

GAZETA LEKARSKA

I. Z PRACOWNI INSTYTUTU CHEMII LEKARSKIEJ WE LWOWIE.

Przyczynek do charakterystyki tak zwanej fosfaturyi.

Podał

W. Moraczewski [Karlsbad].

Pojęcie fosfaturyi uległo w ostatnich czasach pewnym zmianom. Badacze, którzy poświęcali więcej uwagi przypadkom zwanym fosfaturyami, proponowali zmianę nazwy. Jedni radzili nazywać je alkalinyrą, drudzy kalkaturą [TOBLER]¹⁾ inni wreszcie amoniryą [FREUDENBERG]²⁾. Jakoż badane przez nich przypadki usprawiedliwiały wszelką inną nazwę prócz fosfaturyi, stale bowiem znajdowano w moczu mało fosforu, albo normalne ilości. Fosfaturya, któraby zasługiwała na swą nazwę, była mało zbadana i raczej domyślano się jej ze względu na osad, który zwykle obfitował w kryształki fosforanu wapnia. Mocz mętnieje wskutek zmiany reakcyi z kwaśnej na zasadową. Taka reakcyja może być wywołana przez nadmiar zasad lub brak kwasów. Zatem wszelkie dodanie wód alkalicznych lub zasady stałej do pożywienia, wszelkie pożywienie, składające się z soli kwasów organicznych, które w ustroju spalają się na sodę—może wywołać mętnienie moczu. Nie będzie to jeszcze fosfaturya. Katar pęcherza i powstałe wskutek kataru gnicie mocznika, może w pęcherzu samym wywołać nadmiar amoniaku, który strąca fosforany ziem w formie fosforanu amono-magnezowego i t. d. Przejaw taki nie ma nic wspólnego z fosfaturą.

Zarówno nadmiar zasad, jak brak kwasów jest przyczyną mętnienia. Więc pozbawienie kwasu chwilowe lub stałe doprowadzić musi do chwilowego lub

¹⁾ TOBLER. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. T. 52, str. 116.

²⁾ FREUDENBERG. Deutsch. med. Woch. 1904, str. 682. N. 38.

stałego zmętnienia moczu. Obfite wymioty, pozbawiające ustrój kwasu solnego, płukanie żołądka, brak kwasu żołądkowego w przypadkach kataru żołądka lub nowotworu, dać może powód do mętnienia moczu. Bardzo silne poty lub bardzo silne wydzielenie żołądkowe obniża kwaśność moczu tak znacznie, że wystąpić może zmętnienie, które przechodzi za chwilę bez śladu. Oczywiście, że czasowe pozbawienie kwasu solnego może na tak długo obniżyć kwaśność moczu, jak długo kwas solny wydzielony nie zostanie w ten lub ów sposób i wessany przez kiszki. Pewna ilość wyprodukowanego kwasu o tem stanowi, a nie chwilowe zaabsorbowanie go przez potrawy, które go zczasem bez zmiany oddadzą. Wszystko to, cośmy wyżej mówili, nie stanowi typu choroby, o której traktować mamy.

Fosfaturya, spostrzegana u dzieci, była przedmiotem szczegółowych badań SOETBEER'a ¹⁾, SOETBEER'a i KRIEGER'a ²⁾, TOBLER'a ³⁾ i kilku innych, którzy wykazali, że w moczu dzieci obok normalnej lub mało powiększonej ilości fosforanów znajdujemy znaczne powiększenie ilości soli wapiennych i magnezowych. Badacze ci zauważyli, że w tych samych przypadkach k a ł jest szczególnie ubogi w sole wapienne. Wnioskowali stąd, że istotnym powodem tej fosfaturyi dziecięcej jest brak wydzielenia wapnia przez kiszki. Wiadomą jest rzeczą, że zaledwo 10% wapnia opuszcza ustrój przez nerki, reszta wydziela się przez kiszki, narówni z żelazem i innymi metalami. Być może, że pewne zaburzenia hamować mogą wydzielanie kieszek i przesycać soki nadmiarem wapnia.

Zaleca się od czasu tych badań zwracać szczególną uwagę na zachowanie się kieszek w tych wszystkich razach, kiedy mamy do czynienia z moczem mętnym. Nawet oznaczenie ilościowe wapnia w kale, które same przez się jest bardzo prostą operacją, nie powinno być zaniedbywane. Możeby część fosfaturyi stała się przez to mniej tajemniczą chorobą, dostępną leczeniu, polegającemu na ożywieniu ruchu kieszek przez dyetę i t. p. środki.

Drugą, bardzo znaną postacią fosfaturyi, jest tak zwana fosfaturya neurasteników, o której piszą PAYER ⁴⁾, v. LINSTOW ⁵⁾, PANEK ⁶⁾, do której zaliczyć należy przypadki GILLE DE LA TOURETTE'a ⁷⁾, TESSIER'a ⁸⁾ i wielu innych. Postać ta, dobrze zbadana klinicznie, ma tylko w pracy PANKA pewną chemiczną charakterystykę. Dawne prace TESSIER'a i tak zwane „*inversement des phosphates*“, małe nam dają pojęcie o istotnem zachowaniu się fosforu lub wapnia. PANEK wykazał w dwóch badanych przez siebie przypadkach, że mocz, który po zagotowaniu mętnieje i wydziela fosforan wapnia, posiada nadmiar wapnia,

¹⁾ SOETBEER. Jahr. f. Kinderh. T. 56. Zeszyt 1.

²⁾ SOETBEER i KRIEGER. Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 72. Zeszyt 5-6.

³⁾ l. c.

⁴⁾ PAYER A. Klin. Vortr. 1889. N. 336

⁵⁾ v. LINSTOW. Zucker-Handbuch. Leipzig. 1894.

⁶⁾ PANEK. Przegl. Lek. 1900. N. 1.

⁷⁾ GILLE DE LA TOURETTE. Traité de la hysterie. Paris. 1895.

⁸⁾ TESSIER. Diabète phosphat. Paris. 1877.

a stosunkowo mało fosforu. Wykazał nadto, że ten sam organizm wydziela w chwilach wolnych od napadu mocz normalny, że w czasie napadu fosfaturyi, wywołanego przez zmęczenie i t. d., stosunek fosforu do w pnia ulega zmianie. Jest to więc postać zbliżona do poprzedniej. Kału nie badano w żadnym z tych przypadków. Pozostaje zatem do rozstrzygnięcia, czy i tu główną podstawą są zaburzenia kiszkowe, czy rozkład jakiejś tkanki, obfitującej w wapń, np. rozkład kości pod wpływem tworzenia się nowych ciałek limfatycznych, lub coś w tym rodzaju.

Trzecią postacią fosfaturyi zajmowano się dotąd niewiele, chociaż ona to dała nazwę temu zaburzeniu i prawdopodobnie nazwa ta w dawnych czasach jakimś analizami poparta była. W literaturze współczesnej spotykamy wzmianki o tej chorobie u EBSTEIN'a ¹⁾ który omawia kamienie nerkowe, powstałe wskutek fosfaturyi. Inni badacze, jak MINKOWSKI ²⁾, wspominają o fosfaturyi ogólnie, uważają ją za coś w rodzaju oksaluryi i za chorobę swoistą wcale nie uznają. Dawna *diabète phosphatique* TESSIER'a jest za mało chemicznie określone.

Ponieważ właśnie tego rodzaju przypadki zdarzają się stosunkowo często, uważałem za właściwe zebrać to, co o tej sprawie przez analizę chemiczną i obserwację przebiegu, powiedzieć się daje.

Fosfaturya taka ma przebieg trwały. P r z y c z y n y bywają tak samo nieokreślone, jak powody podagry, z którą ją dużo cech wspólnych łączy, mimo przeciwieństwa pozornego. Zdarzają się przypadki fosfaturyi, po której w parę lat następuje zwykła podagra i człowiek, który dawniej tracił kamienie fosforanu wapnia, zaczyna wydzielać kamienie, złożone z czystego kwasu moczowego lub moczanów. Bywają przypadki, gdzie fosfaturya występuje później, poprzedzona typową podagrą. W innych razach spotykamy ją u ludzi, którzy na podagrę dobrze zasłużyli, u dobrze jadających i pijących. Fosfaturya bywa chorobą rodzinną.

O b j a w y fosfaturyi nie mają nic wspólnego z neurastenią. Bólów krzyża, lub głowy, zawrotów głowy, mdłości, wyczerpania, apatyi, nie należy oczekiwać u tego rodzaju chorych. Skarżą się tylko na bóle w pęcherzu i w nerkach. Pęcherz bardzo cierpi na tem, że mocz jest stale alkaliczny. Katar śluzowy pęcherza towarzyszy stale fosfaturyi. W wydzielinie spotykamy całe kłaki śluzu, zabarwionego krwią i ropą. Oddawanie moczu jest bolesne, często jest *tenesmus* i najboleśniejsza kolką żółciowa. Czasami po tych kolkach odchodzą spore kamienie nerkowe, złożone z czystego prawie fosforanu wapnia [nie moczanów, otoczonych fosforanem]. Czasami po kolkach wydziela się tylko obficie piasek i śluz. W moczu stale napotykamy białko i bardzo dużo, na oko widocznego, śluzu. W osadzie ropa, ciała krwi i fosforan wapnia, z węglanem wapnia lub fosforanem amono-magnezowym. Zaburzeń żołądkowych lub kiszkowych nie bywa, chyba przy kolkach nerkowych. Apetyt i sen dopisują

¹⁾ EBSTEIN W. Natur u. Behandlung d. Harnsteine. Wiesbaden. 1884.

²⁾ MINKOWSKI. Handbuch d. Ernährungstherap. 1899. T. II, p. 549.

chorym w zupełności. Dokuczają im tylko bóle pęcherza, niepokoi krew i śluz w moczu.

Przebieg jest przewlekły i może przechodzić w formy innej skazy np. skazy moczanowej lub szczawianowej. Czasami ludzie, którzy mają się za podagryków, wydzielają w chwilach zmęczenia mocz mętny, co jest jak gdyby zwiastunem grożącej fosfaturyi.

Leczenie fosfaturyi jest zgoła odmienne od przyjętego zazwyczaj zakwaszania organizmu. Chorzy sami unikają pożywienia, dającego dużo kwasów, szukają natomiast potraw, które zawierają kwasy organiczne.

Prawie wszyscy piją wody alkaliczne, wiedząc z doświadczenia, że im to dobrze służy. Paradoksalna ta kuracja poczęła się od lekarzy, którzy sami na sobie tego leczenia nielogicznego wypróbowali. Nielogicznym jest ono tylko pozornie. Dla tych, co znają wpływ alkaliów na ustroj, znanem jest oddawna, że dodanie zasad, wywołuje „przyśpieszenie spalania“, czy temu podobną zmianę w ustroju i objawia się wyraźnem zakwaszeniem moczu, zwiększeniem ilości azotu i t. p. Zmiany te ilustrują wyniki analiz, o których zaraz będzie mowa.

Miałem możność badania moczu ludzi chorych na fosfaturę i wydało mi się uwagi godnem określić bliżej stosunek pierwiastków kwaśnych do pierwiastków zasadowych. Wyrażamy to teraz ilością jonów, a te odpowiadają wartościowości każdego składnika. Chlor, jako jednowartościowy, odpowiada jednemu jonowi kwaśnemu, siarka, tworząc dwuwartościowy kwas siarczany, odpowiada dwóm kwaśnym jonom, fosfor, jako trzywartościowy, odpowiadałby trzem. Właściwie, już sole dwuzasadowe kwasu fosforowego działają zasadowo, możnaby zatem kwas fosforowy uważać conajwyżej za dwuwartościowy. Podobnie rzecz się ma z zasadami: potas i sód są jednowartościowe, wapń i magnez dwuwartościowe, zatem odpowiadają dwóm jonom metalowym.

Analizując mocz, oznaczyliśmy ilościowo chlor, siarkę, fosfor, wapń, magnez, potas, sód i każdą z otrzymanej ilości procentowej dzieliliśmy przez ciężar atomowy dla jednowartościowych, przez $\frac{1}{2}$ ciężaru atomowego dla dwuwartościowych pierwiastków. Otrzymaliśmy w ten sposób stosunkową ilość jonów kwaśnych i zasadowych. Ulegając zwyczajowi i w celu oceny szybkości przemiany, oznaczaliśmy cały azot, kwas moczowy i amoniak.

Metody badania były możliwie dokładne, zatem wagowe. Tylko chlor i fosfor oznaczaliśmy miareczkowaniem, ale zato kontrolowaliśmy co najmniej dwa razy.

Wyniki naszych badań podajemy jako siarkę, fosfor, wapń, uważając wraży SO_3 , P_2O_5 , CaO za zabytki, których należy się pozbyć jak najspieszniej. Oznaczamy zatem ilość siarki, jako ilość S, fosforu, jako P, wapnia, jako Ca i t. d. Treści to oczywiście nie zmienia, ale ułatwia obliczanie, tembardziej, że w chemii czystej od dawna tylko tych form używają, a chemia fizyologiczna odrębnego stanowiska pod tym względem zajmować nie powinna.

Historję choroby ograniczam do *minimum*. Opuszczam ciężar gatunkowy moczu, ilość dzienną i t. p.

Przypadek I. P. K. Mocz zasadowy, często kolka nerkowa; kamienie fosforanu wapnia, katar pęcherza. W moczu śluz, białko, ropa i krew.

N 0,665‰; NH_4 0,0406‰; $\text{C}_5\text{H}_4\text{N}_4\text{O}_3$ 0,0075‰

Cl 0,3945‰ : 35,4 = 0,0111

P 0,0663‰ : $31/2$ = 0,0042

S 0,0326‰ : 16 = 0,0020

Ca 0,0129‰ : 20 = 0,0006

Mg 0,0058‰ : 12 = 0,0005

K 0,1534‰ : 39 = 0,0039

Na 0,2024‰ : 23 = 0,0088

Cl + P + S = 0,0173

Ca + Mg + K = 0,0138

Różnica 0,0035

$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 5:1$; $\frac{\text{P}}{\text{N}} = 1:10$.

Przypadek II. P. Cz. Od 5-u lat mocz mętny, katar pęcherza. W moczu śluz i białko; bólów nerkowych niema.

3.VI. N 1,022‰; NH_4 0,0593‰; $\text{C}_5\text{H}_4\text{N}_4\text{O}_3$ 0,0140‰

Cl 0,1818‰ : 35,4 = 0,0051

P 0,06549‰ : $31/2$ = 0,0042

S 0,0906‰ : $32/2$ = 0,0056

Ca 0,0074‰ : $40/2$ = 0,00037

Mg 0,0052‰ : $24/2$ = 0,00043

K 0,1472‰ : 39 = 0,0038

Na 0,2146‰ : 23 = 0,0093

Cl + P + S = 0,0149

Ca + Mg + K + Na = 0,0139

Różnica = 0,0010

$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 9:1$; $\frac{\text{P}}{\text{N}} = 1:17$.

26.VI. Po 3-ch tygodniach picia wód alkalicznych:

N 0,826‰; NH_4 0,07006‰; $\text{C}_5\text{H}_4\text{N}_4\text{O}_3$ 0,0056‰

Cl 0,2113‰ : 35,4 = 0,0058

P 0,0645‰ : $31/2$ = 0,0042

S 0,0656‰ : 16 = 0,0041

Ca 0,0087‰ : 20 = 0,00043

Mg 0,0078‰ : 12 = 0,00063

K 0,0944‰ : 39 = 0,0024

Na 0,1838‰ : 23 = 0,0079

$$\begin{aligned} \text{Cl} + \text{P} + \text{S} &= 0,0142 \\ \text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} &= 0,0113 \\ \hline \text{Różnica} &= 0,0029 \\ \frac{\text{P}}{\text{Ca}} &= 8:1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1:13. \end{aligned}$$

Powiększenie ilości wapnia i zmniejszenie metali lekkich. Znaczne zwiększenie się fosforu w stosunku do azotu; zwiększenie się wszystkich jonów kwaśnych.

26.X. Po czterech miesiącach bez kuracji:

$$\begin{aligned} \text{N} &0,840\%; \quad \text{NH}_4 \quad 0,1295\%; \quad \text{C}_5\text{H}_4\text{N}_4\text{O}_3 \quad 0,0143\% \\ \text{Cl} &0,355\% : 35,4 = 0,0100 \\ \text{P} &0,0961\% : 21/2 = 0,0062 \\ \text{S} &0,0478\% : 16 = 0,0029 \\ \text{Ca} &0,0125\% : 20 = 0,0006 \\ \text{Mg} &0,0017\% : 12 = 0,0001 \\ \text{K} &0,1772\% : 39 = 0,0045 \\ \text{Na} &0,1722\% : 23 = 0,0074 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Cl} + \text{P} + \text{S} &= 0,0191 \\ \text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} &= 0,0126 \\ \hline \text{Różnica} &= 0,0065 \\ \frac{\text{P}}{\text{Ca}} &= 8:1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1:9. \end{aligned}$$

Wyraźne powiększenie ilości fosforu przy tej samej ilości wapnia.

Przypadek III. P. M. Mocz mętny od wielu lat. W moczu dużo śluzu, trochę krwi i ropy. Oddziaływanie zasadowe.

$$\begin{aligned} \text{7.XI. N} &0,952\%; \quad \text{NH}_4 \quad 0,0805\%; \quad \text{C}_5\text{H}_4\text{N}_4\text{O}_3 \quad 0,0182\% \\ \text{Cl} &0,0778\% : 35,4 = 0,0022 \\ \text{P} &0,1040\% : 21/2 = 0,0067 \\ \text{S} &0,0636\% : 16 = 0,0039 \\ \text{Ca} &0,0106\% : 20/2 = 0,0005 \\ \text{Mg} &0,0009\% : 12 = 0,0001 \\ \text{K} &0,1862\% : 39 = 0,0047 \\ \text{Na} &0,1528\% : 23 = 0,0066 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Cl} + \text{P} + \text{S} &= 0,0128 \\ \text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} &= 0,0119 \\ \hline \text{Różnica} &= 0,0009 \\ \frac{\text{P}}{\text{Ca}} &= 10:1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1:9. \end{aligned}$$

Stosunek fosforu do azotu i do wapnia bardzo duży.

25.XI. Po picciu wód mineralnych alkalicznych:

N 1,253‰; NH_4 —; $\text{C}_5\text{H}_4\text{N}_4\text{O}_3$ 0,0094‰

Cl 0,2644‰ : 35,4 = 0,0074

P 0,0821‰ : $31\frac{1}{2}$ = 0,0052

S 0,1006‰ : 16 = 0,0062

Ca 0,0117‰ : $40\frac{1}{2}$ = 0,00058

Mg 0,0018‰ : $24\frac{1}{2}$ = 0,00015

K 0,2108‰ : 39 = 0,0054

Na 0,1820‰ : 23 = 0,0079

Cl + P + S = 0,0188

Ca + Mg + K + Na = 0,0139

Różnica = 0,0049

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 7 : 1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1 : 15.$$

Zmniejszenie się fosforu zarówno względem wapnia i azotu.

23.XII. Po używaniu w przeciągu czterech tygodni fosforanu wapnia i tlenku magnezu:

N 1,05‰; NH_4 —; $\text{C}_5\text{H}_4\text{N}_4\text{O}_3$ 0,01687%

Cl 0,3360‰ : 35,4 = 0,0095

P 0,1111‰ : $31\frac{1}{2}$ = 0,0072

S 0,0697‰ : 16 = 0,0044

Ca 0,0169‰ : 20 = 0,00084

Mg 0,0090‰ : 12 = 0,00075

K 0,2254‰ : 39 = 0,0055

Na 0,1996‰ : 23 = 0,0086

Cl + P + S = 0,0211

Ca + Mg + K + Na = 0,0156

Różnica = 0,0055

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 6 : 1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1 : 9.$$

Stale zwiększanie się fosforu i wogóle jonów kwaśnych.

Przypadek IV. P. N. Fosfaturya kwaśna; mocz mętnieje przy gotowaniu. Ciężar właściwy wysoki. Mocz nasycony. W osadzie fosforan wapnia. Fosfaturya typu PANKA.

N 1,218‰; NH_4 0,0476‰; $\text{C}_5\text{H}_4\text{N}_4\text{O}_3$ —

Cl 0,3170‰ : 35,4 = 0,0089

P 0,1330‰ : $31\frac{1}{2}$ = 0,0086

S 0,1767‰ : 16 = 0,0110

Ca	0,0365%	: 20 =	0,0018
Mg	0,0116%	: 12 =	0,0009
K	0,0884%	: 39 =	0,0023
Na	0,4256%	: 23 =	0,0185

$$\begin{aligned} \text{Cl} + \text{P} + \text{S} &= 0,0276 \\ \text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} &= 0,0261 \\ \hline \text{Różnica} &= 0,0015 \end{aligned}$$

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 3 : 1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1 : 9.$$

Znaczna ilość wapnia i fosforu.

P r z y p a d e k V. Pani S. Fosfaturya *praemenstrualis*. Zresztą mocza zazwyczaj kwaśny, w osadzie szczawiany.

N	1,505%	; NH ₄ O—; C ₅ H ₄ N ₄ O ₁	0,0238%
Cl	0,6859%	: 35,4 =	0,0193
P	0,1086%	: 31/2 =	0,0072
S	0,2611%	: 16 =	0,0162
Ca	0,0171%	: 20 =	0,00086
Mg	0,0097%	: 12 =	0,0008
K	0,1194%	: 39 =	0,0031
Na	0,5546%	: 23 =	0,0241

$$\begin{aligned} \text{Cl} + \text{P} + \text{S} &= 0,0425 \\ \text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} &= 0,0388 \\ \hline \text{Różnica} &= 0,0037 \end{aligned}$$

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 5 : 1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1 : 15.$$

Zmniejszenie ilości wapnia.

[C. d. n.].

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH DRA MED. EDWARDA FLATAUA
W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.

Z kazuistyki neurologicznej.

Podał

Maurycy Bornstein,

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 12].

Niektórzy zwolennicy prawa BASTIAN'a [VAN-GEHUCHTEN, MARINESCO] sądzili, że może powinno ono mieć zastosowanie szersze, aniżeli to przypuszczał sam BASTIAN, że podciągnąć należy tu również i te przypadki porażenia kończyn dolnych, gdzie nie zaszło zupełne przerwanie szyjowej części rdzenia, ale był tylko ucisk na rdzeń lub stan zapalny, obejmujący mniejszą lub większą część przekroju rdzenia poprzecznego.

VAN GEHUCHTEN twierdzi, że zarówno przy zupełnem przerwaniu, jak i przy ucisku szyjowej części rdzenia istnieją te same przyczyny dla znikania odruchów w kończynach dolnych. Tymczasem doświadczenie kliniczne w ogromnej większości przypadków ucisku rdzenia wykazuje, że odruchy w kończynach dolnych zazwyczaj bywają wzmożone, w niewielkiej zaś odsetce przypadków odruchy mogą znikać, ale dlatego tylko, że łuk odruchowy, a raczej jego części składowe, jest w tych przypadkach organicznie uszkodzony. Stwierdzano tu, mianowicie, niejednokrotnie zapalenie odnośnych nerwów obwodowych [OPPENHEIM-SIEMERLING, MARINESCO, SANO, BRISSAUD] lub zmiany w komórkach przednich rogów lędźwiowej części rdzenia [WESTPHAL, LEYDEN, BRASCH, SENATOR i t. d.].

W naszym przypadku *spondylitis tuberculosa* w dolnej części szyjowej wywołała zupełny wiotki paraliż kończyn dolnych z zupełną anestezją na wszystkie rodzaje czucia i z zupełnym brakiem odruchów, zarówno ścięgnistych, jak i skórnych, *retentionem urinae et incontinentiam alvi cum insensibilitate*.

Cały ten obraz kliniczny trwał w ciągu 3-ch tygodni pobytu chorego w szpitalu bez zmiany i dopiero na tydzień przed śmiercią powróciły odruchy ze ścięgna ACHILLESA i były nawet żywe. Wobec braku danych sekcyjnych, trudno jest o naszym przypadku orzec coś stanowczego.

Co się tyczy przyczyn, które mogłyby wyjaśniać znikanie odruchów w tych przypadkach przerwania rdzenia, gdzie łuk odruchowy pozostałby nietknięty, wspominaliśmy już o hipotezie BASTIAN'a, przypisującej te objawy zniknięciu

[przez przerwanie rdzenia] pobudzeń ze strony mózdzku, który zgodnie z doświadczeniami JACKSON'a, ma mieć działanie pobudzające na odruchy. Jednak ta rola mózdzku nie została jeszcze dotąd dowiedziona, wobec czego hipoteza BASTIAN'a traci na pewności. Natomiast badania doświadczalne na zwierzętach, dokonane przez GOLTZ'a, SCHIFF'a, HERZEN'a i LANGENDORF'a wskazywały, że przy wszystkich całkowitych przecięciach rdzenia, odcięta jego powierzchnia stanowi źródło ogromnie silnego podrażnienia i podrażnienie to, rozchodząc się ku dołowi, hamuje wszystkie leżące poniżej ośrodki, a między innymi i ośrodki odruchowe. W miarę tego, jak podrażnienie słabnie, zmniejsza się jego działanie hamujące na wyżej wspomniane ośrodki, i odruchy mogą wracać. Te dane eksperymentalne stwierdzone zostały przez klinicystów [BERNDT, STIEGLITZ, HOFFMANN, GILBERT i innych]. STIEGLITZ np. spostrzegał jednostronny wylew krwawy do części szyjowej mózgu z następczem porażeniem połowiczem i porażeniem jednej z gałęzi nerwu trójdzielnego, z hemianestezyą i osłabieniem odruchów na kończynach dolnych z obu stron. Dopiero po pewnym czasie, kiedy krwotok [jak wskazywały objawy kliniczne] wessał się i miejscowe podrażnienie w ten sposób znikło, wzmożły się również odruchy.

Z prac tych daje się poniekąd wyprowadzić prawo, że oddzielne piętra rdzenia, pozostając w stanie podrażnienia, hamują czynność ośrodków w odcinkach niżej leżących i przytem dzieje się to z tem większą siłą, im więcej wyżej leżących odcinków znajduje się w stanie podrażnienia.

IV.

C., lat 18. Po przestraczu nagle wystąpiły ruchy o charakterze płasawicznym; poza tem ruchy rytmiczne i ruchy, przypominające drżączkę porażenną. Lewostronna pareza.

R o z p o z n a n i e: *chorea mollis* z niezwykle kombinacją objawów podrażnienia ruchowego.

Na oddziale naszym spostrzegaliśmy przypadek ten z niezwykle kombinacją objawów podrażnienia ruchowego. Chory wykonywał mnóstwo ruchów niezależnych od woli, przeważnie bezładnych, bezcelowych, o charakterze płasawicznym. Ruchy te widzimy w twarzy, kończynach górnych i dolnych; chory porusza ciągle głowę to naprzód, to w tył, to znów w tę lub ową stronę; zamyka i otwiera oczy, przekrzywia twarz [zwłaszcza w stronę prawą], wykonywał najbeładniejsze ruchy ustami. Nogi bezustannie w ruchu: to je chory zgina, to znów rozgina w kolanach, lub w stawie skokowym lub biodrowym. Są chwile, kiedy niektóre ruchy [w twarzy, rękach np.] ustają. Jeżeli przypatrywać się choremu, ruchy wtedy się wzmagają. Niektóre ruchy w kończynach górnych wyraźnie charakterem swym różnią się od ruchów w innych częściach ciała: podczas kiedy ruchy głowy, twarzy, kończyn dolnych pozbawione są wszelakiego rytmu i wszelakiej celowości, w kończynach górnych zauważyć się daje, że chory wykonywał nimi *in toto* ruchy zupełnie rytmiczne, zaś w palcach i dłoniach widać często ruchy, charakterystyczne dla drżączki porażennej (*paralysis agitans*), jak przy kręceniu pigulek. Przy naj-

słabszym ruchu ciała objawy podrażnienia ruchowego w silnym stopniu się wzmagają, i wtedy mamy przed sobą niezwykle barwny obraz ruchów zwłaszcza w rękach i twarzy, zmieniających się, jak w kalejdoskopie. Przy chodzeniu zauważyć można również wzmoczenie się objawów podrażnienia ruchowego. Chód jest niepewny z charakterem nieco propulsyjnym; chorey wykonywa przytem ruchy głowy, przypominające drżenie starcze i wydaje dźwięki, podobne do chrząkania świni. Mowa przerywana, skandowana, nie zupełnie wyraźna, trochę tremolująca. Oddzielne wyrazy chorey wyrzuca, jak z procy, wykonywając w przerwach ruchy wdechowe. Podczas mowy wyraźnie występują drgania w mięśniach twarzy [zwłaszcza przeciąganie ust w prawą stronę] i ruchy głową. Niekiedy ruchy w twarzy [zwłaszcza w ustach] są bardzo silne i przypominają po części ssące ruchy dziecka, po części ruchy, jakie wykonywa gęba małpa przy jedzeniu.

Poza tymi objawami stwierdzić było można ze strony układu nerwowego zupełnie normalny stan nerwów czaszkowych [źrenice równe, reagują na światło dobrze, wzrok, słuch — zachowane, *facialis* i *hypoglossus* — normalne]. Zwraca naszą uwagę lewostronna pareza kończyn ze znaczną hipotonią [przy zginaniu w stawie łokciowym powierzchnie przedramienia i ramienia zupełnie się ze sobą stykają] i bez wzmoczonych odruchów ścięgowych.

W lewej kończynie górnej wszystkie ruchy czynne są wprawdzie możliwe, ale słabsze, niż z prawej strony. Zaników zlokalizowanych na tej kończynie nie widać. Czucie [wszystkie rodzaje] zachowane. Odruchy z *triceps* wywołać trudno, z okostnej — wcale nie udaje się wywołać ani z jednej, ani z drugiej strony. Tułó w nie wykazuje uchyleń od normy. Odruch brzuszny z obu stron żywy.

K o ń c z y n y d o l n e. Ruchy czynne z obu stron możliwe.

Przy ruchach biernych ani z jednej, ani z drugiej strony nie wyczuwa się wzmoczonego napięcia mięśniowego.

Siła mięśniowa w kończynie lewej znacznie mniejsza, niż z prawej, przyczem doprowadzanie uda jest trochę silniejsze niż odprowadzanie, rozginanie goleni i stopy jakoby trochę silniejsze od zginania.

O d r u c h y. PR—żywe z obu stron, AR—normalne, z lewej strony być może odruch trochę żywszy [?]. Odruch podeszwowy naogół bardzo słaby. Odruch mosznowy—żywy z obu stron [odruch ten udaje się wywołać nawet ze strony wewnętrznej całej goleni].

Cały ten obraz chorobowy, według słów samego pacyenta, powstał nagle przed 1½ rokiem. W domu powstał nocą krzyk, że pali się w sąsiedztwie. Chorey nasz, naówczas zupełnie zdrowy młodzieniec, wystraszył się okropnie, i od razu dostał podobno tych wszystkich objawów podrażnienia ruchowego, które trwają bez przerwy żadnej aż do dzisiaj.

Ze względu na to, że przeważna część ruchów, wykonywanych przez chorego, ma charakter bezładny, nierytmiczny, że wzmagają się one przy wykonywaniu czynności dowolnych i wskutek wrażeń psychicznych, wreszcie ze względu na etyologię [przestrach], cierpienie to w myśl zasady — „*a potiori fit denominatio*“ — zaliczyć wypada do dziedziny „*chorea minor's. Sydenhami*“.

ze względu zaś na lewostronne porażenie, komplikujące obraz kliniczny, wkra-
cza postać ta w dziedzinę, zwaną „*chorea mollis*“.

Przypadek ten zasługuje, według nas, na uwagę:

1^o) ze względu na kombinację ruchów nierytmicznych [charakterystycz-
nych dla płasawicy] z rytmicznymi, z których część może przypominać histeryę,
część zaś posiada cechy charakterystyczne dla drżączki porażennej (*paralysis*
agilans);

2^o) ze względu na lewostronne porażenie pochodzenia nieorganicznego.
Dowodzi tego brak wyraźnego wzmocnienia odruchów ścięgnistych z lewej
strony, zachowanie odruchów skórnych [brzusznego, jądrowego] z tejże strony
oraz brak objawu BABIŃSKIEGO i — w pewnej mierze — hipotonia mięśniowa.

3^o) ze względu na długotrwałość cierpienia [1½ roku]. Zwykle płasawica
nie trwa dłużej, niż kilka miesięcy.

Co do rokowania w danym przypadku, nie można wypowiedzieć się z całą
stanowczością. Być może, że przy odpowiednim leczeniu wszystko powróci
do normy, być może jednak, że jest to postać napotykana zazwyczaj u dorosłych,
postać przewlekła nieuleczalna (*chorea adultorum permanens*).

V.

N. B., lat 50. Bóle w lewej połowie klatki piersiowej, napadowe. Pa-
radoksalna reakcja na światło w źrenicy lewej;
prawa — reaguje na światło. Lekki ROMBERG. Brak odruchów ze ścięgna
ACHILLESA. Lekka *hypalgesia* na goleniach. R o z p o z n a n o: *tabes dorsalis*.

Chory skarży się na bóle w lewej połowie klatki piersiowej i w pra-
wym pasie barkowym [zwłaszcza w okolicy prawej łopatki]. Bóle te
trwają już od 2-ch lat i występują najczęściej napadowo co 2 — 3 tygodnie;
w ostatnich czasach są już prawie stałe. Zresztą żadnych skarg niema. *Lues*
negatur.

St. praes. Przy ścisłym badaniu ustroju nerwowego okazało się co nastę-
puje.

N e r w y c z a s z k o w e. Źrenice nierówne [lewa trochę szersza od
prawej]; lewa reaguje na światło bardzo słabo, prawa rozszerza się powoli pod
działaniem światła. Inne nerwy czaszkowe bez zmian. Kończyny górne za-
równow. w sferze ruchowej, jak czuciowej i odruchowej nie wykazują żadnych
zmian.

T u ł ó w. Kręgosłup niebolesny na ucisk. Na wewnętrznym brzegu
prawej łopatki są dwa punkty bardzo bolesne na ucisk. W okolicy lewej sutki
i prawej łopatki nieznaczne osłabienie czucia bólowego. Odruch brzuszny za-
chowany.

K o ń c z y n y d o l n e. Ruchy czynne normalne. Bezładni niema. Chód
zupełnie normalny. Lekki stopień chwiania się przy oczach zamkniętych i sto-
pach zsuniętych [ROMBERG]. O d r u c h y. PR—żywe z obu stron; AR—prawie
nie udaje się wywołać ani z jednej, ani z drugiej strony [przy sposobie BABIŃ-
SKIEGO czasami udaje się wywołać słabutki odruch ze ścięgna ACHILLESA to

z jednej, to z drugiej strony]. Ze strony czucia bólowego stwierdzić można bardzo nieznaczne zaburzenia na obu nogach [zwłaszcza na goleniach]. Odruch jądrowy—zachowany. Ze strony narządów miednicy żadnych zaburzeń niema.

Pomimo nielicznych objawów mamy tu do czynienia niewątpliwie z wiałdem rdzenia. Wskazują na to: prawie zupełny brak odruchów ze ścięgna *ACHILLES*, zaburzenia czucia bólowego na goleniach, oraz objawy źrenicowe. Te ostatnie właśnie skłoniły nas do krótkiej wzmianki o tym przypadku, który zresztą nie przedstawiał poważniejszego interesu klinicznego. Chodzi nam mianowicie o podkreślenie objawu rozszerzania się źrenicy prawej pod działaniem światła, oraz zwężanie się jej przy usuwaniu źródła świetlnego. Jest to t. zw. reakcja paradoksalna źrenicy, specjalnie badana w ostatnich czasach przez *PILTZA*. Źrenicę w naszym przypadku badano przy oświetleniu bocznem, t. j. przy pomocy soczewki. Z chwilą, kiedy źrenica prawa pogrążała się w cieniu, następowało wyraźne jej zwężanie się bez uprzedniego rozszerzania się. To samo zauważyć było można przy badaniu odruchu źrenicowego w ten sposób, że nagle przyćmiewano płomień gazowy.

Przy oświetlaniu prawej źrenicy przy pomocy soczewki następowało wyraźne p o w o l n e rozszerzanie się źrenicy bez uprzedniego zwężania się.

PILTZ w pracy swej, poświęconej temu objawowi (*Neurolog. Centralblatt. 1902. N. 20, 21, 22*), po rozpatrzeniu krytycznem wszystkich opisywanych dotąd przypadków z paradoksalnem oddziaływaniem źrenic na światło, dochodzi do wniosku, że w ogromnej większości tych przypadków nie było wcale istotnej paradoksalności oddziaływania, że objaw ten mógł zależeć od wielu przyczyn, których autorowie nie wykluczyli [konwergencya lub dywergencya gałek ocznych, t. zw. „sympatyczna“ reakcja źrenic *CLAUDE BERNARD*'a, t. j. w danym przypadku rozszerzanie się źrenicy wskutek ciepła, wydzielanego przez źródło światła, zwężanie się źrenicy przy silnem zamykaniu oka i rozszerzanie się jej przy otwieraniu (t. zw. *Orbicularisreaction der Pupille WESTPHAL-PILTZA*], co czynić może wrażenie, jak gdyby źrenica rozszerzała się pod wpływem światła. Istnieje dotąd, według *PILTZA*, w literaturze tylko 5 niezaprzeczalnych przypadków paradoksalnego oddziaływania źrenic na światło [*MORSELLI*'ego w *dementia paralytica*, *BECHTEREW*'a w przypadku przymiotu mózgu, *LEITZ*'a w *meningitis tuberculosa*, *SILEX*'a w przypadku wyczerpania i pobudzenia nerwowego wskutek urazu, wreszcie jego własny przypadek (*atrophia nervorum optico-rum luetica*).

PILTZ odróżnia 3 kategorie właściwego paradoksalnego oddziaływania źrenic:

a) rozszerzanie się źrenicy pod wpływem światła bez uprzedniego zwężania się jej [*MORSELLI*, *LEITZ*, *SILEX*];

b) rozszerzanie się źrenicy pod wpływem światła z bezpośrednio poprzedzającym to zjawisko zwężaniem się źrenicy [*BECHTEREW*];

c) wreszcie zwężanie się źrenicy przy ocienianiu oczu bez uprzedniego rozszerzania się jej [*PILTZ*].

W naszym przypadku można było wykluczyć reakcję źrenicy, zależną zarówno od mięśnia okrężnego oka (*Orbicularisphänomen*), jak i od położenia gałek ocznych. Dalej, rozmaitej intensywności płomień gazowy, używany przy kilkukrotnem badaniu, badanie soczewką i bez soczewki nie wpływało na spostrzegane zjawisko, wobec czego można również, o ile mi się zdaje, pominąć przypuszczenie, że źrenica rozszerzała się pod wpływem ciepła [reakcja „sympatyczna“]. Wobec tego, pozwalamy sobie twierdzić, że mamy tu do czynienia z istotnem paradoksalnem oddziaływaniem źrenicy, nie spostrzeganem dotąd, zgodnie z powyżej wzmiankowaną pracą PILTZA, w przebiegu wiądu rdzenia. Poza tem zwrócimy jeszcze uwagę, że w naszym przypadku źrenica rozszerzała się pod wpływem światła, nie zwężając się uprzednio, jak w przypadkach MORSELLI'ego, LEITZ'a i SILEX'a, zaś obok tego zwężała się w cieniu bez uprzedniego rozszerzania się, jak w przypadku PILTZA.

[C. d. n.].

STRESZCZENIA ZBIOROWE.



Psychoneurozy i ich leczenie.

[Według dzieł „Les Psychonévroses et leur traitement moral“ przez prof. DUBOIS z Bernu i „Isolement et Psychothérapie“ przez drów J. CAMUS'a i Ph. PAGNIER'a].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 12].

Zadanie lekarza wobec psychoneurozy jest dwojakie. Po pierwsze powinien się starać o usunięcie danych objawów patologicznych, powtórne — o zapobieżenie wznowieniu się choroby.

To drugie zadanie jest właściwie najważniejsze, gdyż nie wystarcza zwalczanie pojedynczych objawów bez ugruntowania otrzymanego wyniku drogą głębokiej zmiany całej psychiki chorego. W rzeczywistości usunięcie rozmaitych objawów neurozy da się otrzymać najrozmaitszymi sposobami. Jeżeli zaś jakakolwiek choroba ustępuje przed środkami, zupełnie do siebie niepodobnymi, nie mającymi żadnego łącznika fizycznego, to musimy przypuścić istnienie wspólnego czynnika, który nie jest niczem innem, tylko tem, co nazwano sugestją lub lepiej wpływem moralnym.

Ten wpływ moralny jest takim przeważającym czynnikiem terapii psychoneuroz, że naogół biorąc, można powiedzieć: neuropata jest na drodze wyzdrowienia, jeżeli wierzy w możliwość uleczenia, jest zaś uleczony z chwilą, gdy się za takiego uważa. Oto jest zasada, z którą powinno się przystępować do leczenia neurozy; wszystkie zaś środki, którymi leczący zechce się posługiwać, mogą być skuteczne, o ile zdołają wytworzyć w chorym przekonanie, że musi wyzdrowieć.

Do środków, używanych w celu leczenia neurozy, a polegających na sugestyi, zaliczamy: wiarę religijną, sugestję, wywieraną

przez szarlatanów, sugestję; wywieraną przez lekarstwa, sugestję naukową i — psychoterapię właściwą.

Głęboka wiara religijna mogłaby być doskonałą bronią przeciw chorobom duszy i najpotężniejszym środkiem leczniczym, gdyby była dość wielką, by stworzyć u swoich adeptów prawdziwy stoicyzm chrześcijański.

W historii pełno jest takich faktów wyleczenia, o których z całą pewnością powiedzieć możemy, że są jedynie wynikiem wiary w potęgę uzdrawiającą modlitwy lub też innej jakiej praktyki religijnej.

Moc uzdrawiania, będąca najpierw przywilejem bogów, świętych i kapłanów, spłynęła z czasem na królów. Uzdrawianie odbywało się zapomocą dotyku, tajemniczych szeptów, talizmanów, amuletów.

Psychoterapia za pośrednictwem lekarstw istniała od wieków. Historia medycyny cytuje rozmaite leki, mniej lub więcej uniwersalne i cudowne. PYTAGORAS np. twierdził, że najlepszym środkiem przeciw epilepsji jest anyż, trzymany w ręku. Pigułki z *mica panis* są nowożytnymi przedstawicielkami *par excellence* terapii sugestyjnej.

Psychoterapia zapomocą magnetyzmu miała przez długi czas wielkie powodzenie. Teoria fluidu uniwersalnego, który służył za łącznik między ludźmi a planetami, powstała za czasów PARACELSIUSZA i z pewnymi zmianami przetrwała do dziś dnia. W XVIII w. teoria ta zaczyna, dzięki MESMER'owi, zdobywać sobie wielką liczbę zwolenników. Według MESMER'a choroby pochodzą ze złego rozmieszczenia fluidu; MESMER podejmuje się temu zaradzić, udzielając nadmiaru fluidu tym, którzy mają go za mało, lub wytwarzając lepszą równowagę fluidu w rozmaitych częściach organizmu. Powodzenie MESMER'a trwało jednak niedługo. W 1784 r. komisje naukowe orzekły, że t. zw. magnetyzm zwierzęcy nie istnieje, a wszystkie objawy, zauważone podczas mesmeryzacji, są skutkiem trzech przyczyn: dotyku, naśladowania i wyobraźni.

W historii t. zw. cudownego lecznictwa można zauważyć, że jakkolwiek teorie zasadnicze były liczne, to sposoby leczenia ulegały małym zmianom i dają się sprowadzić do kilku głównych typów: dotyk, magnetyczne *passes*, wzrok, amulety, zaklęcia i t. d., oto są sposoby do dziś dnia jeszcze używane. Ciekawem jest to, że żaden z nich nie zniknął zupełnie; znachorstwo i różne szarlatanerie kwitną jeszcze zarówno po wsiach, jak i miastach. Jak przed wiekami, tak i dziś umysł ludzki żądny jest cudów i wierzy w nie święcie.

Psychoterapia zapomocą hypnotyzmu jest wyczałkiem stosunkowo dość świeżej daty. Uczeń MESMER'a, margrabia de PUYSEJUR, lecząc również zapomocą mesmeryzacji, przypadkowo wywołał sen hypnotyczny z jego różnymi objawami. W rękach opata FARIA hypnotyzm stał się środkiem leczniczym, lecz FARIA odrzucał teorię fluidu magnetycznego i twierdził, że uzdrowienie chorych zależy od nich samych i ich organizmu. BRAID był pierwszym lekarzem, który dał hypnotyzmowi podstawy naukowe; po długim szeregu doświadczeń dochodzi on do wniosku, że hypnotyzm jest bez kwestyi ważnym środkiem leczniczym, lecz nie jest bynajmniej uniwersalny. Doświadczenia AZAM'a, DURAND DE GROS'a, DEMARQUAY'a, GIROD'a-TEULON'a i MESNET'a dużo światła rzuciły na tę nową zdobycz naukową; mimo to wielkiego zastosowania w lecznictwie hypnotyzm jeszcze nie znalazł. Dopiero LIÉBEAULT, LIÉGEOIS i BERNHEIM nadali właściwe znaczenie hypnotyzmowi i jego zastosowaniu w terapii.

Według BERNHEIM'a, wszystkie zjawiska hypnozy są zjawiskami sugestji. W hypnozie jednostka zatracą do pewnego stopnia swoją indywidualność, stąd zwiększenie podatności do sugestji. BERNHEIM posługuje się w celu uspiania, tylko sugestją, a w czasie snu wmawia w chorego, że jest uzdrowiony.

Szkola Salpêtrière [CHARCOT], jakkolwiek różniąc się w swych poglądach na istotę hypnotyzmu od szkoły Nancyeńskiej [BERNHEIM, LIEBEAULT], zaczęła również używać hypnozy, jako środka leczniczego. Znane są doświadczenia CHARCOT'a, MENEST'a, PROUST'a, PAWŁA RICHER'a, BALLET'a, BABIŃSKIEGO, GRASSET'a i wielu innych. Wszyscy mniej więcej dochodzą do jednego wniosku: czynnikiem podstawowym leczenia jest nie sen sam, lecz sugestia, którą sen tylko ułatwiać może.

Wobec przemijającego jednak charakteru wyleczenia i wobec częstego powrotu objawów chorobowych, zaproponowano w ostatnich latach różne metody, które, jakkolwiek oparte na hypnotyzmie, wprowadzają jeszcze inne czynniki, nie objęte przez czystą sugestię.

PIOTR JANET, przypuszczając, że zjawiska patologiczne są zależne od pewnej *idée fixe* pierwotnej, zasadniczej, której sobie chory nie uświadamia w zupełności, stara się przedewszystkiem podzielać na tę ideę, zmodyfikować ją i zniszczyć. Odszukuje on ją zapomocą somnambulizmu, pisania automatycznego, rozkłada ją na poszczególne elementy i zapomocą sugestyi oddziaływa na ten lub ów pierwiastek. Używa on także „substytucyi“, czyli zamiany pewnych pierwiastków *idée fixe*, innymi, przez siebie poddanymi. Cały ten proceder opiera JANET na teorii *psychic history* i odnosi się do psychiki chorego. SOLLIER, przeciwnie, zwraca się do „odrętwiałych centrów mózgowych“, które należy pobudzić, ażeby przywrócić choremu jego czucie. Według SOLLIER'a, wyleczyć histeryczkę lub ożywić jej czucie jest jedno i to samo. Pod wpływem ożywienia czucia mają zniknąć wszelkie *idées fixes*. Leczenie uzupełnić należy psychicznem oddziaływaniem na indywidualność chorego; należy poniekąd indywidualność tę odbudować.

Możność poddawania myśli bez uspienia była już zauważona przez BRAID'a; nie korzystał on jednak z tego zjawiska w celach terapeutycznych. HACK-TUKE (*le corps et l'esprit*), zwraca również uwagę na ten fakt i gorąco poleca lekarzom bliższe jego zbadanie i użytkowanie. Sugestią na jawie zajęli się lekarze szkoły Nancyeńskiej, a za ich przykładem poszło wielu innych. Prof. SPEHL [Bruksela] nie stosuje już wcale hypnotyzmu i posługuje się wyłącznie wmawianiem bez usypiania. BERNHEIM jednakże, jakkolwiek ocenia należycie tę metodę, jest eklektykiem i chętnie ucieka się do hypnozy tam, gdzie, jak powiada, nie jest pewien podatności terenu, lub gdy obawia się kontrsuggestyi. Z biegiem czasu wielu lekarzy zaniechało hypnotyzmu, zastępując go sugestią na jawie. Z punktu DÉJERINE'a i DUBOIS jest to niewątpliwie postęp. Jednakże tak w sugestyi hypnotycznej, jak i w sugestyi na jawie mamy opanowanie jednej indywidualności przez drugą, anihilację wyższych funkcji psychicznych, wzmożenie się zaś automatyzmu. GRASSET twierdzi nawet, że chory, będący pod wpływem sugestyi, jest w stanie częściowej hypnozy; nazywa on to „hypnozą na jawie“. Człowiek zasugestyonowany pozbawiony jest krytycyzmu; popełnić on może czyn wszelki, poddany mu przez sugestię, jakkolwiek ten czyn może być najzupełniej nielogiczny. Poddawanie narzuca mózgowi pewną myśl w sposób brutalny, wywierając na chorego, według wyrażenia BINET'a, „pressję moralną“, i działa, podobnie jak hypnotyzm, tylko na *objawy choroby*; osobowość leczonej jednostki pozostaje zupełnie bierną. Jak twierdzą BINET i FÉRÉ, „czyny składają się nie tylko z ruchów, lecz i z wrażeń czuciowych, percepcyi, rozumowania, refleksyi i woli; czyn jest jakby wypadkową funkcji intelektualnych, czuciowych i ruchowych“; sugestia, pod której wpływem działa chory, wywołuje tylko *ruch*, nie zaś *czyn*.

[C. d. n.].

Dr E. Dembicka [Wiedeń].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

43. I. Boas. O skrytych krwawieniach żołądkowych i kiszkowych.

Boas pierwszy przed 3-ma laty zwrócił uwagę na skryte krwawienia żołądkowe i kiszkowe t. j. takie, które zmieniają zabarwienie zawartości żołądka i kału, a obecności ich nie możemy wykazać nawet zapomocą mikroskopu.

Wtedy tylko mamy pewność, że krew, znajdująca się w zawartości żołądka, jest objawem patologicznym, gdy możemy wykluczyć krwawienia z jamy ustnej, gardzieli, górnych dróg oddechowych, nosa i dziąseł; krwawienia te bardzo łatwo przechodzą do przewodu pokarmowego. Natomiast po krwiopluciu (*haemoptoe*) bardzo rzadko odnajdujemy krew w zawartości żołądka i kale.

Znajdując krew w zawartości żołądka, wydalonej przez wymioty, nie możemy uważać jej za wynik ukrytego krwawienia [łatwe pęknięcie małego naczynia przy ruchach wymiotnych]. Również wydobywając zawartość żołądka zapomocą sondy, możemy spowodować krwawienie, tak np. bardzo łatwo ulega zranieniu błona śluzowa żołądka w przewlekłym zapaleniu żołądka (*gastritis chr.*), okrągłym wrzodzie, raku, nadmiernej kwaśności soku żołądkowego. Badanie kału jest pewniejsze, lecz i tam mogą być omyłki [hemoroidy, przewlekły katar kiszek, nadmierne nagromadzenie się kału].

Celem wykazania skrytego krwawienia posługujemy się metodą WEBER'a: bierzmy 5 ctm. sz. zawartości żołądka lub rzadkiego kału [gęsty rozcieramy w moździerzu z wodą], dodajemy $\frac{1}{3}$ część kw. octowego i wyciągamy nadmiarem eteru, w którym rozpuszczają się sole octowe hematyny; jeżeli zawartość krwi jest duża, to eter mocniej lub słabiej zabarwia się na kolor tokaju; jeżeli zaś zawartość krwi jest nieznaczna, to dodajemy 10 kropel świeżo przygotowanej gwajakowej nalewki spirytusowej, a następnie w celu utlenienia, 30 kropel starego, zgęstniałego oleju terpentynowego: mieszanina, stosownie do ilości krwi, zabarwia się mniej lub więcej na niebiesko. Przez dodanie wody i chloroformu, ostatni zabarwia się na niebiesko, a próba zyskuje na wyrazistości.

Boas zmienił tę próbę w ten sposób, że zamiast nietrwałej *Trae guajaci* bierze szczyptę sproszkowanej żywicy gwajakowej, a zamiast oleju terpentynowego — 10 do 15-u kropel 3 — 5% -ego roztworu dwutlenku wodoru. Próba ta jest bardzo czuła i wykazuje ślady krwi po spożyciu 3,0 surowego mięsa lub 3,0 krwi.

Dla kontroli stosuje się próba aloinowa: szczyptę barbaloinu (*aloin barbados*) rozpuszczamy w 3—4 ctm³ 60% -go alkoholu i do opisanego wyżej ekstraktu eterowego dodajmy 15 kropel przygotowanego płynu, a następnie terpentyny lub H₂O₂ — otrzymujemy mocniejsze lub słabsze czerwono-wiśniowe zabarwienie mieszaniny.

Odnajdując ślady skrytego krwawienia, trzeba wykluczyć możliwe błędy, opisane powyżej. Przy zaparciach stolca dobrze działa łagodny czyszczący środek [sól karlsbadzka, rabarbar, mniej odpowiedni jest ol. rycynowy]; uryna nie powinna być zmieszana z kałem. Trzeba też starannie unikać wprowadzania pokarmów, zawierających krew [niedosmażone mięso, ryba, kiełbasa]; niektórzy polecają tylko mleko, jaja i pokarmy roślinne.

Skryte krwawienia żołądkowe lub kiszkowe, rozpoznane przy zachowaniu powyższych ostrożności, są zawsze objawem patologicznym; a przy tem dodatni wynik badania ma większe znaczenie kliniczne, niż ujemny. Ogólnie biorąc, możemy powiedzieć, że tylko te choroby przewodu pokarmowego po-

wodują skryte krwawienia, przy których spotykamy również i krwawienia jawne.

Wykazanie skrytego krwawienia w przewodzie pokarmowym samo przez się nie stanowi o rozpoznaniu choroby, lecz w połączeniu z innymi objawami bardzo je ułatwia.

Skryte krwawienia spotykamy w raku i wrzodzie okrągłym przelyku. Przy raku przelyku wykazujemy skryte krwawienia w zawartości rozszerzonego przelyku powyżej umiejscowienia nowotworu i w kale. Trzeba jednak pamiętać, że przy k a ń d e m dłuższym zatrzymaniu się zawartości żołądka lub przelyku, mogą się tam znaleźć resztki mięsa i próby gwajakowa i aloinowa dadzą wyniki dodatnie, lecz w kale wtedy nie znajdziemy najmniejszych śladów krwi. Rak przelyku, umiejscowiony w okolicy wpustu, często bywa niedostępny dla zwykłych sposobów badania — wykazanie stałego skrytego krwawienia w kale wzbudza podejrzenie rozpadającego się nowotworu. Przy miejscowym skurczu przelyku, przy jego uchyłku, zarówno jak i przy sprawie bliznowatej, w kale nie bywa śladów krwawienia.

W chorobach żołądka, jak zaburzenia ruchowe, pierwotny niedowład (*primäre Atonie*), *gastritis chr.* i *achylia gastrica*, nie bywa skrytych krwawień.

Przy wrzodzie okrągłym żołądka wykazujemy skryte krwawienia i w kale, lecz niezawsze, albowiem przy odpowiednim leczeniu i zachowaniu się krew ginie; przy chemicznym lub mechanicznym oddziaływaniu przyczyn szkodliwych krew pojawia się na nowo, a nawet może dojść do krwotoków. Czasami u chorego nie znajdujemy zupełnie krwi, a tymczasem sekcyja wykazuje obecność wrzodu okrągłego, bywa to przy starych wrzodach z twardymi, bliznowatymi brzegami. U chorych między 20-ym a 30-ym rokiem życia rozpoznanie choroby może się wahać między wrzodem a nerwicą żołądka, wykazanie skrytego krwawienia [szczególniej w kale] przemawia na korzyść wrzodu, lecz badania trzeba powtarzać kilkakrotnie, albowiem jednorazowy wynik ujemny nie wyklucza wrzodu.

Czasowe pojawienie się skrytych krwawień przemawia za zwężeniem odźwiernika [zastój zawartości, obecność wolnego HCl w normalnej lub większej ilości, obecność czworniaków (*sarcina*) i drożdży, brak dającego się wymacać guza]; dopóki żołądek opróżnia się zupełnie, dopóty krwi nie znajdujemy, lecz jak tylko następuje zastój pokarmów, odnajdujemy krew nawet i w kale.

Przez zastosowanie odpowiedniej [mlecznej] diety i spokoju, owróżdzenia, towarzyszące często zwężeniem odźwiernika, goją się po paru dniach i krew znika; przy raku natomiast stale odnajdujemy skryte krwawienia w kale. A więc odnajdując stale skryte krwawienia w kale, możemy ze wszelkiem prawdopodobieństwem podejrzewać rak żołądka. Przy raku żołądka często odnajdujemy krew w kale nawet wtedy, gdy niema jej w zawartości żołądka; zależy to prawdopodobnie od położenia żołądka: przy więcej prostopadłym położeniu żołądka i przy umiejscowieniu nowotworu w pobliżu odźwiernika krew spływa do kiszki. Z tego wynika, że podejrzewając rak żołądka, musimy badać kał nawet w tedy, gdy w zawartości nie było krwi.

Z chorób kiszkowych mogą powodować skryte krwawienia nowotwory złośliwe kiszek cienkich, okrągłe wrzody dwunastnicy i gruźlica kiszek. Rak kiszek cienkich zdarza się bardzo rzadko i przytem prawie niemożliwe jest jego rozpoznanie. Również jest trudno rozpoznać wrzody dwunastnicy [przy kiszce żołądka często odnajdujemy krew tylko w kale]. W gruźlicy kiszek skryte krwawienia ułatwiają różniczkowanie rozwolnienia gruźliczego od rozwolnienia, wywołanego przez katar kiszek, lub przez żyłuy zastój w kiszkiach. Lecz i przy gruźlicy kiszek krwawienia niezawsze się zjawiają.

Stale odnajdowanie skrytych krwawień w kale może pomóć do rozpoznania raka kiszki grubej w tych przypadkach, gdy nie wyczuwamy żadnego

guza, a tymczasem inne objawy wskazują na sprawę nowotworową w kiszce grubej.

Wykazanie skrytego krwawienia ma znacznie nie tylko rozpoznawcze, lecz i ostrzegające: bywały przypadki, w których, na zasadzie odnalezienia skrytych krwawień, podejrzewano wrzód żołądka i gdzie potem zjawily się obfite krwotoki.

Co do rokowania, to dopóki spotykamy ślady krwawień, dopóty nie możemy uważać choroby za wyleczoną — przy stałym krwawieniu musimy stawiać rokowanie bardzo ogólnie. O ile dłużej trwają skryte krwawienia, o tyle rokowanie jest poważniejsze, albowiem zawsze może nastąpić krwotok, zagrażający życiu chorego.

Z analizy kału możemy wyciągnąć pewne lecznicze wskazówki, tak: odnajdując skryte krwawienia, zalecamy choremu odpowiednią dyetę i tryb życia, i chociaż przez to nie możemy powstrzymać rozwoju raka przyłyku, żołądka lub kiszki, lecz możemy uniknąć krwotoków, a oszczędzając choremu straty krwi, przedłużamy mu życie. Z lekarstw poleca się bismut, lecz ten wstrzymuje krwawienia tylko dopóty, dopóki jest podawany; po przerwaniu, krwawienia powracają. Przy raku kiszki musimy unikać zastoju kału powyżej umiejscowienia nowotworu, stosujemy tu więc delikatne środki czyszczące, np. sole średnie, środki roślinne.

(*Sammlung klin. Vorträge. N. 387.*)

M. Wilczyński.

44. Kutscher. Nowsze prace o drobnoustrojach grupy gruzliczej.

R. KOCH w 1904 r. na Zjeździe w Londynie wygłosił zdanie, że lasecznik gruzlicy ludzkiej różni się od zwierzęcego [bydła, świń] i nie może być przeniesiony na zwierzęta, a chociaż nie dowiedziony jest odwrotny stosunek, lecz prawdopodobnie lasecznik gruzlicy zwierzęcej nie może być przeniesiony na człowieka. Na tej zasadzie KOCH pozwala spożywać mięso i mleko zwierząt chorych na perlicę. Wyniki sekcji potwierdzają to zdanie, albowiem stwierdzono bardzo nieznaczna odsetkę pierwotnej gruzlicy kiszki.

BERING zaś jest zdania, że mleko krowie, używane do karmienia niemowląt, jest głównym rozsadnikiem gruzlicy. U niemowląt laseczniki perlicy i gruzlicy ludzkiej mogą przechodzić przez błonę śluzową kiszki, dostać się do płuc i w późniejszym wieku wywołać gruzlicę. BERING potwierdził swą tezę doświadczalnie: karmiąc nowonarodzone lub kilkodniowe morskie świnki nieznaczna ilością laseczników, wywołał u nich gruzlicę gruczołów szyi, a następnie ogólną, u starszych zaś zwierząt otrzymywał BERING podobne wyniki tylko wtedy, gdy karmił je bardzo zjadliwymi hodowlami laseczników.

Ostatecznie stwierdzono, że lasecznik gruzlicy ludzkiej morfologicznie zasadniczo różni się od las. perlicy; tak: laseczniki gruzlicy ludzkiej, hodowane w bulionie z dodatkiem 2% owej gliceryny, są kształtne, podobne do siebie i barwią się równomiernie, laseczniki zaś perlicy w tej samej odżywie mają częstokształt buławy, są ziarniste i nie równomiernie barwiące się. Również kolonie tych laseczników różnią się pomiędzy sobą: na surowicy kolonie las. gruzlicy ludzkiej rozwijają się wspaniale już po 10 — 12 dniach i mają kształt kruchych mas, wznoszących się ponad poziomem podłoża, tworząc w końcu typowe skorupki; a kolonie laseczników perlicy rozwijają się znacznie później i tworzą delikatne, równomierne, błonki kleiste, mało wznoszące się ponad poziom i rosnące bardzo wolno. Różnice wzrostu kolonii jeszcze łatwiej dają się zauważyć na bulionie z 2% ami gliceryny. Kolonie las. perlicy zaczynają rozwijać się dopiero po kilku tygodniach i rozrastają się nie wszcz, jak laseczniki gruzlicy ludzkiej, lecz w głąb i do góry, tak że są podobne do stalaktytów, puszczających wyrostki w głąb odżywki [taki wygląd mają kolonie, świeżo wyhodowane z żywego organizmu].

Laseczniki te różnią się pomiędzy sobą i zdolnością w wywoływaniu choroby u zwierząt; tak np. laseczniki gruźlicy ludzkiej, zaszczerpione podskórnio królikom, wywołują zwykle tylko miejscowe, otorbione owrzodzenia bez zajęcia gruczołów limfatycznych, a prawie nie wywołują ogólnej gruźlicy; natomiast laseczniki perlicy wywołują zawsze gruźlicę ogólną. Te same wyniki otrzymuje się przy doświadczeniach z dużemi zwierzętami: po podskórnem zaszczerpieniu czystych hodowli lasecznika perlicy, zwierzęta po 6—8-u tygodniach ginęły wskutek ogólnej gruźlicy; tymczasem z 41 hodowli las. ludzkiej gruźlicy, wyhodowanych z różnych osobników, 36 okazało się nieszkodliwemi przy szczepieniu u bydła, a 5 hodowli działało podobnie do las. perlicy; co zaś ciekawsze, to że te hodowle u królików wywoływały gruźlicę ogólną. Z tego wynika, że w przeważającej liczbie przypadków las. gruźlicy ludzkiej różni się od las. perlicy kształtem, własnościami hodowli i właściwościami chorobotwórczemi, a tylko w wyjątkowych przypadkach las. gruźlicy ludzkiej nie różni się od las. perlicy.

Trzecią odmianą las. gruźliczych są laseczniki gruźlicy ptasiej. Różnią się one od las. ssących wyglądem kolonii. Na twardych podłożach [surowica, agar] las. gruźlicy ptasiej tworzą kolonie śluzowate, wilgotne, nie wznoszące się ponad poziom. W bulionie kolonie laseczników gruźlicy ptasiej nie tworzą fałdzystej warstewki, pływającej na powierzchni odżywki, lecz w postaci ziarenek opadają na dno i ścianki naczynia. Czasami kolonie las. gruźlicy ptasiej nie różnią się od kolonii gruźlicy ssących, lecz odróżnić je można po wynikach szczepienia. Laseczniki gruźlicy ptasiej rosną przy 40° — 45° nawet 50°, las. gruźlicy ssących najwyżej przy 40° — 41°.

Pierwotną gruźlicą ptasiej najczęściej dotyka narządy trawienia, a bez porównania rzadziej narządy oddechowe. Łatwiej jest zarazić kury, podając im w pożywieniu hodowle laseczników, niż zastrzykując je pod skórę lub w otrzewną. Zakażenie drobiu odbywa się przez pokarm zanieczyszczony ekskrementami chorych ptaków. Podawanie z pokarmem nawet dużej ilości hodowli las. gruźlicy ssących nie wywołuje u ptaków gruźlicy.

Lasecznik gruźlicy ptasiej wywołuje gruźlicę u myszy i szczurów, trudniej u morskich świnek. Króliki łatwiej jest zarazić przez podowanie hodowli las. gruźlicy ptasiej, niż przez zastrzyknięcie pod skórę. U świń, koni bardzo rzadko odnajduje się lasecznik gruźlicy ptasiej. Na człowieka nie oddziaływa on wcale.

Czwartą odmianą lasecznika gruźliczego jest lasecznik gruźlicy zimnokrwistych, wyhodowany po raz pierwszy w r. 1897 z brzuszno goza karpia. Rośnie on na wszystkich odżywkach przy niskiej temperaturze (*optimum* 25°). Na agarze i kartoflu formuje białe, podobne do śmietanki kolonie. W bulionie, nie macząc odżywki, tworzy osad kosmykowaty.

FRIEDMANN wyhodował lasecznik gruźlicy żółwia, rozwijający się między 0° — 43°, a przy 37° tworzący kolonie, nie różniące się od kolonii lasecznika gruźlicy ludzkiej. FRIEDMANN podejrzewa, że jest to lasecznik gruźlicy ludzkiej, zmieniony wskutek przejścia przez organizm żółwia.

Ze względu, że te cztery odmiany lasecznika gruźliczego tworzą jeden rodzaj, można się było spodziewać, że zapomocą jednej odmiany, mniej szkodliwej dla pewnego zwierzęcia, można je uodpornić przeciw odmianie bardziej szkodliwej. Tak np. KOCH, zastrzykując w żyły osłom, cielętom, kozom, hodowle ludzkich laseczników gruźliczych, czynił te zwierzęta odpornemi na zastrzyknięcie zabójczej dawki lasecznika perlicy. BERING zapomocą wysuszonych hodowli laseczników ludzkich uodporniał zwierzęta przeciw lasecznikowi perlicy. Nie wiadomo jednak, czy to uodpornienie będzie je bronić od naturalnego zakażenia. Próby z lasecznikiem gruźlicy ptasiej w celu uodpornienia przeciw niej, lub przeciw gruźlicy ludzkiej, nie dały żadnego wyniku.

W ostatnich czasach FRIEDLEIN twierdził, że udało mu się uodpornić morskie świnki zapomocą żółwiego lasecznika gruzliczego tak, że wytrzymały podskórne zastrzyknięcia hodowli lasecznika gruzlicy ludzkiej; było i większe zwierzęta FRIEDLEIN uodporniał przeciw lasecznikowi perlicy. Lecz LIBERZ i RUPPEL, powtarzając doświadczenia FRIEDLEIN'a, nie otrzymali tych samych wyników.

(Berlin. klin. Wochensch. 1905. N. 9).

M. Wilczyński.

45. Dirk. Usypianie zapomocą skopolaminy i morfiny.

Rozwijając myśl, rzuconą przed 4-ma laty przez SCHNEIDERLIN'a, DIRK opracowywał szczegóły nowej metody usypiania, które, wraz z wynikami klinicznymi jej zastosowania, świeżo podał do powszechnej wiadomości. Na dwie godziny przed operacją chory otrzymuje podskórnie $\frac{1}{4}$ strzykawki PRAVAZ'a 1% roztworu skopolaminy i $\frac{3}{4}$ strzykawki 2%-owego roztworu morfiny; w godzinę później — znów po $\frac{1}{4}$ strzykawki tychże roztworów, tak iż ogólna ilość zastrzykniętej skopolaminy wynosi 1 mgm., a morfiny — 2,5 cgm. Te jednak ilości nie dają zupełnego uspienia, o ile zaś pożądanem jest otrzymanie jego, należy zastosować trzykrotnie zastrzykiwanie przed operacją przy ogólnej ilości 1,5 mgm. skopolaminy i 3 cgm. morfiny. Dwukrotnie zastrzykiwanie okazało się dostatecznem w 29-u przypadkach, w pozostałych zaś trzeba było do wywołania stanu zupełnego uspienia wdychania chloroformu w przeciętnej ilości 10—30 cm. sz. przy operacjach, trwających od 20—120 minut, później zaś dodawano jeszcze 40—80 cm. sz. eteru. Stosując powyższą metodę, DIRK wykonywał 260 operacji, pomiędzy niemi 188 na narządach jamy brzusznej.

Przy dwukrotnej metodzie zastrzykiwania, pierwszą porcyę narkotyków chory otrzymuje w łóżku, poczem już wkrótce ujawnia wyraźną senność; po powtórnem zastrzyknięciu, również w łóżku, chory śpi prawie bez przerwy i spokojnie. Dopiero wówczas zostaje on sprowadzony na salę operacyjną; przy przenoszeniu i układaniu na stole przebudza się, świadomość, choć niezupełnie, zazwyczaj jednak wraca, następnie pacjent znów zasypia. Tętno waha się w granicach 70—90 uderzeń, oddech równy, 15 — 30 razy na minutę. Stan podniecenia zauważono tylko u 4-ch, i to alkoholików. Dzięki hamującemu działaniu skopolaminy na czynności wydzielnicze gruczołów, niema podczas snu ani ślinotoku, ani rzeżeń w tchawicy, niema kaszlu, ani skłonności do wymiotów, nigdy autor nie zauważył zapaści lub asfiksyi; podczas głębokiego snu niekiedy bywa typ oddechania CHEYNE - STOKES'a, lecz krótko. Sen wogóle może trwać od 3-ch do 8-u godzin, poczem chory budzi się ze stosunkowo dobrem samopoczuciem. Z ogólnej liczby 260 operowanych przy zastosowaniu niniejszej metody usypiania, umarło tylko 3, co, zdaniem autora, zależało jedynie od ogólnego ich wyniszczenia przez sprawę chorobową, a nie od szkodliwego przypuszczalnie działania morfiny ze skopolaminą. Bądź co bądź jednak, fakt ten zniewolił autora do zaniechania powtórnego zastrzykiwania u starych i wyniszczonych pacjentów, w razie jeśli pierwsza dawka po upływie godziny wywoływała u nich znaczną senność z rozszerzeniem źrenic i sinicą.

W końcu, przyznając ujemną stronę niniejszej metodzie usypiania, polegającą na konieczności troskliwej obserwacji chorego przed samą operacją, a głównie — po niej, autor widzi jednak w tej metodzie tyle stron dobrych, że one stanowczo przemawiają na jej korzyść, a mianowicie:

1. Wywołując uspienie w łóżku, zaoszczędzamy choremu tego wstrząsu psychicznego, jaki daje sala operacyjna z całym jej urządzeniem i przygotowaniem do operacji.

2. Stopniowe przejście do stanu zupełnego uspienia bez uczucia przestachu i duszenia się.

3. Spokojne, równomierne uśpienie bez ślinotoku, rzużeń w tchawicy, kaszlu, wymiotów, asfiksyi, zapaści.
4. Po skończonej operacji chory śpi dosyć długo i dzięki temu nie doznaje pierwszego wrażenia bólu w ranie.
5. W okresie pooperacyjnym chory nie wymiotuje.
6. Uśpienie niniejsze można stosować w tych przypadkach, gdzie chloroform lub eter zagraża bezpieczeństwu życia.

Podczas dyskusyi, która wywiązała się na ten temat w Berlińskim Towarzystwie chirurgicznem, ISRAEL również oświadczył się za stosowaniem nowej metody, opierając się na 332 przypadkach z własnej praktyki; w 9,6% wszystkich przypadków obeszło się bez następczego podawania chloroformu lub eteru. Ujemna strona, według ISRAEL'a, polega na wysoce nierównomiernem działaniu obu narkotyków u różnych osobników: wogóle osobniki w wieku lat wyżej 50 łatwiej podlegają ich działaniu. 4 przypadki zostały zakończone zejściem śmiertelnem, w 2 z ich liczby sekcyja ujawniła w narządach mięsowych objawy, właściwe zatruciu fosforem, co autor przypisuje wspólnemu działaniu morfiny, skopolaminy i chloroformu, stawiając jednocześnie znak zapytania w tej sprawie.

ROTTER nazywa nową metodę nawet idealną i wielce humanitarną, zalecając jej stosowanie z uwzględnieniem indywidualnych własności pacjentów.

(*Deutsch. mediz. Woch.* 1905. N. 10).

W. Dobrowolski.

46. Terrier i Desjardins. Skopolamina w chirurgii, jako środek ogólnie znieczulający.

Do poważnej liczby 1488 operacji, wykonanych pod uśpieniem skopolaminowem przez różnych chirurgów, przybywa jeszcze 26 przypadków dwu francuskich lekarzy. I ci również uznali za właściwe dodawanie do skopolaminy morfiny, stanowiącej *antidotum* pierwszej, i w tym celu posługiwali się formułą, podaną przez prof. BLOCH'a:

Scopolamini bromati 0,0012

Morphii hydrochlorati 0,012

Aq. destillatae 1,0

z małą zmianą, mianowicie, biorąc na 1 cm. sz. wody 0,001 skopolaminy i 0,01 morfiny. Wstrzykiwanie dokonywano trzykrotnie: 1-sze na 4 godziny przed zabiegiem, 2-gie na 2 godz., 3-cie na godzinę, i otrzymywane w ten sposób znieczulenie było wystarczające w 26% przypadków. Co do laparotomii, to obaj autorowie radzą oprócz skopolaminy stosować chloroform w ten sposób, że chory na 2 godziny przed operacją otrzymuje tylko jedną dawkę podskórną skopolaminy w ilości 0,001, zaś przed rozpoczęciem operacji stosuje się chloroform; jakkolwiek zużyta przez wdychanie chorego ilość tego ostatniego, zdaniem autorów, nie może być ściśle określona, można jednak wnioskować o tem z następującego zestawienia: u MIKULICZA przy wyłącznem stosowaniu chloroformu, w celu wywołania uśpienia operacyjnego w ciągu 100 minut wychodzi przeciętnie 80 grm. tego środka; w razie zaś uprzedniego zastrzyknięcia skopolaminy powyższa cyfra *caeteris paribus* spada do 14 — 16 grm.; nigdy jednak w tych razach nie można się uciekać do eteru, ten ostatni bowiem w połączeniu ze skopolaminą może w pierwszych dniach po operacji doprowadzić do nawału płucnego (*congestion pulmonaire*) lub do ostrego obrzęku płuc. Opisana metoda kombinowanego usypiania przy operacjach brzusznych posiada tę zaletę, że usuwa wywołane przez skopolaminę rozszerzenie naczyń podskórnych oraz skurez ściany brzusznej, nie mówiąc już o zaoszczędzeniu choremu tych przykrych wrażeń, jakich ten doznaje przed samą operacją i bezpośrednio po jej ukończeniu.

Opis przedoperacyjnego przebiegu klinicznego po zastosowaniu skopolaminy w ogólnych zarysach zgadza się z opisem tegoż przez DIRK'a. Wrazie

przebudzenia się chorego podczas operacji, pomimo uprzedniego 3-krotnego zastrzykiwania, wystarcza dać nieco chloroformu, aby operowany znów zasnął głęboko bez okresu podniecenia. Okres pooperacyjny również nie pozostawia nic do życzenia, gdy tymczasem po uśpieniu chloroformowem lub eterowem zazwyczaj niebrak zaburzeń ze strony najrozmaitszych narządów. Wprawdzie nie można pominąć milczeniem pewnych ujemnych objawów działania skopolaminy: rozszerzenia naczyń, które powoduje przy operacji wzmożone krwawienie, skurczu ściany brzusznej, co poniekąd przeciwskazuje skopolaminę przy operacjach w tej okolicy i nierównomierności działania u różnych osobników, na co już uskarżali się DIRK i ISRAEL; jakże jednak, powiadają TERRIER i DESJARDINS, małoznaczne są te niedogodności nowej metody wobec wszystkich, a tak licznych jej zalet! Wszak wystarczy wziąć pod uwagę, spokojny 8—10-godzinny sen, znieczulenie, trwające przeciętnie 24 godziny, a niekiedy 2 i 3 dni, obok zupełnego braku zaburzeń ze strony płuc, serca, przewodu pokarmowego, nerek i układu nerwowego, aby zachęcić chirurgów do pójsicia nową, a tak wiele obiecującą drogą.

(*La Presse médicale* 1905. N. 18).

W. Dobrowolski.

47. Barth. O postępach w rozpoznawaniu i leczeniu ropnego zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia.

Do niedawnych czasów powszechnem uznaniem cieszyło się twierdzenie, że dzięki t. zw. plastycznym własnościom otrzewnej wytwarzają się zrosty naokoło odcinka jelit, gdzie powoli szykuje się przedziurawienie, czyli przebicie się ropy do jamy otrzewnej, jak to bywa up. w zapaleniu wyrostka robaczkowego; inaczej mówiąc, ropa z ogniska zapalnego wylewa się tylko na ograniczony odcinek otrzewnej, ta ostatnia bowiem już u p r z e d n i o zagroziła dostęp do większego, *resp.* całkowitego swego obszaru.

Ostatnie jednak prace, które wyszły z pod pióra chirurgów, odmawiają otrzewnej w tych przypadkach opisanej zdolności zapobiegawczej. BARTH twierdzi, iż operując w ciągu pierwszej lub drugiej doby od wystąpienia pierwszych objawów klinicznych zapalenia wyrostka robaczkowego, stale widywał w razie jego przedziurawienia obecność w sąsiedztwie wolnej ropy, nieoddzielonej od pozostałego obszaru otrzewnej żadnymi zrostami. Jeżeli zaś wyrostek był cały, pomimo silnie zapalnego stanu i ropnej zawartości, to w jamie otrzewnej znajdował się również wolny wysięk surowicy. Dopiero trzeciego dnia od chwili przedziurawienia, zdaniem autora, zaczynają się tworzyć zrosty naokoło wolnego dotychczas ogniska ropy. Takie osadzenie na miejscu (*sit venia verbo*) groźnej sprawy w otrzewnej jest jednak rzeczą przypadku, ponieważ przy większej złośliwości (*Virulenz*) bakterii i szybszem tworzeniu się ropy, co bynajmniej nie jest rzadkością, w chwili pojawienia się zrostów w otrzewnej znajduje się już nie jeden, lecz kilka, a nawet liczne ropnie. Przy takim obrocie sprawy mogą wprawdzie wszystkie ogniska zostać ujęte w mocne zrosty, ale może też nastąpić i rozlane ropne zapalenie otrzewnej z zejściem śmiertelnem. Wobec tego, autor zaleca dokonywanie wczesnej operacji, nie pozostawiając tej sprawy własnym siłom leczniczym organizmu, czyli — przypadkowi. Z liczby 10-u operowanych we wczesnym okresie przedziurawienia wyrostka zmarło 3: dwóch wskutek ogólnego zakażenia w kilka dni po operacji, podczas której jednak już stwierdzono nagromadzenie bardzo znacznej ilości ropy w małej miednicy, jeden zaś — od niedrożności kiszki w 8 dni po zabiegu; u 7-u pozostałych — zupełnie wyzdrowienie. 10 operacji, dokonanych przed przedziurawieniem wyrostka, przy poważnych jednak jego zmianach anatomicznych i to w ostrym okresie, przemawia również za wczesnem wykonywaniem operacji, wszystkie bowiem zostały uwieńczone zejściem pomyślnem.

Co się tyczy zgorzeli ściany wyrostka, to, zdaniem BARTH'a, chwila odbywania się tej sprawy jest klinicznie nieuchwytna. Właściwe objawy kliniczne ostrego przedziurawienia rozpoczynają się z chwilą zupełnego przedziurawienia ściany i jednoczesnego zakażenia otrzewnej: gorączka, wymioty, umiejscowione bóle, wzmagające się przy ucisku, tętno do 100 uderzeń na minutę, a nawet i szybsze; najważniejszym jednak objawem, którego nigdy nie brak nawet w samym początku tej sprawy, jest odruchowe napięcie ściany brzusznej, umiejscowione najpierw w okolicy przedziurawienia, a później we wszystkich tych miejscach, które odpowiadają umiejscowieniu ropy lub ciał obcych w jamie otrzewnej. Jednak różniczkowo - rozpoznawcza wartość tego objawu zmniejsza się przez to, że w pewnym stopniu można go też zauważyć i przy surowiczem zapaleniu naokoło wyrostka robaczkowego. Wzdęcie brzucha występuje zazwyczaj dopiero drugiego dnia, najpierw na ograniczonej przestrzeni jelita w sąsiedztwie ogniska zakażenia, a następnie dopiero rozszerza się coraz bardziej na większy obszar kiszki; pomieniony objaw, uważany dawniej za klasyczny dla ogólnego zapalenia otrzewnej, BARTH tłumaczy w myśl teorii L. HEIDENHAIN'a: pierwotnie istnieje tylko miejscowe zamknięcie światła jelit, zapewne wskutek ograniczonego bezwładu jelita w pobliżu ogniska ropnego; następczy zastój zawartości zakaźnej prowadzi do bezwładu jelit na znacznej przestrzeni ku górze, tak iż w końcu mamy do czynienia z niedrożnością kiszki *in toto*; dowodzi tego obecność skurczów na podniety mechaniczne. Ponieważ w obrazie klinicznym przez względnie długi przeciąg czasu może brnąć wymiotów, choć już rozpoczęło się przelewanie zawartości kiszki do żołądka, przeto autor radzi w tych przypadkach uciekać się do użycia zgłębnika żołądkowego, który oświetli od razu całą sytuację. Oprócz wartości rozpoznawczej, wprowadzanie zgłębnika z wysokimi wlewami i konsekwentnymi przemywaniami żołądka posiada pewne znaczenie lecznicze, jakkolwiek bardzo nieznaczne i krótkotrwałe. Jedyną zaś istotną wartość terapeutyczną posiada *enterostomia*, we właściwym [t.j. wczesnym] okresie dokonana. W 11-u operowanych przezeń przypadkach niedrożności jelit w ostrym okresie zapalenia otrzewnej wyzdrowiało 7; trzech zmarło wskutek ogólnego zakażenia, 1 — po nawrocie niedrożności. Rokowanie niedrożności, zarówno jak wytyczna naszych dalszych zabiegów zależą w pierwszej linii od stopnia kurczliwości jelit. Z jelita bezwładnego wypływa po *enterostomii* zawartość operowanego odcinka; z kurczliwego zaś — i z dalej położonych części jelit. Wprawdzie operację niekiedy trzeba powtarzać 2 i 3 razy w celu osiągnięcia pożądanego skutku, lecz, według zapewnień autora, powtórzenie zabiegu przy istniejącej już po pierwszej laparotomii rany brzusznej może być wykonane nawet bez usnienienia; przytem można wykonać albo powtórny *enterostomiam* na najbliższej rozdętej pętlicy, albo też przekłuć tę ostatnią cienkim troakarem. W ostatnim przypadku, przy zachowaniu pewnych warunków, mała ranka jelit po usunięciu rurki troakaru zasklepia się dosyć szybko i czysto. Pomyślnie zejście operacji *enterostomiae* polega na szybkim i, co ważniejsza, trwałem wznowieniu drożności jelit. Owa trwałość przeczy istnieniu w tych razach t. zw. zlepnętej niedrożności (*Adhäsionsileus*); gdyby bowiem zrosty odgrywały istotną rolę w powstawaniu niedrożności, to zupełne usunięcie wszelkich zaburzeń w przesuwananiu się miazgi pokarmowej *post enterostomiam* byłoby zjawiskiem niewytłomaczonym. Ten fakt, zarówno jak i niektóre inne spostrzeżenia w chorobach otrzewnej, zniewalają autora do twierdzenia, iż jedynie teoria HEIDENHAIN'a należyście tłumaczy powstawanie niedrożności przy ropnem zapaleniu otrzewnej wskutek przedziurawienia. W końcu BARTH usilnie zaleca w tych przypadkach bez wahania przystępować do wczesnej operacji, ponieważ wyczekiwanie może doprowadzić do skutków wielce niepożądanych.

WIADOMOŚCI DROBNE.

— Sposób jakościowego wykazania cukru w moczu. STRASBURGER opisuje powszechnie używany w Ameryce, w Europie zaś mało rozpowszechniony dotąd sposób HAINES'a jakościowego wykazania cukru w moczu. Roztwór HAINES'a przygotowuje się w następujący sposób: 2,0 oczyszczonego siarczanu miedzi rozpuszcza się w 15 c. sz. wody destylowanej, poczem dodaje się 15 c. sz. czystej gliceryny—wszystko to miesza się ze 150 c. sz. 5%-owego roztworu wodoru potasu. Dla zrobienia próby na cukier, ogrzewamy w próbówce około 4 c. sz. wspomnianego odczynnika aż do zagotowania, następnie dodajemy kilka kropel podlegającego badaniu moczu i gotujemy powtórnie. Wrazie jeżeli badany mocz zawiera obfitą ilość cukru, to szybko zjawia się znany czerwony lub żółty osad tlenku miedzi, względnie wodoru tlenku miedzi. Przy mniejszej ilości cukru gotować należy więcej przez 2 minuty.

Dodatnie strony opisywanego sposobu stanowią: 1) trwałość odczynnika, który można przechowywać w jednej flaszcze, 2) możliwość wykonywania próby przy dużym rozcieńczeniu moczu.

(*Medicin. Klinik. 1905. N. 6.*)

W. Breszel.

— Przypadek przewlekłego zatrucia fenacetyną. M. HIRSCHFELD opisuje następujący przypadek. U chorej w wieku lat 23 na obydwóch goleniach wystąpiła różyczka krwotoczna (*petechia*) w postaci punkcików i pręg. Na pewnych miejscach, przeważnie w dolnych częściach goleni i około kostek widać było ciemno-brunatnej barwy wylewy krwiste. Na miejscu tych wylewów w krótkim czasie wystąpiły owrzodzenia o nieprawidłowych brzegach, wielkości 5-u marek. Przyczyna cierpienia pozostawała zupełnie niejasną, leczenie nie odniosło żadnego skutku. Autor wpadł na myśl, czy cierpienie nie znajduje się w związku z fenacetyną, którą chora już od dłuższego czasu używała z powodu częstego bólu głowy i ataków migreny; chora miała przeto zalecone zaprzestanie używania fenacetyny. Niezadługo różyczka zbladła, owrzodzenia zaczęły się goić i po upływie 4-ch tygodni na ich miejscu utworzyły się brunatne, promieniste, cienkie blizny. Chora zaczęła znów używać fenacetyny i wspomniane objawy wystąpiły powtórnie.

(*Deut. medic. Wochen. 1905. N. 2.*)

W. Breszel.

— O częstości w Berlinie pierwotnej gruźlicy kiszek. Na 410 sekcyi, wykonanych w przeciągu roku [od 1-go października 1903 roku do 1-go października 1904 roku] w szpitalu berlińskim Bethanien, znalazł O. WAGENER 20 przypadków pierwotnej gruźlicy kiszek [= 4,9%]. A. BAGIŃSKI na 5448 sekcyi znalazł 14 razy; v. HANSEMANN na 8 — 10000 sekcyi—25 razy; ORTH na 203 sekcyi [wiek od 3-ch miesięcy do 15-u lat]— 2 razy pierwotną gruźlicę kiszek. Autor na 67 sekcyi w wieku od jednego roku do 15-u lat znalazł 11 przypadków [=16,4%].

(*Berliner klinische Wochenschrift. 1905. N. 5.*)

Wiadomości bieżące.

— Po odbyciu dodatkowego konkursu, ordynatorem oddziału chorób moczopięciowych w szpitalu Ś-go Ducha został kol. MINGER.

— Konkurs na posadę ordynatora etatowego chorób wewnętrznych w szpitalu na Woli odbędzie się nie 8-go, lecz 11-go kwietnia r. b.

— W blizkiem sąsiedztwie naszego kraju wybuchła epidemia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (*Genickstarre*). Rozpoczęła się ona na Pruskim Śląsku i panuje w garnizonach w Brieg, Lamsdorf, Ohlau i Głogowie, a nadto w Königshütte. Następnie przeszła na Śląsk austriacki, zachodnie powiaty Galicyi, dosięgła nie tylko Krakowa, lecz rozszerzyła się i poza Kraków aż pod San. Według urzędowych sprawozdań, jak donosi „Przegląd Lekarski, N. 13, do dnia 18-go marca zachorowało na tę chorobę osób 169, umarło zaś 56. Krajowa Rada Zdrowia w Galicyi na odbytem *ad hoc* posiedzeniu uchwaliła przedstawić Namiestnictwu konieczność wydelegowania specjalnej komisji w celu dalszego badania tej epidemii pod względem bakteryologicznym, a w szczególności warunków jej rozwoju. Do komisji tej Rada zdrowia proponuje docentów: KUČERĘ ze Lwowa i DROBĘ z Krakowa. I u nas z obawy łatwego przedostania się tego cierpienia, wartoby przedsięwziąć odpowiednie środki ostrożności. Epidemia tejże choroby panuje obecnie i w New-Yorku.

— Za przykładem Prus, Wirtembergii, Badenu i w Bawaryi, a mianowicie w Monachium, utworzono komitet do badania raka. W skład tego komitetu weszli: ANGERER, DOLLINGER, GRASHEY, KOLB, KOPP i WINCKEL.

— Przy uniwersytecie niemieckim w Münster ma być utworzony wydział lekarski.

— Dżuma grasuje w Indyach od dawna, zwłaszcza w brudnych miastach. Tygodniowo ma umierać do 35000 ludzi. W marcu 1904 r. zabrała 200000 ofiar. W r. 1903 zmarło z dżumy więcej niż milion ludzi w Indyach.

— „*Presse médicale*“ w N. 25 przytacza z „*Dublin Journal of medical Science. 1905. N. 398*“, niektóre szczegóły życia TOMASZA DOVER'a, który żył między 1660—1742 r. Literatura zawdzięcza mu powstanie „Robinsona Crusoe“, a medycyna proszki, noszące do dzisiaj jego nazwę i będące i obecnie po upływie prawie 2-ch wieków jeszcze w użyciu. Uczył się on medycyny u SYDENHAM'a. W 1684 r. osiadł w Bristolu, a w r. 1708 wsiadł na okręt w celu odbycia podróży naokoło świata. Podczas podróży, która trwała 3 lata, był komendantem okrętu, złapał okręt hiszpański o 21 działach, oblegał miasto Guayaquil i złupił je. Trudnił się rozwojem morskim. Wreszcie okręt jego przybił do wyspy Juan Fernandez, na której od lat 4-ch wegetował ALEKSANDER SELKIRK, rozbitek, którego przygody natchnęły DANIELA DEFOE do napisania słynnego Robinsona Crusoe. DOVER po powrocie do Anglii osiadł w Londynie, gdzie umarł w r. 1742. Podczas długiej swej praktyki DOVER posiłkował się głównie makowcem i merkuryuszem.

— W N-rze 8-ym „Ruskawo Wracza“ czytamy: „W „Bulletin officiel“ XV-go Zjazdu międzynarodowego lekarzy, który ma się zebrać w 1906 r. w Lizbonie, po raz pierwszy, jak się zdaje, wyznaczono pod nazwą „Pologne“, oddzielny Komitet polski z trzema polskimi deputatami od Austrii: prof. *Wicherkiewiczem*, docentem *Majewskim* i doktorem *Slapą*, wszystkimi z Krakowa („*Med. Blätter*“ 23-go lutego). Ze swej strony możemy jedynie wyrazić radość z powodu uznania praw nacyi słowiańskiej, blisko nam pokrewnej, która pomimo wszelkich przeciwności losu politycznego, pracuje wszędzie z honorem na drodze postępu pokojowego. Musimy również wyrazić życzenie, aby na przyszłym Zjeździe wszyscy jego członkowie słowiańscy skupili się bliżej siebie, pomnąc, że wraz z jutrzeńką wolności, która wzejść obiecuje dla starszego członka rodziny słowiańskiej, na to pojednanie czas wlnie nadszedł“.

Дозвол. Цензурою Варшава, 24 марта 1905. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 5.

W SZPITALACH PARYŻKICH I SZPITALACH MINISTERJUM MARYNARKI FRANCJI

Referat Akademii Naukowej, Medycyny i
Biologicznego Towarzystwa w Paryżu.

OYO-LECITHINE BILLON

JAJECZNY LECYTIN BILLON

zażywa się przy
NEURASTENII,
ZNUŻENIU, BŁADACZCE,
ANEMII, REKONWALESCENCJI i STAROŚCI.

Magistra A. Bukowskiego Apteka i Pracownia Chemiczna. Marszałkowska 54.

P O L E C A :

Jecorol. Syrop jodo-taninowy z fosforem. Przetwórz ten stosuje się dzieciom i dorosłym zamiast nieprzyjemnego w smaku i szybko jeżdżącego trawu.
Sprzedaż tylko w oryginalnych flakonach z marką ochronną, zatwierdzoną przez Ministra finansów za Nr. 16250. Cena flakonu 75 kop.

Ferratol. Syrop żelazisty bez smaku żelaza, nie wpływa ujemnie na trawienie, zawiera 0,02 grm. żelaza w łyżeczce od herbaty. Zaleca się szczególnie dla dzieci, osłabionych i niedokrwistych. Cena flakonu 75 kop.

Sirupus Thymi compositus. Syrop tymiankowy stosuje się zamiast obfaw kaszlu i w wypadkach utrudnionego wydzielania się płwociny. Cena flak. 60 kop.
Wszelkie przetwory firmy Parke, Davis et Co: Adrenalina, pastylki Cascara Sagrada, Cascara Evacuant, Euthymol i t. p.

Collargol

środek wewnętrzny w zofzach, w daw. znacznych (10—15 g. dzien., dla dzieci 1—6 g. w 4 częściach) jest środkiem pewnym i szybko działającym we wszystkich ostrych chorobach dróg oddechowych, poczynając od zwykłych katarów kończąc na zapaleniu płuc z możliwymi powikłaniami. CREOSOTAL „HEYDEN“ posiada działanie lecznicze kreozytu, nie wywiera jednak wpływu drażniącego i nie posiada nieprzyjemnego zapachu i smaku kreozytu.

Creosotal

W septycznych chorobach jako to w posocznicy, sprawach porodowych (również jako środek ochronny przy porodzie), w zapaleniu wsierdza, węgliku, w goscę pochodzenia septycznego i rzeżączkowego, jako rozczyń do wlewań dożylnych lub przez odbytnicę, jako „Unguentum Credé“ do wcierania; pastylki collargolowe (0,05 i 0,25) wkładają się do ran i t. d.

Próby i literaturę przesyła:

Fabryka Chemiczna von Haydena, Radebeul—Drezno

lub przedstawiciel na Królestwo Polskie, Ludwik Freider, Leszno 60.

Medal srebrny 1890 r.

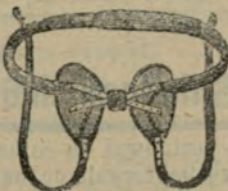
FABRYKA NARĘDZI CHIRURGICZNYCH

BANDAŻY oraz Brzytew oryginalnych Angielskich,
Szczyrzyków i Nożyczek

F. BALUKIEWICZA

BIELAŃSKA 9, Hotel Paryżki w Warszawie.

Wielki wybór wszelkich Narzędzi Chirurgicznych i Bandaży, przytem przyjmuje się reparacye w zakres fabryki wchodzące, p. ceach najtańszych.



Bandaż.

