tyczy bocznych rozgałęzień, to niema pewnych danych. W sprawie wtórnego rozrostu tkanki glejowatej i zmian w naczyniach nic nowego powiedzieć nie można. Na pytanie — skąd powstaje cała sprawa chorobowa nie można dać pewnej odpowiedzi. To tylko jest pewne, że u mężczyzn i u kobiet cierpienie trwa lata i rozwija się powoli. Z pomiędzy czynników przyczynowych przymiot niewątpliwie gra znaczną rolę, chociaż, zdaniem prelegenta, nie stanowi on jedynej przyczyny: wyskok, nikotyna i uraz mają również wybitne znaczenie. Postaci chorobowe, które do dziś dnia figurują pod mianem bezwładu postępującego, tak w znaczeniu klinicznym, jak i anatomo-patologicznym, są zupełnie innego pochodzenia. Prelegent wyróżnia trzy kategorie takich cierpień: 1) rozlane zapalenie opony miękkiej, przy którym znajduje się niezwykle wielkie uszkodzenie mózgu; 2) wybroczyna do mózgu ze zwyrodnieniem (szklistem) naczyń; 3) cierpienie kory mózgowej bez zapalenia opony miękkiej.

W podobny sposób i pod względem klinicznym możemy wyróżnić pewne postaci cierpienia, zbliżone do bezwładu, lecz posiadające zgoła inny przebieg. Z cierpień podobnych do bezwładu, które jednak muszą być ściśle odróżniane, wymienia prelegent: 1) zapalenie nerwów (*polyneuritis*), które w pewnym okresie może mieć przebieg wielce do bezwładu podobny; 2) przewlekłe zatrucie wyskokiem (t. zw. wrzekomy bezwład wyskokowy); cierpienie to łatwo odróżnić na zasadzie przebiegu, a także i na tej zasadzie, że po usunięciu przyczyny zatrucia chory szybko powraca do stanu względnego zdrowia; 3) swoiste cierpienie mózgu. Obraz drobnowidzowy mózgu przy bezwładzie jest zawsze jednakowy bez względu na to, czy przedtem był przymiot, czy go nie było. Klinicznie odróżnić przymiotowe cierpienie mózgu od bezwładu rzadko się udaje. Zdarzają się przypadki zupełnego braku oddziaływania żrenic u osobników, którzy przymiot niewątpliwie mieli, jako odosobniony objaw przebytego cierpienia, z drugiej zaś strony dosyć częste są takie przypadki, w których przedtem były miękczaki

przymiotowe, a później rozwinął się typowy obraz bezwładu. 4) Otepienie przedstarcze (*dementia praesentis*); stan ten może się zjawić już w 40-ym roku życia i z trudnością da się odróżnić od właściwego bezwładu. Zwykle spostrzegamy otepienie między 50—55 rokiem życia. Ulegają mu częściej ludzie, którzy i przedtem umysłowo mniej byli rozwinięci. 5) Sprawy korowe pochodzenia miażdżycowego. Sprawy te występują w bliskości naczynia, jako ognisko małe i w klinicznym znaczeniu przebiegają pod postacią otepienia postępującego. 6) Zapalenie mózgu przewlekłe postępujące (*encephalitis chronica progressiva*); klinicznie sprawa ta odznacza się stałe pozostającym objawem ponapadowym, na przykład połowiczną utratą wzroku (*hemianopsia*), anatomicznie odznacza się umiejscowieniem sprawy chorobowej w drogach projekcyjnych i kojarzeniowych (asocjacyjne). 7) Neurastenia. Branie tego cierpienia za początkowy okres bezwładu zdarza się często; błąd daje się naprawić przez dłuższe spostrzeganie przebiegu cierpienia.

HOMEN (Helsingfors). Przyczynę do niezwykłego cierpienia rodzinnego pod postacią bezwładu postępującego.

Prelegent w roku 1892 opisał nową postać chorobową, na którą cierpiało 3-ch członków jednej i tej samej rodziny. Postać ta była wielce podobna do bezwładu postępującego. Od tego czasu prelegent miał możność spostrzegania jeszcze dwóch członków tej samej rodziny z zupełnie analogicznym cierpieniem. Choroba u wszystkich pięciu rozpoczęła się jednakowo w 20, 12, 20, 16 i 17 roku życia. Przede wszystkim zjawia się uczucie zmęczenia, bóle i zawroty głowy, następnie występuje niepewny, kaczkowaty chód, bóle w nogach i w innych częściach ciała, powolna mowa, upośledzenie inteligencji i pamięci. Prawidłowość kojarzenia pojęć nienaruszona, żadnych urojeń. Oprócz tego spostrzegano drżenie, długotrwałe przykurczenia w stawach i niemoc płciową. U czterech z tych chorych śmierć nastąpiła po upływie 3½, 7, 6 i 2¼ lat od początku cierpienia. Badanie zwłok wykazało zgrubienie czaszki, zgrubienie opony twardej, zrosty oponowe, zanik do pewnego stopnia zawojów mózgowych, szczególnie w zrazach przednich. Oprócz tego znaleziono ogniska rozmiękczenia w węzle soczewkowym i rozlany rozrost tkanki glejowej. Drobnowidz wykazał zanik włókien nerwowych, zanik dużych komórek piramidalnych, zgrubienia glejowate tkanki na obwodzie kory mózgowej, przede wszystkim zmiany w naczyniach, szczególnie w przednim odcinku mózgu. W 4-ym i 5-ym przypadku przeprowadzono leczenie przeciwpriymiotowe z bardzo dobrym wynikiem. Podobieństwo wyżej przytoczonego obrazu chorobowego z bezwładem postępującym, zdaniem mówcy, istnieje i dla tego można dlań ustanowić pewien typ rodzinny. Od bezwładu typowego różnił się opisany obraz chorobowy brakiem zaburzeń psychicznych, brakiem urojeń, brakiem zaburzeń ze strony mowy i żrenic i wreszcie dobrym wynikiem po leczeniu swoistem. Sprawa ta, prawdopodobnie, zależała od przymiotu wrodzonego.

MURATOW (Moskwa). W sprawie patogenezy ogniskowych cierpień przy bezwładzie postępującym.

Na zasadzie badania pośmiertnego 123 paralityków, będących pod obserwacją prelegenta lub pochodzących z innych oddziałów, jako też z kart szpitalnych, z których korzystał, wyprowadza MURATOW wnioski następujące. Ogniskowe cierpienia pod postacią wybroczyn lub rozmiękczenia przy bezwładzie postępującym zdarzają się nader rzadko. Miejscowe objawy bezwładu postępującego, które występują pod postacią napadów udarowych lub padaczkowych, nie są zależne od nowego jakiegoś powikłania, lecz są wywoływane przez rozszerzenie się sprawy zapalnej na nowe zwoje. Przyczyna bezpośrednia, warunkująca powstawanie

drgawek, polega na zmianach odżywczych w samych komórkach, które wyprowadzone są z równowagi. Drgawki paralityków pod postacią skurczów klonicznych muszą być uważane z punktu widzenia patogenetycznego i klinicznego za przymusowe ruchy pochodzenia korowego, ponieważ takie same, tylko przejściowe i trwające krócej, spostrzegać można i w zwykłej padaczce korowej. Oprócz zaburzeń wiałowych, mówca upatruje pochodzenie korowe i zaburzeń czucia mięśniowego i rzadko spotykanej utraty połowicznej czucia. W znaczeniu patogenetycznem objawów ogniskowych istnieje pewna analogia między bezwładem postępującym i cierpieniami ogniskowemi: w obu razach mamy do czynienia z bezpośrednim lub pośrednim wpływem ogniska (wpływ oddalony—podrażnienie, zwyrodnienie).

GREIDENBERG (Symferopol). **O bezwładzie postępującym u kobiet.**

Zapadanie na bezwład postępujący kobiet w ostatnich czasach znacznie wzrosło. Przyrost ten jest stosunkowo większy, niż u mężczyzn. Stosunek ilościowy między paralitykami i paralityczkami, jako zależny od wielu ogólnych i indywidualnych cech, nie może być wszędzie jednakowy. Dla gubernii Taurydzkiej stosunek ten wyraża się jak 2:1. Rozpowszechnienie bezwładu postępującego wśród różnych warstw społecznych jest u mężczyzn więcej prawidłowe. Mężczyźni wyższych warstw zapadają na bezwład częściej, rzadziej warstw średnich i najrzadziej warstw niższych, kobiety zaś odwrotnie. Pomiedzy mężczyznami bezwład coraz więcej się demokratyzuje, pomiedzy kobietami odwrotnie. Poszczególne przyczyny bezwładu u mężczyzn i kobiet są jednakie, kombinacje jednak tych przyczyn u pierwszych są nieco inne, niż u drugich. Obraz kliniczny bezwładu postępującego u kobiet ma pewne właściwości, trwa zazwyczaj dłużej, niż u mężczyzn.

SCHULTZE (Bonn). **Patogeneza syringomyelii.** Pod mianem syringomyelii a rozumiemy długie rurkowate jamy w rdzeniu. Jamy te mogą obierać różne kierunki, mogą dosięgać mlecza przedłużonego. Jamy te mogą być: 1-o wrodzone *hydromyelus*; 2-o mogą się tworzyć w późniejszym wieku wraz z tkanką nowotworową; 3-o zdarzają się przypadki, w których obok jam widać silny rozrost tkanki łącznej (*gliae*), nie dosięgającej jednak tych rozmiarów, jak w nowotworze glejowatym. Takie przypadki chrzci prelegent mianem gliozy; 4-o mogą się rozwijać wraz z zapaleniem opony twardej i miękkiej. (*Pachy- et leptomeningitis spin.*).

We wszystkich wyżej przytoczonych postaciach znajdujemy jamy, otoczone tkanką łączną. Co się tyczy powstawania syringomyelii to zauważyć wypada, że pierwotnie tworzą się jamy, a następnie zjawia się rozrost tkanki łącznej, albo też odwrotnie najpierw bywa *gliosis*, a później tworzą się jamy. W wielu przypadkach jamistości wrzodzonej jamy powstawać mogą bez rozrostu tkanki łącznej, w innych rozrost ten następuje później. By nienormalnie tworzące się jamy dawały punkt wyjścia do tworzenia się rozrostu tkanki łącznej, rzecz ta nie została dowiedziona. Przechodząc do omówienia teorii LANGHAUS'a i KRONTHAL'a prelegent zaznacza, że nie można jej odmówić prawa bytu. Jamy syringomyelityczne powstawać mogą i po wylewach krwi.

W całym szeregu innych przypadków pierwotnie powstaje rozrost tkanki łącznej, a potem dopiero jamy. Prelegent zaznacza, że różnica między *glioma* a *gliosis*, zdaniem jego, polega na tem, że glejak przedstawia się pod postacią ściśle ograniczonej sprawy i nie zgadza się ze zdaniem WEIGERT'a, według którego *gliosis* polega na rozroście włókien, a *glioma* na rozroście komórek. Wbrew twierdzeniu WEIGERT'a, który przeczy rozpadaniu się stłuczonych komórek *gliae*, prelegent sądzi, że ostatniej okoliczności zawdzięczać trzeba tworzenie się jam. Przeciwko twierdzeniu, że skutek zamknięcia naczyń powstać może syringomye-

lia, przemawia wiele okoliczności, na przykład brak jej przy *arteriosclerosis*. SCHULTZE jednak sądzi, że zatkanie naczyń wywiera znaczny wpływ na postęp cierpienia. Prelegent nie zgadza się na możliwość zależności syringomyelii od trądu. Twierdzenie to dotąd nie jest dowiedzione.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Przy badaniu zwłok zmarłego na gruźlicę płuc znalazł SCHWALBE obok zmian gruźliczych (badanie drobnowidzowe i bakteryologiczne) nowotwór w jamie gruźliczej wielkości jaja kurzego, który okazał się rakiem. Dotychczas były opisane podług G. tylko trzy podobne przypadki. (Virchow's Archiv. T. 149. 97).

— NUTT dokonał gastrostomii u 18-miesięcznego dziecka *ex re* połkniętej szpilki od kapelusza. Przez pierwsze trzy dni dziecko było odżywiane zapomocą ławatyw, dziesiątego dnia było zupełnie zdrowe. (Inter. Journ. of Surg. VI. 97).

— RECLUS i FAURE wykonali dwustronną rezekcję części szyjowej nerwu współczulnego u chorego z chorobą BASEDOW'a. Już pierwszej nocy po operacji mózg chorego zamknął powieki (po dziesięciu latach), objawy choroby powoli znikwały, a w kilkanaście dni po operacji tętno było 50, gruczoł tarczowy prawie nie zwiększony, wysadzenie gałek ocznych (*exophthalmus*) znikło. Wobec krótkiego okresu spostrzegania autorzy nie wyciągają z danego przypadku żadnych wniosków, zalecają zaś dalsze próby. (Gaz. des hôpit. 24. Nr. 1: 97).

— IWANOFF zaleca w gorączce połogowej wcieranie szarej maści obok dobrego odżywiania i znacznych dawek alkoholu. Autor wciera jednorazowo 30,0 szaruchy w powłoki brzuszne, następnie w skórę kończyn; po wcieraniu pokrywa się skórę watą i flanelą. Po kilkakrotnych wcieraniach należy wymyć skórę naprzd oliwą, potem ciepłą wodą. Przy wysiękach gorączka znikła już po dwukrotnem wcieraniu, choroba trwała o połowę krócej, wessanie było zupełniejsze, niż przy innych metodach leczniczych. W posocznicy gorączka znikła po 3—4 wcieraniach, w dwóch zaś przypadkach nie wystąpiły ani ropnie, ani przerzuty. Przy leczeniu tem obok płókania ust roztworem *kalii chlorici* autor podaje wewnątrz ten środek w dawce 0,4 trzy razy dziennie. (Therap. Woch. Nr. 4. 97).

— SKARENZIO stosował w trzech przypadkach wilka twarzy śródmięśniowe zastrzykiwania kalomelu i otrzymał wynik dobry. Polepszenie zjawiało się już po pierwszej dawce 0,1, znaczna poprawa w trzy tygodnie po powtórnem zastrzyknięciu dawki 0,5. (Semaine méd. Nr. 37. 97).

— Ze 191 dotkniętych rzeżączką kobiet znalazł BAER u 67 rzeżączkę kiszek prostą. W większości przypadków chore nie skarżyły się na żadne dolegliwości, w mniejszości podmiotowo był ból i palenie przy wypróżnianiu, swędzenie w odbycie. Zewnętrznie znalazł B. w dziesięciu przypadkach powierzchowne owrzodzenie na granicy skóry i błony śluzowej, zaczerwienienie i błyszczenie błony śluzowej, bardzo nieznaczna ilość ropy. Leczenie polegało na przepłókiwaniu dwa razy dziennie odbytnicy najpierw 3% roztworem kwasu bornego, potem roztworem argentaminy 1:3000, i pędzlowaniu owrzodzeń 2% roztworem argentaminy. Leczenie ustało, gdy w wydzielinie dwukrotnie badanie nie wykryło gonokoków. (Dtsch. med. Ztg. Nr. 58. 97).

— RICHTER robił doświadczenia nad zaleconym przez FLORENCE'a sposobem wykrycia nasienia męskiego w płamach (wyciąg wodny płam daje z roztworem trójjodku potasu kryształ podobny do kryształów heminy) i przekonał się, że kryształ te daje wytwarzającą się przy rozkładzie lecytyny cholina, otrzymać zaś je można również z soku jąder dzieci nie zawierającego nitek nasiennych, ze śluzu pochwowego i soku mózgowego. (Wien. Klin. Woch. Nr. 24. 97).

— ORTNER na podstawie dwóch przypadków spostrzeganych w klinice NEUSSE'a zwraca uwagę, że przy zwięzieniu otworu żylnego lewego występuje niekiedy tak znaczne rozszerzenie lewego przedsionka, że nerw krtaniowy wsteczny lewy zostaje przyciśnięty do łuku aorty, zwyradnia się i powoduje porażę-

nie lewej struny głosowej. Należy objaw ten mieć na uwadze przy różniczkowaniu tętniaków aorty. (Wien. Klin. Woch. Nr. 33. 97).

= BINKLEY przedstawił w Tow. lek. w Chicago kolosalną torbiel jajnika: płyn wypuszczony ważył 175 funtów, sama zaś torbiel 50 funtów. Chora po operacji zmarła wskutek, jak sądzi B., zbyt szybkiego opróżnienia torbieli. (Am. gyn. a. obstetr. Journ. I. 97).

= EBSTEIN spostrzegał przypadek ostrego zapalenia nerek, jako powikłanie przewlekłego nieżytu kiszek. Zarówno kliniczne spostrzeżenie jak i badanie anatomo-patologiczne nie wykryło innego momentu etyologicznego, jak istniejący oddawna nieżyt jelit; wszystkie inne narządy były zdrowe. (Dtsch. Med. Woch. Nr. 24. 97).

= Orthoform, biały krystaliczny proszek, bez smaku i zapachu, mało rozpuszczalny w wodzie, jest środkiem wybitnie znieczulającym i przeciwnieżylnym. EINHORN i HEINZ stosowali go we wrzodach gołeni, języka, wrzodach krtani u suchotników, w przeszczepieniach skóry, oparzelinach trzeciego stopnia i zawsze otrzymywali wybitny skutek. Jako środek zupełnie obojętny może być używany zewnętrznie w ilości dowolnej, wewnątrz we wrzodach i raku żołądka, gdzie działa również znieczulająco, dawka wynosi 0,5 — 1,0 kilka razy dziennie. (Münch. med. Woch. 24. IX. 97).

= W przypadkach, gdy jest wskazane wywołanie bezpłodności u kobiety, zaleca KEHRER przewiązanie i przecięcie obydwóch jajowodów od strony pochwy. Operacja ta dokonywana jedynie przy zdrowych narządach przydatkowych macicy ma tę wyższość nad ich wyluszczeniem, że nie zakłóca działalności narządów rodnych i nie powoduje objawów przedwczesnego pokwitania. (Cntrbl. f. Gynäk. N. 31. 97).

= Doświadczenia NORDT'a w klinice LEYDEN'a wykazały ogromną wyższość kreozotalu nad kreozotem w leczeniu suchot. Przy stosowaniu go obok obfitego odżywiania, łaknienie poprawiało się znakomicie, poty nocne i gorączka stosunkowo prędko znikły, kaszel i plwocina się zmniejszały. U chorych leczonych w ten sposób przez 6 miesięcy znikły wszystkie objawy fizyczne suchot. Dawka początkowa wynosi 15 kropeł *pro die* i dochodzi stopniowo do 75-ciu kro-

peł, poczem znów się zmniejsza. (Therap. Woch 22. IX. 97).

= Kardyalgie wskutek małokrwistości charakteryzują się podług BOAS'a tem, że przy braku wszelkich fizycznych i czynnościowych zbroceń żołądka zjawiają się w pewnych nieokreślonych odstępach czasu niezbyt silne bóle w okolicy żołądka, trwające 1—2 godzin; nie towarzyszą im żadne ciężkie objawy ogólne. Leczenie winno być skierowane ku podniesieniu odżywiania; przy powiększeniu wagi chorego znikają i kardyalgie. (Ztschr. f. prakt. Aerzte Nr. 8. 97).

= MARINI przekonał się w przeszło dwustu przypadkach o wyższości błękitu metylenowego nad chininą w leczeniu zimnicy; zazwyczaj wystarczała jednorazowa dawka 0,25 w osłodzonej wodzie podana na 6—8 godzin przed oczekiwany napadem. Środek ten można stosować i u ciężarnych, nie wpływa on bowiem zupełnie na przebieg ciąży. (Indépend. méd. 18. VIII. 97).

= LYONNET, MÉRIEUX i CARRÉ uodparniali konie zastrzykiwaniem w przebiegu trzech miesięcy czystych bulionowych hodowli lasecznika duru brzuszego, poczem surowicę stosowali u morskich świnek zakażonych tyfusem. Surowica okazała się skuteczną, będąc zastrzykniętą przed, jednocześnie lub też po zastrzyknięciu hodowli tyfusowej. (Lyon. méd. 22. VIII. 97).

= CYON z dalszego ciągu swych doświadczeń nad czynnością gruczołu tarczowego dochodzi do wniosku, że *jodothyryna* wytworzona w gruczole jest przeznaczona do pobudzenia czynności ośrodków nerwowych, które regulują bicie serca i krążenie krwi; czynność gruczołu polega na przerabianiu soli jodowych, które dostały się do krwi, w związek organiczny — jodotyrynę i uwalniania w ten sposób ośrodków nerwowych od niebezpiecznej istoty jadowitej, jod bowiem wywiera wpływ porażający na ośrodki nerwów hamujących i błędnych. Czynność ta gruczołu tarczowego znajduje się pod kierunkiem serca dzięki pośrednictwu gałązek nerwowych, któremi się ono łączy z nerwami krtaniowymi. Drugą czynnością gruczołu jest zabezpieczenie mózgu od nagłego przypływu krwi, co się skutecznia przez samo uniesienie narządu u wejścia obu tętnic szyjowych do czaszki. (Gaz. des hôpit. 21. IX. 97).