

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Nowa metoda leczenia chorób zakaźnych. Przez d-ra Adama Chełmońskiego.—O syringomyelii. Podał dr. St. Bernstein. — Sprawozdanie lekarskie o chorych leczonych w zakładzie zdrojowo-kąpielowym i letnim szpitalu Ś-go Mikołaja w Busku, podczas pory kąpielowej 1891 roku. Przez d-ra J. Majkowskiego.—**Streszczenia i przekłady.** 53. O obiektywnych sympatyach neurastenii. 54. Leczenie czkawki za pomocą uciskania palcem nerwu przeponowego. — **Udźwięk.** O zachowaniu się lekarza względem kobiet dotkniętych przymiotem. Sprawozdawca dr. A. Fruchtman. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

Nowa metoda leczenia chorób zakaźnych.

Przez Adama Chełmońskiego

Ordynatora szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Szereg faktów biologicznych, które tymczasem pominę, skłonił mnie do szukania przeciw chorobom zakaźnym środków leczniczych wśród produktów życia bakterij gnilnych.

Po otrzymaniu odpowiedniego preparatu, postanowiłem najpierw określić dawkę nieszkodliwą dla zdrowego człowieka a jednocześnie nie pozbawioną działania. Wznoszenie się temperatury służyło za dowód, że dana dawka nie jest obojętna.

Próby moje rozpocząłem na królikach. Przekonawszy się, że na daną dawkę króliki reagują wznoszeniem się temperatury, a po jednym do trzech dni wracają do zupełnie normalnego stanu, dozę o połowę mniejszą zastrzykiwałem sobie i ludziom zdrowym. Natężenie działania jest w zupełności zależne od dawki. Nigdy nie stosowałem dawki spowodzającej podniesienie temperatury wyżej nad 38,6°.

Wznoszenie się temperatury zaczyna się zwykle w 5—8 godzin po iniekcji. Równocześnie z podniesieniem się temperatury, a niekiedy na 2—3 godzin przedtem występuje senność, słaby ból głowy, bóle w mięśniach, uczucie zimna, niekiedy lekki dreszcz, po czem zjawia się uczucie gorąca, poty. Tętno przy najwyższej nawet temperaturze jest zawsze mierowe, pełne, duże. Po 24-ch czasem 36-iu godzinach następuje powrót do zupełnie normalnego stanu.

Kiedy się już upewniłem, że iniekcye mego środka na zdrowych szkodliwego wpływu nie wywierają, przeszedłem do ludzi chorych.

Próby na chorych zwierzętach zmuszony byłem pominąć, gdyż tym chorobom, w których najpierw miałem zamiar wypróbować moją metodę, zwierzęta albo zgoła nie podlegają, albo też podlegają w nadzwyczaj słabym stopniu.

Próby moje rozpocząłem oczywiście od dawek minimalnych i tylko bardzo stopniowo przechodziłem do większych dawek i częstszych iniekcij.

Dotychczasowe spostrzeżenia moje upoważniają mnie do wyprowadzenia pewniejszych wniosków tylko odnośnie do tyfusu brzusz nego. Dalsze spostrzeżenia dotyczące się innych gorączek obiecuję sobie wkrótce zakomunikować.

Wyniki otrzymane przy stosowaniu mojej metody w tyfusie brzusz-
nym dają się streścić w sposób następujący:

Temperatura ciała pod wpływem iniekcji zachowuje się niejednakowo; jakie-
goś typu dopatrzeć się tu trudno. Raz występuje spadek krytyczny (*crisis*) do cyfr
normalnych, po nim zjawia się jedno, częściej kilka wieczornych nasileń mniej wię-
cej do 38,5°, poczem dopiero temperatura utrzymuje się w granicach normalnych.

Drugi rodzaj spadku temperatury jest albo typowem *lysis*, albo też wśród
lysis zjawiają się spadki do cyfr normalnych.

Do osiągnięcia stanu bezgorączkowego wystarcza niekiedy 1—2 dni, czasem
potrzeba na to dni 5—6 iu.

Okres choroby, zdaje się, nie wpływa na spadek temperatury; rozpoczynałem
iniekcje w różnych okresach i otrzymałem spadki do cyfr normalnych na 8, 12, 14,
etc. dzień choroby.

Wraz ze spadkiem temperatury, albo dopiero w kilka dni później, zjawia się
mniej lub więcej obfity pot.

Tętno po rannej iniekcji ku wieczorowi staje się zwykle częstsze, ale zawsze
odpowiednie do wysokości temperatury; jest ono pełne, duże (*p. plenus, magnus*).
Jeżeli następnego rana temperatura staje się normalną, częstość tętna zmniejsza się
do 70—80; staje się ono nieco mniejszem od wieczornego choć nigdy nie jest zbyt
nikłe.

Częstość oddechu odpowiada zwykle częstości tętna.

Biegunka, jeżeli jest, już po kilku dniach ustaje.

Kaszel wraz z rżeniami następnego dnia po iniekcji znika, albo zmniejsza
się wyraźnie.

Wysypka blednie, po kilku dniach znika.

Język z suchego staje się wilgotnym.

Śledziona albo wyraźnie się zmniejsza jednocześnie ze spadkiem temperatury,
albo też jeszcze w ciągu kilku dni daje się stwierdzić powiększenie tego organu.

We krwi przy pobieżnem badaniu nie znalazłem żadnych zmian.

Mam pewne dane, że pod wpływem iniekcji następuje zwolnienie przemiany
materii.

Chory czuje się odmłodzonym, rześwym; apetyt szybko wraca, chory siada na
łóżku; po kilku dniach je i pije bez pomocy, wkrótce też zaczyna chodzić o wła-
snej sile.

W przypadku w którym u chorej było w wysokim stopniu zajęte sensorium
i miała miejsce nieprzytomność, majaczenie; powrót do przytomności nastąpił do-
pieru po kilku dniach bezgorączkowych.

Sposób przyrządzania ekstraktu gnilnego.

Wodny nastój mięsa wołowego (1:1) poddawałem gniciu w ciągu 7—10 dni
w temperaturze 15°—16° R. Otrzymany ciemno-czerwony mocno cuchnący płyn go-
towałem na wolnym ogniu, trzymając go w stanie wrzenia około 1—2 minut.

Ścięte białko wraz z bakteryjami i zapewne częścią ptomain oddzielałem za-
pomocą kilkakrotnego filtrowania.

Filtrat jest to płyn jasno żółtej barwy, przezroczysty lub zlekka opalizujący,
z zapachem bulionu albo stolarskiego kleju, odczynu obojętnego albo słabo kwa-
śnego, ciężaru gatunkowego 1010—1012. Płyn tego albo używałem wprost do inje-
kcji, albo też, wyparowawszy go do konsystencji syropu, suszyłem przy 100° C.

do stałej wagi, i otrzymaną lepka, przypominającą klej stolarski masę, ważyłem i przyrządzałem roztoczyny wodne różnej koncentracji.

Zastrzedz mi tu należy:

1) Że siła płynów jednakową drogą otrzymanych nie zawsze jest jednakową. Przypuszczam, że zależeć to może od sposobu gotowania nastoju: ścinające się białko raz więcej drugi raz mniej zabiera ptomain.

2) Iniekcyjny płyn łatwo podlega gniciu.

3) Po upływie pewnego czasu, mniej więcej 20–30 dni, iniekcyjny płyn traci siłę działania, czemu, zdaje mi się, uda się zapobiedz, zabezpieczając go od gnicia.

Postępowanie moje przy iniekcjach było następujące: zaczynałem od dawki bardzo małej, a siła reakcji była mi wskazówką, jaką dawkę wolno mi zastosować w danym przypadku. Przerywałem iniekcje wtedy, kiedy ranny spadek dochodził do temperatury normalnej, a powtarzałem je z chwilą, kiedy przebieg temperatury wskazywał, że sprawa jeszcze się nie skończyła.

Dawka jednorazowa dla człowieka dorosłego wynosiła 0,001–0,008 grm. ekstraktu gęstego, co odpowiada mniej więcej 0,1–0,5 ctm. filtratu.

Spostrzeżenia moje są dotąd nieliczne, sama metoda nie jest jeszcze dokładnie wyrobiona. Mimo to nie waham się zakomunikować już teraz powyższych wyników przez wzgląd na doniosłość sprawy.

Ani materyjał, jakim rozporządzam, ani wiadomości moje nie wystarczyłyby do wyświetlenia jej.

Liczę, że mój komunikat przyspieszy rozwiązanie niezmiernie ważnego zagadnienia, wobec którego lekarz był dotąd bezsilny.

Warszawa d. 5/III 92.

Z POLIKLINIKI D-RA GOLDFLAMA.

O SYRINGOMYELII

Podał St. Bernstein.

Sprawa chorobowa, z którą czytelnika zapoznać pragnę, żywo w ostatnich latach zaprzęta uwagę neuropatologów. Dzieje się to ze względu na nowość tej sprawy, powiedzmy nawiasem względną, osobliwość objawów klinicznych i doniosłość jej, jaką posiada dla nauki o fizjologii rdzenia. Mając sposobność obserwowania przypadku tej ciekawej i względnie rzadkiej choroby, zamierzałem początkowo całkiem obiektywnie bez żadnych uwag dołączyć go do szeregu obserwacji, skrzętnie przez badaczy zbieranych w celu wyjaśnienia niektórych spornych jeszcze punktów. Przejrzawszy jednak literaturę naszą i nie znalazłszy nigdzie pracy traktującej o syringomyelii, pomimo że piśmiennictwo niemieckie i francuskie posiada już bardzo obszerną literaturę tego przedmiotu, postanowiłem choć w części, względnie do szczupłych sił moich, wypełnić rażącą lukę, podając i treściwą charakterystykę tej choroby. Upoważnił mnie do tego i ten wzgląd, że nawet nowsze podręczniki patologii, o syringomyelii bądź przemilczają, bądź też bardzo pobieżnie o niej traktują; monografie zaś i artykuły, po czasopismach rozproszone, nie dla wszystkich są dostępne. Wobec w ten sposób rozszerzonego zakresu mej pracy, skorzystałem z możliwości powiększenia kazuistycznego materiału o 3 przypadki, dotychczas nie opublikowane, a spostrzegane i łaskawie mi przez d-ra GOLDFLAMA udzielone, za co jak również za zachęcenie mnie do niniejszej pracy i łaskawą pomoc serdeczne podziękowanie mu składam.

Wyraz „syringomyelia“ (od σπινῆς—flet, rura i μυελος—rdzeń) wprowadził do

patologii OLLIVIERS d'ANGERS w r. 1837, darząc tem mianem jamy, zwykle podłużne, na jakie natrafiono przypadkowo przy badaniach pośmiertnych w rdzeniu. Lecz już znacznie wcześniej, albowiem nawet w 17-em stuleciu spotykano je sporadycznie. Nie przypisując im jednak większego znaczenia, uważano je za pewnego rodzaju anatomiczne *curiosum*. Dopiero lat temu 20 zainteresowano się żywiej tą sprawą, i zaczęto ją badać z punktu anatomopatologicznego (HALLOPEAU, LEYDEN, SIMON, WESTPHAL, później SCHULTZE KAHLER, PICK i w. i.). Lecz strona kliniczna wciąż pozostawała w cieniu; albowiem znajdowano syringomyelię na stole sekcyjnym bądź przypadkowo, jak dawniej, bądź też za życia obserwowano objawy, które wprowadziły na domysł o zajęciu rdzenia, nie dawały się jednak podciągać pod obraz którejkolwiek ze znanych form nozologicznych. Dopiero w ubiegłym dziesięcioleciu, dzięki badaniom SCHULTZE'GO w Dorpacie i KAHLER'A w Pradze udało się wykryć odpowiednik kliniczny sprawy, anatomopatologicznie już dość dokładnie opracowanej. Od tego czasu wzrasta ilość odpowiednich spostrzeżeń, symptomatologia wzbogaca się, czynią się dalsze poszukiwania w niezupełnie jeszcze ustalonej sprawie patogenezy dzięki pracom przeważnie niemieckich autorów (wyżej wymienieni i BERNHARDT, ANNA BÄUMLER, REMAK, CHIARI, KRONTHAL i w. i.), lecz także francuzkich (DEBOVE, CHARCOT, DÉJERINE, JOFFROY i ACHARD, MORVAN, ROTH i w. i.) i angielskich (ALLEN, STARR, WIPHAM, van GIESON).

Pod względem częstości, nie należy syringomyelia, jak to uprzednio sądzono, do bardzo rzadkich form chorobowych: nie jest ona np. rzadszą od *sclerosis lateralis amyotrophica*. Tyczy się to jednak syringomyelii jedynie w pojęciu klinicznym, gdyż anatomopatologicznie stosunek wypadłby znakomicie na jej korzyść; już bowiem w r. 1887 mogła ANNA BÄUMLER ¹⁾ zebrać z literatury około 100 przypadków znalezienia jam w rdzeniu kręgowym.

Dziedziczność, zdaje się, nie gra w tej chorobie żadnej roli. Co do płci, to niewiedza ona częściej mężczyzn, niż kobiety. Spotykaną bywa przeważnie w wieku dojrzałym, początki jej jednak dają się często wysledzić już w okresie młodocianym.

Etiologia jest prawie zupełnie nieznaną: niektórzy za przyczynę przyjmują uraz, przebytą chorobę zakaźną i wogóle stany, powodujące ogólne osłabienie organizmu. W tem też jedynie znaczeniu pojmowanym bywa stosunek przymiotu do syringomyelii. Ciekawe są pod tym względem dwa przypadki, spostrzegane przez JEGOROW'A ²⁾ i EISENLOHR'A ³⁾, w których obok zmian na tle przymiotu powstałego wiądu, znaleziono i syringomyelię, a stosunek anatomiczny tej ostatniej do sklerozy tylnych pęczków kazał wnosić o jednakowym ich pochodzeniu. Według bardzo prawdopodobnej hipotezy KRONTHAL'A ⁴⁾ wypadaloby pewne znaczenie etiologiczne przypisać skrzywieniom kręgosłupa, co poniekąd stanęłoby w zgodzie z zaznaczonym już wpływem urazu na powstawanie syringomyelii.

Zmiany anatomiczne polegają na istnieniu jamy w istocie rdzenia. Co się tyczy formy, wielkości, oraz ilości tych nieprawidłowych wydrążeń, ich umiejscowienia względem podłużnej i poprzecznej osi rdzenia, panuje w tej mierze wielka różnorodność. Istnieją najrozmaitsze gradacje od jam dostrzegalnych jedynie przy pomocy drobnowidza do takich, które zajmują całą rozciągłość organu od opuszki, aż do nici końcowej. Jeżeli jamy są liczne, mogą być bądź odosobnione, bądź też łączące się wielokrotnie. Forma ich jest mniej więcej eliptyczna, bardzo często zupeł-

¹⁾ Deutsches Archiv. f. klin. Medicin. XL.

²⁾ Neurologisches Centralbl. 1891 p. 406.

³⁾ Ibidem p. 416.

⁴⁾ Neurolog. Centr. 1889. NN. 20, 21, 22.

nie nieprawidłowa, z licznymi wypustkami i krętymi uchyłkami. Ich *locus praedilectionis* bywa okolica nabrzmienia szyjowego, bardzo rzadkiem siedliskiem nabrzmienie lędźwiowe. Zajmują prawie przeważnie istotę szarą rdzenia po za kanałem centralnym, zkąd rozszerzają się na tylne rogi, potem na przednie, następnie nawet na tylne pęczki i na resztę substancji białej. Zdarza się też, że na poprzecznym przekroju rdzenia z szarej istoty nie pozostało ani śladu, a i biała niekiedy tworzy jedynie cienką obrączkę na obwodzie jamy. Choć bardzo rzadko, bywa jednak, że proces zaczyna się w substancji białej (np. pęczku bocznym), zkąd szerzy się wgląb ku istocie szarej. Zawartość jam stanowi płyn bądź surowiczy, bądź mniej więcej kleisty, przezroczysty lub mętny, często przez zmieniony barwnik krwi rdzawo zabarwiony. Po wyjściu jego, ściany jamy zapadają się, przyjmuje ona wygląd mniej lub więcej obszernej szczeliny, a rdzeń, gdy jama była większych rozmiarów, staje się w odpowiednim miejscu spłaszczonym. Jamę często wysięcia lśniaca, gładka powłoka, tworząca niekiedy na swej wolnej powierzchni brodawkowate wyrosty. Makroskopowo dają się jeszcze dostrzedz, o ile istnieją, zstępujące lub wstępujące wtórne zwyrodnienia pęczków istoty białej (najczęściej bocznych, rzadziej tylnych). Opony znajdowano przeważnie bez zmian.

Badanie mikroskopowe daje możliwość poznania stosunku, w jakim się znajduje kanał centralny do jamy. Otóż, często jama okazuje się rozszerzonym właśnie kanałem centralnym i, jak ten ostatni, wysłana jest warstwą komórek nabłonkowych; jest to tak zwana *hydromyelia*. Otaczającą ją tkanka nerwowa prócz nieznacznego rozrostu neuroglii nie przedstawia nic nienormalnego. Podobna jama, wysłana nabłonkiem, może istnieć i niezależnie od normalnego centralnego kanału, mianowicie po za nim. W tym, jak i w pierwszym przypadku przednio-tylny jej wymiar zwykle przeważa nad poprzecznym analogicznie z tem, co ma miejsce w zarodkowym centralnym kanale. Jamy takie słusznie więc mogą być uważane za wynik niedokonanego, *resp.* niezupełnego, mianowicie, jedynie w przedniej części dokonanego zwężenia kanału zarodkowego.

Innym razem jama nie posiada nabłonka, i żadnej łączności z kanałem centralnym nie ma. Ten ostatni przebiega normalnie przed nią, lub też odsuniętym bywa przez jej ściany ku przodowi, w prawą lub lewą stronę. Ściany takiej jamy, właściwą syringomyelię stanowiącej, tworzy tkanka, powstała wskutek nienormalnego budowania elementów neuroglii i zawierająca pierwiastki nerwowe na różnym stopniu zaniku. Tu nadmienić wypada, że ostatnie okazują wielką oporność względem nowopowstałej tkanki i zanikają niezwykle powoli.

Ten nieprawidłowy rozrost neuroglii posiada według SCHULTZE'GO swe odrębne cechy, wyróżniające go od zwykłej sklerozy ośrodków nerwowych; mianowicie, w tej ostatniej przeważa rozrost włókien neuroglii, zaś mniej wybitnie występuje pomnożenie ilości komórek; liczne ciała skrobiowate są również przynależnością jedynie sklerozy, zaś brak tej ostatniej, skłonności do nekrobiozy, do tworzenia jam, gdy tymczasem wybujała neuroglia syringomyelii ulega rozpadowi.

Ta oto hyperplazia bywa bądź charakteru rozlanego, przedstawia się jako nacieczenie pośród elementów nerwowych, które choć zanikają, nie ulegają jednak gromadnemu przemieszczeniu, i według SCHULTZE'GO nosi nazwę gliozy (*gliosis*); bądź też wybujała neuroglia tworzy miejscami ogniska, które odsuwają *en masse* elementy nerwowe, sprowadzając stopniowy ich zanik—ten proces zwie się według tegoż autora gliomatozą (*gliomatosis*) i na stopniu najwyższego swego natężenia jest indentywnym z właściwym glejakiem (*glioma*), który jest już guzem makroskopowo odgraniczonym, często nawet dającym się z pośród otaczającej tkanki wyłuszczyć. Te trzy rodzaje wybujałej neuragii są substratem, na którym tworzą się jamy sy-

ringomyeliczne. Naczynia pośród tej nowopowstałej tkanki niekiedy żadnych zmian nie przedstawiają, częściej jednak posiadają zgrubiałe, lub szklistawo zwyrodniałe ściany, miejscami widoczne są świeże lub dawne wybroczyny krwawe. Pośród wybijającej nuroglii spotkać można ogniska rozpoczynającej się nekrobiozy, zwyrodnienia szklistawego albo klejowatego, jako zapowiedź powstać mającej jamy. Wyżej wzmiankowana wyściełająca jamy powłoka przedstawia histologicznie tę samą tkankę, z przewagą jednak włókien, w której elementy morfologiczne uległy znacznemu stłoczeniu, spowodowanemu przez ciśnienie wypełniającego jamę płynu.

Często w jednym i tym samym rdzeniu spotkać można obok syringomyelii z hydromyelią; obie mogą się nie łączyć, lub też zlewać się w jedną jamę, tak iwaną hydrosyringomyelię ¹⁾, której przednią część wyścieła warstwa komórek nabłonkowych (hydromyelia), tylna zaś jest jej pozbawiona (syringomyelia).

Prócz wyżej podanych form, opisują niektórzy autorowie wydrążenia w rdzeniu, których otaczająca tkanka przedstawia cechy zapalne (eksudację wzdłuż zmienionych naczyń). Notowano także jamy, które powstały wśród ognisk szklistawego zwyrodnienia substancji rdzeniowej, nie dotkniętej zgoła gliozą, i takie, których otaczająca tkanka żadnych zupełnie zmian nie przedstawiała, gdzie więc przypuszczać należy pierwotny zanik substancji rdzenia. Faktem jest jednak, że najczęstszą formą jam jest ta, która powstaje na gruncie gliozy (*resp.* gliomatozy). Jest to forma, wyłącznie dotychczas spotykana w przypadkach klinicznie rozpoznanych.

Prócz jam w rdzeniu, wykrył SCHULTZE przy syringomyelii zmiany degeneracyjne w pniach nerwów mieszanych na porażonych kończynach, zaś DEJERINE ²⁾ stwierdził zmiany w nerwach skórnych tych okolic, które przedstawiały zaburzenia czuciowe. Zmiany te uważane są za wtórne, zależne od zajęcia odpowiednich centrów; kwestya ta jednak wymaga jeszcze bliższego wyjaśnienia na drodze licznieszych, niż dotychczasowe, spostrzeżeń.

Patogeneza syringomyelii nie jest jeszcze zupełnie ustalona. Istnieje kilka teoryj, z których każda zdaje się mieć swą rację bytu, o ile nie pretenduje do bezwzględnej wyłączności. Co do hydromyelii, godzą się wszyscy, że bywa ona rezultatem nieprawidłowego rozwoju rdzenia w życiu zarodkowym, że mianowicie w danym przypadku szerokie światło centralnego kanału płodu pozostało na mniejszej lub większej wysokości zupełnie, lub tylko w grzbietowej swej części niezwązonym. Lecz hydromyelia może być i nabytą wskutek zaburzeń krążenia w rdzeniu, spowodowanych przez ucisk ze strony guzów (LANGHAUS), zgrubiałych opon, lub z powodu nienormalnego przebiegu kanału kręgowego (KRONTHAL). Według KRONTHAL'A ³⁾, zaburzenie krążenia w płynach rdzeniowych (krwi i limfie) prócz hydromyelii wywołać może i właściwą syringomyelię na gruncie gliozy (*resp.* gliomatozy). Dowodzi on mianowicie, że na zaburzenia w krążeniu reaguje neuroglia hyperplazją swych elementów, która dosięgłszy pewnego stopnia prowadzi do rozpadu z wytworzeniem się jam; stąd też częste współistnienie hydromyelii z syringomyelią.

LÉYDEN uważa każdą syringomyelię za następstwo przedistniejącej i z czasu życia zarodkowego datującej się hydromyelii: wskutek mianowicie bujania elementów neuroglii, otaczającej nienormalny kanał centralny (hydromyelię), powstaje tkanka, która rozrastając się zamknąć może światło kanału i w następstwie ulega rozpadowi; w ten sposób tworzy się jama (syringomyelia), w której może nie być

¹⁾ Archiv f. Psychiatrie. 1891. XXIII. Schaffer u. Preisz. Ueber Hydromyelie u. Syringomyelie.

²⁾ La Médecine Moderne 1890. p. 563.

³⁾ l. c.

i śladu nabłonka. Nawet jednocześnie z syringomyelią istnienie prawidłowego centralnego kanału nie przeczy powstaniu jej z hydromyelii, gdyż ta ostatnia mogła być dorsalną niezarośniętą częścią zarodkowego centralnego kanału, którego wentralny oddział zredukował się do rozmiarów normalnego *canalis centralis*.

HALLOPEAU, a także JOFFROY i ACHARD uważają proces zapalny za przyczynę rozpadu tkanki rdzeniowej (*myélite cavitaire*): zapaleniu mianowicie ulega okolica ependymy (*sclerose périependymaire*), a nekrobioza powstaje wskutek zakrzepu zmienionych wśród tkanki zapalnej naczyń. Teoria ta nie ma zwolenników pomiędzy niemieckimi autorami, francuzi hołdują jej jednak.

Najbardziej rozpowszechnioną teorię pierwsi wygłosili SIMON i WESTPHAL, a wsparł ją własnymi dochodzeniami SCHULTZE. Jest to teoria nowotworzenia—teoria gliozy, *resp.* gliomatozy. Według niej neuroglia w okolicy po za kanałem centralnym posiada szczególną predyspozycję do heperplazji; hydromyelia zaś wcale nie jest koniecznym do syringomyelii wstępem. Stosunek pomiędzy hydromyelią a syringomyelią jest analogiczny temu, jaki istnieje np. między piętmem rodzinnem (*naevus*) a rakiem: rak rozwija się często w patologicznej tkance piętna, jak syringomyelia wokoło patologicznego, nieprawidłowo szerokiego centralnego kanału; lecz rak powstać może i na gruncie zupełnie zdrowej tkanki, a nieprawidłowy centralny kanał spotkać można w rdzeniu bez syringomyelii ¹⁾. Że w tej chorobie istnieje wrodzona anomalia, raczej potencjalna, niż anatomiczna, na to się i ci autorowie godzą; uważają więc i oni syringomyelię, jak w ogóle wszelkie sprawy nowotworowe, za chorobę wrodzoną, lecz w pojęciu odrębnem od pojmowania LEYDEN'A. Że tu w grę wchodzi jakieś, bliżej nieznanne, patologiczne czynniki z czasów życia zarodkowego, za tem przemawia także częste współistnienie innych jeszcze anomalii w rdzeniu, jakoto: kilku centralnych kanałów w miejsce jednego, powiększonej liczby brózd podłużnych rdzenia i t. p. Co do bliższego mechanizmu powstawania jam wśród wybujałej neuroglii, kwestya ta nie jest jeszcze stanowczo rozstrzygniętą: jedni uznają sprawę zakrzepową w naczyniach, inni to lub owo zwyrodnienie. Faktem jest jednak, że wszędzie, gdzie znajdowano nieco naprzód posuniętą sprawę gliozy (*resp.* gliomatozy), natrafiano jednocześnie i na jamy; tak upośledzonym jest odżywianie nowopowstałej tkanki. (d. c. n.)

SPRAWOZDANIE LEKARSKIE

o chorych, leczonych w zakładzie zdrojowo-kąpielowym
i letnim szpitalu Ś-go Mikołaja w Busku,
podczas pory kąpielowej 1891 roku.

Przez J. Majkowskiego

lekarza zakładu i szpitala Ś-go Mikołaja w Busku.

Pora kąpielowa rozpoczęła się w roku 1891, jak zwykle, dnia 8/20 Maja i trwała do dnia 8/20 Września; poczem jednak wydawane były kąpiele aż do dnia 26 Października, w ogrzewanej łazience.

W roku sprawozdawczym leczyló się w tutejszym zakładzie zdrojowo-kąpielowym chorych 1415, a w szpitalu Ś-go Mikołaja 243, razem więc chorych 1658.

Nadmienić tu wypada, że podczas pory kąpielowej 1891 r. funkcjonował w Busku oddzielny szpital dla chorych wojskowych, pod kierunkiem d-ra CHUŻYŃSKIEGO, gdzie leczono ogółem 28 chorych żołnierzy. O tych chorych nie zdo-

¹⁾ Schultze. Zeitschr. f. klin. Medic. 1888. XIII.

łałem zebrać bliższych wiadomości i dla tego oni w niniejszem Sprawozdaniu nie figurują.

W porównaniu z rokiem poprzednim t. j. 1890, mieliśmy w roku sprawozdawczym o 229 chorych mniej, z którego to niedoboru przypada 220 na chorych, leczących się prywatnie t. j. tak zwanych gości kąpielowych, a 9 na szpital Ś-go Mikołaja. Jeżeli jednak do liczby 243 chorych szpitalnych dodamy 28 chorych, leczonych w czasowym szpitalu wojskowym, to ogólna liczba chorych szpitalnych w roku sprawozdawczym okaże się wyższą od tej, z roku 1890—o 19 chorych, co stwierdza stałe i znaczne powiększanie się liczby chorych szpitalnych, w ostatnich kilku latach zaobserwowane.

Za przyczynę tak znacznego zmniejszenia się liczby t. z. gości kąpielowych w roku 1891 poczytać należy fatalną pogodę, przez prawie całe lato panującą, a także i coraz niższy stopień zamożności obywateli ziemskich, którzy w latach dawniejszych stanowili główną i najliczniejszą klientellę Buska.

Według miejsca zamieszkania, chorzy nasi przybyli z następujących gubernij:

	t. z gości kąpielowi	chorzy w szpit. Ś-go Mikołaja
1. Z guber. Kieleckiej	398	100
2. „ Warszawskiej	333	50
3. „ Piotrkowskiej	225	30
4. „ Radomskiej	148	40
5. „ Lubelskiej	87	10
6. „ Kaliskiej	57	3
7. „ Płockiej	39	—
8. „ Grodzieńskiej	35	3
9. „ Kijowskiej	33	—
10. „ Łomżyńskiej	28	3
11. „ Wołyńskiej	28	—
12. „ Siedleckiej	18	2
13. „ Mińskiej	16	1
14. „ Wileńskiej	15	—
15. „ Suwalskiej	13	—
16. „ Podolskiej	12	—
17. „ Chersonskiej	4	—
18. „ Petersburgskiej	3	—
19. „ Witebskiej	3	—
20. „ Liflandzkiej	3	—
21. Z innych gubernii Cesarstwa	9	1
22. Z miasta Krakowa	6	—
23. Z miasta Poznania	1	—
24. Z Pruss zachodnich	1	—
razem .	1415	243

Podług wyznań leczyło się:

1. Katolików	938	127
2. Starozakonnych	239	80
3. Prawosławnych	174	30
4. Protestantów Augsb.	63	6
5. Reformowanych	1	—
razem .	1415	243

Podczas pory kąpielowej 1891 r. wydano kąpeli:

Z wody mineralnej	42,528
Ze szlamu mineralnego	2,084
Kąpeli natryskowych	32
Kąpeli parowych.	3
Kąpeli z wody zwyczajnej.	137

razem wydano kąpeli . 44,784

Po skończeniu właściwej pory kąpielowej t. j. po dniu 8/20 Września wydano jeszcze kąpeli 350.

Przeto ogół wydanych kąpeli=45,134.

W tej liczbie było kąpeli bezpłatnych 9613, płatnych 35,521.

Na jednego chorego wypada przecięciowo 26,7 kąpeli.

Ponieważ w roku poprzednim t. j. 1890 wydano wszystkich kąpeli 50893 (na 1887 chorych), przeto niedobór wynosi w roku sprawozdawczym 5,759 kąpeli.

Podczas ubiegłego sezonu notowane były spostrzeżenia meteorologiczne przez Dyrektora zakładu d-ra A. DOBRZAŃSKIEGO, które poniżej podaję:

Miesiąc Czerwiec

		Stan barometru	Ciepłota	Wilgotność powietrza
o god. 7 rano	najwyższy	749	17° R.	96
	najniższy	731	6°	60
	średni	740,6	12,1°	82,8
o god. 1 w poł.	najwyższy	749	20°	95
	najniższy	734	8,2°	44
	średni	741,4	14,7°	66,2
o god. 9 wiecz.	najwyższy	749	17°	98
	najniższy	735	7°	72
	średni	741,1	11,6°	86,2
	maximum	—	25°	—
	minimum	—	4 ³ / ₄ °	—

Wiatr przeważnie ws., potem półn., następnie zach. i półn. zach. Stan nieba najczęściej pochmurny, następnie słoneczny i dżdżysty. Opadów atmosf. 110,25 mill.

Miesiąc Lipiec.

o god. 7 rano	najwyższy	745	19°	98
	najniższy	737	11°	62
	średni	741,4	14,3°	82,2
o god. 1 w poł.	najwyższy	746	22°	95
	najniższy	735	11°	37
	średni	744,5	17,4°	60,9
o god. 9 wiecz.	najwyższy	746	18°	97
	najniższy	736	10°	65
	średni	741	13,8°	85
	maximum	—	28,5°	—
	minimum	—	9,5°	—

Wiatr przeważnie ws. następnie zach. i półn.-zach. Stan nieba najczęściej słonecz., potem pochmurny i dżdżysty, opadów atmosf. 160,60 mill,

Miesiąc Sierpień.

		Stan baro- metru	Ciepłota	Wilgotność powietrza
o god. 7 rano	najwyższy	745	15°	97
	najniższy	731	9°	70
	średni	743,6	12,4°	86,1
o god. 1 w poł.	najwyższy	745	18°	90
	najniższy	735	14°	41
	średni	741,1	16°	61,7
o god. 9 wiecz.	najwyższy	745	15°	98
	najniższy	733	9°	67
	średni	743,9	12,7°	83
	maximum	—	26°	—
	minimum	—	10°	—

Wiatr przeważnie zachod., następnie wsch. Stan nieba najczęściej pogodny (słoneczny) następnie pochmurny, opadów atmosfer. 46,45 mill.

Miesiąc Wrzesień.

o god. 7 rano	najwyższy	751	17°	98
	najniższy	735	3,5°	75
	średni	744,6	9,8°	90,4
o god. 1 w poł.	najwyższy	751	21°	90
	najniższy	735	10°	50
	średni	745,7	14,6°	64,3
o god. 9 wiecz.	najwyższy	752	17°	95
	najniższy	735	5°	65
	średni	745	10,4°	81,6
	maximum	—	29°	—
	minimum	—	3°	—

Wiatr najczęściej wsch., potem półn.-zachod. i zachodni. Stan nieba najczęściej słoneczna pogoda. Opadów atmosfer. 16,5 mill.

W ciągu pory kąpielowej 1891 roku praktykowało w Busku 9 lekarzy, a mianowicie: pp. d-rzy A. DOBRZAŃSKI Dyrektor i dzierżawca zakładu, J. MAJKOWSKI lekarz zakładu i szpitala Ś-go Mikołaja, A. SULIMIERSKI młodszy ordynator szpitala Ś-go Mikołaja, S. CHUDZYŃSKIJ ordynujący w szpitalu wojskowym, J. DYMNI-CKI, J. GRABOWSKI, L. JAGNIĄTKOWSKI, L. KADLER, J. RADZISZEWSKI—lekarze zdrojowi.

Stosownie do obowiązujących przepisów, wydanych przez Ministra spraw wewnętrznych, odbyli wyżej wymienieni lekarze dwa posiedzenia lekarskie, na których rozstrząsano kwestyą budowy nowej bydłobójni w Busku i zastanawiano się nad środkami, zmierzającymi do poprawy jakości mięsa. W tym celu zobowiązano Dyrektora zakładu, aby wyjednał u władzy pozwolenie na przepędzanie bydła stepowego z Kielec do Buska.

Na podstawie wykazów, złożonych przez kolegów, praktykujących przy zdrojowisku, podczas ubiegłego sezonu kąpielowego, jestem w możności przedstawić w następującej tablicy ogólny ruch chorych, leczonych w 1891 roku tak w zakładzie, jako też i w szpitalu Ś-go Mikołaja:

	Leczyło się			wyzdrowiało	doznało polepsz.	bez polepszenia	rezultat niewiad.
	w praktyce prywatnej	w szpitalu ś. Mikołaja	razem				
1. Przymiot i choroby wener. (Syph. I ^a 2 chor., Syph. II ^a 284. Syph. III ^a 105. Syph. syst. nervos. 136. Syph. hered. 5. S. latent. 56. S. abacta 16. Morb. vener. 8).	564	48	612	420 = 68 ⁰ / ₁₀₀	152 = 24 ⁰ / ₁₀₀	21 = 3,4 ⁰ / ₁₀₀	19 = 3 ⁰ / ₁₀₀
2. Chroniczny reumat. staw. i mięśni.	336	87	423	185 = 43 ⁰ / ₁₀₀	208 = 49 ⁰ / ₁₀₀	20 = 4 ⁰ / ₁₀₀	10 = 2 ⁰ / ₁₀₀
3. Artretyzm zniepodabniający (Arthritis deformans)	12	2	14	—	8 = 57 ⁰ / ₁₀₀	6 = 43 ⁰ / ₁₀₀	—
4. Dna (Arth. urica v. podagr.)	21	1	22	1 = 4 ⁰ / ₁₀₀	17 = 77 ⁰ / ₁₀₀	3 = 13 ⁰ / ₁₀₀	1
5. Żołądki (Scrophulosis)	214	41	255	84 = 33 ⁰ / ₁₀₀	143 = 56 ⁰ / ₁₀₀	22 = 8 ⁰ / ₁₀₀	6
6. Angielska choroba (Rhachit.)	2	—	2	—	2 = 100 ⁰ / ₁₀₀	—	—
7. Choroby syst. nerwowego. (Ischias post. 43 chor., Neuralg. intercost. N. brachial. et al. 9. Paral. central. 35. Paral. periph. 2, tabes dors. 21, Neurasth. 7, Irrit. spin. 1. Hemicran. 3. Epileps. 2. Atroph. mus. progres. 1).	93	33	126	35 = 27 ⁰ / ₁₀₀	40 = 31 ⁰ / ₁₀₀	44 = 34 ⁰ / ₁₀₀	7
8. Choroby skóry. (Eczema 35 chor., Psoriasis. 15, Prurig. 10, Prurit. cutan. 2, Ulcera 8, Acne 5, Sycosis 2, Impetigo 1, Furuncul. 1).	73	9	82	37 = 45 ⁰ / ₁₀₀	34 = 41 ⁰ / ₁₀₀	7 = 8 ⁰ / ₁₀₀	5
9. Chroniczn. zapalenia i sprawy pozapalne róż- nych organów. (Metrit. 24. Oophorit. 5, Dysmenor. congest. 3, Catar. intest. 6, Angina 3 etc.).	46	5	51	10 = 19 ⁰ / ₁₀₀	29 = 56 ⁰ / ₁₀₀	6 = 11 ⁰ / ₁₀₀	6
10. Chr. zapalenia stawów i kości (traumatyczn., idiopatyczne) i ich następstwa.	21	16	37	9 = 24 ⁰ / ₁₀₀	20 = 54 ⁰ / ₁₀₀	8 = 21 ⁰ / ₁₀₀	—
11. Stany zastoinowe w jamie brzusznej (Pletho- ra abdominal.) i hemoridy	13	—	13	5 = 38 ⁰ / ₁₀₀	6 = 46 ⁰ / ₁₀₀	1 = 7 ⁰ / ₁₀₀	1
12. Chron. zatrucia metallami (Mercurialismus 5, Arsenicism. 1)	5	1	6	5 = 83 ⁰ / ₁₀₀	1 = 16 ⁰ / ₁₀₀	—	—
13. Inne różne choroby (Chlor-anaemia 5, Adiposit. 2. Phlebectas. 4, Phlegmas. alb. dolens 2, Neoplasm. 2).	15	—	15	1 = 6 ⁰ / ₁₀₀	11 = 73 ⁰ / ₁₀₀	3 = 20 ⁰ / ₁₀₀	—
Razem	1415	243	1658	792 = 47,7 ⁰ / ₁₀₀	671 = 40,4 ⁰ / ₁₀₀	141 = 8 ⁰ / ₁₀₀	54 = 3 ⁰ / ₁₀₀

Z powyższej ogólnej liczby (1658) chorych, przypadło mi w udziale leczenie 634 chorych, z których 527 leczyłem w wolnej praktyce a 107 w szpitalu Ś-go Mikołaja.

W poprzednich moich sprawozdaniach zwykle pomieszczałem, obok wyników z leczenia, ogólne uwagi i wywody, odnoszące się do leczonych przeze mnie chorych, co w niniejszem sprawozdaniu pomijam. Wyniki leczenia moich chorych mieszczą się w ogólnej, wyżej podanej tablicy; na miejsce zaś ogólnych uwag i wy-

wodów, zamierzam przytoczyć opisy więcej interesujących i dłużej (przez kilka sezonów) obserwowanych przypadków chorobnych, przez co sprawozdanie pozyska żywszą i poczytniejszą ilustracyą. (d. n.)

STRESZCZENIA I PRZEKŁADY.

53. Dr. L. LÖWENFELD. O obiektywnych symptomach neurastenii. Ostatni wykład znanego monachijskiego neuropatologa traktuje o przedmiocie obchodzącym żywo każdego lekarza-praktyka. Dr. LÖWENFELD znanym jest i u nas z gruntownej pracy wydanej przez „Gazetę lekarską”: „O metodach leczenia neurastenii i histeryi.“

W wykładzie, który wiernie streścić zamierzamy, wychodzą na jaw wszystkie przymioty autora jako pisarza, a mianowicie: jasność, dokładność, i przejrzystość przedstawienia rzeczy obok znajomości przedmiotu. Co się najprzód tycze ogólnego odżywiania i wyglądu neurasteników, to zaznaczyć należy, iż jakkolwiek neurastenii w większej liczbie przypadków nie podkopuje odżywiania, to są jednak przypadki, w których głęboki rozstrój układu nerwowego zdradza się i w zewnętrznym wyglądzie chorego. Pogląd BEARD'A, że większość neurasteników odznacza się miłodocianym wyglądem zgadza się również z obserwacyami autora, jakkolwiek znajdują się neurastenicy z przedwcześnie podstarzałą powierzchownością nawet przy dobrym stanie ogólnego odżywiania.

Stan napełnienia naczyń twarzy i uszu. U wielu neurasteników, a mianowicie cierpiących na kongestye do głowy, znajdujemy żywe zaczerwienienie twarzy, polegające prawdopodobnie na osłabieniu innerwacji naczynioruchowej. Do tego samego zjawiska możemy sprowadzić nagle zmiany w kolorze twarzy, występujące u neurasteników przy nieznacznych nawet wzruszeniach umysłowych. Zwykle i uszy są nadmiernie czerwone. Często dotyczy to tylko jednego ucha. Temperatura jest przy tem subiektywnie i obiektywnie podwyższoną. Zachowanie się źrenic i zwięźnienie koncentryczne pola widzenia. Autorzy opisują często u neurasteników osłabienie siły wzroku pod nazwiskiem „*anaesthesia retinae*“, zdradzające się szybkim męczeniem się organu wzroku, niewytrzymałością przy czytaniu, występowaniem mgły przed oczami i t. d.; zjawia się również często i pewne ograniczenie pola widzenia. Według bogatego doświadczenia autora, w przypadkach nerwicy traumatycznej, noszącej charakter czystej neurastenii, zwięźnienie pola widzenia jest rzadkiem zjawiskiem. Przy neurastenii nie traumatycznego pochodzenia znaczniejsze zwięźnienie pola widzenia jest również bardzo rzadkim objawem; przekrwienie łącznicy (*hyperaemia conjunctivae*) spotykamy już to w połączeniu z mocniejszym zaczerwienieniem twarzy, już też bez niego jako przechodnie zjawisko. Żrenice u neurasteników są zwykle rozszerzone i kurczą się często i rozszerzają niezależnie od podrażnień świetlnych i akkomodacyi. Zjawiska te są niewątpliwie wyrazem zwiększonej wrażliwości nerwowej, *respect.* wahającej się innerwacji centralnej i są w wysokim stopniu charakterystyczne dla neurastenii. Znajdujemy również czasem różnicę w wielkości źrenic, co jest jednakże przemijającym zjawiskiem.

Zaburzenia ruchowe. Jednym z częstszych objawów neurastenii jest niedostateczne zamknięcie powiek przy zwartych nogach w położeniu stojącym; spotykamy się zresztą u neurasteników i z innymi objawami ruchowego osłabienia mięśni dowolnych. Jednem z najczęstszych zaburzeń ruchowych są drżenia włókienkowe, występujące już to w języku i mięśniach twarzy, już to, jakkolwiek rzadziej, w mięśniach grzbietu i kończyn dolnych. Nadto, w chwilach pobudzenia spotykamy się u neurasteników z popędem do ruchu, zdradzającym się bezcelową agitacyą rękami i nogami.

Zachowanie się czucia. Tutaj ilość symptomów obiektywnych jest bardzo nieznaczna. Autor często obserwował nadzwyczajną subtelność u neurasteników w odczuwaniu wrażeń dotykowych, mianowicie na rękach; znajdujemy również znieczulenie (*anaesthesia*) małych przestrzeni skóry. Z szerszem jednak znieczuleniem w przypadkach typowej neurastenii nie spotykamy się nigdy. Odruchy skórne przy neurastenii są często wzmożone. Co się zaś tycze odruchów ścięgniastych, posiadających jak wiadomo ważne znaczenie diagnostyczne, to odruch kolanowy w większej liczbie przypadków neurastenii mleczowej (*neurasthenia spinalis*) jest

wzmocnionym i to w znacznym stopniu. Na zasadzie licznych obserwacji twierdzi autor, że utrata odruchu kolanowego nie należy bynajmniej do objawów neurastenii.

Elektryczna i mechaniczna wrażliwość nerwów. Wzmoczoną mechaniczną wrażliwość nerwów znajdujemy w wielu przypadkach neurastenii; objawia się ona dla chorego w sposób bardzo nieprzyjemny. Już najnieznaczniejszy ucisk na nerwy, np. siedzenie na niewyściełanych krzesłach wywołuje odrętwienie w członkach; rzadziej wzmoczona mechaniczna wrażliwość nerwów objawia się obiektywnie w ten sposób, że już słabe opukiwanie niektórych nerwów wywołuje skurcze. Wrażliwość elektryczna zdaje się być również u neurasteników znacznie wzmoczoną.

Zaburzenia w głowie, mowie i piśmie. Pewne osłabienie głosu zdarza się szczególnie u tych neurasteników, którzy z obowiązków swego powołania zmuszeni są wiele mówić. Także i zaburzenia w mowie, pewne jej utrudnienie są przy stanach wyczerpania mózgowego bardzo częstym objawem. Mamy w tych przypadkach po większej części do czynienia z parafazją i zapominaniem słów (*amnesia verbalis*). Zaburzenia w piśmie neurasteników ograniczają się do tych symptomów, że przy pisaniu zjawiają się bóle i uczucie zmęczenia w ramieniu, przez co pismo staje się niewprawnem, niepewnem i wygląda niezgrabnie.

Zasługuje również na uwagę w tym kierunku u neurasteników skłonność do ziewania i śmiania się.

Zaburzenia w układzie cyrkulacyjnym. Jednym z najczęstszych objawów u neurasteników w tym zakresie jest przyspieszenie działalności serca, które może być trwałem, albo przemijającym, rzadszem daleko jest zwolnienie czynności serca. Obok tego przyspieszenia spotykamy się bardzo często z rozlicznymi rodzajami nieregularnej działalności serca. Często działalność serca jest przerywaną (*intermittens*), siła i trwanie pojedynczych skurczów nie są równe i t. d. Zasługuje na uwagę fakt, że w tych przypadkach, w których chorzy uskarżają się na nieprawidłową działalność serca, obiektywne badanie często nie wykazuje opisanych zmian. Nie można jednak z tego bynajmniej wnosić, że twierdzenia chorych polegają na udawaniu lub wmawianiu w siebie.

Również i w obwodowych częściach układu cyrkulacyjnego spotykamy rozmaite nieprawidłowości; często przy napadach tak zwanego „bicia serca” spotykamy żywą pulsację w większych tętnicach. Neurastenicy uskarżają się również na zimne nogi i ręce, na zamieranie członków, co jest również wynikiem nieprawidłowości w krążeniu krwi.

Zaburzenia żołądkowo-kiszkowe. Najnowsze badania jasno wykazały, że przy t. zw. niestrawności nerwowej mamy do czynienia z bardzo złożoną nerwicą, w której łączą się ze sobą zaburzenia w ruchowej, wydzielniczej i czuciowej czynności żołądka.

Obok tego spotykamy silne wzdęcie żołądka wskutek obfitego wytwarzania się gazów lub połykania powietrza, nerwowe odbijanie, wymioty i niepokój peristaltyczny żołądka. Często jest również powiększone wydzielanie kwasu solnego w żołądku, t. j. nadmierna kwasność wydzieliny żołądkowej.

Z objawów kiszkowych spotykamy się albo z tak zwanem nerwowem zaparciem, lub też rozwolnieniem. Pierwszy objaw jest zwykle stały, drugi—przemijający. Między temi stanami istnieje trzeci: jest to tak zwane przez MÖBIUSA nerwowe osłabienie trawienia. Mamy w tych przypadkach do czynienia z osobami, które przy dobrym apetycie i przyjmowaniu znacznej ilości pokarmów chudną bez jakiegokolwiek zaburzenia w trawieniu. Chorzy ci mają codziennie kilka obfitych stolców, z którymi wychodzą niestrawione pokarmy.

Nieprawidłowości w wydzielinie potu, śliny i łez. Nadzwyczajna skłonność do pocenia się jest bardzo częstym objawem, mianowicie w wyższych stopniach nerwowego wyczerpania. Miejscowo dokucza neurastenikom nadmierne pocenie się rąk i nóg, bardzo uparte i dokuczliwe.

U niektórych w nocy podczas snu zjawia się obfity pot na głowie, który nawet sen przerwać może. Rzadszem zjawiskiem jest nadmierna suchość skóry. Czasami występuje również ślinotok. Znaną jest również skłonność neurasteników do płaczu.

Zmiany w moczu. Często w moczu u neurasteników znajdujemy tak zwane nitki uretralne. Według doświadczenia autora, nie można przypisywać poje-

dynczym kłaczkom sluzu znajdującym się w urynie szczególniejszego znaczenia. Większe zaś ilości owych nitek uretralnych obok elementów komórkowych świadczą o zapaleniu chronicznem cewki moczowej lub gruczołu przyprątneho (*prostate*) i dla tego zasługują na uwagę. Większe znaczenie posiada obecność części składowych nasienia (*sperma*) w urynie, jeżeli zwłaszcza nie jesteśmy w stanie wytłumaczyć tego zjawiska sprawami fizyologicznymi. Nasieniotok (*spermatorrhoëa*) występuje jak wiadomo nie tylko przy stanach neurastenicznych; gdy jednak nie możemy wykazać jako przyczyny czynników czysto mechanicznych lub innej choroby układu nerwowego, prowadzącej do utraty nasienia, wtedy nasieniotok jest objawem daleko posuniętego wyczerpania układu nerwowego lub też neurastenii mleczowej. połączonej z nieudolnością płciową (*impotentia virilis*). Przy każdym dłużej trwającym nasieniotoku ciała nasienne okazują poważne zmiany, a mianowicie są zmniejszone.

Zasługuje również na uwagę, że neurastenicy oddają często bardzo wiele uryny (*polyuria*), który to objaw połączony jest z nadmiernem pragnieniem (*polydipsia*). Z innych zmian wspomnieć należy o fosfaturyi i częstszej jeszcze oxalurii. Ten ostatni objaw jest tylko wyrazem wpływu układu nerwowego na przemianę materii, jest więc tylko symptomatyczny. W wysokich stopniach neurastenii znajdujemy czasami cukier w urynie. (Münch. med. Woch. 50—52. 91). Wl. Ch.

54. Dr. LEOIR. Na ostatniem posiedzeniu paryzkiej akademii nauk zaleca leczenie czkawki za pomocą uciskania palcem nerwu przeponowego (*phrenicus*). Przed 5 laty L. był wezwany do 12 letniej dziewczynki, która od roku cierpiała na uporczywą czkawkę. Czkawka powtarzała się u chorej co $\frac{1}{2}$ minuty, odbierała chorej sen i ujemnie wpływała na odżywienie, tak że w końcu doprowadziła dziecko do znacznego wyniszczenia. Wszelkie środki antispasmodyczne okazały się bezskutecznymi. L. zastosował u chorej tej ucisk na lewy n. *phrenicus* pomiędzy dwoma przyczepami mięśnia mostko obojczyko-sutkowego (na mostku i na obojczyku). Ucisk wywierany palcem trwał 3 minuty i był dość bolesny. Po upływie tego czasu czkawka znikła zupełnie i nie wróciła więcej. Od tego czasu L. metodę tę stosował w licznych przypadkach zarówno ostrej jak i przewlekłej czkawki, z dobrym wynikiem. Zawsze udawało się L. przez uciskanie nerwu *phrenicus* (w przeciagu kilku minut a nawet i sekund) usunąć czkawkę. (Wien. med. Presse N. 8. 1892 r.). L. G.

ODCINEK.

O zachowaniu się lekarza względem kobiet dotkniętych przymiotem.
przez prof. A. FOURNIER'A (Bull. médic. Nr. 94—1891).

Jak powinien zachować się lekarz względem kobiety, która przychodzi do niego z poradą, i u której rozpoznaje przymiot? Na pozór zdawałoby się, że odpowiedź bardzo łatwa. Obowiązkiem każdego lekarza jest czynić to, czego się od niego wymaga: powinien on stosownie do wskazania zastosować odpowiednie leczenie i nazwać właściwem imieniem chorobę, jeżeli pacjentka tego żąda. Inaczej zupełnie przedstawia się kwestyja, gdy chodzi o pacjentkę zamężną. Ujawniając przed nią stan choroby, tem samem już wykrywamy cierpienie jej męża, co może taki w niej wywołać wstręt do męża, iż sprawa dojść może do niesnasek domowych, a nawet i rozwodu, co niejednokrotnie miało już miejsce. W jednym takim przypadku mąż czynił największe lekarzowi wyrzuty, że ten zakłócił całe jego szczęście domowe. Jeżeli natomiast lekarz utai przed chorą jej cierpienie, które oznacza jakimś nie nieznanym pseudonymem, wówczas może się zdarzyć, iż pacjentka, która chorobę swą zawdzięcza kochankowi, w kilka dni później, oddawszy się mężowi, zarazi go przymiotem. Innym znów razem lekarz rozpoznał u młodej kobiety poczynający się przymiot. Dla prostej życzliwości ukrywa przed chorą jej cierpienie, postanawiając porozumieć się z mężem, którego uważa za jedyne sprawcę nieszczęścia. Zdziwienie męża, który, podobnie jak w przypadku drugim, sprawcą zakażenia nie był: przerażenie lekarza i niewysłowiony gniew żony, wysoce skompromitowanej przez owego lekarza. Można sobie wyobrazić, jakiej potrzeba było dyplomacyi użyć ze strony lekarza, by dawny stosunek i wiarę w małżeństwie przywrócić.

Prof. FOURNIER radzi wobec kobiety zamężnej choroby jej właściwem imieniem nie nazywać, lecz pod jakim bądź pozorem zalecić przepisy higieniczne, któreby zapobiegły zarażeniu dzieci. Nadto, radzi autor w rozmowie z nią starać się dowiedzieć, czy pacjentka należy do „kokot“, a wówczas w poufnej rozmowie objaśnić chorą, że dotknięta jest cierpieniem zaraźliwem, zwanem przymiotem, i że obowiązkiem jej jest powstrzymać się od stosunków płciowych. Jako przykład opisuje autor przypadek następujący. Młoda dziewczyna, utrzymanka jakiegoś bogatego i rozrzućnego dyplomaty, zarażała się szankrem od swego pobocznego kochanka. Lekarz zaordynował swoistą kurację, nie jednak pacjentce o jej chorobie nie powiedział. Chora naturalnym biegiem rzeczy zarażała dyplomatę, a ten znów żonę. Okazało się potem, że młoda dziewczyna nie miała wyobrażenia o swej chorobie i że, gdyby wiedziała o niej, nie ryzykowałaby nigdy zarazić dyplomatę i tem samem utracić świetną pozycję, co też rzeczywiście nastąpiło. Jeżeli chodzi o przyzwoitą kobietę zamężną, zarażoną przymiotem niewątpliwie przez męża swego, wówczas lekarze, ukrywając przed nią cierpienie, uciekają się do środków następujących: 1) zalecają rękę w postaci nieznanej zupełnie publiczności, jak: pigulek DUPUYTREN'A lub ulepku GILBERT'A, samemu zaś cierpieniu nadają miano pryszczycy, owrzodzenia, wyprysku etc. 2) Inni znów lekarze przepisują rękę lub jod za pomocą inicjałów chemicznych: Hg. K. I. 3) Niektórzy jeszcze pod jakim bądź pozorem sami okazują gotowość zajęcia się przyrządzeniem lekarstwa i odesłaniem go do mieszkanka chorej.

Wszelkie tego rodzaju wybiegi uważa autor za nieprowadzące do celu. Prof. FOURNIER radzi postępować w sposób następujący: pod jakimkolwiek pozorem prosi chorą o przysłanie męża, tłumacząc jej, że znalazł niektóre przypadłości, których sobie wytłumaczyć nie umie lub też, że ma do pomówienia z mężem w kwestyi, o której z nią, jako kobietą młodą, mówić otwarcie nie może. Jeżeli kobieta jest niewinna, wówczas w zleceniu tem nic szczególnego upatrywać nie będzie; mąż zaś, domysłając się o co chodzi, przybędzie do lekarza z niebywałą szybkością, zaprzysięgnie go, by nie żonie nie wspomniał, leczyl ją odpowiednio i t. d. Jeżeli natomiast wbrew oczekiwaniu вина leży po stronie kobiety, wówczas mniemać ona będzie, iż lekarz pragnie porozumieć się z mężem, by ostrzedz go przed możliwem zarażeniem się, zeznanie więc ukryje i przysła swego kochanka.

Tu dodaje autor, iż wobec długotrwałego leczenia przymiotu, niekiedy wprost bywa niemożliwem ukrywanie przed chorą jej cierpienia. W każdym razie już wiele wygrywa się na tem, że się zapobiega przerażeniu chorej, wywołanemu wiadomością o nabyciu przymiotu, i że się przyzwyczajają pacjentkę powoli do niepokojących ją myśli oraz wpaja to przekonanie, że będzie wyleczoną i t. d. Gdy niektóre kobiety pod wpływem przerażenia nierozważnie popełniają czyny (rozwód, samobójstwo i t. d.), to tymczasem większość ich, dowiadując się o swej chorobie dopiero po upływie kilku miesięcy, potrafi już zastosować się do swego położenia. F. znał wiele kobiet, o których przekonał się, że znają swą chorobę, a które jednak udawały, że żadnego wyobrażenia o tem nie mają, a to dla zaoszczędzenia sobie i mężowi przykrości, jak również i dlatego, by nie czuć się upokorzoną wobec lekarza.

Rozumie się samo przez się, iż zdarzają się przypadki, w których przypadłości są do tego stopnia groźne (*choroiditis, gummaty* podniebienia), że wymagają energicznej kuracji (szaruchą, przetworami jodu i t. d.), zdradzającej natychmiast istotę choroby. W tych razach pod żadnym pozorem ukryć cierpienia nie będziemy

A. F.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Redakcyja roczników postępu akuszerzy i ginekologii wydawanych nakładem J. F. BERGMANNA w Wiesbadenie uwiadamia, iż tak jak w ciągu dwóch lat ubiegłych, tak i w r. b. na swego referenta z literatury rosyjskiej i polskiej zaprosiła d. ra med. Franciszka NEUGEBAUERA zamieszkującego w Warszawie przy ulicy Leszno Nr. 33. Wszyscy więc autorowie którzyby swe prace z zakresu położnictwa i ginekologii w jednym z powyższych języków ogłoszone chcieli mieć zreferowane, zechcą je przesyłać d. rowi F. NEUGEBAUROWI pod wyżej wskazanym adresem.

— Nadesłany do Redakcyi Katalog illustrowany narzędzi chirurgicznych i wszelkich przyrządów lekarskich firmy H. Windler z Berlina (Dorotheen-Strasse Nr. 3)

w r. b. wydany, stanowi może jedną z najkompletniejszych tego rodzaju publikacji, przynajmniej w zakresie instrumentologii chirurgicznej niemieckiej. Katalog obejmuje 3050 rysunków, b. dokładnie każde narzędzie przedstawiających. Jestto las w którym bardzo trudno by się było orientować, gdyby nie dokładny wykaz rzeczowy, dzielący się na dwa oddziały, obejmujące razem 58 rozdziałów. Na końcu katalogu znajduje się alfabetyczny wykaz, wysoce ułatwiający odszukanie każdego przedmiotu. Samo rozejrzenie się w katalogu i przegląd nowych narzędzi, w sposób tak szybki armamentarium chirurgiczne wzbogacających, wielce jest interesującym. O ile nam wiadomo, firma powyższa wykonywa wszelkie nowego pomysłu narzędzia w cenach mało co przekraczających ceny narzędzi analogicznych, katalogiem niniejszym objętych. Na żądanie, katalog może być przez firmę dostarczony darmo.

— Rada sanitarna w Austrii, na skutek przedstawienia prof. E. LUDWIG'A o eliksirach do zębów zawierających kwas salicylowy, uznała za stosowne zabronić sprzedawania powyższych eliksirów, a to dlatego, iż kwas salicylowy, przy dłuższym jego użyciu, rozpuszcza emalię zębów.

— W Stanach Zjednoczonych często bywają napotymane grzybki podobne do kefirowych. Posiadają one wygląd małych ziaren brudno-szarej barwy i składają się z komórek zawartych w massie pałeczek. Komórki rzeczone mają postać okrągłą lub eliptyczną; średnica pierwszych wynosi 4,2 mm., ostatnich zaś 6,5—10,5 mm. długości, i 4,6 mm. szerokości. Mają one własność wywoływania fermentacji wysokowej cukru mlecznego, dekstrozy, na cukier zaś trzcinowy nie działają.

— W roku zeszłym w Bawarii reklamowano usilnie nowe źródło mineralne *Kaiser-Quelle*. Obecnie wystąpiono na drogę sądową przeciw właścicielowi, który dodawał do wody tych składowych części, których woda powyższa przedtem nie zawierała.

— Według wiarogodnych danych statystycznych, liczba syfilityków w Stanach Zjednoczonych Ameryki obecnie wynosi 2,000,000 (wobec ludności ogólnej wynoszącej 63,000,000)!

— Od 2 do 5 Sierpnia r. b. odbywać się będzie w Londynie międzynarodowy Zjazd psychologów. Główna uwaga zwróconą będzie na stan mózgu towarzyszący pracy umysłowej, na zbadanie czynności mózgu u dzieci, u rasy niżej postawionych oraz u zwierząt, na zbadanie patologii rozsądku i na psychologię kryminalną.

— Niektórzy lekarze amerykańscy i angielscy donoszą o znakomitych wynikach, otrzymanych w cukrzycy przy stosowaniu salicylanu sodu. SYMPSON opisuje przypadek cukrzycy, w którym po zastosowaniu co 3—4 godziny, Rp. Natr. salicyl. 0,60, Tct. nuc. vomio. gtt. V, Inf. gentian. 30,0, szybko cukier z moczu ustępował, 18-go dnia kuracyi zniknął zupełnie. Z chwilą atoli odstawienia środka cukier znów wystąpił w moczu. HARG obserwował 55-letnią kobietę, której moczu zawierał przeszło 30% cukru. Po jednomiesięcznej kuracyi salicylanem sodu (po 1 grm. dziennie) moczu nie zawierał ani śladu cukru. W innym znów przypadku cukrzycy, połączonej z gościem stawowym, po zastosowaniu salicylanu sodu zginął cukier z moczu i nie powrócił już więcej, pomimo diety mieszanej.

Wiadomości bieżące.

Krajowe. Etat na utrzymanie higienicznej stacji miejskiej do chemiczno-mikroskopowych badań produktów spożywczych, oznaczono na sumę rs. 1425. Z ogólnej tej sumy, kierownik stacji ma pobierać rs. 720 pensyi rocznie, 240 rs. służba niższa, na narzędzia, przetwory, pomoce naukowe: rs. 465. Na koszt obsługi kamery dezynfekcyjnej oraz utrzymanie specjalnego powozu dla przewożenia chorych zaraźliwych do szpitali, wyznaczono rs. 1440; wszystkie więc pozycyje razem, obciążą budżet miejski do wysokości rs. 2865. Zdaje się, iż summa ta chyba nie będzie za wielką. Prawdopodobnie okaże się ona za małą, co wreszcie czas pokaże.

— Jak pisma codzienne zapewniają, umowa pomiędzy Radą Miejską Dobroczynności Publicznej a towarzystwem francuskim w sprawie wybudowania nowego szpitala na folwarku Ś-to Krzyżkim i oddania starych gmachów oraz placów w posiadanie towarzystwa, już ostatecznie podpisana została. Obecnie chodzi tylko o to, aby sfery decydujące projekt współcześnie wysłany zatwierdziły, co zdaje się nie napotka na żadne trudności. Tak więc, ważna sprawa usunięcia ogniska chorobnego ze środka miasta i współcześnie zapewnienia chorym względnie lepszego powietrza — bo obrona pod szpital miejscowość jak wiadomo w pewnem oddaleniu od miasta się znajduje — przyjdzie do skutku. Wielki to postęp na drodze uzdrowotnienia miasta, oraz w naszym szpitalnictwie w ogóle, zwłaszcza jeżeli projektowany szpital tak ze względu na swą budowę jak i swą wewnętrzną organizacyję będzie ściśle odpowiadał wymaganiom współczesnym.

REDAKTOR I WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakcyi Oboźna: Nr. 5.

Дозволено Цензурою. Варшава 25 Февраля 1892 г.—Друк Марыи Зiemkiewiczowej
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.