

nigdy nie jest w możności opróżnić pęcherz dostatecznie; uczucie to dokucza jej i denerwuje. Wielkością przepuklina nie przewyższa orzecha włoskiego w łupinie. Mięśnie przywodzące uda w stanie zaniku, miękkie, tkanka tłuszczowa międzymięśniowa skąpsza, niż po stronie prawej, tak, że palce rąk, położone z przodu i z tyłu, schodzą się prawie. Przy badaniu przez pochwę dotkliwy ból, gdy palec zbliża się do kanału zasłonowego, tak, że chora głośno wykrzykuje. Po stronie prawej naciskać można dowolnie bez przykrości dla chorej. Badanie dwuręczne negatywne. Kombinacja zaburzeń pęcherzowych, które podług ENGLISH'a towarzyszą nieraz przepuklinom zasłonowym, chowanie się jelita z burzeniem pod naczynia uda, nieznaczna wielkość przepukliny i bolesność nerwu zasłonowego skłoniły mnie do rozpoznania „H. obturatoria (?)”⁴. Zanik adduktorów przypisywałem długotrwałemu, choć niewielkiemu uciskowi na nerw wewnątrz kanału, a wynik ujemny badania dwuręcznego faktowi, że jelito cofało się do jamy brzusznej przy najlżejszem dotknięciu, i pozostawał sam tylko worek zbyt cienki, by go wymacać.

Przy zabiegu krwawym znalazłem dosyć długi, wąski, jak mały palec, worek w kanale udowym, tak szerokim, że zachodził poza żyłę uda. Worek złączony był z tłuszczakiem wielkości orzecha włoskiego i pociągał za lewy kąt pęcherza. Obmacywanie kanału zasłonowego przez k. udowy nie nienormalnego w tym pierwszym nie wykryło.

Możliwość współistnienia dwóch przepuklin, z których jedna jest zasłonowa, druga najczęściej biodrowa, musi być podkreślona specjalnie. Zdarzało się bardzo doświadczonej klinicyście, że, operując przepuklinę udową przy objawach ostrej niedrożności i znalazłszy worek pusty albo jelito zdrowe, dalej nie szukali, by dopiero przy badaniu pośmiertnym przekonać się, jaką popełnili omyłkę.

RIEDEL'owi zdarzyło się odkryć ścienną

przepuklinę dopiero przy powtórnej operacji (laparotomii), która jednak dała już spóźnioną pomoc.

Inkarceracya ma miejsce, podług ENGLISH'a, albo w tylnym pierścieniu, albo w przedniej połowie kanału; w tym ostatnim przypadku zależy od błony zewnętrznej FISCHER'a, której krawędź górna leży nieraz dosyć wysoko, by powodować znaczne przewężenie w tej połowie kanału.

Szyjka przepukliny jest zawsze cienka i długa, co nadaje przepuklinie kompletnej postać grzyba.

Przy zgorzeli zapalenie otrzewny występuje niezawsze, lecz spotyka się i bez gangreny jelita.

Śmiertelność z powodu tej przepukliny jest, a przynajmniej była wysoka: dla uwięzionych obliczają TREVES blisko 90%; zdaje się jednak, że wchodzą tu i nierozpoznane przypadki.

SCHMIDT podaje 5 wyzdrowień na 17 operacji; HEUSTRÖM zbiera z literatury 57 przypadków z 24-ma śmierciami; większość była operowana. ENGLISH podaje 52 śmierci na 60 przypadków inkarceracyi pętlcowych; tu jednak wysoka śmiertelność zależy od złych dygnoz lub późnych operacyi wyraźnie; z 22-ch rozpoznanych przypadków zmarło po operacyi 13.

Rzadkości przepukliny dziury zasłonowej dowodzi fakt, że wielu cieszących się wielką sławą i wziętością chirurgów ani jednym spostrzeżeniem nie rozporządza.

SCHMIDT określa liczbę ogólną przypadków, stwierdzonych (przed r. 1896) na 110. ENGLISH zebrał 135 spostrzeżeń, które pokrywają okres czasu od r. 1713-go do 1891. W liczbie tej znajdują 25 przypadków, które ani operowane, ani też badane pośmiertnie nie były, wobec czego za wiarogodną uważać musimy cyfrę, podaną przez SCHMIDT'a.

Przypadek polski (A. SOKOŁOWSKIEGO) w statystyce ENGLISH'a uwzględniony nie był.

Dotyczy on 79-letniej kobiety, przybyłej

do szpitala Ś-go Ducha z objawami niedrożności przewodu pokarmowego, lecz bez objawów klasycznych: nerwobólu, opisanego przez HowSHIP'a i ROMBERG'a, nie było, a kończyny dolne mogły być poruszane we wszystkich kierunkach, nie wywołując takowego bólu. Rozpoznawano przepuklinę wewnętrzną, właściwe rozpoznanie zrobione było dopiero przy sekcji. W przepuklinie prawostronnej tkwił odcinek jelita cienkiego 5 cm. długi i odległy o 70 cm. od zastawki BAUHIN'a. Jelito tkwiło w worku bardzo mocno, choć nie było doń przyrośnięte. Stwierdzono zgorzel jelita i brak zapalenia otrzewny. Chora spędziła w oddziale 5 dni; operacji zaniechano ze względu na wiek podeszły i osłabienie pacjentki.

W ostatnim ośmioleciu opisano 6 nowych przypadków, operowanych w klinikach niemieckich; jeden z tych przypadków dotyczy mężczyzny, dotkniętego miażdżycą naczyń, który był operowany późno i zmarł po operacji na obrzęk płuc. Pozostałe spostrzeżenia dotyczą kobiet, operowanych pomyślnie. Z tej liczby sześciu objaw H. ROMBERG'a zanotowano 3 razy.

Za ten sam okres czasu znajduję w *Annals of Surgery* 3 odnośne publikacje: 2 z Ameryki, 1 z Londynu.

Wszystkie dotyczą kobiet w wieku lat 71, 73 i 78. Tylko jedna z chorych była operowana drogą laparotomii, przy rozpoznaniu niedrożności wewnętrznej; przy zabiegu znaleziono prawostronną, ścienną przepuklinę jelita cienkiego, którą odprowadzono. Początek niewątpliwe urazowy, nagły, gdy chora osunęła się ze stopnia schodów. Przypadek ten, opisany przez ELDER'a, skończył się pomyślnie. Zasługuje na zaznaczenie, że po odprowadzeniu jelita chciano zaszyć wejście do kanału, lecz odnaleźć go nie zdołano.

W drugiej publikacji HOTCHKISS z Nowego Jorku przedstawia przypadek, rozpoznany dopiero przy sekcji; i tu część ściany jelita cienkiego, odległa o 50 cali od zastawki BAU-

HIN'a, tkwiła w prawym kanale zasłonowym. Choroba trwała 3 dni przy objawach niedrożności przewodu pokarmowego, lecz w przeddzień zgonu dwa obfite wypróżnienia wywołane były przy pomocy enemy z gliceryny i terpentyny.

W obu tych przypadkach o objawie H. ROMBERG'a nie ma żadnej wzmianki.

„Casus“ Londyński, opisany przez GLADSTONE'a, dotyczy odkrycia przypadkowego w prosektoryum anatomicznem. W prawym kanale, pod m. zasłaniającym biodra zewnętrznym, w worku, 1½ cm. długim i 1 cm. szerokim, znajdował się złożony we dwoje jajowód; w lewym umocowany na samym początku kanału uchylek pęcherza moczowego. Cały pęcherz wraz z zanikłą macicą przeciągnięty wlewo. Jajowód uwięziony prawie dwa razy dłuższy od swego kompana.

Spostrzeżenie własne.

Łaja W. lat 45, zapisała się do szpitala Żydowskiego w Piotrkowie d. 5-go października 1906 r. w godzinach popołudniowych.

Kobieta wzrostu słusznego i bardzo dużej tuszy. Rodziła 5 razy: pierwszy raz w 21-ym, ostatni w 40 roku życia. Porody ciężkie, po 2 doby za każdym razem. Miesiączkowała zawsze prawidłowo. Przed rokiem doznawała bólu dotkliwego w górnej części prawego uda na przedniej i wewnętrznej powierzchni, chodzić mogła tylko z trudnością i utykając. Gdy różnorodne aplikacje pożądaney ulgi nie przynosiły, przestała się leczyć; ból trwał długo, póki nie ustąpił samorzutnie.

Wczoraj około południa, dopiero przed tygodniem ukończywszy normalną menstruację, dostała raptownie obfitego upływu krwi ze szpary sromnej w połączeniu z gwałtownym bólem brzucha. W nocy, przy nasilających się boleściach, zwłaszcza dołem brzucha, wymiotowała kilkakrotnie. Kału i gazów nie oddaje, bóleści występują napadowo. Język obłożony, lecz wilgotny.

Ciepłota 37.C., tętno powolne, równomierne. Brzuch kulisty, mało wzdęty i dosyć miękki, w skórze liczne zmarszczki i blizny po ciążach. Pętlic kiskowych przez powłoki brzuszne nie widać. Obmacywanie bolesne, zwłaszcza w punkcie Mc. BURNEY'a; tutaj mięśnie brzuszne dają silny odpór przy naciskaniu.

Ból w trójkącie podłonowym prawym, wzmagający się przy naciskaniu; większa jeszcze wrażliwość uciskowa w okolicy kanału udowego i wardze większej. W tkance tłuszczowej wyczuwają się tu powiększone i bardzo bolesne gruczoły chłonne; z tych jeden, najboleśniejszy i położony najgłębiej, leży przy ujściu zewnętrznym kanału. Po stronie lewej gruczoły tylko cokolwiek wyczuwalne i niebolesne wcale.

Ból w udzie zupełnie taki sam, jak przed rokiem. Badanie przez pochwę nie prowadzi do żadnych mniósłków.

Zastosowano okłady gorące, wlewania He-garowskie z wody ciepłej z oliwą i makowiec.

6. X. Wypróżnienia nie było, gazy nie przeszły. Brzuch wzdęty nie więcej, niż wczoraj, bólesci tylko chwilami; bolesność uciskowa przeszła w połowę lewą podbrzusza. Wymioty trwają, lecz występują rzadko, z pauzami kilkogodzinowymi. Język obłożony więcej, na twarzy sinawe wypieki. Tętno 80, ciepł. 36, 8°C.

Stwierdzono nadto, że bolesność największa dzisiaj w okolicy kanału udowego, zwłaszcza przy ujściu zewnętrznym; nmieszczone tutaj bolesne ciało robi wrażenie, jak gdyby częściowo tylko wystawało z kanału na zewnątrz. Dokładnemu zorientowaniu się w tej kwestyi przeszkadza gruba warstwa podskórnego tłuszczu.

Kończyna, zgięta w kolanie, szuka oparcia na sąsiedniej; próba rozprostowania, odwodzenia i skręcania ku zewnątrz sprowadza nieznośny ból w górnej części uda.

Postanowiono z operacją nie zwlekać dłużej, rozpoczynając ją od zbadania kanału udo-

wego, gdzie spodziewano się znaleźć jajowód lub jajnik.

Przy myciu chorej stwierdzono ponownie bolesność największą w okolicy kanału udowego.

Do pomocy stanął kolega WEINZIEHER, do narkozy kolega GÓRSKI.

W uśpieniu chloroformowem odsłonięto okolicę rzeczonego kanału i grzebykową, wyluszczając po drodze powiększone gruczoły, tkwiące w bogatym pokładzie podskórnego tłuszczu.

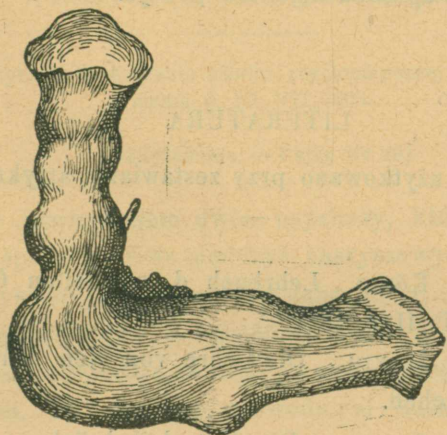
Obmacując dno rany, wyczuwano teraz pewien opór, mało zresztą wyraźny, w głębi uda pod mięśniem grzebykowym.

Nacięto więz Poupert'a nad kanałem udowym i, wprowadziwszy palec do miednicy (podotrzewnowo), natrafiono na twór powrózkowaty, przyczepiony jakoby do gałęzi poziomej kości łonowej. Badając dwuręcznie, z palcem w miednicy i drugą ręką w dnie rany, wyczuwano już wyraźnie między mięśniami uda guz, który robił wrażenie tłuszczaka. Rozięto powieź nawewnątrż od naczyń i, mocno rozciągawszy m. grzebykowy i przywodzący długi, odnaleziono w szparze pomiędzy nimi przykryty częściowo przez m. przywodzący krótki twór okrągławy, elastyczny, wielkości brzoskwini, barwy szaro-żółtej; poprzez gładką błonę zwierchnią przeświecała warstwa tłuszczu. By dostać się do guza, trzeba było rozrywać gruby pokład tłuszczu międzymięśniowego. Od góry twór ten umocowany był na szypule grubości małego palca.

Po wyważeniu na zewnątrz nacięto ścianę przednią, wypuszczając ciecz cuchnącą, ciemno-krwawą, pod którą znaleziono jelito cienkie o ścianie czarnej, matowej. Worek był gruby i składał się z dwóch błon gładkich, przedzielonych warstewką delikatnego tłuszczu. Pociągając jelito ku przodowi, z łatwością wydobyto kilkanaście centymetrów tegoż, przyczem stwierdzono obecność przewężeń bliznowatych w ścianie odcinka odprowadzającego oraz odle-

żyne po stronie przeciwnej. Między klampami DOYEN'a rezekowano część, uległą zgorzeli, wraz z częścią odcinka przewężonego i nałożono szew ciągły, jedwabny, odrazu. Poza linią cięcia pozostało jeszcze kilka przewężeń płyt-szych. Rezekowano przednią ścianę worka, nie otrzymując nigdzie krwawienia wyraźniejszego, tamponowano kanał, resztę rany zaszyto.

7. X. Twarz sinawa, oczy podkrążone, tętno słabe, znacznie przyspieszone. Brzuch miękki, lecz więcej wzdęty. Objawy okluzji trwają nadal. Do prostnicy wprowadzono gruby dren. Do 5-ej popołudniu obfite wymioty,



Rysunek z zasuszonej pętli, wyciętej przy operacji. Przewężenia w odcinku odprowadzającym.

raz nawet kałowe, lecz odtąd spokój; przez dren przeszły gazy. Boleści brzucha napadowo, lecz rzadziej.

Ciepłota 36,3° rano, 36,2° wieczorem.

8. X. Twarz lepsza, język oczyszcza się, bóleści słabsze i rzadziej. Gazy przez dren odchodzą dosyć obficie. Brzuch miękki, lecz jeszcze wzdęty. Krwotok macieczny ustąpił zupełnie. Tętno 115, Ciepłota 36,3°—36,5°.

9. X. Samopoczucie poprawia się. Wieczorem wypróżnienie. Tętno 120, lecz silniejsze. Ciepł. 36,6°—36,5°.

10. X. Brzuch w dolnej połowie jeszcze wzdęty, aczkolwiek gazy przechodzą ciągle.

Ciepl. 36,3°—36,2°, Tętno 114, pełniejsze i silniejsze.

11. X. Stan ogólny i samopoczucie coraz lepsze, zjawia się łaknienie. Tętno 92, ciepłota 36,2°—36,5°.

12. X. Wypróżnienie dosyć obfite i miękkie. Szew zdjęto, spojenie części zaszytych doraźne. Tętno 84, ciepłota 36,5°—37°.

15. X. Stan ogólny i samopoczucie bardzo dobre, brzuch miękki, niewrażliwy na uciskanie.

23. XI. Chora wypisuje się z zagojoną raną, przebywszy w szpitalu dni 50.

Włącznie z moim przypadkiem operowano w czasach ostatnich 8 przypadków przepuklin dziury zasłonowej z jedną tylko śmiercią. Obrzęk płuc, który był jej przyczyną, jest w statystyce ENGLISCH'a niezbyt rzadkiem powikłaniem po tych operacjach.

Ból, który dokuczał chorej, przeze mnie operowanej, przez czas dłuższy, identyczny z bólem obecnym, uzależnić musimy od tych samych przyczyn.

Przewężenia bliznowate na kiszce dowodzą same przez się, że była ona już nieraz w przepuklinie.

Obecność wyraźnej warstwy tłuszczu przedotrzewnowego w ścianie worka nie stwierdza teorii o przyczynowym tegoż tłuszczu zanikaniu.

Przed rokiem nie było objawów niedrożności przewodu pokarmowego, a zatem przepuklina wolna jest w stanie wywoływać objawy klasyczne wbrew twierdzeniu GRASER'a.

Krwotok macieczny, oczywiście odruchowy, oraz historia nerwobólu odwróciły moją uwagę od punktu istotnego, a obecność bolesnych i powiększonych gruczołów chłonnych, zależnych prawdopodobnie od podrażnienia tkanki przedotrzewnowej, zaciemniała jeszcze obraz choroby. Tętno również nie znamionowało okluzji. Dla tych przyczyn, operując z 24-rogodzinnem opóźnieniem, musiałem wyciąć uwięzioną pętlę.

Muszę również przyznać, że rozpoznanie istoty rzeczy miało miejsce dopiero podczas zabiegu, gdy kanał udowy okazał się pustym.

Łatwość, z jaką w czasie operacji wyczuwałem guz przepuklinowy przy badaniu dwuręcznem skłania mnie do wniosku, że myśl AUERBACH'a, który zachęca do tego badania, jest słuszna i zasługuje na szersze uwzględnienie. Trudno przypuścić, abyśmy w każdym przypadku mogli osiągnąć palcem tylnego pierścienia kanału zasłonowego od pochwy lub prostonicy, gdyż odległość tegoż od linii środkowej jest zmienna.

Co do sposobów operacyjnych, to w ostatnich czasach coraz więcej głosów przemawia za laparotomią, przeciw której głosowała energicznie większość autorów dawniejszych. Popierają laparotomię zwłaszcza uczniowie BARDENHEUER'a.

Istotnie, jeżeli rozpoznanie było mylne, nie robimy zbytecznego cięcia. W przypadkach przepuklin niekompletnych i odmiany 1) ENGLISCH'a możemy przepukliny od przodu nie odszuścić. Dalej laparotomia ma tę wielką zaletę, że pozwala operować radykalnie sposobem BARDENHEUER'a, polegającym na przytkaniu otworu wewnętrznego płatem kostno-okostnowym, zdjętym z kości łonowej. BARDENHEUER rozporządza jednym spostrzeżeniem, w którym po upływie sześciu miesięcy stwierdzono celowość zabiegu przy pomocy fluoroskopii. Sposób powyższy opisany był przez SCHWARZSCHILD'a; użyto go dla uleczenia chorej, która przeżyła trzy ataki ostrej inkarceracji, i innej, która dla tych samych powodów przeszła trzy laparotomie.

STRÄTER, wychodząc z założenia, że operujemy prawie zawsze na osobnikach starych i wyczerpanych, które źle znoszą usypianie, wy-

stępuje przeciwko trudniejszemu zabiegowi BARDENHEUER'a i podaje sposób własny, wykonany pod znieczuleniem miejscowem: wycina on z m. grzebykowego pasek, 8 cm. długi, $1\frac{1}{2}$ —2-ch szeroki, przywiązuje na igle tępej, podprowadza poza kość łonową podotrzewnowo i przeciąga przez kanał udowy na zewnątrz, by umocować na więzie POUPART'a.

Na trupie projektodawca stwierdził, że otrzewna unosiła się pagórkowato po stronie zoperowanej nad wejściem do kanału, gdy po przeciwnej istniało lejkowate zagłębienie nad *fossa ovalis*. Czy zabiegowi swemu poddawał żywych także i stwierdził na nich trwałą skuteczność sposobu tego, nie podaje.

LITERATURA

z której użytkowano przy zestawianiu artykułu.

- 1) KÖNIG. Lehrbuch d. speciellen Chirurgie, T. II. r. 1889.
- 2) MAYDL. Die Lehre von den Unterleibsbrüchen.
- 3) GRASER. Die Unterleibsbrüche.
- 4) SCHMIDT. Die Unterleibsbrüche.
- 5) LORENZ. Ueber Darmwandbrüche.
- 6) RIEDEL. Ueber acute Darmwandbrüche.
- 7) AUERBACH. Ein Beitrag zur H. O. Münch. M. W. 1900.
- 8) ENGLISCH. Ueber H. Obturatoria.
- 9) TREVES. A system of Surgery.
- 10) TREVES. Surgical applied anatomy.
- 11) STRÄTER. Radicaloperat. d. H. O. Zentralb. f. Ch. 1905.
- 12) ELDER. Report of a case of strangulated H. Obturatoria. Annals of Surg. 1900. II.
- 13) GLADSTONE. O. H. of the bladder and Fallopian tube. Annals of Surg. 1901. II.

14) HOTCHKISS. Strangulated partial enteroceles through the obturator foramen. *Annals of Surg.* 1904. I.

15) SOKOŁOWSKI A. Przypadek przepukliny dziury zasłonowej. *Gazeta Lekarska*, 1882 r.

Przyczynek do psychiatrii porównawczej

podał

Maurycy Urstein (Monachium).

Odczytano na zebraniu kliniki psychiatrycznej w Monachium d. 12. VII. 1906.

(Dokończenie. — Patrz Nr 29).

Stwierdziłem dwie psychozy, które dają się sprowadzić do nadużytych haszyszowych. Narkotyk ten jest wprawdzie zabroniony, przemycają go jednak w ogromnej ilości z Afganistanu i sprzedają za tanie pieniądze krajowcom. Atoli, ile psychoz spowodował haszysz, nie mogę powiedzieć.

Część mych niejasnych przypadków pragnąłbym położyć na karb tej przewlekłej intoksykacji.

Z innych etiologicznych momentów wspomnę jeszcze o przymiocie, ponieważ jest on między tubylcami, zwłaszcza pośród sartów i kirgizów, znacznie rozpowszechniony. Turkmeni twierdzą, że dopiero niedawno został do nich zawleczony. O ile się to zgadza z rzeczywistością, nie mogę rozstrzygnąć, jak również nie jestem w stanie podać rozpowszechnienia w danych procentowych. Skoro więc twierdzę, że choroba jest częsta, opieram się bardziej na wskazówkach tamtejszych kolegów, niż na własnym doświadczeniu. Niewątpliwym pewnikiem jest, że nie spotyka się syfilisu w jego

ciężkich formach, lecz ma on stale przebieg łagodny. Fakt ten wydaje się tem dziwniejszym, że ludzie mało korzystają z prawdziwej terapii. Przeważnie leczą ich partacze, lub obywają się oni bez wszelkiego leczenia. Jeszcze dziwniejsze jest to, że ogromnie rzadko odbija się on na układzie nerwowym. Tabetyków nie spotkałem, widziałem tylko w Bucharze jednego dostojnika z typowym bezładem.

Z 3 moich paralityków dwaj byli przedtem robotnikami przy kolei i ulegli wypadkowi, u 3-go pacjenta *status epilepticus* poprzedzał paraliż. Rozpoznania były robione naturalnie bez nakłucia lędźwiowego na zasadzie objawów psychicznych i somatycznych. Nie mogłem stwierdzić, czy przymiot poprzedzał cierpienie.

Bądź co bądź, faktem jest, że meta—i parasyfilityczne choroby zdarzają się nadzwyczaj rzadko. Jak sądzą, przymiot ma tam jakiś specjalny charakter, nie wiemy jednak, na czym polega ta osobliwość. Zresztą, zdaje mi się, iż, znając obecnie zarazek syfilisu, pytanie to będziemy mogli rozstrzygnąć z pomocą porównawczych morfologicznych studyów albo badaniem żywotności i toksyczności spirochetów. Przy rozstrzygnięciu kwestyi, sędzę, nakłucie lędźwiowe może być pomocne. Skoro przymiot rzuca się tam rzadziej na układ nerwowy, powinniśmy się spodziewać, że punkcja, która u naszych chorych daje wyniki dodatnie w drugim stadium, wypadnie tam ujemnie. Zapewne, przy rozstrzygnięciu tego pytania należy przyjąć pod uwagę, że alkohol nie odgrywa żadnej roli u tubylców, że się ani fizycznie, ani umysłowo zanadto nie natężają i są zabezpieczeni od niszczącej walki o byt, jak i od czynników, absorbujących układ nerwowy.

Na razie trudno rozstrzygnąć, czy wogóle i w jakim stopniu przyczyniają się do tego warunki klimatyczne.

Osobiście skłonny jestem do przypuszczenia, że klimat tamtejszy stanowi cenny moment

etiologiczny, i że właśnie dzięki niemu psychozy, spowodowane przewlekłym spożywaniem alkoholu i haszyszu, należą do rzadkości. Można sądzić, że niezwykle upały wywołują silne poty, i że towarzyszące im wydzieliny, usuwając z organizmu wielką ilość toksyn, przeciwdziałają ich nagromadzeniu się czyli kumulacji. Ponieważ trucizny znajdują się tylko krótki czas w organizmie, wywierają mniejszy wpływ na pojedyncze narządy, mniej je atakując. Musiałem sobie wciąż zadawać pytanie, dlaczego właściwie psychozy lub też oznaki chronicznego zatrucia zdarzają się tak rzadko, pomimo że użycie haszyszu przez krajowców, alkoholu zaś przez wiele tysięcy przebywających tam Rosyan jest tak bardzo rozpowszechnione. Gdyby się sprawdziły moje przypuszczenia, iż ilość wprowadzonych do organizmu szkodliwych czynników równa się mniej więcej ilości wydzielonych, to można sobie bardzo łatwo wytłumaczyć powyższe fakty, jak również rzadkie przypadki ciężkich objawów syfilitycznych. Z powodu ciągłego wprowadzania jądów komórki znajdują się stale pod określonym wpływem. Podrażnienie to wskutek braku działania kumulacyjnego nie wystarcza na wywołanie głębiej sięgającego uszkodzenia. Dodać należy, że z powodu silnej transpiracji zjawia się dręczące pragnienie, ogromna zaś ilość spożytych płynów (herbaty, arbuzów, owoców) działa niejako przemywająco na organizm. Być może, że w tenże sposób trzeba pojmować dodatni wpływ kąpieli stałych i koców a także fakt, iż przy *delirium tremens* po potach następuje zmniejszenie objawów zatrucia.

Co zaś do umysłowo chorych Rosyan, których widziałem w Azji Środkowej, liczba ich była niewielka, nie odpowiadając bynajmniej ogólnej liczbie mieszkańców. Na służbie miałem do czynienia z kilkoma tysiącami urzędników kolejowych oraz ich rodzinami, pomimo tego zebrałem zaledwie 30 przypadków, chociaż byłem w szczęśliwym położeniu, iż mogłem badać

wszystkich umysłowo i nerwowo chorych. W praktyce konsultacyjnej miałem najwyżej tuzin przypadków; nawet w małym oddziale dla obłąkanych, urządzonym przezemnie w Kasandzyku na prośbę generała Uljanina i dra WASILIEWA, przyjąłem zaledwie 16 pacjentów, która to liczba wydaje się bardzo małą, jeżeli się weźmie pod uwagę, że wszyscy funkcjonariusze kolei środkowo-azyatyckiej (około 2000 km. długości) byli mi przesłani na leczenie lub w celu określenia stanu choroby. U kobiet wielokrotnie spotykałem ciężkie histerye, u mężczyzn nerwice urazowe. Między trzema chorymi z cyrkularną psychozą znajdował się dziewięcioletni gimnazysta. W jednym przypadku katatonii stwierdziłem typowe napady epilepsji. Z 3 psychoz na tle przymiotu (2 kobiety) była jedna bardzo ciekawa, jako skombinowana z porażeniem BROWN-SEQUARD'a; chora dzięki energicznej specyficznej kuracji, została wyleczona. Widziałem również 3 pewne przypadki paraliżu postępującego: w jednym *status epilepticus* poprzedzał chorobę.

O ile mogłem stwierdzić, przybysze ci zrazili się jeszcze w Rosyi i nie byli poddani właściwej kuracji. Dwaj pacjenci byli przez długi czas maszynistami; służba ta z powodu złych warunków klimatycznych wymaga wiele wysiłku i tutaj właśnie należy do najbardziej wyczerpujących.

U jednego z sekciarzy skonstatowałem typową padaczkę psychiczną. Mieszkał on jako dróżnik w stepie, cierpiał od czasu do czasu na rozstrój, miał halucynacje i wstanie przyćmienia świadomości 'zabił sarta. Zapierał się wprawdzie czynu, lecz opowiadał, że w tym czasie, kiedy popełnione zostało przestępstwo, był on „smutny i widział twarze, wspinające się przez okno do jego chaty“. Znalaziono także w pobliżu trupa kawałek żelaza, który bez wątpienia należał do mordercy. Chory był kilka tygodni u mnie w oddziale; obserwowałem u niego niejednokrotne zawroty głowy

i ataki silnych bólów tejże. Był on nabożny, dobroduszny, grzeczny, w rozmowie kręcił się ciągle około tego samego tematu, wykazując typowy epileptyczny charakter i otępienie.

Z psychoz alkoholicznych widziałem tylko jeden przypadek abortryny *delirium tremens*.

Wreszcie chciałbym jeszcze krótko opisać wyniki badań, które przeprowadziłem w Krymie, a następnie w Królestwie Polskiem. W Symferopolu, gdzie bawiłem miesiąc, widziałem w doskonale urządzonym zakładzie dla obłąkanych około 500 chorych, z których sporą liczbę poddałem dokładniejszemu badaniu. Rezultaty były zupełnie podobne do osiągniętych poprzednio w kraju Zakaspijskim. Wybitniejsze zбочenia dają się łatwo ustalić, sami zaś ludzie, zwłaszcza mieszkańcy wsi rosyjskich, wydali mi się umysłowo tak ograniczonymi, że w porównaniu z przeciętnie rozwiniętymi mieszczanami muszą uchodzić za głupkowatych. Już mała tabliczka mnożenia lub elementarne pytania były dla nich problematem filozoficznym. Z naszego sanowiska, wyłączwszy symulacje lub umyślne, fałszywe odpowiedzi (*Vorbeireden*), możnaby uważać podobną nieznajomość najprymitywniejszych rzeczy za oznakę wysoce rozwiniętego defektu umysłowego; jednak byłoby przedwczesnem nazwać tych ludzi *a priori* głupkowatymi. Nie jest to ich wina, raczej wynika ze stosunków, w jakich się wychowali. Nie chodzą do szkoły i rzadko stykają się z rachunkami lub pieniędzmi. Nie są w stanie podać ani wieku, ani daty urodzenia, ponieważ krewni nie liczą lat, a pobór wojskowy odbywa się na zasadzie szacunku i wyglądu. Pory roku i miesiące nie są im znane, w najlepszym razie wymieniają najgłówniejsze święta. Cały ich zasób pamięciowy polega na codziennych modlitwach, też nie dla wszystkich dostępnych. Świadczy to już o pewnym stopniu inteligencji, jeżeli ktoś wie, do jakiej należy gubernii lub okręgu, takich zaś, którzyby umieli czytać lub pisać należy szukać z latarnią. Dane anemne-

styczne nie są ściśle lub wogóle nie do otrzymania, gdyż rodzina rada jest, gdy się pozbywa podobnego niedołęgi i nie potrzebuje się więcej o niego troszczyć. Rozeznanie i należyte osądzenie ostatecznych form otępienia przedstawia wielkie trudności. Nie wiadomo bowiem, ile w danym razie zawiniła choroba, jako taka, i co należy położyć na karb kultury.

W psychozach, które wogóle mają przebieg bardziej demencyjny, wpadło mi w oczy że stany podniecenia kształtują się gwałtowniej. Obłądów alkoholicznych naturalnie nie brak; u mieszczan widziałem pewną liczbę charakterystycznych cyrkularnych psychoz. Zaletą ciepłego klimatu jest, że chorzy mogą miesiącami przebywać na świeżem powietrzu w drewnianych szopach. Często udaje się już na odległość zrobić rozpoznanie, ponieważ katatonicy nie zwracają żadnej uwagi na mnóstwo obsiadających ich much oraz komarów. Z wielu pokazywanych mi paraliżów postępujących częściej niewątpliwie należy do otępienia przedwczesnego, inna zaś—do przymiotu mózgu. Remisyje są podobno dość częste w paraliżu postępującym i tej formie psychozy, którą musimy zaliczyć do katatonii. Specyjalnego jednak znaczenia tym danym nie przypisuję; dla paraliżu ze względów dyagnostycznych, a w przedwczesnem otępieniu dlatego, że właśnie te braki umysłowe, które u naszych chorych są w czasie remisji charakterystyczne, jako pozostałość przebytej choroby, tu często już normalnie się zjawiają. Najwyżej więc można mówić o ustąpieniu wybitniejszych objawów katatonii.

Skłonności do samobójstwa też były dość rzadkie, który to fakt stwierdziłem również w Warszawie i Kochanówku (pod Łodzią). Byłem ogromnie zdziwiony, widząc, jak wielką swobodę pozostawiają chorym, którzy w Heidelbergu lub wogóle w Niemczech uchodzą za najskłonniejszych do samobójstwa i wymagają jaknajściślejszego nadzoru. Typowi melanco-

licy, chorzy depresyjni z afektem bez zahamowania, cierpiący na obłąd alkoholyczny z wybitnymi ideami prześladowczymi i urojeniami zmysłowymi nie bywają strzeżeni, pozostawiając w ogrodach lub celach a także kuchniach, gdzie rozporządzają nożem lub materiałem palnym.

Powyższy niewątpliwie ciekawy fakt spowodowałbym do tego, że uczucie niezadowolenia i nieudolności u tych chorych nigdy nie osiąga wielkich rozmiarów. To samo dotyczy bredzeń mikromanijnych i wyrzutów sumienia. Samoudręczenia i samooskarżenia, uczucie niedomagania i wewnętrznej pustoty, przykre myśli i zły humor oraz stany bojaźliwe zjawiają się u niektórych pacjentów, ale chorzy nie uświadamiają sobie należycie tych chwil. Wgółę pacyenci są zadowoleni ze siebie, i tego rodzaju skargi, że chory nie ma celu w życiu i zadowolenia z istnienia, że do niczego nie dojdzie, do niczego nie jest zdolny, nie może dłużej żyć, bywają wprawdzie przez pacyenta wygłaszane, nie wyprowadza on jednak ze swych urojeń naturalnych wniosków.

Należy jeszcze rozstrzygnąć, czy to zależy od niższego poziomu umysłowego oraz kulturalnego, w każdym razie to nam może wyjaśnić rzadkość rozmyślenia o śmierci. Trzeba atoli zaznaczyć, iż objaśnienie to stosuje się tylko do przypadków, w których samobójstwo staje się rezultatem z góry ułożonego planu, albowiem wiemy, iż często bywa ono następstwem impulsywnego czynu.

U chorych, których widziałem w Warszawie i Łodzi—było ich około 700—objawy występowały w tem samym natężeniu, w tejże częstotliwości i obfitości, co tutaj. Największy odsetek

dało otępienie przedwczesne ze swemi 3 grupami. Zdawało mi się też, że niema różnicy w częstotliwości objawów u kobiet i mężczyzn. Pojedyncze formy chorobowe przedstawiały już wielostronniejszy wygląd i bogatszy obraz. Treść urojeń była wogóle nieco uboższa; zależy to zapewne od niższego rozwoju kultury. Psychozy cyrkularne rozpoznawano rzadziej, może zbyt często stwierdzano paraliż postępujący. Obłąd degeneracyjny zdarzał się częściej, niż np. w Heidelbergu.

Mnóstwa niespodzianek doznaje się u semitów. Widziałem pacjentów, u których stwierdzano przez całe miesiące wszystkie charakterystyczne objawy katatonii, a później chorzy okazywali się cyrkularnymi. Nawet tam, gdzie rozpoznanie obłądu cyrkularnego nie napotykało na żadne trudności, znajdowałem często kompleksy objawów katatonicznych, jako to typowe halucynacje, koszmary, zmanierowanie, zanieczyszczanie się kałem, katatoniczny sposób podawania ręki, fantastyczne bredzenia, jakie spotykamy w paraliżu postępującym, echolalię i echopraksję, katalepsję, stereotypowość, i nawet bredzenia na tle fizykalnem. Formy t. zw. mieszane (*Mischzustände*) były daleko częstsze i odznaczały się długotrwałością.

Nie wchodzę tu w bliższe rozpatrzenie pytania, czy semici, naród dziedzicznie bardziej obarczony, łatwiej przewyciężają niepomyślne pod względem prognozy objawy, gdyż mam zamiar tę kwestję poddać specjalnym badaniom; nie ulega jednak wątpliwości, że psychozy, zwłaszcza cyrkularne, mają u nich przebieg nietypowy.

WYKŁAD KLINICZNY.

V. BLUM.

O cięgotce (priapismus).

We wstępie do właściwego wykładu o cięgotce wogóle podaje autor opis dwóch jej przypadków, które poznajamią z przebiegiem omawianego cierpienia i zarazem stanowią pierwowzory dwóch głównych grup jego: cięgotki ostrej—białaczkowej oraz cięgotki przewlekłej—nerwowej. W krótkości przypadki te przedstawiają się tak:

1) *Priapismus leukaemicus*. Chory lat 20-u zbudził się nagle w nocy z silnem naprężeniem członka, które nie ustąpiło nawet po oddaniu moczu, naprężenie to oraz towarzyszące mu ciągnące bóle w jądrach zmusiły chorego do pozostania w łóżku. Ani lodowe, ani ciepłe okłady usunąć stanu tego nie mogły. W chwili kiedy chory zdecydował się wreszcie szukać pomocy w szpitalu upłynęło już dni sześć—przez cały ten czas prącie było w nieustannem naprężeniu—aczkolwiek pożądania płciowego ani zmas przytem nie było. Pomijając inne dane, dotyczące się stanu ogólnego, wynotowujemy tutaj tylko ogromne powiększenie śledziony (28 ctm. długości—24 ctm. szerokości), powiększenie gruczołów limfatycznych, zwłaszcza pachwinowych, pachowych oraz nadobojczykowych prawych. Przy badaniu krwi stosunek białych ciałek do czerwonych zaznaczył się cyframi 1:5 (565,000 biał. : 3,235,000 czerw.).

W moczu ślady białka, w osadzie liczne komórki płaskie, białe ciała krwi i znaczna ilość kryształików kw. moczowego.

Stercz *per rectum* normalny. Prącie w stanie nader silnego naprężenia, twarde niby kość—sięga prawie do pępka—długość jego 21 ctm. Obmacywanie wykazało, że erekcyja człon-

ka spowodowana była głównie wypełnieniem ciał jamistych prącia (*corp. cavernos. penis*), tępe bowiem zakończenia tych ostatnich wyraźnie wyczuwać się dawały poprzez zupełnie miękką i w połowie przez normalny napletek pokrytą żołądź. Ciało jamiste cewki (*corp. cavern. urethrae*) miękkie, podatne. Skóra prącia prawidłowa.

Pomimo wszelkich stosowanych tu środków (lód, kąpiele, roentgenoterapia) cięgotka w przypadku tym trwała bez przerwy przez dni 26. 26-go dnia zauważono w środku długości prącia miejsce miększe, w którym stwierdzić się dało chęłbotanie. Zrobiono przekłucie próbne. Aspirowany płyn pod drobnowidzem okazał się osoczem bardzo ubogiem we włókniak, z licznymi czerwonymi ciałkami krwi w stanie rozpadu, z resztkami ciałek białych oraz z licznymi ziarenkami (*granula*), wreszcie stwierdzić się też tu dały liczne kryształiki BÖTTCHER'owskie.

Z biegiem czasu naprężenie prącia z wolna poczęło ustępować, u nasady tylko członka długo jeszcze notować się dawała pewna twardość (*induratio*). Chory opuścił szpital po 9-o tygodniowem trwaniu cięgotki.

Naświetlania RÖNTGEN'owskie śledziona, kości i prącie ani na skład krwi, ani na naprężenie członka widocznego wpływu nie wywierały. Stwierdzono jedynie, że pod ich wpływem śledziona zmniejszyła się do $\frac{1}{3}$ poprzedniej swojej wielkości.

2) *Priapismus chronicus nocturnus. Prostatitis chronica. Neurosis sexualis*. Chory lat 34-letni. Między 15-ym a 17-ym rokiem życia od czasu do czasu *masturbatio*, — później częste zmasy nocne. W 26-ym roku życia żeni się. Stosunki płciowe w pożyciu małżeńskim odbywają się normalnie. Od dwóch lat dopiero uskarża się, że co noc około godziny 12-iej nad ranem budzi się skutkiem silnego, bolesnego, aż do rana (do wstania) trwającego na-

prężenia prącia; po ustaniu czuje się bardzo osłabionym—sądzi, że osłabienie owo ze względu na to, że po naprężeniu takim znajduje zawsze u ujścia cewki kilka kropel szklatego lepkiego płynu (*Urethrorrhoea ex libidine*), — jest skutkiem nasieniotoku. Naprężenie takie zjawia się choćby i po kilkakrotnem uprzednio spółkowaniu, a nawet dotkliwiej wtedy się odczuwa. W czasie takiej cięgotki nocnej chory nie ma pożądania płciowego — a jeśli nawet spółkuje, to wytrysk nasienia albo wcale miejsca niema, albo, jeśli bywa, to na krótki jedynie czas ją miarkuje. Chory nadto uskarża się na nerwowość, chudnienie w ciągu ostatnich dwóch lat i na zaparcie stolca. Rzeżączki nigdy nie przechodził. Badanie zmian chorobowych nigdzie nie wykazuje, stwierdzić się jedynie daje znaczna nadeżłość błony śluzowej cewki, zwł. w okolicy sterczu. Stercz na ucisk bardzo wrażliwy, lecz konfiguracyi prawidłowej—przy ucisku nań wypływa nieco wydzieliny prostatycznej.

Cięgotka, jak wiadomo, cechuje się nadmiernie długo t. j. ponad zwykłą normę trwającym, a często i bardzo uporezywym stanem naprężenia prącia. Stanowi takiemu bądź to towarzyszy uczucie popędu płciowego, bądź też ujawniać się on może i niezależnie od tegoż, wreszcie i trwać dalej po dokonaniem już spółkowaniu. Nie należy jednak stanu tego utożsamiać z *satyriasis* czyli obłędem lubieżnym, znamionującym się chorobliwie spotęgowanym popędem płciowym (*Libido sexualis*) — aczkolwiek zdarza się i tak, że oba te stany istnieją jednocześnie u tegoż samego osobnika.

Prawidłowe naprężenie prącia (*erectio*) może przejść w stan priapizmu bądź to pod wpływem czynników chorobowych, naśladujących niejako mechanizm naprężenia normalnego—bądź też skutkiem tego, że pobudka nerwowa, która wywołała naprężenie, przyjmuje charakter więcej upartego, drażniącego wpływu nerwowego. Naprężenie członka, jak wiadomo, polega na wypełnieniu krwią przestrzeni ciał jamistych, co jednak warunkuje się z jednej strony spotęgowanym dopływem krwi drogą tętnicy głębokiej prącia (*art. profund. penis*), z drugiej zaś jednocześnie znacznie utrudnionym odpływem jej przez żyły (*vv. profunda et dorsalis penis*). Pobudka zaś nerwowa, za oddziaływaniem której

naprężenie ma miejsce, bierze źródło swe bądź w mózgu, bądź w rdzeniu, bądź wreszcie w *nervi erigentes*.

Ze strony mózgu naprężenie prącia powstaje drogą wrażeń wzrokowych, idei erotycznej i t. p. (aczkolwiek oddziaływanie mózgowe może zaznaczać się i w kierunku wprost przeciwnym, t. j. może ono hamować albo raczej usuwać erekcyę już powstałą).

Ze strony rdzenia erekcyja powstaje wskutek urazów, uszkodzeń oraz wstrząśnięć tegoż *resp.* podrażnienia prądem (elektrycznością) ośrodkowa erekcyjnego, w części lędźwiowej rdzenia siedlisko swe mającego.

Podrażnienie *nn. erigentes*—skutkiem tarcia żołądźci, zapalnych stanów prącia i cewki a nawet wypełnienia pęcherza moczowego podczas snu—również wywołuje naprężenie prącia drogą oddziaływania zwrotnego na rdzeń.

Czy oddzielne ciała jamiste posiadają też oddzielne nerwy, że pod wpływem podrażnienia obwodowego ciała jamiste prącia (*corp. cavern. penis*) mogą się napręzać niezależnie od ciała jamistego cewki i żołądźci (*corp. cavern. urethrae*), jak dotąd, nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte.

Bądź jak bądź, w niektórych postaciach erekcyi fizyologicznej, jak nad ranem skutkiem wypełnienia pęcherza moczowego—jak również w większości przypadków priapizmu pochodzenia czy to obwodowego, czy to ośrodkowego spostrzegać się daje, że w naprężeniu członka główną rolę odgrywają ciała jamiste prącia bez widocznego współudziału takiegoż ciała cewki i żołądźci.

Zjawisko to objawia się w dwojaki sposób: albo wyżej właśnie wspomnianą oddzielnnością nerwów dla odnośnych ciał jamistych—a więc cięgotkę białaczkową, przy której zawsze tylko ciała jamiste ulegają naprężeniu, możnaby uzasadnić uciskiem obrzniętych gruczołów chłonnych na *nn. erigentes*—albo szczególnym mechanizmem odpływu krwi żyłnej. Według HENLE'go możliwość naprężenia prącia opiera się na skurczu mięśnia poprzecznego krocza głębokiego; przez mięsień ten przechodzą żyły, drogą których ciała jamiste prącia z krwi się opróżniają. O-tóż jeśli odpływ ten krwi skutkiem skurczu wspomnianego mięśnia będzie zahamowany, to w stanie wypełnienia znajdują się tylko ostatnio

wymienione ciała, a więc bez współudziału ciała jamistego cewki i żołądździ, których krew odpływa za pośrednictwem żyły grzbietowej prącia (*v. dors. penis*)—z tą i ową nierównomierną wypełnieniem ciał jamistych prącia i cewki.

Stosownie do przyczyny wywołującej, przypadki cięgotki dają się podciągnąć pod trzy kategorie, a mianowicie: do 1-ej z nich, wzorując się niejako na naprężeniu prącia, wywołwanem u trupa nastrzykiwaniem tętnicy prącia głębokiej (*art. prof. penis*) — należy zaliczyć przypadki jej, spowodowane miejscowymi zmianami chorobowymi w samym prąciu, czy to w skutek urazu, czy zapalenia — wypełnienia ciał jamistych zakrzepem (*thrombosis*), ropieniem w nich, nacieczeniem nowotworowem i t. p.; do kategorii drugiej włączyć należy przypadki, spowodowane zaburzeniami w ośrodkowym układzie nerwowym, bądź to przegrody organicznej, bądź czynnościowej (funkcyjnalnej); w zakres trzeciej wreszcie kategorii wchodzi przypadki, spowodowane zatruciami, chorobami zakaźnymi oraz ogólnie - ustrojowymi (konstytucyjnymi — w tej grupie pozostaje jednak do rozstrzygnięcia, czy moment wywołujący kryje się w afekcji miejscowej, czy też w ośrodkowym układzie nerwowym).

Pozatem możnaby jeszcze przypadki cięgotki podzielić na poczynające się ostro z następczym upartem trwaniem oraz przewlekłe — ujawniające się napadowo.

1) Cięgotka jako następstwo zmian miejscowych w ciałach jamistych. Tutaj przedewszystkiem zaliczają się przypadki cięgotki, powstające niejako drogą mechaniczną — wskutek zmian zapalnych. W przypadkach przeto rzeźączki, w których sprawa dochodzi do głębszych zmian zapalnych, jak *periurethritis*, do nacieczenia ciała jamistego cewki, albo też w innych przypadkach do ropnego zapalenia ciał jamistych prącia (*corp. cavern. penis*), pojawia się zazwyczaj bolesna cięgotka, zależna głównie od silnego wypełnienia ciał jamistych ropą (*cavernitis*). Zapalenie takie (*cavernitis*) może też pojawiać się w postaci przewlekłej i takimże cechować się przebiegiem (zmianami).

Ropienie w ciałach jamistych może też

być następstwem zakażenia wylewu krwawego (*haematoma*), albo też zakrzepów, w nich siedlisko swe mających. W przypadku np. ROKITAŃSKY'ego członek po śmierci nawet pozostał w stanie silnego naprężenia wskutek zropienia zakrzepu ciał jamistych prącia w przebiegu białaczki.

W przypadku DEMARQUAY'a, opisanym przezeń jako *penitis*, ciała jamiste członka wogóle usiane były ogniskami ropnemi; od ropienia ocalały u nich jedynie tętnice, włókna mięśniowe i sprężyste. *Cavernitis* w przypadku tym było następstwem zakażenia po nacięciu ropnia gruczołu COWPER'a. W przypadku tym członek był mocno czerwony, naprężony, od spodu bolesny — moczenie utrudnione, połączone z bólem. Wraz z zapaleniem ujawniła się tu cięgotka. W następstwie pomimo pomocy chirurgicznej wywiązała się tu ropnica, i przypadek ten zakończył się zejściem śmiertelnem.

W innych przypadkach *cavernitis* ropne *resp.* i towarzysząca mu cięgotka zapalna były następstwem owróżdzeń żołądździ i napletka zwykłej lub, jak w przypadku NEUMANN'a, żrącej (fagedenicznej) przyrody.

Nacieczenia nowotworowe również mogą się stać przyczynami priapizmu. NEUMANN opisuje przypadek taki, po części zależny od *cavernitidis*, po części od sprawy nowotworowej: u kowala, lat 50 liczącego, który przez 31 dni do zgonu dotknięty był priapizmem, oględziny pośmiertne stwierdziły rozszerzenie się raka z pęcherza moczowego na ciała jamiste, t. j. zwyrodnienie rakowate tych ostatnich obok stanu zapalnego ze sposoczeniem. MAURER i WEBER notują przypadki priapizmu wskutek przerzutów mięsakowych w ciałach jamistych — niekiedy *gummata syphilitica* także spowodują stan pewnej sztywności członka. Niekiedy znów wylewy krwawe w ciała jamiste po urazach, upadnięciach — (raz nawet postrzał) stają się przyczyną omawianych przypadłości.

Zaburzenia dotyczące się krwioobiegu, *resp.* zakrzep, niejednokrotnie stają się powodem cięgotki. Pominąwszy tu cięgotkę białaczkową, spowodowaną zakrzepem ciał jamistych, takież zakrzep, (*resp.* cięgotka) w ciałach jamistych prącia powstaje niekiedy

po nadużyciach płciowych oraz po urazach członka podczas naprężenia tegoż. W niektórych przypadkach utrudnionych prób spółkowania a także przy tak zwanem złamaniu prącia (*fractura penis*) obserwować się daje uparta erekcja, objaśniana również zakrzepem.

MACKIE przypadek bolesnej cięgotki u pewnego osobnika 70-letniego przypisuje pęknięciu (ruptura) ciał jamistych prącia, ze względu na to, że powstało ono przy usilnych próbach spółkowania i że po nacięciu ciał tych wypłynęła znaczna ilość krwi. Pęknięciu naczyń w przypadku tym miały sprzyjać zmiany miażdżycowe, w nich już istniejące.

Podobne przypadki przytaczają BIRKETT, CALLOWAY, CRAGO, MARI i inni.

Zdaniem GOEBEL'a w niektórych przypadkach cięgotka objawia się pęknięciem naczynia *sub coitu*: krwotok w ciało jamiste staje na przeszkodzie odpływowi krwi, sprzyja zastawianiu się jej *resp.* krzepnięciu.

Niektóre przypadki cięgotki, które GOEBEL pragnąłby podciągnąć pod nazwę cięgotki samoistnej (idiopatycznej), t. j. jakoby powstającej bez widocznej przyczyny—zdaniem autora—pod nazwę tą chyba podciągnąć się nie dają, we wszystkich niemal bowiem tego rodzaju przypadkach w podłożu jej dają się wykazać bądź to zaburzenia cyrkulacyjne, wpływ urazu, bądź też dają się one postawić w zależności od innej określonej przyczyny.

2) C i ę g o t k a p o c h o d z e n i a o s r o d k o w o - n e r w o w e g o. Zgodnie ze spostrzeżeniami, na zwierzętach czynionemi, że podrażnienie niektórych części mózgowia, jak *pedunculi i pons* (ECKHARD) rdzenia (GOLBA) albo też *nn. erigentes*, (biorących początek z II-ej i III-ej pary nerwów krzyżowych)—wywołuje naprężenie prącia, badania wykazały, że w niektórych cierpieniach ogniskowych mózgu, właśnie w zakresie sfery płciowej tegoż siedlisko swe mających, powstaje uparta cięgotka.

Według HIRD'a cięgotka wogóle zależna jest od zmian, w ośrodkowym układzie nerwowym zachodzących (mózdzek, rdzeń), ogólnie np. znane są przypadki priapizmu po uszkodzeniach kręgosłupa *resp.* rdzenia. W przypadku BECK'a *commotio medullae* lub jakichkolwiek zmian strukturalnych wykazać się dających rdzeniu stało się powodem upartej cięgotki.

U chorego tego stwierdzić się dało porażenie nerwów czuciowych i ruchowych aż do wysokości IV-go odstępu międzyżebrowego, członek w przypadku tym, bez świadomości (odczuwania) o tem chorego znajdował się w stanie naprężenia—lecz naprężenie to nie było następstwem podrażnienia ośrodka erekcyjnego—a jedynie oznaką porażenia.

O tem łatwo było się przekonać, jeśli bowiem chory leżał nawznak z członkiem, należyście podpartym, to naprężenie tegoż *resp.* wypełnienie krwią stopniowo ustępowało: skoro jednak tylko chory obrócił się na bok lub ułożył na brzuch, ciała jamiste znów silnie wypełniały się krwią—członek więc przedstawiał się znów w stanie naprężenia.

Tutaj też zalicza się naprężenie prącia—cięgotka tak często spostrzegana u ludzi kończących życie przez powieszenie, a nieraz jeszcze trwająca po śmierci. Przyczyna jej tu kryje się bądź to w zmianach strukturalnych (anatomicznych) rdzenia, bądź też w zaburzeniach w krwiobiegu jego, ewent. w zatruciu krwi kwasem węglowym.

Spostrzega się cięgotka w zwichnieniach i złamaniach kręgosłupa—skutkiem których powstaje ucisk na rdzeń,—w przypadkach zapalenia tegoż (zwl. *myelitis traumatica*), w wyznaczeniach w substancję rdzeniową (*haematomyelia*) i jako wczesny objaw władu (*Tubes dors.*).

Ośrodek erekcyjny leży, jak wiadomo, w lędźwiowej części rdzenia, a uszkodzenia tego ostatniego, jakieby powyżej części tej miały miejsce—zwłaszcza w części szyjowej, pociągają za sobą zazwyczaj cięgotkę (THORNBURN, LEYDEN, GOLDSCHIEDER).

Cięgotka pośmiertna zawdzięcza źródło swoje wpływowi naczynioruchowemu jeszcze za życia i dalszemu po śmierci trwaniu stanu wypełnienia krwią żylną ciał jamistych.

Poza cięgotką jednak, spowodowaną zmianami strukturalnemi w ośrodkowym układzie nerwowym, istnieje jeszcze spora grupa przypadków cięgotki czynnościowej (funkcyjnej), wywołanych swoistą newrozją—jak np. przytoczony powyżej przypadek drugi. Dla tej to właśnie grupy przypadków REICHLIN w miejsce dotąd często stosowanej nazwy *priapismus amatorius* (DARWIN) proponuje nazwę *priapismus chronicus nocturnus*.

Cięgotka w tej postaci—jako cierpienie przyrody funkcyjnalnej, może pojawiać się ostro i przejściowo albo też przybierać charakter napadowo-nawrotny przewlekły.

Tutaj też należą przypadki pobudzenia płciowego z upartą następnie cięgotką u psychopatów. Także nadmierna praca umysłowa staje się nieraz u neurasteników powodem cięgotki.

PEYER np. obserwował przypadek, w którym pewien urzędnik każdorazowo po wyczerpującej pracy umysłowej nocnej dręczony był cięgotką; MATHIEU znów notuje przypadek, w którym neurastenik bez widocznej przyczyny przez dwa miesiące doświadczał bolesnej cięgotki.

Szczególnym też może wydawać się fakt, opisany przez MANASSEIN'a, że u całego pułku wojska ni zdtąd ni zcwąd pojawiła się cięgotka, którą z wielkim kłopotem udało się usunąć dopiero po podaniu wszystkim żołnierzom owego pułku silnego środka przeczyszczającego.

Do tejże grupy priapizmu funkcyjnalnego zalicza autor przypadek cięgotki (opisany przez

LANG'a) u 40-letniego chorego, z objawami ogólnej nerwowości, alkoholika, który od 18 roku życia często ze względu na zajęcie musiał dosiadać konia i który od owego a może i dawniejszego jeszcze czasu dręczony bywa cięgotką. Do tejże grupy zalicza B. przypadek MAINZER'a: 42-letni osobnik od 4 lat co zimę doświadcza napadów cięgotki, powtarzającej się przez 10—14 nocy; raz nawet napad taki trwał przez dwa dni i dwie noce zrzędu—ostatnio zaś po dziewięciodniowym trwaniu zakończył się wyzdrowieniem sam przez się.

W niektórych jednak przypadkach tego działu—zwł. takich, jak ostatnio przytoczone—w podłożu neurozy, jakiej cięgotka jest wyrazem, odnaleźć się dają przyczyny, gnieźdzące się bądź to w ośrodkach nerwowych, bądź u obwodu. Do takich należą stany zapalne cewki i jej gruczołów, *prostatitis* z nadczołnością całej cewki moczowej, stany kongestyjne narządu moczowego—jakie zwykle spostrzegają się przy przerostach sterczu—stany podrażnienia przyrody bądź to czynnościowej, bądź organicznej ośrodka erekcyjnego w rdzeniu.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

40. Souligoux. Pęknięcie macicy w 8-m miesiącu ciąży, wdrążenie płodu i łożyska do jamy brzusznej, wyzdrowienie. Ekstirpacja płodu oraz macicy w 9 miesięcy po wypadku.

25-letnia kobieta, zamężna od 2 lat, raz jeden roniła w 6 tygodniu po wypadnięciu z łóżka. W 8 miesiącu drugiej ciąży uległa znów wypadkowi. Przewrócona przez furę ładową upadła na prawy bok. Po urazie nie straciła przytomności, sama podniosła się, lecz doznawała silnych bólów w brzuchu. Wydzieliny z pochwy żadnej nie zauważyła. W 2 godz. po wypadku lekarz skonstatował złamanie obojczyka

i jednego żebra, wzdęcie oraz bolesność przy dotykaniu brzucha. Po południu krwawe wymioty, zatrzymanie stolca i moczu, duszność, sinica, gorączka. Rozpoznano *peritonitis* i zastosowano odpowiednie leczenie. Od chwili urazu ciężarna przestała odczuwać ruchy płodu. Stan był bardzo poważny przez 5 dni, potem nastąpiła poprawa w samopoczuciu, zjawiał się pokarm w sutkach, po miesiącu powróciła miesiączka, i po kilku tygodniach pacjentka czuła się zdrową. Żadnej wydzieliny z pochwy nie zauważyła. Od czasu owego urazu peryody obfitsze, niż poprzednio.

Pacjentka czuła się zupełnie dobrze, zauważyła jednak guz w jamie brzusznej i dla usunięcia tego guza zapisała się do szpitala. Wymacano w lewej połowie jamy brzusznej guz, przypominający wielkością i konturami płód donoszony. Główkę płodu wymacano *in fossa iliaca sinistra*. Na szczycie guza wymacano pośladki. Chorą skierowano do szpitala z rozpoznaniem: *Ruptura sub graviditate ectopica*. Badanie palpacyjne niebolesne, z powodu wiotkości ścian brzusznych bardzo łatwe.

Obok płodu wymacano wielkości mandarynki macicę, odepchniętą ku stronie prawej. Badanie radiograficzne doskonale uwidocznili płód. 9. VIII laparotomia. Błony jaja płodowego były zrośnięte z otrzewną ściany brzusznej, ze siecią i z kiszki. Udało się zrosty te

usunąć po większej części na tępo. Ponieważ dolna część worka płodowego była zrośnięta z tylną ścianą macicy oraz prawostronnymi przydatkami, usunięto je, amputując macicę. Znaleziono albowiem w ścianie macicy dziurę po dawniejszem pęknięciu, przez którą płód wdążył do jamy brzusznej.

SOULIGOX obawiał się chorą narazić na niebezpieczeństwo nowej ciąży przy tym rodzaju uszkodzenia macicy. Dla bezpieczeństwa do zabiegu DOUGLAS'a wprowadzono sączek z gazy. Wyzdrowienie.

Płód żeński, ważył 2500 gr., łożysko było żółtawe, bardzo kruche.

(La Gynécologie 1906, N. 5 p. 399).

Fr. Neugebauer.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Protokoł posiedzenia sekcji neurologicznej
z dnia 16 maja 1907 r.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 29).

WIZEL przedstawił 18-o letniego histeryka, u którego napady histeryczne występowały pod postacią depresji, przygnębienia oraz osłupienia (stupor) z następczą amnezyą. Tenże chory miewał napady snu histerycznego, napady mroku histerycznego oraz napad ślepoty z następczą amnezyą. Przy badaniu somatycznym stwierdzono *hemianaesthesiam sensitivo-sensorialem sinistram*. Prócz amnezyi, dotyczącej napadów, stwierdzono u niego amnezyę międzynaпадową pod postacią t. zw. *amnésie continue* (Janet).

Wyłączywszy w danym przypadku pałaczkę oraz psychozę maniakalno-depresyjną, WIZEL przychodzi do przekonania, iż miał tu do czynienia z czystą, jakkolwiek bardzo oryginalną postacią psychozy histerycznej.

STERLING zapytuje, czy występowało w danym przypadku Vorbeiren, dziwi się, iż mówca o tem zapomniiał wspomnieć.

HIGIER, nie uznając w zasadzie psychoz histerycznych, zgadza się z rozpoznaniem mówcy, przypomina, iż amnezyę, Vorbeiren spotykał w polineuritach.

ŁAPIŃSKI zapytuje o stan psychiki, przypuszczając w danym przypadku nie psychozę histeryczną, lecz otępienie wczesne.

Dr A. WIZEL i dr M. BORNSTEIN. Przypadek afazy czuciowej.

Chory J. R., lat 27, zapisany został do oddziału psychiatrycznego 20. II. 07. 6 tygodni przedtem chory wyszedł z cytadeli po 10-o tygodniowym zamknięciu. Tam został potłuczony tak, że skarżył się na bóle głowy i wskazywał bliznę na czaszce w okolicy ciemieniowej ze strony lewej. W tydzień później, t. j. na 5 tygodni przed zapisaniem się do szpitala, dostał nagle napadu drgawek; napad trwał 15 m., poczem chory zasnął; kiedy się ocknął, był nieprzytomny. Następnego dnia matka zauważyła niedowład prawej dłoni i palców; chory nic nie mówił prawie przez tydzień; po tygodniu zaczął bełkotać niezrozumiale, zaś w 3 tygodnie mówił już prawie zupełnie dobrze. Jednocześnie podobno wróciła władza w prawej dłoni, i chory wpadł w dobry humor: śmiał się często, śpiewał

14 lat temu miewał kowotoki płucne, 7 lat temu *lues. Ganorrhoea chronica*. W jesieni r. z. chory według słów lekarza, który znał go dawniej, opowiadał rzeczy, budzące pewne wątpliwości co do jego normalnego stanu psychicznego.

St. praes 22. II. 07. W narządach wewnętrznych żadnych anomalii nie stwierdzono. Co dotyczy stanu nerwowego, to stwierdzono, co następuje. Na czaszce, na lewej kości ciemieniowej na granicy z okolicą skroniową blizna, idąca skośnie z góry na dół i z tyłu ku przodowi, długości około $2\frac{1}{2}$ ctm., ruchoma, przy uderzaniu bolesna. Prawa dłoń słabsza od lewej. Odruchy z *triceps* i *periosteum* z lewej strony żywsze, niż z prawej. Odruch brzuszny z obu stron dość żywy, bez wyraźnej różnicy. Odruch jądrowy z obu stron b. żywy, z prawej może żywszy.

Co do kończyn dolnych, lewa może nieco słabsza od prawej (?). Odruch kolanowy z prawej strony słaby, z lewej — żywy; ze ścięgna Achilles'a — z prawej strony słaby, z lewej b. żywy z wyraźnym odcieniem klonicznym. Odruch podeszwowy b. żywy z obu stron: — *flexio plantaris*. Pozatem żadnych zmian somatycznych w ustroju nerwowym nie stwierdzono.

Chory zarówno wtedy, jak w ciągu całego pobytu w szpitalu i również obecnie, choć w stopniu mniej wybitnym, wykazuje cały

szereg zaburzeń w mowie i związanych z temi zaburzeniami anomalii ruchowych. Chory mówi p a r a f a t y c z n i e, wykazuje afazję amnestyczną i głuchotę wyrazową (choć dziś już w stopniu o wiele słabszym, niż poprzednio). Dalej chory nie odróżnia zupełnie ani liter, ani cyfr (ślepotą wyrazową), nie umie pisać ani dowolnie, ani pod dyktando, a jeżeli kopiuje, to bezmyślnie, nie rozumiejąc tego, co przepisuje (agrafia). Chory nie rozpoznaje przedmiotów i nie wie, do czego służą (agnozya, asymbolia), z czego wypływa znów z kolei specjalna anomalia, mianowicie niezdolność wykonania prostych aktów, jak zapalenie stoczek, otworzenie szuflady z klucza, wsadzenie świecy w lichtarz i t. d. (apraksya). Innym razem znów apraksya występowała przy dokładnem poznawaniu przedmiotów. Dalej występuje u chorego t. zw. perseweracya; objaw ten polega na tem, że chory zamiast wyrazu, odpowiadającego pokazywanemu w danej chwili przedmiotowi, używa nazwy poprzedniego przedmiotu lub zamiast wykonać ruch pewien z kluczem wykonywa z kluczem to, co przed chwilą robił z czapką i t. d. (perseweracya ruchowa).

Pod względem psychicznym chory przedstawia się, jak następuje. Oryentacya co do miejsca i czasu, jak również świadomość choroby zachowana; pamięć dobra; inteligencya osłabiona (zachowuje się, jak dziecko, zaczepia i drażni chorych, robi cyniczne uwagi, śpiewa cynicznie piosenki nawet w obecności matki). Nastrój zmienny: często wesoły, śpiewa, tańczy; innym razem smutny, zwłaszcza, gdy lepiej uświadamia sobie swoją chorobę.

Wszystkie te objawy należy powiązać z urazem, otrzymanym przez chorego w głowę. Uraz ten wyzwolił zapewne utajone dotąd cierpienie syfilityczne mózgu (za czem przemawia poprawa znaczna po zastosowaniu specyficznej kuracyi).

Co do ściślejszej lokalizacyi, to odpowiada ona zapewne bliźnie na czaszce, a więc przypuścić należy ognisko na granicy płata ciemieniowego i skroniowego z lewej strony; dlaczego wobec tej przypuszczalnej lokalizacyi odruchy ścięgnowe są wzmożone od strony lewej, pozostaje dotąd niewyjaśnione.

Apraksję, jaką spotykamy u naszego chorego, zaliczyć wypada, według nomenklatury PICK'a i LIEPMAN'a, do t. zw. apraksji ideacyjnej, a nie ściśle ruchowej.

W dyskusji STERLING zwracał uwagę na wybitne objawy perseweracyjne w danym przypadku. Zdaniem mówcy, część zjawisk apraktycznych zależy tu niewątpliwie od perseweracji w rozmaitych dziedzinach psychiki, a więc w sferze spostrzegania, kojarzenia wyobrażeń, a nawet w sferze psychomotoryjnej. Perseweracja ta nie ma nic wspólnego z istniejącą w danym przypadku afazją sensoryalną, ale jest wyrazem niezmiernie powolnego rozwoju i wynurzania się wyobrażeń ponad poziom świadomości, jak to widzimy również i w innych cierpieniach mózgu, a przede wszystkim w postaci KORSAKOWA i otępieniu starczem.

ŁAPIŃSKI, opierając się na wywiadach podanych przez mówcę, przypuszcza, iż u chorego już przed uwięzieniem istniały zaburzenia psychiki, najprawdopodobniej pochodzenia specyficznego; uraz w głowę spowodował liczne wybroczyny krwawe ze zmienionych naczyń w rozmaitych okolicach mózgu, wylewy te wywołały dane objawy; pojedynczy kilak nie jest w stanie spowodować tak głębokich zaburzeń psychiki.

FLATAU i STERLING przedstawili przypadek przypuszczalnego nowotworu mózgu z występującą n a p a d o w ą a f a z y ą. Chory przeszło od 3 miesięcy cierpi na bóle głowy, umiejscowione po lewej stronie na granicy okolicy skroniowej i ciemieniowej. W jakieś 2—3 tygodnie po wystąpieniu tych bólów chory nagle przed wieczorem zauważył, że mowa jest utrudniona i zmieniona, mówił mianowicie, zupełnie co innego, niż chciał powiedzieć, używał jednych wyrazów zamiast drugih, zdając sobie dokładnie sprawę, że mówi niernormalnie przy zupełnie zachowanej przytomności, bez drgawek, zawrotu głowy oraz jakichkolwiek sensacji w kończynach, twarzy lub języku. Trwało to mniej więcej 4—5 minut; po napadzie tym mówił zupełnie dobrze, ani zmęczenia, ani senności, ani osłabienia w kończynach nie było. W 5 dni potem chory również nad wieczorem stracił zupełnie mowę, nie mógł mianowicie przez ca-

łą godzinę wymówić ani słowa, również przy zachowanej przytomności i braku objawów afazji czuciowej oraz apraksji. Następny napad (w zupełnie tych samych warunkach) wystąpił w jakie 2 tygodnie po drugim, trwał pół godziny (kompletna ruchowa afazja). Później napady takie utraty mowy bez utraty przytomności powtarzały się co jakie 2—3 tygodnie (bez aury, drgawek, porażień i jakichkolwiek parestezyi).

Podczas napadów takich ból głowy zazwyczaj potęguje się. Obecnie choremu wogóle trudniej jest mówić, niż dawniej. Brak pogorszenia wzroku, mdłości, wymiotów, zaburzeń urynowania.

St. praes. Wyrażna bolesność czaszki na granicy lewej skroniowej i ciemieniowej okolicy przy opukiwaniu. W okolicy tej jest widoczne wyraźne wywyższenie czaszki.

Reakcja źrenic na światło zachowana. Oftalmoskopowo lewa tarcza jest bardziej zaróżowiona, niż prawa. W prawej kończynie górnej i dolnej wyraźne osłabienie ruchów w proksymalnych odcinkach (zwłaszcza w stawie barkowym i biodrowym).

Oba PR żywe, prawy>

Oba AR żywe, prawy z odcieniem klonicznym.

Objawu BABIŃSKIEGO niema.

Prawy brzuszny i kremaster <lewego.

W przypadku tym zachodzi przede wszystkim pytanie, czy mamy do czynienia z cierpieniem organicznym (nowotwór, *periostritis syphilitica*), czy z funkcyjalnem (padaczka). Przeciwno temu ostatniemu przypuszczeniu przemawia brak wszelkich cech, towarzyszących padaczce (brak aury, parestezyi, brak zmęczenia lub senności po napadzie, zachowanie przytomności podczas ataku). Co do sprawy organicznej, to należy przede wszystkim myśleć o możliwej sprawie okostnowej syfilitycznej i w tym celu zarządzono już kurację specyficzną. W razie, gdyby kuracja ta okazała się bezskuteczną—należałoby pomyśleć o nowotworze. Lecz i tutaj zachodzi pytanie, czy ten ewentualny nowotwór leży powierzchownie, czy też rośnie z

substancji mózgowej, zbliżając się stopniowo do ośrodka ruchowego mowy. Za powierzchowną lokalizacją ewentualnego guza przemawiałoby wygórowanie w lewej okolicy skroniowej, lecz nie jest ono tak wybitne, ażeby można było z absolutną pewnością wyłączyć wrodzoną asymetryę. Ból w okolicy wygórowania nie może stanowić absolutnego dowodu powierzchownego położenia nowotworu, ponieważ bóle te mają znaczenie projekcyjne, większe znaczenie posiada ból na ucisk. Rozstrzygnie tu przebieg zarówno co do rozpoznania, jak i ewentualnej operacji.

Ze względu na toczący się spór pomiędzy zwolennikami ścisłej lokalizacji ośrodków mowy a jej przeciwnikami — przypadek ten stanowi dowód niepośledni na korzyść teorii lokalizacyjnej.

KOPCZYŃSKI mówi o odosobnionej niemocie ruchowej czynnościowej i organicznej, zwłaszcza naczyńiowej, którą sam niejednokrotnie spostrzegał, zaznaczając, iż druga przechodzi zwykle stopniowo, — pierwszą nagle; opierając się na własnych spostrzeżeniach, mówi, iż pomimo wyczuwalnego wygórowania kostnego nowotwór wyrastać może zewnątrz, w końcu potwierdza brak objawu BABIŃSKIEGO w przypadkach bezwładu lub niedowładu korowego, zwłaszcza, jeśli mu towarzyszy zniesienie zmysłu mięśniowego.

BYCHOWSKI zapytuje, w jaki sposób wytłumaczyć zmiany wziernikowe wobec nieznacznego ucisku, u swego chorego spostrzegał chwilami na tle naczyńioruchowym nie-

możność mówienia lub też mówienie innym językiem. Brak BABIŃSKIEGO świadczy o korowem położeniu nowotworu. Punkcja łędziowa wykazałaby wzmożone ciśnienie.

W odpowiedzi FLATAU zaznacza, że ciśnienie musiałoby być kolosalne, by wywołać na stronie przeciwnej zniesienie odruchu kolanowego; przy nowotworach mózgu znikają, prawda, odruchy ze ścięgna ACHILLES'a, lecz dopiero później, gdy zwyrodnieniu podlegają korzonki.

HIGIER spostrzega podobieństwo danego przypadku do powrotnego porażenia nerwu okoruchowego; stałe objawy występują zwykle stopniowo; rokowanie byłoby pomyślne, gdyby brakło tarczy zastoinowej.

BREGMAN przedstawia torbiel mózdzku. Chłopiec 4let, od 7—8 mies. miewał napady bólu głowy z wymiotami. Po paru miesiącach zaczął źle chodzić, wystąpiło drżenie rąk i nóg. Potem przestał chodzić zupełnie, stracił wzrok, przestał mówić. Przedmiotowo przy wstąpieniu do szpitala: *Hydrocephalus*. Szwy czaszkowe rozeszły się. *Opisthotonus*. *Amatosis*. *Atrophia nervorum opticorum post neuriti. dem*. Spastyczny stan kończyn z wzmożeniem odruchów i ob. BABIŃSKIEGO. Po 7-u dniach *exitus*. Rozpoznano nowotwór mózdzku.

Sekcja wykazała dużą torbiel mózdzku, komunikującą się z 4-ą komorą. W grzbietowej części ściany torbieli zgrubienie, w którym badanie drobnowidzowe wykazuje sprawę przewlekłą zapalną.

Od Redakcyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1907 i o uregulowanie zaległych rachunków.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Daje wyśmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie i in. chorobach.

Odznacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kalis, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych

zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy gwarancji nie dają nigdy sposobu przy-

—Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.** —

Dawki dobowe:

Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju); dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzającego apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką próbną ilość.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

NIKOLAI i K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33. Zurych, Hanau nad Menem, Londyn.

Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop bromatum.



Snowieca antydyferytyczna—Merck'a
Surowieca streptokokowa—Menger'a
Surowieca pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticon — Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy służy do bezbolesnego wstrzykiwania środkiem zaszczepionym.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwnieżylny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paraneprlin

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatylna sterylizowana

do wstrzykiwań w rękach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieżylnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

R.P. Dieniu 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskazania: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. uboc.

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr). Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladaczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: żółty, kaszel oskrzelowy emphysem. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub mięśniowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphysema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstotści pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że dawki podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieżylny, specyfik przeciw nozom i potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisa się chętnie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz. krwot. miesiączk., krwot., przy zatrzymanej mies., obfite

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.