

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5		na prowincyi	{	rocznie.....	rs. 6
		półrocznie.....	2 kop. 50		i w Cesarstwie		półrocznie.....	„ 3
		kwartalnie.....	„ 1 „ 25		z przesyłką:		„ 3	

Redakcyjja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki oftalmicznej. Wągr pod spojówką oka. Spostrzegł Dr. J. TALKO. — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego cudzoziemskiego. Obląkanie dziedziczne, przez D-ra LEGRANDE DU SAULLE. Sprawozdawca Dr. ROTHE. — Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich. Towarzystwo lek. Warszawskie. Posiedzenia z d. 16-go Marca i 6 Kwietnia r. b. Towarzystwo lek. Wileńskie. Posiedzenie z d. 24 Lutego r. b. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. O przeciwniczem działaniu jaborandi i atropiny na wydzielanie śliny i potu. — Kronika zagraniczna, Wiadomości z Turcyi, Berlina i Leydy. — Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI OFTALMICZNEJ.

Wągr pod spojówką oka (*Cisticercus cellul. subconjunctivalis*).

Spostrzeżenie D-ra med. Józefa Talko.

(Czytane na posiedzeniu Tow. lek. Lubelskich d. 7 Kwietnia r. b.)

Piśmiennictwo oftalmiczne niemało już posiada spostrzeżeń, stwierdzających obecność węgry w rozmaitych częściach oka ludzkiego. I tak: wedle poszukiwań PONCET'A (*Gazette méd. de Paris* Nr. 10, 1874) znaleziono go w okolicy brwi i w powiekach 3 razy, pod spojówką i w rógówce(?) 13 razy, w komórce oka 9 razy, w ciałku szklistem i pod siatkówką 19 razy i w oczodole 10 razy; w ogóle podano dotąd 54 spostrzeżeń tego pasożyta goszczącego w gałce ocznej lub w częściach ją ochraniających. Z wypisanych tu cyfr przekonać się łatwo, iż pasożyt ten najczęściej sadowi się w przestrzeni podsiatkówkowej i w ciałku szklistem—są to, że tak się wyrażę, najwięcej ulubione miejsca rozwoju węgry w oku. Co do geograficznego rozprzestrzenienia węgry, to najczęstszym bywa on gościem oka w Niemczech, rzadziej jest widzianym we Francyi, Anglii, we Włoszech, w ziemiach Słowiańskich i na północy Europy¹⁾ (zob. moje artykuły: „O w a g r z e w o k u” *KLINIKA* 1870, Nr. 12 i 13, i „P a s o ż y t y o k a” tamże 1871, Nr. 1, str. 8).

W piśmiennictwie krajowem mamy dopiero opisy 3-ch przypadków węgry w oku: NARKIEWICZA-JODKO (*TYGODNIK LEK.* 1868, Nr. 33), moje (*KLINIKA* 1870, Nr. 12), KOŚMIŃSKIEGO i SZOKAŁSKIEGO (*MEDYCYNA* 1873, Nr. 12, str. 186). Czwarte spostrzeżenie znane mi z opowiadania kol. RYDŁA w Krakowie. Wszystkie te 4 przypadki miały miejsce u chorych

¹⁾ HANSEN (*Hosp. Tidende* 1871, Nr. 72) spostrzegł w Skandynawii tylko jeden przypadek węgry w ciałku szklistem pewnej kobiety.

narodowości polskiej, z których 2-ech było mężczyzn i 2 kobiety. Co do miejscowości, wążr znaleziony tu był raz pod siatkówką w okolicy planki żółtej (JODKO), a 3 razy w ciałku szklistem (TALKO, KOSMIŃSKI i RYDEL). We wszystkich tych razach obecność pasożyta w oku rozpoznano wzieniem, z wyjątkiem chorej RYDLA, który go wykrył wewnątrz galki dopiero po jej wyluszczeniu, dokonaniem z powodu zapalenia tęczówki i naczyńki (*irido-chorioiditis*) peryjodycznie i stopniowo powiększającego się. Dalsze losy wężra i oka pozostały niewiadome we wszystkich 3-ech opisanych spostrzeżeniach.

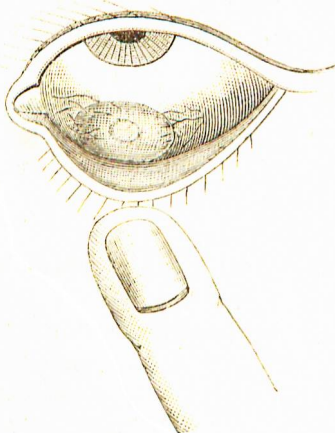
Obecnie zamierzam podać opis 5-go przypadku wężra ocznego w ogóle, a pierwszy u nas w kraju, pod spojówkowego (*cysticercus cellulosis subconjunctivalis*), który operowałem dosyć pomyslnie przy laskawej pomocy kol. JANKOWSKIEGO.

13-letnia Ruchla Hautman przybyła do mnie z Opolą Lubelskiego, dla usunięcia jej „obrękleści” utworzonej pod dolną lewą powieką, na którą to obrękleść chora zwróciła swoją uwagę przed 3-ma tygodniami. Obrękleść ta wystąpiła bez widocznej przyczyny, nie była widoczna przy prawidłowem położeniu powieki, lecz dopiero po odciągnięciu takiej ku dołowi przedstawiała się ona w kształcie poprzecznie owalnego pęcherza, kształtem i wielkością przypominającego fasolę. Pęcherz wyrastał pod spojówką twardówką, tuż ponad przechodowym dolnym jej fałdem uwydatniał się znacznie, brzegi miał jasno odgraniczone, łatwo się poruszał wraz z pokrywającą go spojówką. Zdawał się być napełnionym przezroczystym płynem (przeświecał), a w samym środku widać było zawartość żółtawą, jakby z gęstej masy składającą się, w kształcie nieprzezroczystej plamy. Torbiel ten był nieco chęłbocącym lecz dosyć sprężystym. Spojówka go pokrywająca była cokolwiek nastrzyknięta krwią, przy jednoczesnem niewielkiem przekrwieniu spojówki powieki dolnej i mięska

lżawego, od którego torbiel był odległy na zewnątrz o 1^{'''}, niedochodząc dolnego brzegu rogówki na 1¹/₂''' . Zresztą chora nie doznawała w oku najmniejszego bólu i osłabienia wzroku, uskarżała się li tylko na obecność „czegoś” pod powieką.

Dla lepszego objaśnienia opisu tej szczególnej choroby oka, załączamy tu rysunek wężra podspojówkowego, zdjęty przezemnie z natury, przy odciągniętej powiece ku dołowi podczas patrzenia w górę (wielkość naturalna).

Operację wykonałem d. 30-go Czerwea r. z. a to w ten sposób: najprzód unieruchomiłem powiekę za pomocą ustalacza powiek (*blepharostat*), a następnie, ujawnszy cążkami spojówkę pokrywającą torbiel, roz-



ciałem ją nożem wzdłuż tego ostatniego (t. j. równoległe z fałdem). Przekonawszy się że torbiel był podspojówkowym (*cysta episcleralis*), wypuściłem z niego zawartość w części wodnistą, w części trzęsinowo-kleistą (galaretowato-koloidalną), żółtą; we środku tej ostatniej znajdował się biały okrągły pęcherzyk, podobny do małego ziarnka grochu. Następnie dość gruby, białawy worek torbiela całkowicie wyciąłem nożyczkami krzywymi; rozrastał się on w podspojówkowej tkance łącznej, ściślejszym złączonym będąc ze spojówką niżli z twardówką. Brzegi rany spojówkowej pozostawiłem nie zszytymi; odczynu (*reactio*) po operacyi prawie żadnego nie było i przy użyciu zimnych okładów stan oka tak był zadowalający, iż chora po 4-ch dniach mogła opuścić Lublin.

Płyn trzęsinowy zawarty wewnątrz torbiela posiadał barwę bruno-żółtawą, był lepki i trudno się rozdzielał; składał się głównie z wielkiej masy żółtych drobnutkich ziareczek, jak przy rozpadzie (*detritus*). Biały środkowy pęcherzyk, przypominający ziarnko grochu, składał się z grubej ($\frac{3}{4}$ millim.) bez utkania błony, pod którą znajdowała się sieć mocnych włókien, prawie zamaskowanych ogromną ilością gęsto skupionych i silnie łamiących światło jąder rozmaitego kształtu i wielkości, głównie jednak były one okrągłe i owalne, czasami podłużne, i nieraz zawierały wewnątrz żółtawe jąderko, podobne do ziareczek trzęsinowego otaczającego pęcherzyk płynu. Przygotowawszy kilka wyrobów drobnowidzowych z białego pęcherzyka, zawierającego nieco wodnistej płynu, udało mi się wykryć w nim z jednostajnie falistemi brzegami szyję wągra, do rozpoznania którego dopomogły pięknie zachowane cechujące haki jego głowy, obok sysawek czyli banieczek takowej (*ventouses s. oscula*).

Podając ten przypadek do wiadomości czytelników, muszę dodać że upatruję w nim wielkie podobieństwo do wągra podspojówkowego, operowanego przez SICHEL'A syna (*Gaz. des Hôpitaux* 19, 29 Lipca 1873, *Annales d'Oculistique* T. 70, 1873, str. 204). Przypadek jego miał też miejsce u 14-letniej dziewczyny, owalny torbiel wągrawy wyrastał w wewnętrznym kącie oka, istniał 5 tygodni, zawierał płamę żółtą we środku i pomyślnie był przez wycięcie operowany. Załączony przy tym opisie rysunek pasożytoowego torbiela bardzo podobny do mojego.

O ile mi są znane przypadki wągra podspojówkowego, to najwięcej ich spostrzegano u młodych dziewcząt, tak naprzykład oba spostrzeżenia VERNON'A (*Ophthalmic Hosp. Reports* 1869, str. 284) miały miejsce u 5-cio i 7-letniej dziewczynki. Najbardziej ulubionem miejscem wągra na powierzchni gałki jest podspojówkowa przestrzeń w sąsiedztwie przechodowych fałdów, a także w sąsiedztwie fałdu półksiężycowego (*plica semilunaris*), gdzie najwięcej jest nadtwardówkowej tkanki łącznej, sprzyjającej wzrostowi pasożyta. Przypadek przezemnie spostrzegany jest tem ciekawszy, że miał miejsce u żydówki.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO CUDZOZIEMSKIEGO.

Obłąkanie dziedziczne, (*Folie héréditaire*)

przez Dra LEGRANDE du SAULLE, lekarza przy oddziale dla obłąkanych w Bicêtre w Paryżu.

Sprawozdawca Dr. med. A. Rothe ¹⁾.

Pod nazwą „*Folie héréditaire*” LEGRAND du SAULLE, autor ceniony na polu psychiatrycznym, miał odczyt w szkole praktycznej lekarskiej (*Ecole pratique*) w Paryżu. Znaczenie i doniosłość tego odczytu ogłoszonego w *Gazette des Hôpitaux*, i oddzielnej broszurce, w r. z. widzimy już z tego, że wkrótce został przetłomaczonym na język niemiecki przez Dra STARK'A ze Stephansfeld pod Strasburgiem. Praca ta nieprzedstawia nam rzeczy zupełnie nowej, albowiem o tem samym przedmiocie pisali już LUCAS, MOREAU de TOURS i inni pisarze a przeważnie ś. p. MOREL. LEGRAND na pracach tych opiera się, lecz główną zaletę jego dziełka stanowi to, iż zebrał w niem w jedną całość bogaty lecz rozrzucony materiał i starał się go praktycznie użytkować. I rzeczywiście cała ta praca odznacza się nadzwyczajną ścisłością i dokładnością w każdym kierunku z pominięciem pu- stej frazeologii.

Cała praca rozpada się na trzy części:

I. O dziedziczności w ogóle. Tu autor dokładnie oznacza i ogranicza pojęcie o dziedziczności i odróżnia ją od chorób w ogólności, a od obłąkania w szczególności, jak również i od pojęcia ztąd wyprowadzonego i znanego pod nazwą wyradzania się (*degenerescentie*), czyli chorobliwego zбочenia od typu pierwotnego (MOREL). Również określa LEGRAND warunki niezbędne, aby w danym przypadku można było dowieść dziedziczności. W tej części autor objaśnia szkodliwy wpływ, jaki przez długi bardzo czas wywierała metafizyka na dokładne badanie chorób umysłowych i znaczenie dziedziczności, która wszędzie tylko szukała wykrycia pierwotnych przyczyn wiadomego faktu. Nowi dopiero badacze, zamiast szukania pierwotnych przyczyn dziedziczności, zwrócili uwagę swą na wurunki, w jakich dziedziczność ma miejsce, czyli zamiast pytania dla czego fakt pewien się spełnia, pytali się jak i m s p o s o b e m przyszedł do skutku. Na tej drodze zebrano bogaty i drogocenny materiał, który doprowadził autora do wniosków, iż istnieje oddzielna grupa chorób umysłowych, którą należy zaliczyć do obłąkania dziedzicznego, tworzącego osobną postać tak samo, jak bezwład ogólny postępujący (*paralysis progressiva*), w klasyfikacyi chorób umysłowych, oddzielną i samoistną stanowi postać.

Dziedziczność w znaczeniu lekarskiem bardzo się różni od znaczenia prawnego. W tem ostatniem bowiem dziedziczność oznacza prawo lub możebność, całkowicie lub częściowo wziąć w posiadanie to, co inna osoba po śmierci pozostawiła.

W lekarskiem zaś znaczeniu dziedziczność nie jest prawem, lecz faktem dokonanym a mianowicie przenoszeniem pewnych zdolności lub pewnych fizjologicznych lub chorobnych stanów, z rodziców na dzieci. Tak pojmowana dziedziczność ważną odgrywa rolę w przyczynowości chorób umysłowych, i podług jednych stanowi 4 podług innych 90% przyczyn wywołujących obłąkanie. U nas w Warszawie od 4 do 5%. Przyczyna tak rozmaitego stosunku zależy od wielu powodów lecz przeważnie od te-

¹⁾ Czytane na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego w dniu 6 Kwietnia r. b. (Red.)

go, czy dziedziczność liczo na była pośrednia lub bezpośrednia. W ogóle dziś przyjmują, iż przy dokładnem zbieraniu wiadomości odsetka ta stanowi od 40 do 50 na 100.

Dziedziczność prostą mamy wtedy, jeżeli dzieci temi samymi chorobami będą dotknięte co i rodzice, najczęściej napotykamy to u dzieci splodzonych przez samobójców. Częściej jednakowoż choroba umysłowa dziedziczna przyjmuje inną postać (*polymorphismus*), poczynając od tak zwanego stanu nerwowego (*status nervosus v. nervositas*), do zupełnie rozwiniętego otepienia umysłowego (*dementia*) lub charłactwa (*cretinismu*) i padaczki (*epilepsia*). Częściej jeszcze prosta dziedziczność nie przenosi choroby umysłowej wprost na dzieci, lecz czyni je tylko do niej skłonnemi, usposabia je (*praedispositio*).

Dziedziczność pośrednia bywa wtenczas, jeżeli nie rodzice wprost, lecz dalsi przodkowie (dziad, pradziad, babka, prababka i t. d.) cierpienia swoje przekazują zstępny, przyczem jedno lub kilka pokoleń zupełnie mogą od nich być wolnemi.

Jest to tak zwany *Atavismus* (od *atavus*,—przodek). W ogóle należy tu jeszcze dodać, że dziedziczność o $\frac{1}{3}$ częściej następuje po matce niż po ojcu.

Część II traktuje o objawach, czyli oznakach dziedzicznego przenoszenia: a) ze strony cielesnej, b) ze strony umysłowej.

Objawy te właściwie stanowią to, co z przodków przenoszone bywa na potomstwo. Tu autor obszernie tłumaczy, co należy rozumieć pod nazwą obłąkania dziedzicznego, a dalej wnioskuje, że postać ta odznacza się właściwym sobie rozwojem, przypadłościami, przebiegiem i t. d. tak samo jak oddzielne postacie cierpienia, znane pod nazwą obłąkania alkoholicznego, padaczkowego i t. d. Autor twierdzi, że postać ta już ESQUIROL'OWI dokładnie była znaną, lubo jej pod osobną nazwą nie opisał.

Do objawów ze strony cielesnej, zalicza on niedokładny lub upośledzony rozwój pojedynczych narządów, które MOREL bardzo trafnie nazwał „znamionami (*stigmata*) dziedziczności.” Do takich należą: zboczenia czaszki co do kształtu i objętości, które tak bywają różnorodne, że trudno je pod jedną podprowadzić kategorję. Najczęściej napotykamy niesymetryczność prawej i lewej połowy czaszki, przedłużenie jej owalu, w kierunku z przodu ku tyłowi, tak, że zwykle rozmiar podłużny znacznie powiększony w stosunku do zmniejszonego rozmiaru poprzecznego, i nakoniec, znaczne spłaszczenie części potylicowej. Część twarzowa czaszki podobne przedstawia zboczenia a mianowicie niesymetryczność całej jednej połowy, lub pojedynczych części; to samo odnosi się także do warg, zębów, języka, podniebienia, przyrządów zmysłowych, jak również kończyn górnych i dolnych, a nakoniec i do narządów płciowych.

b) Objawy dziedziczności ze strony umysłowej cechują się przeważnie tylko rozdrażnieniem czyli exaltacją, przekraczającym zwykłą prawidłową dzielność pojedynczych zdolności umysłowych, dziwacznością, excentrycznością i oryginalnością. Objawy te jednakowoż nie są tak cechujące i dobitne, jak te, które zauważyliśmy ze strony fizycznej.

Część III określa przypadłości dziedzicznego obłąkania w dziedzinie czynnościowej i moralnej, i objaśnia przebieg i rokowanie przy tego rodzaju cierpieniach.

Dotkniętych dziedzicznym usposobieniem autor cechuje jako samolubów, egoistów i dumnych w najwyższem stopniu; przymioty te objawiają się w całej postawie, ruchach, minach i w mowie. Osoby tego rodzaju są nadzwyczaj drażliwe i najmniejsza błaostka do wściekłości je doprowadzi. Również często napotykane bywają czyny dziwaczne, excentrycz-

ne, niemoralne a nawet niebezpieczne; czyny te nie są skutkiem zwiechniętej wyobraźni, lecz po prostu jakiś gwałtowny i niezwyciężony popęd przymusza ich do tego; jest to po prostu obłąkanie w działaniu (*folie d'action*). MOREAU de TOURS mówi, że osoby dotknięte dziedzicznym usposobieniem opanowane są jakimś niepohamowanym popędem do przestępstw rozmaitego rodzaju i że z tego właśnie powodu częstokroć popadają w ręce sprawiedliwości, przyczem dokładne sądowo-lekarskie ocenienie ich czynów i stanu umysłowego natrafia na nieprzewyciężone trudności. Mamy tu to samo, co anglicy rozumieją pod nazwą *Moral insanity*.

Popęd i czyn są tu niejako równoczesne, a wola zupełnie podlega czynowi. FOVIL nazywa to czynem czyli działaniem odruchowym, bez współdziałania woli; niejako drgawką (*convulsio*) odznaczającą się od zwykłych drgawek tem, że ruchy kombinowane i zespolone mają na względzie pewien wynik.

Dodać tu jeszcze należy, że podług zdania autora postać ta cechuje się pewnym rodzajem przepuszczenia, tak że naprzykład przez pewien czas osoba dotknięta owemi dziedzicznymi przymiotami, takowe zupełnie traci, poczem się one znowu pojawiają i t. d.

Nakoniec mówi LEGRAND du SAULLE o przebiegu i rokowaniu w obłąkaniu dziedzicznym i kładzie nacisk na to, że cały przebieg składa się z szeregu pojedynczych okresów, złożonych ze spokoju i rozdrażnienia, czyli ze stanu lekkiego (?) pobudzenia (*excitatio*) i pogńębienia (*depressio*); w pierwszym okresie wszystko takim chorym przedstawia się w świetle różowem, w drugim zaś okresie choroby widzą oni wszystko w czarnych barwach.

Trwanie tego rodzaju okresów bardzo bywa rozmaite: od kilku dni lub tygodni do kilku nawet lat. U jednych i tych samych chorych czas trwania zwykle bywa jednakowy. Przejście z jednego do drugiego okresu pospolicie objawia się niedomaganiem zewnętrznem, jak np. bólem głowy lub innym nerwobólem, niestrawnością, bezsennością lub pewną ruchliwością i t. p.

Lecz objawy chorobliwej excentryczności lub dziwactwa niezawsze mają cechy jednakowe i tem właśnie obłąkanie dziedziczne ma się różnić od tak zwanego obłąkania częściowego. Z powodu takiej peryjodyczności cechującej obłąkanie dziedziczne, autor twierdzi, że obłąkanie przepuszczające, czyli tak zwana *folie à double forme vel circulaire v. intermittente*, nie powinna być uważana jako postać samoistna, lecz stanowi tylko jeden z odcieni obłąkania dziedzicznego.

Co do rokowania, autor mówi, że obłąkanie dziedziczne do najtrudniejszych postaci obłąkania należy, i że daleko łatwiej można się spodziewać zupełnego wyzdrowienia w obłąkaniu nabytem niż w dziedzicznym; lubo i doświadczenie uczy, że w przypadkach dziedzicznego obłąkania zupełne następuje wyzdrowienie. To mianowicie ma miejsce, gdy obłąkanie dziedziczne pojawia się w wieku późniejszym bez widocznych poprzedzających zbroczeń umysłowych. Na tem mógłbym spraw. moje zakończyć; nie zważając jednakże na to, że pracę tę w dziedzinie psychiatrycznej uważam za bardzo doniosłą, co właśnie i było powodem, że uwagę szanownych kolegów na nią zwróciłem, muszę wyznać, iż zdanie szanownego autora nie zupełnie podzielał. Wpływ dziedziczności na rozwój, przebieg, rokowanie i leczenie obłąkania oddawna znany i zawsze zwracał na siebie uwagę. Lecz nie uważam za stosowne, aby na tej zasadzie t. j. opierając się na jednej przyczynie, gdyby ta nawet i 50-tą stanowiła odsetkę, tworzyć nową klasyfikację. Każdy, któremu dana była możebność spostrzegania większej ilości obłąkanych mógł dostrzedz, że przypadłości zaliczone do głównych objawów dziedzicznego obłąkania rzeczywiście istnieją,

ale przecież te same objawy napotykały także i przy nabytem obłąkaniu. Dalej autor sam mówi, że postać ta nadzwyczaj jest zmienna i rozmaite może przyjąć odcienie, nakoniec, że choroba niekoniecznie jako takowa z przodków lub prosto od rodziców przenosi się na dzieci; może się ona wprawdzie przenieść, lecz to nie jest koniecznością; mamy zatem nie dziedziczne obłąkanie, lecz tylko dziedziczną skłonność (*praedispositio*) do obłąkania. Znaczenia tej skłonności nie odrzucam, lecz nie widzę objawów charakterystycznych i dostatecznych do stworzenia nowej samoistnej postaci obłąkania, jak na przykład bezwład ogólny postępujący (*paralysis progressiva*). Jeżeli przyczyny wywołujące obłąkanie, uważać będziemy za podstawę do klasyfikacyi, to tak samo jak obłąkanie dziedziczne należy przypuścić *mania syphilitica, alcoholica, typhosa, canerosa* i t. d. Lecz wątplię czy na tem zyskuje jasność nauki, gdyż trudności i zagmatwania będą jeszcze większe aniżeli przy naszej dzisiejszej klasyfikacyi psychologiczno-symptomatycznej, która wprawdzie także ma swoje wady. Ztąd w ostatnim czasie starano się o stworzenie klasyfikacyi na innych zasadach, lecz materyjał ten jeszcze nie dojrzał, a dla tego póki nie dojdziemy do utworzenia klasyfikacyi psychiatrycznej, na podstawie czysto fizyologicznej i anatomicznej, lepiej będzie utrzymać stary podział zamiast wprowadzenia nowego, lecz także niedokładnego jak i pierwszy.

Dalej nie podzielać zdania autora, aby postać jego cechowała się wyłącznie pobudzeniem; ja przynajmniej niejednokrotnie uważałem i dziś nawet mam pod swoją obserwacyją kilku chorych, u których dziedziczność niewątpliwie jest dowiedziona, na podstawie choroby właśnie cechuje się nie pobudzeniem lecz pognębieniem t.j. obawą, przestraszeniem, niesmiałością i t. d. W każdym jednak razie i pomimo tego wszystkiego, praca będąca przedmiotem niniejszego rozbiórki zasługuje na ogólne uznanie i niezawodnie przyczyni się do zwrócenia uwagi na ten tak ważny przedmiot.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwo lekarskie Warszawskie.
Posiedzenia z dnia 16-go Marca i 6-go Kwietnia 1875 roku.

Wiadomo, że ś. p. KNOLL zapisał testamentem Towarzystwu lekarskiemu sumę rs. 1000 na dwie nagrody konkursowe, jedną higieniczną, drugą zaś chirurgiczną treści. Ponieważ rodzina jego wystąpiła sądownie o unieważnienie testamentu, a ten zawiera oprócz powyższego inne jeszcze zapisy na rzecz instytucyj naukowych i dobroczynnych: Prokuratorya przeto Królestwa wzywa Towarzystwo ażeby postarało się o zatwierdzenie zapisu przez Ministra Spraw Wewnętrznych, i potem ją upoważniło do dalszego działania. Otwierając posiedzenie d. 16-go Marca, prezes KOSIŃSKI składa w imieniu Towarzystwa podziękowanie koledze NAWROCKIEMU za staranne wydawnictwo PAMIĘTNIKA TOWARZYSTWA w przeciągu ubiegłych dwóch lat. Następnie LUBELSKI opowiada przypadek wilczego głodu (*bulimia*) u młodej histeryczki, który do tego dochodzi stopnia, iż chora od kilku miesięcy zjada codziennie około 12 funtów, zwłaszcza surowego mięsa i to potem w znacznej części oddaje niestrawione przez wymioty BROWDSKI Wł. wzmiankuje, że w przypadkach tego rodzaju nie tyle uczucie głodu zniewala chorych do przyjmowania nadmiernej ilości pokarmów, ale raczej uczucie bólu, które przemija przy nacisku na ściany żołądka, jak to w tym przypadku ma mieć miejsce. ROTHE żałuje, że przypadek ten nie dosyć ściśle był spostrzegany i opiera się raczej na powiadomieniu przez rodzinę chorej jak na bezpośredniem badaniu. Oprócz nerwicy

(*neurosis*) może tu być bowiem i rozszerzenie ścian żołądka. Chęć do surowego mięsa być może, że nie ściąga się do złudzeń wzrokowych jak to twierdzi sprawozdawca, ale wprost tem się usprawiedliwia, że mięso surowe jest strawniejsze. BRODOWSKI nadmienia, że rozszerzenie żołądka może istotnie do olbrzymich dochodzić rozmiarów mianowicie u obłąkanych, a to nawet do tego stopnia, iż do częściowego zaniku okolicznych gruczołów, jako to wątroby, śledziony przychodzi, oraz że przepona ku górze zostaje odepchnięta. Nadmierna ilość pokarmów dla tego jest przyjmowana przez chorego, ażeby wywierać ucisk na ściany żołądka i przez to umniejszać cierpienia, a tenże sam skutek możeby dał się utrzymać i na innej drodze np. za pomocą elektryczności. Z powodu przytoczonego spostrzeżenia kol. KWAŚNICKI przytacza następujący przypadek. Pewien wieśniak zjadał codziennie 3—4 bochenków razowego chleba, wzdęcie też brzucha u niego było nadzwyczajne, a przytem istniało powstrzymanie stolca. Wszelkie środki czyszczące były bezskuteczne a dla odprowadzania wiatrów wypadło nawet kilkakrotnie trójgranicem nakłuwać kiszki. Przy badaniu zwłok, któremu był przytomny BRODOWSKI, okazało się, że kiszki były niesłychanie rozszerzone, gdyż wybrano z nich dwa szafle kału zmieszanego z niestrawionym chlebem. SZOKALSKI wzmiankuje, że jeżeli nacisk pokarmów z wewnątrz na ściany żołądka ma łagodzić cierpienie, to ścisnienie pasem brzucha przy daleko mniejszej ilości tychże pokarmów powinno by ten sam mieć skutek. Radzi więc LUBELSKIEMU spróbować, czyby się czegoś na tej drodze osiągnąć nie dało.

Przy końcu posiedzenia spędzonego na powyższej dyskusyi, NAWROCKI składa sprawozdanie z rozprawy kol. SZNABLA „o działaniu digitaliny na krążenie krwi.” Z licznych doświadczeń robionych na zwierzętach i z systematycznych spostrzeżeń na ludziach wypada, że digitalina naprzód zwiększa i następnie powoli zmniejsza pobudliwość nerwów błędnych, a w końcu zupełnie ją niszczy. Dla tego też mamy naprzód zwolnienie uderzeń serca a następnie ich przyspieszenie. Znaczne zwolnienie s z y b k o w y s t ę p u j e po zastrzyknięciu digitaliny przez część obwodową tętnicy szyjowej prosto do mózgu, co dowodzi, że środek ten pobudza przedewszystkiem ośrodki nerwów błędnych. Ciśnienie krwi po użyciu digitaliny stale się wzmacnia i w końcu dochodzi nieraz do podwójnej wysokości, dopiero wkrótce przed śmiercią zwierzęcia, zaczyna opadać, a przytem tętno tylko nieznacznie się zwalnia i naraz zatem bić przestaje. Dalej autor bada czy digitalina ma jaki wpływ na nerwy przyspieszające bicia serca (*nn. excito-motorii*) i przechodzi do wniosku najzupełniej przeczącego. Wreszcie bada działanie digitaliny na samo serce po wycięciu rdzenia szyjowego, nerwów błędnych i spółczulnych, i przekonywa się, że przy małych dawkach nieco naprzód przyspiesza swe uderzenia, a potem zwalnia. Przy większych zaś dawkach bicie serca coraz więcej się zwalnia, a w końcu skutkiem porażenia ustaje.

Działanie ogólne digitaliny streszcza autor w ten sposób, że digitalina naprzód pobudza a następnie poraża wszystkie przyrządy nerwowe krążeniem krwi rządzące. NAWROCKI ogranicza się na tym krótkim z pracy kolegi SZNABLA wyciągu i przedstawia go do wyboru na członka Towarzystwa. Ponieważ ustawa nie dopuszcza głosowania na tem samem posiedzeniu na którym sprawozdanie z pracy nakowej kandydata złożone zostało, wybór odłożono do pierwszego prawomocnego kompletu.

Posiedzenie z dnia 6-go Kwietnia r. b. Kol. RYBICKI ze Skierniewic przedstawia chorą z guzem w dolnej i środkowej części brzucha, zapytując kolegów o zdanie co do przyrody tego guza. Opis rozwoju i przebiegu cierpienia w tym przypdku kol. R. tak podaje: Tekla R.

obecnie lat 22 mająca, niezamężna w 1873 r. przebyła pomyślnie ciężę i poród, poczem przyjęła obowiązki mamki w Skierniewicach u lekarza wojskowego. Ciesząc się jak najlepszem zdrowiem, wykarmiła pomyślnie w domu tym dziecko, które w m. Sierpniu r. z. odstawionem od piersi zostało. Tekla R. w swem życiu żadnych chorób obłożnych nie przebywała; do zajścia w ciężę miesiączkowała prawidłowo, i przez cały czas karmienia dziecka nie miewała miesiączki, która powróciła dopiero w kilka tygodni po zaprzestaniu karmienia, a następnie zaczęła się powtarzać prawidłowo co cztery tygodnie, trwając za każdym razem 4 do 5 dni.

W końcu listopada r. z. z niewiadomych przyczyn zaczęła się chora skarżyć na ból głowy, brak łaknienia, odbijanie, nudności. Badanie dokonane przez lekarza wojskowego, u którego pozostawała w służbie, wykryło przytem stan gorączkowy, język obłożony, a w okolicy kiszki ślepej (*coecum*) guz twardy, rozlany na większą część prawej połowy brzucha; miejsce to było bolesne przy ucisku i na całej jego powierzchni opukiwanie dawało odgłos tępy, wyraźnie odznaczający się od odgłosu bębniściego, reszty wzdętego nieco brzucha. Przeciw tej chorobie którą przyjęto za zapalenie kiszki ślepej i tk. łącznej otaczającej ją (*typhlitis et perityphlitis*) stosowano pijawki, ciepłe okłady, kalomel i olej rącznikowy; przypadłości miejscowe zapalne trwać miały dni kilka tylko, a po upływie kilkunastu dni wszelkie objawy chorobne znikły bez śladu, nie wywołując nawet stopienia poprzedniego w tej okolicy. W kilka tygodni potem (w końcu Grudnia) przebywając po raz czwarty i we właściwym czasie miesiączkę, Tekla R. zajęta praniem wychodziła kilkakrotnie na dwór boso, w skutek czego jak powiada, odpływ miesięczny nagle ustał drugiego czy też trzeciego dnia jego trwania. W parę dni potem zaczęła chora doznawać bólu w brzuchu, który się z wolna powiększał, po tygodniu zaś wymacała sobie po raz pierwszy, w dolnej środkowej części (ponad spojeniem łonowem) guz bolący, wielkości bułki małej, okrągły, którego pierwej nigdy nie zauważyła. Jednocześnie chora zaczęła tracić łaknienie, przychodziły codzienne dreszczyki i przy lekkim stanie gorączkowym, wygląd chorej stawał się coraz mizerniejszym.

W trzy tygodnie po odkryciu guza, kol. RYBICKI widział po raz pierwszy tę kobietę; lekko ona wtedy gorączkowała, cera jej twarzy była bladą z wypiekami na policzkach, wychudzenie ogólne w stosunku do uprzednio kwitnącego stanu zdrowia, dosyć znaczne, szczególnych cierpień żadnych nie doznawała. W dolnej środkowej części brzucha między pępkiem i łonem znajdował się guz, który już nawet przy samem obejrzeniu był widocznym guz ten wówczas miał wielkość mniej więcej główki noworodka; przy dokładnem omacaniu przekonać się można było iż guz takowy miał zaokrąglone i widocznie odgraniczyć się dające obrysy, ściśle był zrosnięty z powłokami brzucha, albo też w nich samych tylko miał swe siedlisko; skóra na powierzchni jego nie przesuwalna, i w samym środku guza na przestrzemi mniej więcej wielkości dziesięciozłotówki zaczerwieniona, w miejscu tem przy omacywaniu wyczuć się dawało niepewne chelbotanie, reszta guza była twardą; mocniejszy nacisk sprawiał ból chorej. Wysłiedzenie przez pochwę dokonane, upewniło kol. R., iż narządy rodne były w stanie zupełnie prawidłowym i że w żadnym nie zostawały związku z opisywanym guzem. Zapytywany o siedlisko guza, jego przyrodę i o rodzaj pomocy którąby przedsięwziąć należało, kol. R. był zdania, iż siedliskiem jego najprawdopodobniej są powłoki brzuszne a być może jednocześnie i otrzewnia z przednią ścianą brzuszną w zetknięciu zostająca; co do przyrody cierpienia, a mianowicie czy guz jest nowotworem czybo rozwijającym się, czyli też pochodzenie jego zależy od sprawy za-

palnej, kol. R. biorąc pod uwagę wiek młody chorej, i zbyt nagły rozwój choroby odpowiadający raptownemu ustaniu miesiączki, skłonniejszym był do przyjęcia tej ostatniej drogi powstania guza i to tem bardziej, że już raz w ciągu swej praktyki spotkał się z podobnym przypadkiem u innej kobiety, gdzie rozwój choroby był powolnym: guz wtem samym miejscu z nieczystymi owrzodzeniami; rozpoznawał wtedy nowotwór złośliwy a jednak w kilka miesięcy chora wyzdrowiała i dotąd cieszy się pomysłnem zdrowiem.

Z powyższych przyczyn R. doradzał użycie kąpiei ciepłych słonych i ciepłe okłady na guz, przy baczeniu na prawidłowe odbywanie się innych czynności ustrojowych; z nacinaniem miejsca dającego uczucie pozorowego chelbotania w pośrodku guza, radził się wstrzymywać, raz z powodu pozornosci tego chelbotania, powtóre z powodu możebności połączenia z jamą otrzewną, wreszcie z powodu wątpliwości co do przyrody cierpienia; wiadomy bowiem jest fakt iż złośliwe nowotwory, szybko pod skórą się rozwijające, tem szybciej jeszcze bujają po nacięciu pokrywającej je skóry, w skutek czego przyspiesza się niepomyślnie zejście. Uwagi powyższe zostały przyjęte przez lekarza wojskowego i w ciągu następnego tygodnia chora obok użycia w celu wypróżniającem parę razy olejku rącznikowego miała stosowane codziennie tylko kąpiele ciepłe i także okładania guza; potem jednak gdy w miejscu wyż wzmiankowanym chelbotanie stawało się coraz wyraźniejszym, lekarz wojskowy postanowił zrobić nacięcie powłoki brzusznej celem wypuszczenia przypuszczalnie nagromadzonej w guzie ropy; po nacięciu jednak dość głębokiem i w pośrodku guza i na przestrzeni blisko dwóch cali wzdłuż linii białej, wypłynęło z miejsca chelbotającego trochę krwi tylko, i niewielka ilość płynu galarowego, podobnego do młodej bujającej tkanki złośliwych nowotworów. Nacięcie niekorzystnie oddziało na przebieg choroby: guz bowiem dość szybko zaczął rozmiary swe powiększać, stwardnienie pierwiej ograniczone i niejako koliste w pośrodku ściany brzusznej, zaczęło rozszerzać się w obie strony ponad spojeniem łonowem, w miejscu nacięciem zaczęła bujać dość znacznie nad powierzchnią brzucha tkanka ziarninowa, potworzyły się obszerne nieczyste owrzodzenia, guz dosięgnął w górę wyżej pępka, stanowiąc zawsze nierozdzieloną całość z powłokami brzucha, skóra pępka zaczerwieniła, pojawiło się na niej znówu podobne, jak uprzednio poniżej, chelbotanie, w końcu miejsce to przeszło w owrzodzenie; słowem szybko rozwijający się guz coraz bardziej zaczynał rodzić przekonanie o złośliwości jego przyrody, jednocześnie bowiem siły chorej prawie w oczach niknęły a wycienzenie coraz większe przybierało rozmiary. Lekarz wojskowy, obok kąpiei ogólnych, uciekał się do wcierań maści szarej, przyżegań kamieniem piekielnym, półtorochlorkiem żelaza, okładan z roztworu kwasu karbolowego w wodzie, lecz wszystkie te środki okazały się albo bezskutecznymi albo nawet szkodliwymi. Chora nie widząc poprawy sama postanowiła odrzucić wszelkie leki, ograniczając się tylko na codziennem czystem opatrywaniu owrzodzeń guza doszłych w końcu do znacznych rozmiarów. Przy tak obojętnem traktowaniu choroby, guz zamiast się powiększać, po kilku tygodniach zdawał się nieco maleć, a owrzodzenia przestały się rozszerzać, i w tym stanie chora z własnej woli przybyła do szpitala Ś-go Stanisława w Ski-rniewiczach w d. 26 Marca r. b. gdzie dotąd pozostaje. Kol. RYBICKI ograniczał się na czystem opatrunku owrzodzeń i przykładaniu na nie płatków, zmoczanych w słabym roztworze kwasu karbolowego w wodzie ($\frac{1}{2}$ dr. na funt); guz się z wolna pomniejsza, wybijała pierwiej ziarnina prawie zupełnie zrównała się z poziomem skóry, owrzodzenia zmniejszają się, chora w ogóle zaczyna się poprawiać i odzyskuje pomalą łaknienie.

Przedstawiając w tym stanie chorą kol. RYBICKI zapytuje obecnych o wyrzeczenie zdania co do przyrody jej cierpienia, na niem bowiem tylko można opierać rokowanie w obecnym przypadku, zapytuje również jakie nadal należy przedsięwziąć środki lecznicze.

Zgromadzeni po dokładnem obejrzeniu i omacaniu guza, jednozgodnie uznali, iż guz niema związku z narządami wewnątrz jamy brzucha się znajdującemi, że zatem siedliskiem jego są powłoki brzuszne i że być może otrzewnia bierze w tem udział.

Kol. APTE z tego powodu robi przypuszczenie, że pierwotnym punktem wyjścia cierpienia tego może być otrzewnia i kto wie czy sprawa zapalna, pierwiej przez tę chorę przebyta, nie dała początku obecnemu cierpieniu, któremu w każdym razie przypisuje wyłącznie pochodzenie zapalne.

Na zakończenie tego posiedzenia A. ROTHE odczytał sprawozdanie z dziełka Dr. LEGRANDE DU SAULLE p. n. „*Folie héréditaire*,” które powyżej w całości podanem zostało ¹⁾. △

Towarzystwo lekarskie Wileńskie. — Posiedzenie z dnia 24 Lutego r. b

Do panujących chorób w m. ubiegłym zaliczono koklusz, który groził przyjęciem rozmiarów epidemicznych, i gorączki nieżytowe z silnem natężeniem, lecz zwykle kończące się w dwa do trzech dni wyzdrowieniem. Czł. IWASZKIEWICZ spostrzegał w więzieniu (w domurobót ciężkich), którego mieszkańcy są zupełnie oddzieleni od świata zewnętrznego, dwa przypadki ospy rodniej. W jednym przypadku wysypka była zlewająca się; przy użyciu dziennie dwóch dawek chininy po 3 gr. i smarowania całego ciała sadłem wieprzowym chory, który nie miał nigdy szczepionej ospy przeszedł w okres wyzdrowiewania. Drugi aresztant zajmujący numer sąsiedni zachorował także na ospę, która zaraz od początku przybrała barwę ciemną. W 6-tym dniu chory umarł, gardząc o-l początku wszelką pomocą lekarską. Po zupełnem przecięciu stosunków między chorymi i zdrowymi, oprócz służby wybranej między osobami, które przechodziły już dawniej ospę rodnią, po dezynfekcyi mieszkania i spaleniu całej odzieży zmarłych, ospa nie pojawiła się więcej.

Tenże czł. zwraca uwagę na następujący nowy sposób Dra SCHETTIN'A leczenia błonicy: 1^o chłodne okłady na szyję; 2^o do wewnątrz: *Rp. Magnesiae sulfurosa 5,0 — Acid. sulfurosi aquos. 5,0 — 8.0 — Aq. destil. 100,0 — 120,0 grm. — Miscet et agita.* — S. Co g. dz. 1¹/₂ — 2 dzieciom łyżeczkę od kawy, dorosłym łyżkę stołową; 3^o Co 3-ci dzień na przeczyszczenie kalomel albo trunek wiedeński z dodatkiem *Trae Rhei aquos.* Po 6 godz. znów poprzednia mieszanka (*mixture*). W obec takiego postępowania już 4-go dnia przestają wytwarzać się nowe wypociny. Wtędy podaje słaby roztwór *kal. chlorici* z dodatkiem *Trae Belladon.* Za napój woda chłodna z lodem. W upartych przypadkach zaleca użycie miejscowe *glycerini sulfurosi.*

Czł. LACHOWICZ przedstawił torbiel ważący 14 uneyj, wjęty z szyi 20-letniej dziewczyny. Mieścił się on na prawej stronie szyi, pod m. mostko-obojezyko-sutkowym (*sterno-cleido-mastoideus*), był ruchomy, z chelbotaniem, a przy przełykaniu poruszał się razem z krtanią. Niektórzy z chirurgów nie radzili przystępować do operacyi z powodu stosunków torbiela z tętnicą szyjową (*carotis*), nerwem błędnym i ścisłego połączenia z gruczołem tarczowym, tem więcej, że oprócz powierzchownej bezkształtności guz nie przeszkadzał ani oddęchaniu, ani przełykaniu. Dr. LACHOWICZ wykonał jednak operacyję ulgając żądaniu chorej z zupełnie pomyślnym skutkiem. Torbiel zbadany histologicznie przedstawił się jako wole torbielowe z przydatkowego gruczołu tarczowego powstałe (*struma cystica ex gl. accessoria thyroidea*).

Czł. LEWANDOWSKI odczytał artykuł: O trudnościach i błędach w rozpoznawaniu ciąży. Za punkt wyjścia do tej pracy, którą w streszczeniu podajemy, słu-

¹⁾ Zobacz str. 260. (Red.)

żyły autorowi dwa przypadki ciąży wątpliwej, spostrzegane w szpitalu Ś-go Jakóba wraz z D-rem MAJEWSKIM.

Wszystkie błędy w rozpoznawaniu ciąży można (zgodnie z pr. PAJOT) rozdzielić na trzy główne klasy: 1^o Przejęcie ciąży tam, gdzie ona nie ma miejsca. 2^o Wzięcie za stan chorobliwy ciąży prawidłowej. 3^o Pomieszanie jednego rodzaju ciąży z innymi. Przyczyny błędów 1-ej klasy są następujące: a) Fałszywe tłumaczenie zaburzeń czynnościowych. b) Różne guzy w jamie brzusznej albo miednicy. c) Zmiany szyjki macicznej odpowiadające takowym przy ciąży. d) Znaki osłuchowe podobne do szmerów macicznych i płodowych. e) Rucho nazywane przez kobietę płodowemi, a które pochodzą z zupełnie innych przyczyn.

Co do fałszywego tłumaczenia zaburzeń czynnościowych najczęściej dzieje się to z miesiączką. Zaledwie trzydzieści lat temu jak jeszcze wielu lekarzy było zdania, że pewna liczba kobiet odbywa miesiączkę w czasie trwania ciąży. Bliższe spostrzeżenia i lepiej opracowane choroby macicy wykazały, że wiele przypadkowych odplywów krwi z części płciowych przyjmowano za miesiączkę, która wtenczas tylko zasługuje na tę nazwę, jeśli jej towarzyszy wydzielenie się jajka (*ovulatio*). Podług zaś poszukiwań D-rów NEGRIER'A, RACIBORSKIEGO, KUSMAUL'A, VIRCHOW'A, można przyjąć z zupełnym prawdopodobieństwem, że jak tylko nastąpi zapłodnienie działalność jajników ustaje, nie ma wyswobodzenia się jajka, zatem i miesiączki w ścisłym znaczeniu tego wyrazu być nie może. Najnowsze tłumaczenie tego fizjologicznego objawu podane przez prof. KUNDRAT'A i ENGELMANN'A jeszcze lepiej wyjaśnia jego nieobecność u kobiet ciężarnych. Podług tych autorów wzrost pęcherzyka GRAAF'A i jajka służy za bodziec dla nerwów jajnika, przez pośrednictwo których na drodze odruchowej powstaje przekrwienie narządów płciowych. Pod jego wpływem pęcherzyk pęka i wydziela jajko, błona śluzowa trąb i macicy obrzmiewa i przerasta, w dalszym przebiegu zaburzenie (*orgasmus*) w narządach płciowych i przekrwienie zmniejszają się, obrzmiałe i przerośnięte części błony śluzowej ulegają przerodzeniu tłuszczowemu, oddzielają się unosząc z sobą jajko, przy czem drobne naczynia pękają i wylewają krew. Gdy zaś nastąpi zapłodnienie jajka, to ono osiada w obrzniętej błonie śluzwej macicy, rozdrażnia ją i nie dopuszcza przerodzenia tłuszczowego, lecz przeciwnie pobudza rozrost macicy i całą jej działalność żywotną, zmniejszając takową w jajnikach. Podług tego tłumaczenia opartego na badaniach anatomicznych, miesiączkę uważać należy jako ostateczny objaw skończonej sprawy wydzielenia się jajka; gdzie zaś tego nie ma jak u ciężarnych, tam i końcowego jej objawu być nie może, gdy znowu z drugiej strony wydzielenie się jajka jest możebnem, chociaż nie uwewnętrznia się krwawieniem, jak np. u kobiet karniących, osłabionych i pewnej małej liczby zdrowych, które nie odbywając nigdy miesiączki, jednak wydają na świat dzieci. Odwrotnie podług wyżej powiedzianego zdaje się zupełnie niemożebnem, aby miała miejsce miesiączka bez wydzielenia się jajka, lecz za to mogą być odplywy krwawe z macicy niezależnie od wszelkiej działalności jajników, a tylko pod wpływem różnych przyczyn zewnętrznych, jak np. spółkowanie z brzemieniami, niektóre choroby macicy, jak włóknaki, i tak nazwane przyzwyczajenie macicy spotykane szczególnie u kobiet po 40-tu latach, które pomimo miesiączek są zwykle bezpłodne.

Z tego wynika, że u ciężarnych kobiet nie bywa miesiączki w fizjologicznem znaczeniu tego wyrazu, a pojawiające się w tym czasie odplywy krwi, chociażby i kilka razy powtarzały się, zależą zawsze od choroby macicy lub wpływów zewnętrznych. Badania doprowadzające do takich wyników rozwiązują ważne i ciekawe pytanie nadpłodnienia (*superfoetatio*) wyłączając go z możliwych objawów fizjologii.

Jeżeli więc kobieta odbywa miesiączkę w sposób zwyczajny, akuszer nie uważając się za zwolnionego od szczegółowego zbadania ma prawo przypuścić, że ona nie jest ciężarną. W tym względzie szczególnie należy podejrzewać kobiety, które będąc już po 30-tu latach nie miały jeszcze wcale dzieci i tem silniej pragną takowych, im więcej zbliżają się do okresu, w którym zmuszone będą stracić wszelką nadzieję. Takie kobiety łudzą się niezmiernie łatwo przyjmując swoje gorące życzenia za spełnione, a głębokim osobistem przekonaniem do tego stopnia są w możności pomylić zdanie lekarza, że popada on w sidła ich złudzeń, jeżeli nie jest dostatecznie uzbrojony teorią i doświadczeniem.

Zmiany w trawieniu, zmiany w gruczołach piersiowych, zabarwienie smugi białej (*linea alba*) spotykają się przy wielu stanach chorobnych macicy i jajników, lecz nie stają się źródłem błędów przy rozpoznaniu ciąży, jako oznaki jej tylko prawdopodobne.

b) Guzy różne w jamie brzusznej albo miednicy. Oprócz cech właściwych każdemu rodzajowi tych chorób opisanych dobrze we wszystkich dziełach ginekologicznych, jest jeden objaw przemawiający niewątpliwie za ciążą prawidłową znajdującą się w drugiej połowie swojego przebiegu. Takim jest *colysanie się* (*ballotement*), t. j. ruch z dołu do góry i naodwrot, ciała stałego w płynie. Objaw ten rozstrzyga wszelkie wątpliwości, lecz trzeba umieć go odnaleźć, co nie jest łatwym.

c) Zmiany w szyjce macicznej, odpowiadające takowym przy ciąży, nie mają wielkiego znaczenia jako drugorzędne w rozpoznaniu ciąży. Najważniejszymi pod tym względem są: d) Znaki osłuchowe podobne do szmerów macicznych i płodowych. Znaki te przy ciąży dzielą ogólnie na szmery i bicie serca płodu. Szmery podług pr. PAJOT są 4 rodzajów: 1^o klasyczny zwyczajny szmer, bez ruchów, współczesny tętnu matki, zwykle słyszalny na bokach i w dolnej okolicy brzucha, może pojawić się na wszystkich innych punktach, lecz znika z ruchami płodu. 2^o Tenże szmer z piskiem albo dźwiękiem muzykalnym. 3^o Szmer z uderzeniem pojawiający się w tych samych miejscach co pierwszy, przy skurczach macicy bolesnych i niebolesnych. Współcześnie uczuwa się uderzenie za pomocą ucha i ręki. 4^o Szmery płodowe przy biciu serca płodu i krążeniu w naczyniach pępowiny, lecz w tym względzie potrzebne są nowe poszukiwania.

1-szy i 3-ci rodzaj tych szmerów spotyka się przy niektórych chorobach macicy, jak np. przy włókniakach, lecz inne oznaki odróżniają je dostatecznie od ciąży prawidłowej.

Bicie serca płodu przedstawia cechy tak widoczne odnośnie do liczby uderzeń, rytmu, miejsca, że błędy w tym względzie są prawie niemożliwe, jeżeli tylko pamiętamy zwrócić uwagę na bicie serca matki, które przenosi się w ten sposób w okolice macicy, że przyjmowanem było jako należące do płodu, chociaż ten jak pokazało się później od dawna nie żył. Pamiętać o tem jednak należy, że bicie serca płodu, ściśle oznaczone, jest nieomylnym znakiem ciąży, lecz brak jego weale nie mówi stanowczo przeciw takowej.

Oprócz powyższych szmerów jest jeszcze jeden bardzo niedostatecznie opisany, oddający jednak wielkie usługi podług prof. PAJOT w pierwszej połowie ciąży, t. j. wtedy, kiedy takowa jest tylko prawdopodobną i nie przedstawia żadnego pewnego znaku. Ruchy płodu w drugiej połowie ciąży łatwo oznaczyć, lecz w 4-tym i 5-tym miesiącu wykonywa on także ruchy, które prof. PAJOT nazwał *choc foetal*. Prawdopodobnie w skutek trudności w odnalezieniu tego znaku nie używa on w praktyce znaczenia na jakie zasługuje, a obecność jego daje się sprawdzić tylko za pomocą stetoskopu. Naciskając takowy do ścian brzucha kobiety ciężarnej ucho otrzymuje uczucie uderzenia i bardzo lekkiego szmeru, to jest dwa wrażenia: dotyku i słuchu, które łatwo odróżnić od wszelkich innych ruchów i szmerów spotykanych w brzuchu. Jest to niewątpliwym znak ciąży, trudny do odnalezienia, lecz wysokiego znaczenia rozpoznawczego przez to, że pojawia się wcześniej jak wszelkie inne. Aby go odnaleźć trzeba zachować pewne ostrożności, a mianowicie: stetoskop umieścić prostopadle do ścian brzucha i naciskać głową stopniowo i umiarkowanie. Ten *choc foetal* czyli drżenie płodu przenoszące się na ściany macicy i brzucha może tylko pojawiać się w warunkach mających miejsce między 4-tym i 6-tym miesiącem ciąży, to jest wtedy, gdy rozwój płodu osiągnął pewnego stopnia, lecz stosunkowo przeważają jeszcze wody płodowe. Warunków tych brak w pierwszych 3-ich miesiącach, w 6-tym zaś znikają, lecz wtedy zwyczajne ruchy płodowe stają się wydatnymi. Nim jednak pojawią się, akuszer znajduje się często w konieczności wyrzec czy ciąża ma miejsce lub nie i wtedy odnaleziony *choc foetal* rozstrzyga wszelką wątpliwość.

e) Co do ruchów płodu, to tylko akuszer może rzetelnie sprawdzić ich obecność, gdyż każda kobieta nieciężarna, lecz poczytująca się za taką czuje ruchy płodu. Pamiętać należy także, że są kobiety, u których ściany brzucha mają szczególną własność kurczenia się pod wpływem ręki przyłożonej, co naśladuje do pewnego stopnia ruchy płodu.

Z kolei należy rozpatrzyć jakie przyczyny nie pozwalają rozpoznać ciąży tam, gdzie ona ma miejsce. Brak wszelkich zmian czynnościowych właściwych ciąży, zupełny brak

miesiączki zdarzający się u karmiących kobiet i w różnych stanach chorobnych mogą tak zaciemnić położenie, że lekarze przepisywali lekarstwa i wykonywali operacje pociągające za sobą smutne następstwa dla niepoznanej ciąży 3 do 5 miesięcznej. PAJOT widział jak jeden z jego profesorów przyjął 4-miesięczną ciążę za ropień i przeciął go przez pochwę bisturem, a historyja przekłócia macicy w 8-ym miesiącu ciąży w jednym z wielkich szpitali Paryża bardzo była głośną. Niekiedy przewlekłe choroby macicy maskują początek ciąży. Różne narosty dające powód do lekkich krwotoków, przechylenia i przegięcia macicy czasami prawie nie pozwalają podejrzewać ciąży, która jednak ma miejsce.

Jeżeli płód obumarł w 5-ciu pierwszych miesiącach ciąży z jakichkolwiek szkodliwych dla niego powodów, przy pierwszym badaniu chorej rozpoznanie tej śmierci prawie jest niemożliwym i stanowcza odpowiedź czy żyje płód lub nie, miejsca mieć nie może, lecz nie należy tem niepokoić się, gdyż przy nienaruszonych osłonach płodowych nastąpi tylko nieszkodliwa dla matki maceracyja. W 2-jej połowie ciąży śmierci płodu łatwo jest rozpoznać.

Trzeci rodzaj błędów w rozpoznaniu ciąży zależy na pomięszaniu różnych jej rodzajów, np. ciąży pojedynczej z podwójną, prawidłowej z zewnątrz-maciczną i t. d. Jedyny pewny znak ciąży podwójnej są dwa bicia serca słyszane w dwóch różnych miejscach i różnej części.

Co się tyczy ciąży zewnątrz-macicznej, to silne rozciągnięcie ścian macicy, zdarzające się czasami, wytwarza wiele trudności w rozróżnieniu ciąży prawidłowej od zewnątrz-macicznej, lecz rozpatrując stopień rozwoju i czas trwania ciąży, zmiany w części pochwowej i dolnym odcinku macicy, jej niskie albo wysokie położenie, zboczenie w prawo albo w lewo odnośnie do narośli uważanej za płód zewnątrz-maciczny można uniknąć błędów.

Lecz rozpoznanie czy ciąża zewnątrz-maciczna ma siedlisko w jajniku, trąbie albo jamie brzusznej jest możliwym tylko przy operacyi albo sekeji.

Czł. BUJKO przedstawił wyniki zastosowania podskórnych wstrzykiwań ergotyny we włókniakach macicy, metodą HILDEBRANDT'A, które w dwóch przypadkach spostrzeżonych przez niego wypadły najzupełniej ujemnie.

Na temże posiedzeniu Dr. MOSZYŃSKI wybrany został na członka Towarzystwa, a czł. LEWANDOWSKI powołany w miejsce zmarłego czł. WIKSZEMSKIEGO do komisyyi dla zbadania rozpraw nadesłanych na konkurs o kołtunie. Czł. Tow. Lewandowski.

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

O przeciwniczem działaniu jaborandi i atropiny na wydzielanie śliny i potu. Wzmiankowaliśmy już w Nr. 5 MEDYCZYNY z r. b o wpływie jaborandi na wydzielinę potu i śliny, tudzież o atropinie, jako środka mogącym powstrzymać nadmierne ślinienie, wywołane działaniem jaborandi. Obecnie podać możemy w tym przedmiocie kilka szczegółów, które czerpiemy z odczytu VULPIAN'A, mianego na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego w Paryżu. V. starał się uzupełnić wyniki doświadczeń CARVILLE'A który wykazał, że działanie jaborandi, wywołujące ślinienie powstaje nie na skutek wpływu tego środka na nerwy naczynio-ruchowe ślinianek podzuchwowych, jak również że siarazan atropiny zastrzyknięty pod skórę zwierzęcia powstrzymuje ślinienie, wywołane przez jaborandi. W celu przekonania się czy to wzajemne znoszenie się działania odnosi się i do wydzieliny potu, V. choremu, który zażył $\frac{1}{60}$ gr. (1 miligr.) siarazanu atropiny podał napar jaborandi (z 1 dr. na 5 unc. wody, która to dawka wystarczała do wywołania bardzo obfitych potów i ślinotoku). Po kilku minutach wystąpiły poty i ślinienie, lecz bardzo skąpe; wszystko to zresztą znikło w ciągu jednej godziny. Ztąd V. wywnioskował, że atropina znakomicie zmniejszyła działanie jaborandi tak napotne, jakoteż wywołujące ślinotok. Następnie V. usiłuje objaśnić przeciwieństwo działania dwóch tych środków. Tu uważamy za potrzebne pokrótce podać dwie główne teoryje o wydziele-

niu śliny. Pierwsza z nich podana przez CL. BERNARD'A, uważa wydzielanie śliny za skutek porażającego działania struny bębenkowej na nerwy społeczulne naczynio-ruchowe, rozszerzającej naczynia i wywołującej wydzielanie śliny. Druga teoria, podtrzymywana przez LUDWIG'A i VULPIAN'A, opierających się na doświadczeniach GIANUZZI, HEIDENHAIN'A i innych, uważa działanie układu nerwowego na śliniaki za działanie wprost i niezależnie od zjawisk w krwiobieg. W istocie—ostatniej tej teorii nie zbijają doświadczenia CL. BERNARD'A, wykazujące, iż przy podrażnieniu struny bębenkowej jednocześnie mają miejsce dwa zjawiska: wydzielanie śliny i rozszerzenie naczyń. Jednakże V. zwraca uwagę na to, że jednoczesność tych zjawisk nie pociąga za sobą ich związku przyczynowego i że doświadczenia HEIDENHAIN'A i WITTICH'A prowadzą do wniosku, iż wydzielina wywołana w skutek pobudzenia wprost lub odruchowego nerwów rozgałęziających się w śliniakach, powstaje pod działaniem tych nerwów na pierwiastki właściwe śliniaki, że zatem w owych nerwach istnieją włókna, które stanowią prawdziwe pierwiastki nerwowe wydzielnicze. Z dwóch więc rodzajów nerwów, które otrzymuje ślinianka, jedne pochodzące z części szyjowej nerwu społecznego działają na naczynia, inne powstające ze struny bębenkowej byłyby podług V. prawdziwymi nerwami wydzielniczymi; działanie zaś ich wzajemne na siebie opisuje V. w tych słowach: „Wiadomo już, że bardzo prawdopodobnie włókna struny bębenkowej rozszerzające naczynia, działają na naczynia śliniaki w ten sposób, iż znoszą czynność zwojów naczynio-ruchowych, wywołujących, albo podtrzymujących napięcie tych naczyń. Są to włókna regulujące, działanie których zbliża się do działania nerwów błędnych na zwoje przyspieszające ruchy serca. Tak samo możnaby przypuścić, że zwoje pozostające w związku z pierwiastkami właściwymi śliniaki podtrzymują ją w pewnym stanie pobudzenia, które przeszkadza zupełnemu rozwinięciu czynności wydzielniczej. Paradytacja struny bębenkowej miałaby na te zwoje wpływ podobny do tego, jaki wywiera na zwoje naczynio-ruchowe: przerywałaby ich czynność a wówczas gruczoł pozbawiony wszelkiego działania nerwowego i, że tak powiem, porażony mógłby okazywać całą swoją siłę wydzielniczą. Struna więc bębenkowa zawierałaby włókna nerwowe wydzielnicze, działające na śliniankę w ten sposób, iż powstrzymują one działalność ograniczającą (*L'activité restreinte*) zwojów w stosunku do pierwiastków wydzielniczych. Tym sposobem mielibyśmy pewien rodzaj tożsamości działania włókien naczynio-ruchowych i wydzielniczych, ponieważ naczynia w stanie prawidłowym nie mogą się całkowicie rozszerzać, gdyż ulegając ciągłemu działaniu zwężającemu (temu, które wywołuje napięcie) i ponieważ śliniaki nie mogą swobodnie wydzielać dlatego, że znajdują się w pewnym stanie napięcia spowodowanego przez działalność zwojów i nerwów, które w nich się rozgałęziają. Przepuszczanie prądu elektrycznego przez strunę bębenkową w obu szeregach nerwów, wywołuje podobne skutki, pod wpływem elektryczności znika stan napiętej działalności zwojów naczynio-ruchowych i zwojów gruczołowych; naczynia się rozszerzają i gruczoł obficie wydziela.” Oto dane fizjologiczne, które pozwalają zrozumieć działanie jaborandi i atropiny na wydzielanie śliny. Atropina działa podobnie jak zwoje gruczołowe tych nerwów, które zatrzymują wydzielanie; jaborandi przeciwnie, działa na sposób podrażnionej struny bębenkowej t. j. poraża lub zmniejsza działanie zwojów i nerwów zwojowych, zkał obfite wydzielanie, ślinotok. Pomiędzy atropiną i jaborandi istnieje przeciwieństwo tak samo, jak między sposobem działania struny bębenkowej a zwojami nerwów gruczołowych. Godnem jest uwagi, że w tem wyjaśnieniu fizjologicznem wcale niekoniecznie potrzeba przyjmować wpływu nerwów naczynio-ruchowych; to też doświadczenie CARVILLE'A okazało, iż jaborandi działa na śliniankę niezależnie od nerwów naczynio-ruchowych.

(Gaz. hebdom. 1875—6). St. Kw.

Kwas borny i jego sole jako środek przeciwnalny zaleca LISTER (*British med Journal* 19 dec. 1874).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Turecja. Międzynarodowa komisya sanitarna. W skutek postanowień pierwszej komisji międzynarodowej, która przed kilku laty obradowała w Konstantynopolu, państwa europejskie zgodziły się na przyznanie rządowi tureckiemu prawa pobierania opłaty od wszystkich okrętów zawijających do portów tureckich. A w zamian rząd turecki zobowiązał się zaprowadzić radykalną zmianę w urządzeniu sanitarnem w całym państwie i założyć stałe lazarety we wszystkich ważniejszych portach tureckich. Lazarety te istnieją już od pewnego czasu w przystani górnego Bosforu, w Salonice i Smyrnie, zaś w Bourgas i w jednej z przystani morza Czarnego wkrótce urządzone być mają. Obecnie kiedy postanowienia wynikię z obrad drugiej międzynarodowej komisji sanitarnej odbytej w Wiedniu ogłoszone być mają, układ pomiędzy Turcją a resztą państw europejskich ma podobno ulec zmianie. Jak wiadomo wynikiem głównym obrad komisji Wiedeńskiej było zachwianie wiary w skuteczność środków kwarantannowych i określenie sposobu dokonywania jedynie rewizji okrętów i ludzi przybywających z portów i krajów dotkniętych zarazą. Francya jednak i Turcja uporczywie przy utrzymaniu kwarantann stoją. Ztąd kwestya higieny daje powód do powikłań politycznych, których rozwiązanie musi iść tępo p. A n d r a s s e m u, gdyż dotychczas niema żadnych oznak zapowiadających praktyczne zastosowanie zasad postawionych przez komisję międzynarodową Wiedeńską.

Berlin. Stowarzyszenie lekarzy. Już dawniej kilkakrotnie donosiłem czytelnikom „MEDYCYNY” o rozmaitych zbiorowych krokach lekarzy niemieckich, w celu poprawienia materialnego bytu i zabezpieczenia się przeciwko nieuczciwemu wyzyskiwaniu ze strony ludności. Zdaje się że lekarze niemieccy a szczególnie berlińscy, po licznych usiłowaniach uzyskania pewnych postanowień ze strony władzy, któreby do poprawy bytu lekarzy przyczynić się mogły, przysli do przekonania, że i bez tej interwencji rządowej stosunek swój względem klientów a w ogóle względem ludności odpowiedniejszym uczynić mogą przez pewne korporacyjne urządzenia. I tak utworzyło się w roku zeszłym stowarzyszenie lekarzy przedmieścia rosentalskiego i okolicy (w Berlinie), którego celem według pierwszego punktu ustawy jest popieranie i obrona interesów koleżeństwa, interesów stanu lekarskiego i spraw zdrowia publicznego dotyczących. Stowarzyszenie odbywa zwyczajne posiedzenia raz na miesiąc. Wszyscy stowarzyszeni zobowiązują się stosować w swej praktyce do ułożonej z góry taksy wynagrodzeń, w której oznaczone jest stałe *minimum honorarii*. Stowarzyszenie *in corpore* występować będzie przeciwko wykroczeniom i nadużyciom pojedynczych lekarzy. Chorzy którzy z góry podadzą się jako ubodzy, leczenia będą bezpłatnie przez stowarzyszonych. Nieporozumienia i zajęcia pomiędzy członkami stowarzyszenia rozstrzyga ostatecznie zarząd. Dziś nie chcę komentarzy dodawać do tych szczegółów, które niezawodnie nas tylko cieszyć mogą. Zdaniem mojem jak w innych zawodach tak i w naszym tylko wzajemna pomoc zdoła wpływać na poprawę naszych stosunków materialnych, a jednocześnie na podniesienie stopy godności stanu lekarskiego.

Leyda. Wszechnica leydejska obchodziła z wielką uroczystością 300-letnią rocznicę swego istnienia w d. 5 Lutego r. b. Wydział lekarski leydejski był jednym z pierwszych w Europie, który pozwolił na wykonywanie rozeźlonkowania trupów. *St. M.*

O g ł o s z e n i a.

Dr. DOBIESZEWSKI

zawiadamia Szanownych Kolegów, że w mającej nastąpić porze kąpielowej w r. b. już dnia 15 Maja przybędzie do Marienbadu i mieszkać będzie w Villa Schönbrunn na parterze. Dodaje przytem, iż w swem mieszkaniu będzie elektrycznością: tak prądem stałym jak i przerwany.

Za leczenie elektrycznością płaci się osobno po 2 rs. (3 zlr.) za posiedzenie.

Redaktor odpowiedzialny, Dr. K. Benni.

Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Дозволено Цензурою. — Друк. J. Jaworskiego, Krak.-Przedm. N. 415. — Cena pojedynczego N. k. 15 (zł. 1.)