

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Leczenie gruźlicy krtani.

Napisał

Dr. Jan Śędziak.

(Referat, wygłoszony na IX zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie
d. 21 — 24 lipca 1900 r.).

Szanowni Panowie!

Zanim przejdę do właściwego tematu t. j. do leczenia gruźlicy krtani, pozwolę sobie pokrótce przedstawić Sz. Panom stopniowy rozwój naszych pojęć o leczeniu, oraz wyleczalności t. zw. suchot krtaniowych.

Pierwsze wzmianki o leczeniu miejscowem w ogóle chorób krtani znajdujemy u Araeteus'a w 1-szym wieku po Nar. Chr. odnośnie zaś do t. zw. suchot krtaniowych dopiero w pierwszej połowie XIX-go stulecia, mianowicie u Trousseau'a i Beloc'a, autorów uwieńczonej nagrodą pracy konkursowej p. t. Phthisis laryngea, pod którą to nazwą rozumiano wówczas różnorodne sprawy chorobowe jako to: syfilis, gruźlicę i rak.

Właściwe jednak leczenie gruźlicy krtani rozpoczyna się z chwilą wiekopomnego odkrycia laryngoskopu w r. 1858 przez Türk'a i Czermaka. Pomimo to jeszcze czas długi zadawalniano się leczeniem obojętnem tego cierpienia, uważając go za coś w rodzaju „noli me tangere“.

M. Schmidt'owi z Frankfurtu nad Menem należy się zasługa wprowadzenia leczenia gruźlicy krtani na nowe tory. Autor ten w r. 1880 dał podwalinę racjonalnemu t. j. chirurgicznemu leczeniu tego cierpienia.

Jeżeli jednak leczenie to doszło do takiego rozwoju, jak to obecnie ma miejsce, to zawdzięcza przedewszystkiem wprowadzeniu w r. 1884 kokainy do laryngo-chirurgii, co jest zasługą niespożytą Jellinek'a, asystenta prof. Schroetter'a w Wiedniu.

Śmiało rzec można, że kokaina stanowi nową erę w leczeniu gruźlicy krtani, umożliwiając wykonanie rękoczynów wewnątrzkrtańowych, nie mówiąc już o jej znakomitych własnościach, jako środka, łagodzącego ból, oraz ułatwiającego tykanie — środka, bez którego obyć się nie można, zwłaszcza w daleko posuniętej postaci gruźlicy krtani.

Wkrótce potem, gdyż w r. 1885 mamy do zanotowania nowy postęp w leczeniu tego cierpienia. Mam tu na myśli wprowadzenie do terapii gruźlicy krtani kwasu mlecznego, co jest znowu zasługą prof. Krause'go w Berlinie. Środek ten i dziś po latach 15-tu nie przestał być jednym z najbardziej skutecznych w tem cierpieniu. Jednocześnie i kwestya leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani, tak szczęśliwie przez M. Schmidt'a zapoczątkowana, znalazła niezmiernie energicznego propagatora w Heryngu, który doprowadził technikę chirurgiczną w leczeniu tego cierpienia do możliwej doskonałości.

Od tego czasu kwestya leczenia t. zw. suchot krtaniowych nie schodzi z porządku dziennego. Oprócz całego szeregu większych, lub mniejszych prac, mających na celu leczenie tego cierpienia, temat ten niezwykle często staje się przedmiotem obrad na zjazdach lekarskich, że wspomnę tu tylko niezmiernie ożywione obrady nad tą kwestyą podczas zjazdu międzynarodowego w Rzymie, oraz ostatnio w Moskwie.

I u nas w r. 1888 na V-tym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie Sokołowski wygłosił odczyt „o wyleczalności i leczeniu miejscowem t. zw. suchot krtaniowych“, opierając się na bogatym materiale zarówno szpitalnym, jak i pochodzącym z praktyki prywatnej, a który w roku następnym opracowany został w wyczerpujący sposób przez autora niniejszego komunikatu, a ówczesnego asystenta szpitalnego.

W ogóle w historii leczenia gruźlicy krtani dają się zauważyć 3 główne okresy:

1) okres terapeutycznego nihilizmu, trwający do roku 1880 t. j. do wystąpienia Schmidt'a, twórcy chirurgicznego leczenia tego cierpienia;

2) okres skrajnego optymizmu, wywołanego energiczną propagandą Herynga, który przedstawiał wielokrotnie tak zdumiewające wyniki, otrzymane przez siebie przy stosowaniu leczenia chirurgicznego w gruźlicy krtani, iż zdawałoby się mogło, że posiadliśmy odąd metodę niezawodną, zdolną wyleczyć to straszne cierpienie.

Wkrótce jednak zaczynają się odzywać głosy, nawołujące do umiarkowania, jednym słowem, zaczyna się: 3-ci t. j. najnowszy okres w leczeniu gruźlicy krtani — okres równowagi t. j. trzeźwej krytyki. Już bowiem w r. 1890 na zjeździe międzynarodowym w Berlinie przeciwko przecenianiu metody chirurgicznej w leczeniu gruźlicy krtani powstał Schroetter, znany prof. laryngologii w Wiedniu, dowodząc i to zdaniem mojem słusznie, że tą drogą nigdy nie jesteśmy w stanie usunąć doszczętnie wszystkiego, co jest chorobowo zmienionem, ażeby nie dopuścić do nawrotów i, że nie każda krtan wytrzyma tego rodzaju energiczne rękoczyny.

Podczas następnego zjazdu międzynarodowego w Rzymie w roku 1894 znowu kwestya leczenia miejscowego, względnie chirurgicznego gruźlicy krtani była powodem ożywionej dyskusyi, która ostatecznie wypadła dość ujemnie dla tej metody, nie znajdując między innymi zwolennika w Semonie, znanym laryngologu londyńskim.

Wreszcie i na ostatnim zjeździe międzynarodowym lekarskim w Moskwie w dyskusyi nad odczytem Gleitsman'a: „o postęпах w leczeniu gruźlicy krtani od czasu ostatniego zjazdu“ prof. Chiari, znany laryngolog wiedeński wyraził się w ogóle pesymistycznie o możliwości trwałego wyleczenia gruźlicy krtani, czego jakoby nigdy nie spostrzegął.

Czy gruźlica krtani jest wyleczalna? Oto pytanie, mające znaczenie pierwszorzędne, nad którym wypada mi się jeszcze zastanowić, zanim przejdę do właściwego tematu t. j. leczenia tego cierpienia.

Do roku 1880, a nawet jeszcze później powszechnie sądzono, że gruźlica krtani jest cierpieniem nieuleczalnem, że jest to coś w rodzaju „noli me tangere“, podobnie, jak rak krtani. Tak np. Orth znakomity anatomopatolog w r. 1885, a więc jeszcze przed laty 15-tu w kwestyi powyższej wyraził się w sposób następujący: „ich habe weder selbst je eine gänzlich ausgeheilte Larynx tuberculose gesehen, auch ist meines Wissens ein solcher Fall anatomisch beschrieben und untersucht“.

Niedługo jednak wypadło czekać na tego rodzaju przypadek niewątpliwego wyleczenia gruźlicy krtani. Już bowiem w r. 1887 Heryng w znanej swej pracy o leczeniu chirurgicznym suchot krtaniowych i ich wyleczalności opisał przypadek, dotyczący 70-letniej cho-

rej z włóknistą postacią suchot płucnych, oraz zabliznieniem rozległego owrzodzenia gruźliczego na tylnej ścianie krtani, co anatomicznie t. j. pod drobnowidzem przez autora stwierdzonem zostało.

Od tego czasu kwestya wyleczalności gruźlicy krtani została stanowczo rozstrzygnięta w sensie dodatnim, tem więcej, że i kliniczna obserwacya niejednokrotnie stwierdzała możliwość zupełnego wyleczenia tego cierpienia i to zarówno samoistnie „spontaneo modo“, jako też jeszcze bardziej pod wpływem leczenia odpowiedniego. Przypadki takie każdy z nas lekarzy praktyków miał możność spostrzegać.

Z drugiej jednak strony nie ulega najmniejszej wątpliwości, że takie wyleczenia sprawy gruźliczej w krtani zdarzają się niesłychanie rzadko i że do tego potrzeba pewnych warunków sprzyjających, do których przedewszystkiem zaliczyć należy skłonność ustroju do wytwarzania tkanki łącznej, zarówno w płucach, jak i w innych narządach, a więc w krtani.

Po tym przydługim może wstępie przechodzę obecnie do właściwego tematu t. j. do leczenia gruźlicy krtani.

Dzieli się ono na: ogólne i miejscowe; to ostatnie zaś na: farmaceutyczne, chirurgiczne wewnątrzkrtańniowe, wreszcie chirurgiczne zewnętrzne. Te ostatnie przedstawiają wkrótce Sz. Panom kol. Lubliner i prof. Pieniążek, mnie zaś przypadło w udziale leczenie farmaceutyczne miejscowe, oraz ogólne gruźlicy krtani.

Co się przedewszystkiem tyczy środków farmaceutycznych, w gruźlicy krtani miejscowo stosowanych, to podzielę je na 3 grupy: łagodne, mniej, lub więcej energicznie działające, wreszcie objawowe.

Środki łagodne stosujemy albo w okresach początkowych gruźlicy krtani, a więc w razie sprawy nieżytowej, umiejscowionej na tylnej ścianie krtani, lub na jednej strunie głosowej (chorditis unilateralis), co, jak wiadomo, jest znamieniem dlatego cierpienia, bądź w okresach późnych, daleko posuniętych z rozległemi owrzodzeniami, lub nasiękami gruźliczymi, gdy nędzny stan ogólny względnie płuc jest przeciwwskazaniem do więcej energicznych rękoczynów miejscowych.

W pierwszym razie leczenie miejscowe jest powiększej części zbyteczne; co najwyżej wskazane są rozpyłania np. rezorcyny, lub zasypywania środkami ściągającymi jak np. alun, bądź wreszcie wzięwania środków, śluz rozpuszczających, jak woda Emska, mentol, balsam peruwiański i t. p.

W daleko zaś posuniętej sprawie gruźliczej w krtani — w razie obecności objawów heptycznych, jak gorączka, poty, osłabienie, wskazujących na rozpad płuc, zależny od wtórnej infekcyi drobnoustrojami ropotwórczymi, wskazane są przede wszystkim środki odkażające w postaci wziewań np. wyżej wspomnianego balsamu peruwiańskiego, lub wdmuchiwań (jodol, arystol, dermatol, eurofen, wreszcie najnowszy środek ortoform, który obok własności odkażających posiada jeszcze wybitne działanie ból kojące).

Ściśle związane z tą ostatnią grupą jest leczenie objawowe gruźlicy krtani w przypadkach rozpaczliwych, gdy już o leczeniu we właściwym tego słowa znaczeniu i mowy być nie może i gdzie jedynym wskazaniem jest ulżenie chorym w ich strasznych męczarniach, oraz umożliwienie przyjmowania pokarmów i napoi względnie odżywiania.

W przypadkach tych kokaina względnie eukaina oddaje znakomite usługi, stanowiąc środek, bez którego obyć się nie można. Najlepiej ją w tych razach stosować w postaci rozpylań, które sam chory przy pomocy specjalnego (z zagiętym końcem) rozpylacza wykonywać może. Również stosować można kokainę i w postaci pędzłowañ, przyczem używamy wówczas mocniejszych rozczyńców (20%). Nieże również w tych razach działają pastylki pomysłu Avellis'a, składające się z kokainy i antipyriny.

Natomiast uważam za zupełnie zbyt cenne podśluzowe zastrzykiwania kokainy w tylną ścianę krtani zapomocą specjalnej strzykawki, jak to np. radzą Heryng i B. Fraenkel. W ostatnich czasach kokaina w leczeniu objawowym gruźlicy krtani znalazła znacznego rywala w ortoformie, zaleconym poraz pierwszy przez Einhorn'a w r. 1897, specjalnie zaś w leczeniu gruźlicy krtani przez Freudenthal'a z New-Yorku w r. 1899. Jest to środek rzeczywiście znakomity, stosowany „per se“ zapomocą insuflatora *) wywołuje znieczulenie, względnie złagodzenie bólu, trwające niekiedy do 24 godzin, zwykle jednak krócej, mianowicie parę godzin. Przytem zauważyłem w swoich przypadkach nietylko działanie ból kojące tego środka, lecz i pomyślnie, zdaniem mojem, wpływające na same zmiany gruźlicze w krtani, tak że ja osobiście uważam środek ten za niezmiernie

*) Freudenthal zaleca go w innej formie w połączeniu z mentolem. Rp. mentholi 1,0 — 5,0 — 10,0 lub 15,0; Ol. amygd. dulc. 30,0; Vitelli ovorum 25,0; orthoformi 12,0; Aq. dest. q. s. ad 100,0 — fiat emulsio. MDS. Do wlewań zapomocą strzykawki krtaniowej.

cenny nabytek w miejscowej terapii gruźlicy krtani. Oprócz tych 2 głównych środków, niezbędnych zwłaszcza w ciężkich postaciach suchot krtaniowych, niekiedy zmuszeni jesteśmy uciec się do morfiny, przedewszystkiem podskórnie w okolicę krtani stosowanej. Wreszcie ostatnimi zupełnie czasy zalecają (Freudenthal) w tym celu ekstrakt z nadnerczy (extr. suprarenale) z cukrem mlecznym.

Najważniejszym jednak jest leczenie gruźlicy krtani zapomocą środków farmaceutycznych, mniej, lub więcej energicznie działających. I tu jednak, podobnie jak w leczeniu chirurgicznym absolutnem przeciwwskazaniem jest nędzny stan ogólny chorych, oraz daleko posunięte zmiany w płucach.

Do środków tych przedewszystkiem zaliczyć należy kwas mleczny, wprowadzony, jak to już wspomniałem na wstępie przez Krause'go w r. 1885, a który do dziś, zdaniem mojem, stanowi najskuteczniejszy środek w leczeniu gruźlicy krtani. Tegoż zdania jest większość wybitnych laryngologów. Tak np. Schroetter w znakomitych swoich wykładach o chorobach krtani wyraża się o tym środku w sposób następujący: „nie znam dotąd innego środka, zapomocą którego możnaby było otrzymać tak wiele popraw, oraz względnie tak znaczną ilość wyleczeń“. Tegoż zdania jest też między innymi Schech. Dla otrzymania jednak wyników pomyślnych należy środek ten umiejętnie stosować, oraz wybierać nadające się do tego leczenia przypadki. Przedewszystkiem najzupełniej się zgadzam z Schech'em, że należy rozpoczynać odrazu od silniejszych rozczynów, mianowicie 50% i szybko przechodzić do czystego kwasu mlecznego; również należy środek ten stosować energicznie t. j. wcierać aż do otrzymania brunatnego zabarwienia waty, zależnego od połączenia kwasu mlecznego ze krwią. Ważnem jest również, by środek ten był stosowany rzadko t. j. w dużych odstępach czasu, a więc po upływie 1—2 tygodni t. j. do czasu zupełnego oddzielenia się strupa. Natomiast Schech, zdaniem mojem, do pewnego tylko stopnia ma słuszność, twierdząc, że do leczenia kwasem mlecznym nadają się tylko sprawy gruźlicze w krtani w okresie owrzodzeń, ja przynajmniej widywałem bardzo dodatnie wyniki i w nacieczeniach, zwłaszcza nagłośni.

Dodam tu jeszcze, że wstrzykiwań podśluzowych kwasu mlecznego jak to np. w gruźlicy krtani zalecają Mayer, Heryng, oraz Gleitsman nie zalecam, natomiast za bardzo odpowiednie uważam leczenie mieszane t. j. po uprzednim wyskrobaniu tkanek gruźliczo zwyrodniałych na tylnej zwłaszcza ścianie krtani — wtarcie czystego kwasu mlecznego.

Do najskuteczniejszych po kwasie mlecznym środków w leczeniu gruźlicy krtani uważam fenol sulforycynowy, wprowadzony przez Ruault'a z Paryża w r. 1895, a następnie zalecany między innymi u nas przez Herynga i Przedborskiego, który go nawet uważa za środek swoisty w tem cierpieniu.

Stosujemy go w postaci pędzlowań w rozczyinach 20—40%.

Środek ten, zdaniem mojem, szczególnie się nadaje do leczenia owrzodzeń i to niezbyt rozległych na strunach głosowych, oraz tylnej ścianie krtani, o wiele zaś mniej przy zajęciu nagłośni, zwłaszcza znacznem jej nacieczeniu.

Do tejże grupy środków farmaceutycznych, mających działać skutecznie w gruźlicy krtani zaliczyć należy jeszcze parachlorfenol, wprowadzony do terapii suchot krtaniowych przez Simanowski'ego z Petersburga w r. 1894. Środek ten jednak nie zdołał sobie zyskać dotąd zbyt wielu zwolenników, do których przedewszystkiem należy Spengler, a u nas Łogucki, który na oddziale Sokołowskiego rozpoczął ponownie, tym razem dodatnie próby z tym środkiem, który na tymże oddziale poprzednio po wypróbowaniu go przez Szmurło został zarzucony. Stosuje się go w rozczyinach 5—10% w glicerynie. Przyznam się, że dotychczasowe próby moje z parachlorfenolem nie wypadły zbyt pomyślnie, przytem na przeszkodzie do szerszego zastosowania tego środka stoi niezmiernie przykry smak, pobudzający do wymiotów.

Tu też należy mentol, zalecany jeszcze przez Rosenberg'a w r. 1885 w rozczyinach 10—20% w oliwie, lub olejku migdałowym, najlepiej zapomocą strzykawki krtaniowej pomysłu Stoerk'a.

Środek ten ja osobiście wyżej stawiam od poprzedniego, chociażby ze względu na lepszy jego smak, oraz działanie znieczulające. Z innych środków, mających mniej, lub więcej pomyślnie działać, w suchotach krtaniowych, wspomnę tu pokrótce następujące: mieszaninę fenolu z mentolem, jako też nowy środek mentorol w rozczyinach 5—15% stosuje na swoim oddziale Sokołowski, 10% karbol w glicerynie zalecają Gottstein i Kayser, kreozot 1,5, spir. 40,0, glyc. 60,0 — (Cadier, Balmer), balsam peruwiański z collodium (Schnitzler), 1—5% kreolinę (Schadewaldt i Schnitzler), 10—20% rezorcynę (Fronstein), 50% wodę utlenioną (Gavino), 1 : 1000 sublimat (Balmer), lignosulfit, zalecany w ostatnich czasach przez Heindl'a, kwas chromny (Heryng, Bayer), pyoktaninę (Scheinman, Rosenberg, Schech), fosforan wapnia (10,0 cocain, 0,2, ol. menth. pip. gt. V (Schnitzler, Rethi), jodoform (Beetz, Küssner), diiodoform 8,0 cocain 0,08 (Leduc), chlorek cynku, metodę Lannelongue'a w postaci zastrzykiwań zaleca w ostatnich czasach Castex, $\frac{1}{2}$ —5% protargol (Alexander), naftolen (3%) z olej-

kiem cynamonowym ($\frac{1}{2}$ %) stosuje Lake w postaci wlewań śródteha-wiłowyczych (podgłośniowych), kreozot i gwajakol samo (1—5%), lub z mentolem (5—10%), w tenże sposób przez Botey'a i przezemnie w gruźlicy krtani względnie płuc stosowane, 10% nikroninę (Kessel), formaldehyd ($\frac{1}{2}$ —10% — Gallagher) 4%, paramonochlorfenol w połączeniu z 25% kwasem mlecznym (Richards), 10% kwas mleczny, z 5% karbolowym (Botey), zincum sozodolicum (Lorentz), światło elektryczne (phototerapia - Freudenthal), wreszcie najnowszy środek tiokol (0,1—0,15) w połączeniu z kokainą (0,4) i kwasem bornym (2,0) znajduje niezmiernie gorącego zwolennika w Fasano.

Większość tych środków jednak bez szkody dla lecznictwa mogłaby być usunięta.

Przechodzę obecnie do leczenia ogólnego gruźlicy krtani—leczenia niezmiernie ważnego, które niestety, zbyt gorliwi wyznawcy zabiegów chirurgicznych w tem cierpieniu, w wielu razach lekceważą, zapominając, że gruźlica krtani, jako sprawa pierwotna, wyjątkowo tylko istnieje, natomiast prawie zawsze połączoną jest z taką sprawą w płucach.

Leczenie to jest przedewszystkiem klimatyczne; należy jednak wysyłać do letnich, a zwłaszcza zimowych stacyi klimatycznych tylko takich chorych, których stan ogólny, oraz płuc jest jeszcze do pewnego przynajmniej stopnia zadawalniający, a środki materyalne pozwalają na podróż, oraz pobyt w warunkach najdogodniejszych dla tego rodzaju chorych. Również i stan miejscowy w krtani powinien być brany pod uwagę: zmiany małe, nie wymagające leczenia miejscowego, doskonale się nadają do takich wyjazdów, natomiast zmiany gruźlicze daleko posunięte w krtani, jako wymagające przedewszystkiem leczenia miejscowego powinny być leczone tu na miejscu, tem więcej, że mało jest takich miejsc klimatycznych, w którychby się znajdował dobrze z laryngologią obeznany specjalista.

Jako przeciwwskazania do wysyłania chorych z gruźlicą krtani, względnie płuc do stacyi klimatycznych uważam: szybki upadek stanu ogólnego, gorączkę, duże zmiany w płucach, biegunkę, bolesne i utrudnione łykanie, zależne od dużych zmian w krtani, zwężenie krtani, wymagające ciągłej opieki specjalnej, ażeby nie dopuścić do grożącej życiu duszności, krwioplucie, wreszcie at last, but not at least brak odpowiednich funduszów.

Przechodzę obecnie do wyboru stacyi klimatycznych dla suchotników krtaniowych, przyczem za najodpowiedniejsze wspólnie z Schech'em uważam takie, które zawierają dużą ilość wilgoci i które jest absolutnie wolne od pyłu oraz nagłych zmian ciepłoty, (Ajacio,

Capri po części Cannes i San Remo i t. d. z zimowych, oraz Montreux, Locarno, Lugano i t. d. z przejściowych, wreszcie Falkenstein, Reichenhall i t. d. z letnich). Oprócz powyższych stacyi czysto klimatycznych są jeszcze takie, w których oprócz czystego górskiego powietrza czynnikiem leczniczym jest picie, względnie wzięwanie wód mineralnych, mianowicie alkaliczno-słonych. Do miejscowości tych należą: Szczawnica, Ems, Gleichenberg i t. d. Mogą one w początkowych zwłaszcza postaciach gruźlicy krtani być bardzo skuteczne.

W paru słowach wspomnę tu jeszcze o leczeniu higienicznym, oraz dietetycznym gruźlicy krtani.

Rzecz prosta, że chorzy ze zmianami gruźliczemi w krtani powinni unikać wszystkiego, co może drażniąc podziać na aparat fonacyjny, a więc należy tego rodzaju chorym zabronić palenia, oraz używania napojów wysokowych. Co się tyczy tego ostatniego, to nawet w suchotach płucnych daje się zauważyć w ostatnich czasach tendencya do zupełnego zarzucenia alkoholu, tak niegdyś zalecanego w tem cierpieniu. Mianowicie u nas Sokołowski jest stanowczym przeciwnikiem używania przez suchotników napoi wysokowych.

Pokarmy również powinny być niedrażniące, przeważnie półpłynne, oraz zimne, gdyż takie tylko najlepiej przez suchotników krtaniowych bywają znoszone.

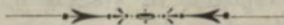
Pozostaje nam w paru słowach wspomnieć jeszcze o leczeniu farmaceutycznym, ogólnem. Niestety, pomimo ciągłych w tym kierunku prób nie posiadamy dotąd środka swoistego, który by skutecznie leczył to straszne cierpienie. Nawet tuberkulina Koch'a, która tyle w swoim czasie narobiła wrzawy, nie ziściła pokładanych w niej nadziei. Toż samo się tyczy i innych środków i metod leczniczych, których tu dla braku czasu nie będę wyliczał (kreozot, gwajakol, tiokol i t. p.).

Rzecz prosta, że podobnie, jak w gruźlicy płuc, więcej, jeszcze w suchotach krtaniowych wskazane są środki odurzające (narcotica), głównie w celu łagodzenia pobudzeń kaszlowych, ujemnie działających na zmiany chorobowe w krtani. Freudenthal w tym celu zaleca zwłaszcza heroinę w dawkach 0,005—0,01.

Sz. Panowie!

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że leczenie gruźlicy krtani zrobiło znaczne postępy, jednak wyleczenia pewne i trwałe tego cierpienia należą jeszcze do wielkich rzadkości. Nie zapominajmy przy-

tem, że wyleczenie zmian gruźliczych w krtani nie jest jeszcze wyleczeniem gruźlicy i że t. zw. przypadki wyleczonych suchot krtaniowych giną prędzej, lub później od gruźlicy płuc. Dopóki więc nie znajdziemy środka niezawodnego, leczącego skutecznie suchoty płucne — tę plagę ludzkości, która corocznie tyle ofiar wśród nas zabiera, dopóty i mowy być nie może o wyleczeniu, w ścisłym tego słowa znaczeniu, gruźlicy krtani.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

458. G. Dieulafoy. **Cuchnące wysięki do opłucny.** (Les pleurésies ozéneuses: pleurésies fétides, putrides, gangreneuses). La Semaine méd. № 45, 1900.

Pod nazwą wysięków do opłucny śmierdzących autor wyróżnia takie zapalenia tej błony, w których wysięki odznaczają się bardzo silnym cuchnieniem (= ozein), a mianowicie postaci: 1) śmierdząca, 2) gnilną i 3) zgorzelinową.

Postać śmierdząca cechuje się tem, że zbierający się wysięk odznacza się bardzo nieprzyjemnym odorem, chociaż przytem niema ani gnicia ani zgorzeli. To też z płynu nie wydobywają się gazy, a po zastrzyknięciu u zwierząt ani też w hodowlach nie tworzą się pęcherzyki gazowe. Te postaci bywają najczęściej międzyrzazowe. Otwierają się one często do dróg oddechowych, powodują oddech cuchnący, pozorując zgorzel, której jednak w rzeczywistości niema. Płyn jest surowiczo-ropny albo ropny; zawiera różne drobnoustroje (aeroba i anaeroba). Przebieg bywa tu mniej groźny i gwałtowny, niż w następujących postaciach, niema tak szybkiej zapaści, ale i tu należy przystąpić bezwzględnie do torakotomii, skoro tylko przekłucie próbne wykaże cuchnienie płynu wysiękowego.

Wysięki gnilne tem się różnią od prostych cuchnących, że przedstawiają wszystkie cechy gnicia: wytwarzanie się gazu w jamie opłucny (pneumothorax), tworzenie się kulek gazowych w hodowlach żelatynowych, zjawisko obrzęku gazowego w tkance łącznej u zwierząt po zaszczerpieniu płynu, pod skórę. Objawy ogólne są alarmujące: upadek sił, tętno małe bardzo częste, łatwość zapaści, wysoka gorączka.

Sprawy te rozwijają drogą przerzutów albo per contiguum z dawnych, przygasłych lub czynnych, ognisk. Na pierwszym miejscu stoją tu zapalenia wyrostka robaczkowego, ucha i macicy i t. d. Różnią się od poprzednich tem, że zajmują wielkie jamy opłucnowe, podczas gdy poprzednie są najczęściej międzyżrzawowe, śródpiersiowe, otorbione. Płyn jest surowiczo-ropny; w naczyniu rozdziela się na 2 warstwy — dolną gęstą, mętną i górną jaśniejszą. Zjawiska odmy fizyczne są zwykle, ale nie mamy tu do czynienia z powietrzem, a z gazem wytworzonym na miejscu. Przerwania pleury nigdy nie można się doszukać. Bywa ona mniej lub więcej przekrwiona, pokryta złogami włóknika, ale świeżemi, lekko oddzielającemi się. Wytwarzanie się gazów daje się zauważyć i w tkankach, do których dostała się część wysięku, np. wokoło ranki po przekłuciu próbnym, następnie i w sąsiedztwie, wytwarza się zapalenie tkanki łącznej, w którym przy obmacywaniu wyczuwa się wyraźne trzeszczenie gazu.

Rozpoznanie możebnem jest tylko po przekłuciu i wydostaniu wysięku — poczem niezwłocznie musi nastąpić operacja radykalna.

Trzecia postać — zgorzelinowa — różni się od poprzedniej tem, że w płynie pływają strzępki zmartwiałych tkanek.

Raz sprawa zależy od współczesnej zgorzeli płuc, innym razem rozwija się niezależnie.

Zresztą i tu mamy tak samo bardzo ciężkie objawy ogólne, zebranie się gazów nad wysiękiem i t. d.

Autor przytacza opis 2 takich przypadków, które zakończyły się wyzdrowieniem na drodze operacyjnej. Brak oddechu cuchnącego stanowił tu podstawę, na której wykluczono zgorzel płuc. Obecność zaś strzępów w bardzo cuchnącym płynie, otrzymanym przy operacji kazała przypuszczać postać trzecią, a nie drugą. Właściwie różnice między temi postaciami nie są ściśle i zapewne postać gnilna może przejść w zgorzelinową (przy dłuższem trwaniu ? R.), ponieważ np. płyn z gnilnego wysięku — po zastrzyknięciu zwierzętom daje zapalenie tkanki łącznej z trzeszczeniami, a w następstwie zgorzeli skóry. I tu jedynie operacja może sprowadzić zejście pomyślne.

O. Hewelke.

459. Dr. F. Balzer (Paryż). **Przyczyny zakażenia ogólnego w rzeżączce.** (Rzecz czytana na XIII zjeździe międzynarodowym lekarskim w Paryżu. Wien. Med. Pr. № 43, 1900).

Ogólne zakażenie tryprowe, wywołane bywa przez jad rzeżączkowy, dwuziarnik (gonococcus) i jego toksynę, które się do krwi dostają. Zakażenie to przejawia się ogólnymi objawami i nowem umiejscowieniem rzeżączki, niekiedy prawdziwymi rolnicowymi sprawami, podobnymi tym, które wywołane zostają przez rozpotwórcze czynniki. Główna droga, po której dwuziarniak rozprzestrzenia się po ustroju, jest układ naczyniowy; znaleziono go w endotelium naczyń (Wertheim) oraz we krwi (Thayer, Blumer i inni). Znajdowano go też

w ścięgnach i otoczkach stawowych, w sercu, w ropniach podskórnych oraz w innych miejscach ciała przy zakażeniu ogólnym.

Możemy zatem twierdzić, że dosyć często udawało się dowieść, bezpośredniego związku gonokoku i zakażenia ogólnego, nie możemy jednak wyjaśnić sobie, dlaczego to zakażenie występuje jedynie w ograniczonej liczbie przypadków.

Wstrzykiwania żyjących lub też zabitych hodowli gonokoków do otrzewny myszy, wywołują w obydwóch przypadkach śmierć zwierzęcia. Utrzymuje się zdanie, że toksyna znajduje się wyłącznie w ciele gonokoka i jest z nim związana. Przesącz hodowli ma być nietrującym, natomiast podskórne wstrzykiwania zabitych hodowli wywołują objawy gorączkowe i zapalne u ludzi i zwierząt.

Podług de Christmas jad związany z substancją gonokoka nie przechodzi do płynu po jego śmierci, jest on wynikiem procesu życiowego. Schoeffer, Fonseca i Panicki utrzymują, że gonotoksyna znajduje się i w przefiltrowanej hodowli. Jest ona bardzo silną i zabija w bardzo słabych dawkach w krótkim czasie świnki morskie. De Christmas'owi udało się uodpornić zwierzęta i otrzymać anti-toksynę, która niweczy działanie toksyny.

W objawach miejscowych łączy się działanie gonotoksyny z działaniem samego drobnoustroju; w niektórych sprawach zapalnych toksyna, zdaje się, odgrywa rolę pierwszorzędą.

Spotykają się i zakażenia mieszane, które mogą być pierwotne lub też wtórne, pogarszają one naturalnie rokowanie zakażenia ogólnego. Wchodzi tu w grę: gronkowiec biały i złoty, paciorkowiec lasecznik okrężnicy, pneumococcus, lasecznik gruźliczy, lasecznik ropy błękitnej i t. d.

Punktem wyjścia zakażenia ogólnego bywa zazwyczaj rzeżączka cewki; rozszerzenie się sprawy zapalnej na przyległe narządy: pęcherz, gruczoł krokowy, przyjądrze sprzyjając zakażeniu, ułatwia sprawę, dlatego też uważa autor wzmożenie się jadowitości gonokoka za jedną z najczęstszych przyczyn zakażenia ogólnego.

Gościec tryprowy powstaje zarówno przez bezpośredni wpływ drobnoustroju swoistego jak i pod wpływem toksyny; występuje on we wszystkich okresach rzeżączki, nawet w czasie wylegania, niekiedy w przypadkach przewlekłych i bardzo łagodnych. Przypadki trypra z zajęciem tylnej cewki (urethritis posterior) najczęściej wklajają się gościem stawowym; forsowne chodzenie, wzruszenia, nadużycia płciowe i wyskokowe sprzyjają chorobie. Niektóre osoby mają już pewne usposobienie do tego powikłania; występuje też ono przy każdym nowem zakażeniu tryprowym. Urazy i wszelkie uszkodzenia również odgrywają ważną rolę, jako czynniki sprzyjające temu powikłaniu.

U kobiet, przyłącza się zakażenie ogólne do rozmaitych umiejscowień rzeżączki w narządach moczopłciowych.

Zapalenia nerek, które prawie wyłącznie występują u mężczyzn, przyłączają się niejednokrotnie do tryprowego zapalenia jąder. Białkomocz zależy zapewne od działania toksyny w przypadkach cięż-

szych, połączonych z dużymi obrzękami, sam drobnoustrój chorobotwórczy w grę wchodzi.

Objawy ze strony skóry jak erythema, purpura i t. d. zależą bądź od bezpośredniego działania toksyny lub też wpływów nerwowych. Układ nerwowy reaguje na wpływy toksyczny lub też przez zaburzenia odżywcze. W jednym przypadku purpury znalazł autor gronkowca białego. Scholtz znalazł znowu w innym przypadku erythema nodosum gonokoki we krwi.

Te same przyczyny chorobotwórcze mają znaczenie dla przrzutowych spraw ocznych w rzeżączce. Morax znalazł w jednym przypadku blenorei łącznicy gonokoki w wydzielinie.

Meningomyelitis, wywołane przez bezpośredni wpływ gonokoków dokąd opisane nie było. W jednym przypadku znalazł Barrié gronkowca białego. Większość autorów przypisuje w tych przypadkach główny wpływ toksynom. Objasnienie to potwierdzają najnowsze badania Mołczanowa i de Christmas'a, którzy wykazali bezpośredni wpływ gonotoksyny na mózg, rdzeń i nerwy obwodowe.

W końcu streszcza się autor w tych słowach: Gonokokus Neissera, drobnoustrój chorobotwórczy rzeżączki błon śluzowych, jest również czynnikiem chorobotwórczym dla ogólnego zakażenia gonokokowego. Jest ono wynikiem bezpośredniego przedostania się mikrobu do obiegu krwi i wchłonięcia jego toksyny. Badania eksperymentalne uczą nas, że intoksykacja w genezie przejawów zakażenia odgrywa wydatną rolę, z powodu jednakże braku badań klinicznych na ludziach nie jesteśmy w stanie określić, co w zakażeniu ogólnem na karb infekcyi rzeżączkowej, a co na karb intoksykacyi położyć mamy. Również do ocenienia znaczenia zakażenia wtórnego wiadomości nasze jeszcze nie wystarczają; zdaje się jednakże, że trzeba gonokokowi pierwszorzędne znaczenie przypisać; znajdziemy go zapewne w przyszłości i w tych powikłaniach, które obecnie wpływowi toksyny przypisujemy.

H. Kucharzewski.

II. Choroby nerwowe.

460. Prof. Gumprecht. Niebezpieczeństwa przekłucia lędźwiowego; przypadki nagłej śmierci po niem. (Deutsch. med. Woch. № 24 1900).

Że przekłucie lędźwiowe (punctio lumbalis) wogóle nie prowadzi za sobą złych następstw, nie ulega wątpliwości. Tak rozpoczyna swą pracę autor. Jednakowoż, dziesięć latnie doświadczenie pouczyło, że w pewnych razach, na szczęście rzadkich, trzeba być przygotowanym do niemiłych powikłań. Co się tyczy bólów, zwłaszcza bólów głowy, to nad nimi autor się nie zatrzymuje dłużej, a przechodzi do powikłania opisanego dotychczas raz jeden, przez Stadelmanna, mianowicie złamania igły. Autor sądzi, że przypadków takich było, prawdopodobnie, więcej, tylko dyskretnie

o nich zamilczano; autorowi zdarzyła się również taka przygoda, zakończona pomyślnie wydobyciem odłamka. Złamanie igły przytrafia się u niespokojnych chorych, wskutek ruchów kregostupa lub zmiany pozycji; to też autor jest stanowczo przeciwny radzie Baumgärtnera, by wkłuwać igłę w siedzącej postawie chorego, poczem natychmiast go kłaść.

Szybki i obfity wypływ cieczy rdzeniowej rzadko przynosi szkodę; autor wypuszcza zwykle ciecz aż do ostatniej kropli i zatrzymuje odpływ jej tylko wtedy, kiedy pojawia się mocny ból głowy lub kiedy ciśnienie opada niżej 40 mm. Raz było takie wypuszczenie płynu mózgodzeniowego powodem objawów, jakich nikt dotychczas nie opisał; mianowicie wypuszczono pewnemu paralitykowi około 15 c. sz. cieczy rdzeniowej; w kilka godzin potem chory zaczął jęczyć z bólów w krzyżu, a na drugi dzień zataczał się, chodząc. Objawy powyższe wkrótce ustąpiły.

Do najprzykrzejszych następstw należy bezwątpienia śmierć nagłą wskutek przekłucia łądźwiowego. Wprawdzie zwykle mówią w takich razach, że śmierć nastąpiła po przekłuciu, jednakże nieraz trudno nie dopatrzeć związku przyczynowego pomiędzy tymi dwoma faktami. Pierwszy ogłosił 5 przypadków śmierci po przekłuciu łądźwiowem Fürbringer; z tych przypadków dwa dotyczyły chorych mocznicowych, trzy inne chorych z nowotworami mózgu. Jeśli wziąć pod uwagę tylko trzy ostatnie, następnie 12 zebranych przez autora z literatury (Gumprecht zastrzega się, że, być może, zbiór ten nie jest całkowity) i dwa przypadki własne autora, otrzymamy 17 przypadków nagłej śmierci, która w mniej lub więcej krótkim czasie nastąpiła po resp. wskutek przekłucia. Rozpatrzenie szczegółowe wszystkich tych przypadków pozwala wyciągnąć następujące wnioski, po wykluczeniu, rozumie się, możliwości przypadkowej nagłej śmierci, która w cierpieniach mózgowia trafia się niejednokrotnie — i bez przekłucia łądźwiowego.

Śmierć nagłą spostrzegano prawie wyłącznie u chorych z nowotworami mózgu i to przeważnie z nowotworami w tylnym dole czaszkowym umiejscowionymi; chorzy przed uakłuciem mieli wyraźne objawy wzmózonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego (wymioty, bóle zmiany tętna, brodawka zastoinowa. Podczas przekłucia ból głowy potęguje się do tego stopnia, że zmusza do zaprzestania zabiegu. Ciśnienie płynu rdzeniowego nie zawsze było wzmózone, spadało nieraz niezwykle szybko do zera, już po wypuszczeniu 5 ctm. sz., niekiedy wszakże można było wypuścić do 50 c. sz. — Śmierć następowała bądź natychmiast po zabiegu, bądź w kilkanaście godzin; w tym ostatnim przypadku bóle głowy stawały się nieznośne (niekiedy bywały zwolnienia), występowała wreszcie nagle sinica i porażenie oddech u; oddechanie sztuczne przedłużało niekiedy życie pół do jednej godziny. Wszelkie dane przemawiają za tem, że otwarcie czaszki (trepanatio) w takiej właśnie chwili mogłoby podtrzymać gasnące życie. Czynność serca zazwyczaj ustaje znacznie później. Na trupach znajdowano zwykle wybitne rozszerzenie tych jam w mózgu (np. komory boczne), które leżały w kierunku domózgowym od-

nośnie do nowotworu; przeciwnie, te jamy, które leżały w kierunku dordzeniowym, były wąskie lub miernie szerokie. Ciecz mózgowa zlewa się z cieczą rdzeniową w wodociągu (aquaeductus) lub w okolicy otworu Magendie'go; miejsce pierwsze może uleść zaciśnięciu i zamknięciu skutkiem bezpośredniego ucisku guza, drugie—skutkiem wtłoczenia mózłzku do foramen magnum. Ztąd powtaje ów brak ustosunkowania pomiędzy ciśnieniem wewnątrzmożgowem i wewnątrzrdzeniowem.

W. Żurakowski.

461. Croq (z Brukseli). **Istota ostrego zapalenia rdzenia kręgowego.** (Nature de la myelite aigue — wnioski Crocq'a ze zbiorowego raportu w tej kwestyi Fischera z Nowego-Jorku, Marinesco z Bukaresztu i Crocq'a z Brukseli, odczytanego na posiedzeniu sekcji neurolog. XIII międzynarod. kongr. medycznego w Paryżu dnia 7-go sierpnia r. b.).

1) Sprawy patolog. z rozwojem szybkim, które są objęte ogólną nazwą myelitis acuta odpowiadają 2-om odrębnym typom anatomicznym. Pierwszy charakteryzuje się istnieniem zmian typowych ostrozapalnych, drugi zmianami mięszkowemi głębokimi bez reakcyi zapalnej.

2) Mlecz przedstawia odporność organiczną słabą. Istota szara jest mniej odporna, niż biała. Wynika ztąd, że reakcyja zapalna jest rzadszą w rdzeniu, niż w innych trzewiach i rzadsza w istocie szarej, niż w białej. Wynika też ztąd, że intoksykacje czynią większe spustoszenia w rdzeniu resp. w istocie jego szarej, niż w innych narządach.

3) Według stanu obecnego wiedzy zapalenie jest odczynem ustroju na intoksykację miejscową, zależną od istoty rozpuszczalnej (Courmont). Ponieważ zapalenie jest zawsze następstwem intoksykacyi, różnica między zaburzeniem zapalnym a toksycznym polega tylko na obecności lub braku odczynu.

4) Jad zdolny wywołać odczyn zapalny w narządzie więcej odpornym, może w rdzeniu dać tylko objawy toksyczne. Tenże sam jad, zdolny u jednego osobnika wywołać prawdziwą myelitis acuta inflamatoria, może u innego osobnika spowodować tylko ostre zatrucie rdzenia.

5) Ścisłe odgraniczenie zapalenia ostrego od ostrej intoksykacyi rdzenia jest niemożliwe między dwoma temi typami; istnieje szereg przejść stopniowych, zależnych od natury jadu i od stopnia odporności rdzenia.

6) Ostre zapalenie rdzenia cechuje się przekrwieniem, wybroczyną, wysiękiem, wylewem lub neuronophagią i nekrozą częściową lub ogólną, z odczynem lub bez odczynu zapalnego; proces ten wytwarza w następstwie jamy większe lub mniejsze, stosownie do tego czy nekrozie podległy wyłącznie pierwiastki nerwowe lub i tkanka łączna.

7) Ostra intoksykacja rdzenia cechuje się zmianą pierwotną tkanki nerwowej bez przekrwienia i wybroczyn, lecz z wysiękiem naczyniowym toksycznym, którego dotknięcie może wystarczyć do wytworzenia ognisk nekrotycznych bez odczynu zapalnego. Proces ten zatem może dać powód do powstawania jam zupełnie analogicznych jak w zapaleniu ostrem rdzeniu.

8) Skleroza zjawia się wcześniej w ostrych zapaleniach rdzenia, później zaś w ostrych myelitach toksycznych.

9) Ponieważ oba ostre procesy wywoływać mogą zmiany wtórne analogiczne, z tych ostatnich zatem niepodobna określić przyrody procesu pierwotnego.

Rzeczniowski.

462. P. Marie (z Paryża) i Świtalski (ze Lwowa). **O wiądzie ze ślepotą** (du tabes avec cécité. Odczyt w sekcji neurologicznej XIII kongresu medyczn. międzynarod. w Paryżu d. 4 sierpn. r. b.).

Autorowie odróżniają dwie postaci wiądu ze ślepotą: 1) Tabes c. atrophia papillari i 2) Atrophia papillaris apud tabescentem.

Do pierwszej postaci zaliczają klasyczny obraz wiądu w okresie późnym z bardzo rozwiniętym bezładem (ataxia) objawem Romberga, zaburzeniami w odżywianiu i t. d.

W drugiej postaci wiądu obraz kliniczny jest odmienny. Bóle, ataksia, zaburzenia pęcherza i t. d. są w bardzo słabym stopniu, odżywianie ogólne i wygląd doskonały.

Wnoszą z tego powyżsi autorowie, że umiejscowienie sprawy chorobowej w obu przypadkach jest różne, a może nawet sama sprawa chorobowa jest odmienną. Marie jest zdania, że wiąd nie jest sprawą chorobową jednorodną, że tą jedną nazwą objęte zostały sprawy klinicznie i anatomicznie różne i że należałoby zająć się ich rozdziałem, podobnie jak niegdyś rozdzielono zanik mięśni postępowy na wiele odrębnych gatunków nozologicznych.

W dyskusji przeciw temu pogładowi oświadcza się kategorycznie Babiński. Nie można jego zdaniem wiądu rozczłonkować na odrębne gatunki nozologiczne, należy tylko przyznać, że istnieje wiele odmian wiądu.

Zdanie Benedikt'a i Dejerine'a, jakoby wczesny zanik n. wzrokowych powstrzymywał rozwój wiądu jest bezpodstawne. Każdy widział zapewne przypadki zaniku n. wzrokowych w okresie przed ataktycznym lecz również i przypadki, w których mimo zaniku n. wzrokowych wiąd rozwija się dalej przechodząc w okres bezładu ruchowego i innych objawów. Jeżeli przypadki tej ostatniej kategorii są względnie rzadsze, nie należy tego tłumaczyć w ten sposób, że zanik nerwów wzrokowych ma jakoby powstrzymywać dalszy rozwój wiądu, lecz tem, że daleko jest więcej skrytych postaci wiądu, niż klasycznych, w których wyraźnie występuje większość objawów. O ile wiąd jest chorobą bardzo rozpowszechnioną, o tyle bezład jest stosunkowo rzadki, zaledwie u 10% chorych. Tem się więc dostatecznie

tłumaczy, że zanik brodawki wzrokowej spotyka się częściej bez ataksji niż spólcześnie z nią.

Homen z Helsingforsu jest również zdania, że stosownie do tego, czy zanik n. wzrokowego wyprzedza zmiany w rdzeniu lub powstaje w chorobie już rozwiniętej, mogą się wprowadzić wytwarzać obrazy kliniczne nieco odmienne, lecz sprawa anatomiczna pozostaje zawsze ta sama co do swej istoty, choć niekiedy różna ilościowo.

Rzeczniowski.

463. Dana z Nowego-Jorku. **Paraplegia atactica subacuta. Degeneratio combinata subacuta.** (Komunikat w sekcji neurolog. XIII kongr. med. międzyn. w Paryżu d. 6 sierpnia r. b.).

Wnioski z odnośnych spostrzeżeń klinicznych, ogłoszonych w styczniu i maju r. b., są następujące:

Objawy. Nieznane są jeszcze dokładnie objawy, towarzyszące początkowi tej choroby. W spostrzeżeniach autora choroba zaczynała się albo od przejściowej silnej biegunki, albo nieokreślonej gorączki przypisywanej malarii, chory doświadczał nader silnego osłabienia.

Początkowe objawy jednak mijaly i chorzy zdawali się powracać do zdrowia, lecz wówczas występowały parestezye w kończynach, osłabienie i ciężar. Różnicę od zwykłego neurytu stanowią, zdaniem autora, bardzo znaczny stopień bezładu ruchowego (ataxia) i charakterystyczny ból w kręgosłupie. Choroba trwa około 2-eh lat i kończy się śmiercią, są jednakże przypadki, w których choroba rozwijała się od 3—4 lat, poczem pozostawała stacyonarną.

Anatomia patologiczna. Zwyródnienie pierwotne w najwyższym stopniu pęczków tylnych; następnie pęczków bocznych zwłaszcza pyramidalnego.

Zmiany występują ogniskami, od których wtórne zwyródnienia idą w górę i na dół. W tylnych pęczkach cierpiące są najwięcej zona radalis. Zmiany naczyniowe, są nieznaczne i nie wystarczają do wywołania zwyródnień w rdzeniu. Brak odczynu zapalnego.

Etiologia. Częściej chorują kobiety i to po latach 40. Częstość początek choroby daje się odnieść do zakażenia lub zatrucia: saturnizmu, paludismu, colitis, influenza. W 2-eh przypadkach na 16 spostrzeganych przez autora towarzyszyły objawy anemiae perniciosae. W tych przypadkach przebieg był krótszy, chorzy zmarli po roku. Autor nie uznaje jednak przyczyny zależności choroby, opisywanej od anaemia perniciosae. Być jednak może, że jad, który wywołuje niedokrwistość złośliwą może również wywołać objawy i zmiany tej choroby właściwe.

Rzeczniowski.

464. Jendrassik i Sherrington: **O istocie odruchów ścięgnowych.** (La nature des reflexes tendineux. Raport w sekcji neurologicznej XIII kongresu lekarskiego międzynarodowego w Paryżu, odczytany 4-go sierpnia 1900),

Jendrassik (z Budapesztu):

1) Odruchy ścięgnowe resp. kolanowe są prawdziwymi ruchami zwrotnymi, których droga przechodzi przez szarą istotę rdzenia na wysokości 2—4 korzeni lędźwiowych.

2) Odruch kolanowy i w ogóle odruchy ścięgnowe są następstwem nagłego, mechanicznego podrażnienia nerwów czuciowych w tkankach otaczających ścięgno, a nie prostym przeniesieniem drgań ścięgna na mięsień.

3) Odruchy kolanowe i wogóle ścięgnowe nie mogą być utożsamiane z innymi ruchami zwrotnymi. Odruchy skórne zwykle są odruchami, których łuk sięga wyżej, prawdopodobnie, aż do kory mózgowej. Odruchy zaś spostrzegane u paraplegików myelityków na skutek dłuższego pobudzania skóry, wyrażające się najczęściej pod postacią zgięcia uda, goleni i zgięcia grzbietowej stopy są odruchami patologicznymi, zależnymi albo od pewnego zboczenia prądu nerwowego, napotyającego przeszkodę na swej drodze zwykłej do mózgu, lub od wzmożonej pobudliwości elementów nerwowych rdzenia, oddzielonych od wyższych ośrodków.

4) Tonus mięśniowy ma wielki wpływ na odruchy ścięgnowe. Jeśli tonus jest wzmożony, odruch ścięgnowy zwiększa się; przeciwnie, zmniejszenie tonus mięśniowego może nawet być przyczyną zniesienia odruchu.

5) Teorye obecne nie tłómaczą w sposób wystarczający zniesienia odruchów kolanowych w władzie. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że zmniejszenie tonus mięśniowego jest zwykłą przyczyną zniesienia tych odruchów.

6) Według spostrzeżeń dotychczasowych zniesienie odruchów ścięgnowych w chorobach mózgu jest rzeczą wyjątkową i może być spowodowane przez shock nerwowy lub przez wtórne cierpienie rdzenia.

7) W chorobach mózdzku wzmożenie odruchów ścięgnowych jest regułą. W ograniczonej jednak liczbie przypadków odnośnych spostrzegano zniesienie odruchów. Zdaje się, że w przypadkach guzów mózdzku zniesienie odruchów było raczej objawem, zależnym od następczej hydromyelis lub przykurceń mięśni.

8) Utrata odruchów kolanowych nie jest bynajmniej dowodem całkowitego poprzecznego rozdziału rdzenia.

9) Zniesienie odruchów kolanowych w urazowych cierpieniach rdzenia okolic szyjowej lub grzbietowej jest dowodem klinicznym, że i szara istota okolicy lędźwiowej jest także zajęta. To rozszerzenie sprawy chorobowej nie zawsze daje się wykazać zapomocą obecnych metod histologicznych, lecz potwierdza je klinicznie pojawienie się

ciężkich zaburzeń troficznych, jak, ostra odleżyna, cystitis et pyelitis septica, zaburzenia naczynioruchowe, zanik mięśni i t. . Zatem zniesienie odruchów kolanowych w odnośnych przypadkach jest objawem złośliwym z wyjątkiem rzadkich przypadków, gdzie utrata ich zależy jedynie od shocku nerwowego.

10) Badanie odruchu kolanowego nie zawsze jest łatwe w stanach paraplegicznych. Trzeba więc trzymać się pewnych zasad w badaniu. Okazuje się często, że zapomocą pewnych sposobów można otrzymać odruch kolanowy w przypadkach, w których pozornie go nie ma.

Sherrington (z Liverpoolu):

Pod nazwą odruchów ścięgowych w Anglii i Ameryce rozumieją 2 różne rodzaje zjawisk:

1) prawdziwe odruchy rdzeniowe lub rdzeniomózgowe wychodzące ze ścięgna;

2) pseudo-refleksy pospolicie nazywane zjawiskami ścięgowymi lub „wstrząsem“ (secousse).

Pierwsze dają się łatwo wytlómaczyć. Ściągną mięśni obdarzone są czuciem, jak to wykrył jeszcze Bichat. Zawierają przyrządy końcowe nerwów opisane przez Golgi'ego, Ruffini'ego i innych.

Przyrządy te dają się pobudzać zapomocą bodźców mechanicznych i normalnie ich bodźcem jest prawdopodobnie napięcie mechaniczne. Otóż prawdziwe odruchy ścięgnowe mniej mają znaczenia w klinice niż pseudo-refleksy (zjawiska ścięgnowe — „wstrząsy“ (secousses).

Przedstawicielem tych ostatnich jest objaw kolanowy (secousse du genou). Że to nie jest odruch prawdziwy tego ma dowodzić zbyt krótki czas utajonej reakcyi, wykluczający jakoby możliwość oddziaływania za pośrednictwem ośrodka nerwowego. Wstrząs zdaniem mówcy, jest bezpośrednią odpowiedzią mięśnia na nagłe zmienne napięcie mechaniczne. Tylko wówczas, gdy pobudliwość mięśnia jest znaczna, można otrzymać tę bezpośrednią jego reakcyę. Skoro mięsień oddzielimy od neuronów rdzeniowych ruchowych, które go unerwiają, pobudliwość jego obniży się tak dalece, że reakcyja stanie się niemożliwą. Skoro korzenie rdzeniowe, przez które mięsień otrzymuje właściwy mu tonus, zostaną przecięte, przestanie on reagować na nagłą zmianę napięcia mechanicznego.

Natomiast niezbędnem jest, chcąc otrzymać wstrząs mięśnia, aby tonus rdzeniowy mięśnia istniał. Łuk zwrotny, od którego zależy tonus rdzeniowy mięśnia składa się z włókien nerwowych, idących od właściwego mięśnia, (vastus cruralis dla objawu kolanowego) i z neuronów ruchowych, unerwiających ten mięsień. Czynność tego łuku zwrotnego może być podniecona lub zahamowana przez czynność różnych innych łuków rdzeniowych lub mózgo-rdzeniowych.

Odjęcie półkul mózgowych pociąga za sobą natychmiastowe bardzo znaczne wzmocnienie napięcia mięśnia vastus cruralis, wyrażające podniecenie czynności neuronów rdzeniowych ruchowych, unerwiających ten mięsień. Wstrząs kolanowy w tych warunkach jest tak dalece

wzmoczony, że jedno uderzenie w ścięgno rzepkowe wywołuje cały szereg wstrząsów rytmicznych.

Przeciwnie działalność neuronów rdzeniowych ruchowych, unerwiających m. vastus cruralis może być zmniejszona przez pobudzenie czynności neuronów ruchowych unerwiających mięśnie antagonistyczne — zginacze kolana. Czynność neuronów ruchowych zginaczy kolana kojarzy się zwyczajnie z pewnym stopniem zahamowania mięśni wyprostnych kolana. Ztąd łatwy sposób powstrzymania wstrząsu kolanowego polega na pobudzeniu mięśni zginaczy np. semimembranosus.

W dyskusji prof. Hitzig, nie uznaje przyczyn czysto funkcyjnalnych w wahaniach napięcia odruchów kolanowych i skoro na pytanie, wystosowane do Sherringtona, czy tenże przecinał m. biceps lub jego nerw i czy widział wówczas wzmocnienie wstrząsu kolanowego, otrzymuje odpowiedź stanowczo twierdzącą, kładzie zjawisko to na karb raczej zmian anatomicznych w rdzeniu, polegających na następczem zwyrodnieniu wstępującem.

Wówczas Dr. Vogt zwraca uwagę na wpływ pewnych stanów świadomości na napięcie odruchów kolanowych, powołuje się on na doświadczenia, jakie robił zapomocą przyrządu Sommera, służącego do mierzenia odruchów ścięgnowych (patrz: korespondencję z kongresu psychologicznego zesz. 18 r. 1900 „Kron. Lek.“ *przyp. refer.*). Doświadczenia wykazały wzmocnienie odruchu ze skłonnością do clonus pod wpływem nastrojów wesołych, a zmniejszenie aż do zniesienia odruchu pod wpływem smutku.

Dalej doświadczenia wykazały, że napięcie odruchu kolanowego jest zawsze proporcjonalne do stopnia tonus mięśniowego. W przypadkach silnego odruchu tonus mięśni wyprostnych był znaczny, w przypadkach zaś zmniejszenia odruchu kolanowego albo tonus m. wyprostnych był zmniejszony, lub miał miejsce skurecz zginaczy. Wyniki tych doświadczeń nie tylko zgadzają się z wynikami doświadczeń Sherringtona na zwierzętach, mających na celu wykazanie zależności wstrząsu kolanowego od stopnia tonus różnych grup mięśniowych, ale wykazują nadto zależność tonus mięśniowego od stanów psychicznych.

Wreszcie Jendrassik, stojąc na stanowisku obrońcy pojęcia prawdziwego odruchu w zjawisku wstrząsu kolanowego, stara się objaśnić, iż wyobrażenie o zbyt krótkim czasie utajonej reakcyi dla odruchu kolanowego powstało jedynie z nieporozumienia w kwestyi czasu reakcyi dla odruchów skórnych i ścięgnowych.

Rzeczniowski.

465. **Bruns: Obecny stan sprawy zachowania się odruchów kolanowych po przecięciu poprzecznem całkwitem rdzenia ponad okolicą lędźwiową (z sekcji neurolog. kongr. lekarsk. w Paryżu).**

1) Żaden fakt nowy nie obalił dotąd twierdzenia Bastiana, że uszkodzenie poprzeczne ponadlędźwiowe powoduje porażenie stałe ze zniesieniem odruchu kolanowego.

2) Z drugiej strony ściśle pod względem objawu kolanowego spostrzegane przypadki nie wytlómaczyły anatomicznie zniesienia odruchu kolanowego.

3) Spostrzegano jeszcze uszkodzenie poprzeczne zupełne i brak odruchu w cierpieniach ostrych, przeważnie urazowych, w zapaleniach i rozmiękczeniach podostrawych, w uciskach powolnych guzami.

4) Jeśli siedlisko uszkodzenia ponadłędźwiowego leży wysoko spotyka się również syndrom Bastiana, zatem w pewnych cierp. grzbietowych i szyjowych.

5) Opinii Bastiana nie przeczą również doświadczenia na zwierzętach. U małp np. przecięcie poprzeczne nadłędźwiowe powoduje utratę odruchu kolanowego ciągnącą się całymi tygodniami. Powraca on w następstwie. Przeciwnie u psa, królika odruch od początku jest wzmoczony. Zdaje się, że u zwierząt odruchy w znacznej mierze zależą od wpływów mózgowych, u człowieka zaś nie można ich sobie wyobrazić bez tego wpływu.

Rzeczniowski.

466. Van Gehuchten. **Odruchy skórne i ścięgnowe** (z sekeyi neurolog. kongr. lekarsk. paryski).

Z faktów klinicznych wypływa niezależność odruchów skórnych od odruchów ścięgowych. Odruchy ścięgnowe mogą być zniesione, a odruchy skórne zachowane, odruchy skórne zniesione wówczas, gdy wszystkie odruchy ścięgnowe są wzmoczone.

Van Gehuchten wyklada swe dawne poglądy na warunki: anatomiczne niezbędne do wywołania odruchów skórnych lub ścięgowych i swe nowe badania, które skłaniają go do uznania jądra czerwonego za ważny ośrodek zwrotny. Wykazuje on, że wyższe ośrodki nerwowe, oddziałują na komórki rogów przednich rdzenia dwiema oddzielnymi drogami drogą korowo-rdzeniową i drogą, idącą od jądra czerwonego do rdzenia. Dwie te drogi zstępują w bocznych pęczkach, krzyżując się.

W tabes spasmodica i paraplegia spasmodica, zależnej od ucisku rdzeniowego, przerwaniu ulega droga cortico-spinalis, a względnie zostają nietknięte włókna rubro-spinales. Otóż w obu tych przypadkach mamy wzmoczenie odruchów ścięgowych i zniesienie odruchów skórnych.

Odruchy skórne zależałyby zatem od nietykalności dróg korowo-rdzeniowych, a odruchy ścięgnowe od nietykalności dróg od jądra czerwonego do rdzenia.

Pierwsze (skórne) byłyby pochodzenia korowego. Drugie (ścięgnowe) pochodzenia śródmózgowego (mesencephalique).

Z badania odruchów skórnych i ścięgowych wypływa inny jeszcze wniosek. Uszkodzenie włókien (cortico-spinales) pociąga znie-

sienie odruchu brzuszego, na cremaster. Co do podeszwy to jej drażnienie daje odruch wyprostowania (resp. zgięcia grzbietowego) palucha.

Van Gehuchten nie tłumaczy tego jako zmianę odruchu podeszwowego normalnego (zgięcie). Dla niego odruch podeszwowy znikł również jak odruchy brzuszny i na cremaster.

Zjawisko palcowe Babińskiego jest czemś nowem. Jest to odruch skórny, lecz nie podeszwowy, bo nie wywołuje go wyłącznie drażnienie podeszy, lecz drażnienie skóry i w innych miejscach goleni lub tylnej powierzchni uda.

Jest to zjawisko, które świadczy o wzmożeniu pobudliwości zwrotnej w dolnym odcinku rdzenia uszkodzonego. Otóż ta wzmożona odruchowość nie stosuje się do odruchów fizjologicznych. W przypadkach uszkodzenia poprzecznego całkowitego rdzenia odruchy normalne, fizjologiczne jak brzuszny, na cremaster, podeszwowy, kolonowy, echilesowy są zniesione. Odcinek dolny rdzenia daje natomiast w tych warunkach odruchowość patologiczną, anormalną. I ta odruchowość patologiczna jest wzmożoną. Odruchy nienormalne nie są związane z podrażnieniem ściśle umiejscowionem, lecz można je wywołać podrażnieniem jakiegobądź części powierzchni skórnej kończyn dolnych. Wtedy następują pewnego rodzaju odruchy obronne podobne do odruchów żaby z odciętą głową. *Rzeczniowski.*

III. Choroby gardła, nosa i uszu.

467. S. Bernheim. **Pierwotna gruźlica krtani.** (Tuberculose primitive du larynx. ze Zjazdu w Paryżu).

Na mocy licznych spostrzeżeń autor przychodzi do następujących wniosków: 1) Krtani jest często, częściej niż ogólnie przypuszczają, siedliskiem pierwotnej gruźlicy, potwierdza to również bardzo wiele obserwacji i innych autorów. 2) Przy pierwotnej gruźlicy krtani zaraz od początku choroby można zobaczyć na powierzchni chrząstek nalewkowych małe prosówkowe ziarniny wyglądu patognomicznego. Z chwilą ropadu granulacji tworzą się owrzodzenia nieregularne, często głębokie, albo o ostrych konturach. Przebieg powolny, zmiany w odżywianiu, służą również dla odróżnienia tej odmiany swoistego cierpienia krtani od zwykłej sprawy zapalnej. 3) Odmiana ta gruźlicy prosówkowej i naciekowej może przejść w odmianę sklero-wegetacyjną albo guziczkową z typem pseudopolipowym. Wszystkie te formy mogą być rozpoznane przy pomocy badania bakteryologicznego i doświadczeń na zwierzętach. Szybkim i nieszkodliwym środkiem rozpoznawczym jest wstrzykiwanie tuberkuliny, która wywołuje odczyn patognomiczny. 4) Wilk pierwotny krtani jest tylko odmianą wolno idącej gruźlicy krtani. 5) Wiele ważną rzeczą jest wczesne rozpoznanie, gdyż daje możliwość zapobie-

gania rozszerzeniu się gruźlicy na inne organy. 6) Pierwotna gruźlica krtani poddaje się leczeniu i wyleczenia zdarzają się często. Koniecznym jest, oprócz leczenia miejscowego, leczenie ogólne — higieniczno-dyetetyczne.

Kaz. Dudrewicz.

468. M. Schmidt. **Rozpoznawanie raka krtani.** (Diagnostic du cancer laryngien. Referat czytany w sekcji laryngologicznej XIII zjazdu międzynarod. w Paryżu 1900 r. „Annales de malad. de l'oreille, du larynx“ etc. № 9, 1900 r.).

Objawy, jak uczucie ciężkości, ból, woń, zwężenie krtani i t. p. nie są według autora charakterystyczne dla raka krtani, ponieważ dają się one spotykać w wielu innych cierpieniach krtani. Rak krtani prawie zawsze posiada z początku i podczas swego rozwoju charakter nowotworu rozmaitych kształtów. Powstający z głębi tkanek krtani rak nieraz daje początek proliferacyi prawdziwych papillom na powierzchni błony śluzowej. Forma ta przez cały ciąg choroby podobna jest do zapalenia około chrząstkowego (perichondritis). Przypadki raka ventriculi Morgagni przedstawiają w lusterku bardzo często obraz podobny do tej sprawy. W bardzo rzadkich przypadkach rak rozpoczyna się w tyle prawie pod chrząstką obrączkową i początkowo zdradza się tylko przez porażenie n. recurrentis. Ażeby wykluczyć przymiot, dosyć jest dawać przez 2 tygodnie choremu po 3,0 gm. kali jodati dziennie. Ażeby postawić rozpoznanie pewne, należy się koniecznie uciec do badania drobnowidzowego części nowotworu, wyjętej najlepiej podwójną pincetą, krającą z góry na dół.

Kaz. Dudrewicz.

469. P. Hellat. **Ślinotok psychiczny.** (Salivation psychique. Ibidem).

Jak wykazują szczegółowo przytoczone dwa spostrzeżenia autora, cechą tej anomalii jest bezustanne plucie bez powodu. Chorzy wyobrażają sobie początkowo, że plucie jest im niezbędnie potrzebne, i, pomalą, ślina sprawiać im zaczyna taką odrazę, że nie mogą jej połykać. Organizm wysiła się, żeby wyrobić ilość potrzebną śliny, podczas kiedy chorzy zadają sobie wiele trudu, żeby ją wyrzucić przez plucie. Ten wysiłek przeciwny naturze wywołuje tym sposobem nadmierne wydzielanie śliny, niezbędnej dla ustroju, i może wywołać zmęczenie gruczołów ślinowych, suchość błony śluzowej w ustach, podrażnienie krtani i jamy nosogardzielowej, przewlekłe kataru krtani i ucha średniego. Oprócz tego mamy jeszcze całą seryę objawów ze strony organów trawienia i układu nerwowego: chorzy cierpią na

zaparcie stolca i skłonni są do ciężkiej neurastenyi, dochodzącej nieraz do obłąkania. Autor przypuszcza, że chodzi tu głównie o utratę pewnych elementów śliny, nieznanych nam dotąd, a które są konieczne potrzebne dla organizmu. Ciąg trwania ślinotoku psychicznego jest — nieokreślony. Co się tyczy leczenia tego cierpienia, to należy choremu stanowczo zabronić płucia: od chwili, kiedy ślina zacznie odbywać swą drogę naturalną, wyleczenie następuje z łatwością.

Kaz. Dudrewicz.

470. E. Navratil. **Operacyjne leczenie twardzieli.** (Traitement opératoire du sclérome. Ibidem).

Autor widział dużo przypadków twardzieli, ale przytacza tylko siedem obserwacji. Pierwszy przypadek w r. 1885 był pierwszym, w którym postawiono rozpoznanie twardzieli na Węgrzech, dzięki obserwacji klinicznej i badaniu histologicznemu. Próbowano w nim wszystkich sposobów leczenia, będących w użyciu, jako to: penzłowania, wstrzykiwań, przyżegania, rozszerzania krtani i t. d.

Opierając się na doświadczeniu i podobieństwie twardzieli do nowotworów złośliwych, autor nabrał przeświadczenia, że jedynym skutecznym leczeniem może być — leczenie chirurgiczne. Usuwa on wszystkie tkanki chore; w niektórych przypadkach wykonywa także operacje plastyczne, żeby np. przywrócić szkielet kostny nosa. Przed operacją twardzieli krtani po przedwstępnej niskiej tracheotomii robi laryngofisurę, ażeby wyciąć chore tkanki. W przypadkach kiedy należy usunąć ważne części błony śluzowej, dla zastąpienia tej ostatniej, zaleca autor transplantację Thierscha, którą stosował z powodzeniem w niektórych przypadkach papillomatu w krtani. Jeżeli gruczoły sąsiednie są zajęte, jak to nieraz spostrzegano, to trzeba je także usunąć.

Dzięki leczeniu radykalnemu autor zawsze otrzymywał dobre wyniki i nie widział nawrotu, pomimo, że najdawniejszy przypadek datuje się z roku 1895.

Kaz. Dudrewicz.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

471. **Bromopin.** Jest to połączenie oleju sesamowego z bromem, bromu zawiera preparat 10%; jest to płyn żółtawy, mający wszelkie własności oleju. Nowy ten związek wypróbowany został przez cały szereg klinicyistów, którzy zalecają go w rozmaitych stanach nerwowych, szczególnie w padaczce i stanach padaczkowych (epileptiforme). Bromopin jest bardzo użyteczny w tych przypadkach, gdzie występują objawy bromizmu, i gdzie dalsze stosowanie bromków (al-

kalii) jest już niemożliwym. Objawy zatrucia bromem wnet ustępują, bez względu na formę, w jakiej występują. Kojące działanie bromopinu, podanego w odpowiedniej dawce, nie tylko nie odpowiada działaniu kali bromati, lecz jest nawet skuteczne tam; gdzie sole bromowe posłuszeństwo wypowiadają.

Neurastenia przedstawia również wdzięczne pole dla stosowania bromopinu, usuwa on zaburzenia ze strony serca, bezsenność i uczucie strachu. Wulff stosował ten środek w przypadkach choroby morskiej, oraz jako profylacticum przeciwko temu cierpieniu. Preparat ten ma tą wyższość nad innymi związkami bromowymi, że laikowi w niczem preparatu bromowego nie przypomina.

Epileptycy, którzy nieraz wzdragają się przyjmować preparaty bromu, chętnie dają nakłonić się do przyjęcia bromopinu, uważając go za coś zupełnie nowego.

Związek ten ma jeszcze tę wyższość, że można go bezkarnie wstrzykiwać pod skórę i wcierać w skórę. W obydwóch tych przypadkach wykrywamy wkrótce brom w moczu, co wskazuje na szybkie wchłanianie się leku, stosowanego w wyżej podany sposób.

Co się tyczy dawkowania, to pamiętać trzeba, że bromopin znajdujący się w handlu zawiera 10% kologenu. Łyżka stołowa bromopinu (15 grm.) zawiera 1.5 grm. związanego bromu co odpowiada 2,23 grm. bromku potasu; mała łyżeczka bromopinu (3,5 grm.) zawiera bromu 0.35 grm i odpowiada 0.52 bromku potasu. Epileptykom daje od 6—8 małych łyżeczek dziennie, dla dzieci wystarcza połowa tej dawki. Dla neurasteników wystarcza 2—3 łyżeczki na dzień. W chorobie morskiej jako środek zapobiegawczy dawał Wulff 3 razy na dzień od 1—3 łyżeczek; w czasie rozwiniętej już choroby co 2 godziny po 2—3 łyżeczki. Dla osób, które smaku bromopinu nieznoszą przepisuje się ten preparat w kapsułkach; w tych przypadkach lepiej zapisywać preparat silniejszy 33¹/₃%.

(E. Merks Bericht 1900).

H. K.

472. **Jodipin.** Jodipin jest to połączenie olejku sezamowego z jodem, w handlu spotykamy 2 preparaty, zawierające 10% i 25% jodu. 10% związek odpowiada w smaku i z wyglądu olejowi sezamowemu, jest to preparat bardzo trwały, nierozpuszczalny w wodzie i wysokoku, rozpuszcza się natomiast w eterze, chloroformie, benzolu i t. d. Ciężar właściwy wynosi 1025. 25% jodipin przedstawia się jako gęsty, ciągnący się, mniej lub więcej różowo zabarwiony, oleisty płyn, w czasie zimy ma on spójność miodu i przed użyciem powinien być ogrzany. Ciężar właściwy wynosi 1227, rozpuszczalność jego jest ta sama, co i 10% preparatu.

Do celów klinicznych używa się jodipin zarówno do wewnątrz (10%) jak i zewnętrznie i podskórnie jako 25% preparat. O. Frese stosował jodipin w astmie oskrzelowej i rozedmie płucnej z bardzo dobrym skutkiem.

Również dobre wyniki otrzymali M. Rosenthal i O. Burkhart w lues tertiaris. Podskórnie pierwszy stosował jodipin K. Klingmüller we wrocławskiej klinice chorób skórnych. Sposób ten ma mieć

następujące dogodności: 1) Cała ilość jodu dostaje się do ustroju. 2) Ilość ta przerabia się wolno i równomiernie. 3) Objawy zatrucia jodowego i inne działania ujemne miejsca nie mają. 4) Unika się zaburzeń żołądkowo-kiszczkowych i przykrego smaku. 5) Umożliwia leczenie jodem w przypadkach, gdzie chorzy nie chcą lub nie mogą leku w inny sposób przyjmować (nieprzytomni, chorzy umysłowo). Technika tych wstrzykiwań jest następująca: zastrzykuje się dziennie 10—20 grm. lekko ogrzanego jodipinu w tkankę podskórną, po 10 zastrzykiwaniach robi się przerwę, poczem zastrzykuje się na nowo. Do wszykiwań używa się igieł z dużym światłem, i wkłada się ją powoli, aby żyły nie zranić. Przed zastrzyknięciem znieczula się odpowiednie miejsce spray'em z chlorku etylu.

Podług Radestocka wciera się jodipina prędko i dobrze w skórę; wchłanianie tą drogą idzie szybko; jest ono wskazane jako systematyczna kuracya w trzeci-rzędnych postaciach przyniosu, dla wzmocnienia wewnętrznego podawania jodu. Smarowania jodipinem mają być skuteczne także w odmrożeniach.

10% jodipin zapiera w łyżce stołowej (15,0) 1,5 czystego jodu odpowiada to 1,96 kalium jodatam; łyżeczka mała (3,5) zawiera jodu 0,35 i odpowiada 0,45 KJ. Dawka dzienna jodipinu wynosi od 1—3 łyżeczek małych.

Oleisty, przykry smak jodipinu poprawia się przez dodanie 3—5 kropel olejku miętowego na 100 grm. lub też miesza się z miksturą oleoso-balsamicą, lub też zażywa z ogrzanem mlekiem. Zapisują też jodipinę pod postacią zawiesiny:

Rp. Jodipini 200,0.

Saccharini solub. 0,25.

Gelatinae fuci crispi

Vanillini 0,2.

qs.

MDS. 3-razy na dzień po ły-

Spirit. sachar 50,0.

żeczce deserowej. H. K.

473. **Naparstnica i ciśnienie krwi.** v. Czyklarz na podstawie badań ciśnienia krwi u ludzi zdrowych i chorych na serce po podaniu naparstnicy, przychodzi do wniosku, że środek ten nie działa jednako-wo w obu razach. Ciśnienie krwi zwiększa się tylko u chorych na serce, u zdrowych pozostaje na zwykłej wysokości. To też nawet po dłuższym zażywaniu naparstnicy, nie można u zdrowych osiągnąć zwiększenia się dobowej ilości moczu. Pomiaru ciśnienia dokonywane były zapomocą terometru Gärtnera.

(„Wien. Kl. Rundschau“ № 15).

O. H.

474. **Dezynfekcyja płwociny.** Badania D. Ottolengki nad dezynfekcyją wyschłej płwociny suchotników wykazały, że sublimat (w roztworze z solą lub kwasem solnym) napewno niszczy drobnoustroje gruźlicze w sile 5⁰/₁₀₀, 7,5% i 8⁰/₁₀₀; lyzol w roztworze 10%; chlorek wapna w 10% zmniejsza tylko nieco jadowitość, a 1% jak również 10% formaliny nie wywiera niszczącego działania.

(Zeit. f. Hyg.“ 24. II).

O. H.

475. **Zakażenie połogowe.** Dr. W. E. Mackary, asystent Belvidere-Fewer Szpital w Glasgowie, spostrzegł od października 1897 do czerwca 1899 r. 57 przypadków zakażenia połogowego, z których

31 zakończyło się śmiercią; z tych w 21 była robiona sekcya. Co się tyczy zabiegów leczniczych, to wykonywane z początku wyskrobywanie dawało takie złe wyniki, że zostało zupełnie zarzucone, tylko tam gdzie pozostały części łożyska istnieje wskazanie do zastosowania tego zabiegu. Chinina nie dała żadnego rezultatu.

W 9 przypadkach (7 — streptokoki same, w 2 zakażenie mieszanne) stosowano zastrzykiwania surowicy. Z tego w 6 nie było wyraźnego skutku; raz nastąpił zupełny spadek ciepłoty, raz wątpliwy, raz bardzo nieznaczny, w 6-ciu przypadkach zejście było śmiertelne. Według autora najlepsze widoki daje radykalna operacya, dlatego nie należy zwlekać z nią i tracić czasu na wyczekiwanie i próby.

(„Br. med.“ 7 luty 1900).

O. H.

476. Zdaniem Bayet'a (Congrès des Médecins de Sociétés d'Assurance sur la vie „Gaz. hebdometr.“ 1899, № 82). Można przyjmować od syfilityków **ubezpieczenia na życie**. Powinni oni jednak odpowiadać pewnym warunkom a mianowicie: 1) w chwili ubezpieczenia nie mieć żadnych objawów drugo- lub trzeciorzędowego przymiotu; 2) od czasu zakażenia winno przejść przynajmniej 3 lata, a nawrotów nie powinno być od roku; 3) leczenie powinno być starannie w ciągu tego czasu przeprowadzone, jeżeli zaś leczenie było niedostateczne, to przy przyjęciu syfilityka do grona ubezpieczonych należy zachować dużą ostrożność; mężczyźni nie powinni być przyjmowani wcześniej, niż po upływie 10 lat od czasu zarażenia, a kobiety, ponieważ schnięcie mleczu piersiowego jest u nich rzadsze, mogą być przyjęte po latach 6-ciu i 4) dzieci z oddziedziczonym przymiotem winny być odrzucane.

E. K.

477. Haslund („Hospitalstindende“ № 23, 1900), opisuje wypadek **powtórne zarażenia się przymiotem**. W końcu 1884 roku — owrzodzenie na wędzidełku członka, które powoli twardniało i w maju 1885 wystąpiło ogólne zajęcie gruczołów chłonnych i wysypka plamisto-grudkowa. Leczenie w postaci wcierań (dwa razy po 30). W listopadzie 1898 a więc w 14 lat później u tego samego chorego autor znalazł owrzodzenie o twardej podstawie na napletku, zajęcie gruczołów chłonnych i plamistą wysypkę; w kwietniu 1899 — nawrót plamistej wysypki a w październiku 1899 — płaskie łepięże w jamie ustnej i gardzieli.

E. K.

478. Zazwyczaj prędko pod wpływem swoistego leczenia przechodzi **wypadanie włosów u syfilityków**. Często jednak oddzielne okrągłe miejsca wyłysiałe (alopécie en chairières) uparcie trzymają się i w takich właśnie razach autor (Gaucher — „Gaz. hebdom.“ № 73, 1899, radzi włosy krótko strzyż i nacierać następującą mieszaniną: sublimat. 0,2, chloralhydrat. 4, resorcini 2,01, ziem. 1,0, alcohol absol. 150, tinct. chinae 50, — przyczem należy zauważyć, że przy codziennem stosowaniu tej mieszaniny, włosy chwilowo barwić się mogą na kolor czerwony.

E. K.

V. List z Paryża.



Kongres hypnologiczny.

Paryż, w październiku.

Odkładając do następnego listu przegląd urządzeń i działów wystawowych mających związek z medycyną, postaram się w niniejszym zdać sprawę z kongresu, który odbył się niedawno i dotyczy również naszej gałęzi wiedzy, mianowicie z kongru hypnologicznego.

O skuteczności hypnotyzmu i sugestyi w wielu chorobach (zwłaszcza systemu nerwowego) nie można wątpić, osobiwie gdy miało się sposobność widzieć stosowanie ich przez prawdziwych mężów nauki. Był czas, gdy o hypnotyzmie mówiono o wiele więcej niż dziś, gdy interesował się nim szeroki ogół. Czas ów przypada na okres głośnych, hałaśliwych nawet, doświadczeń Charcot'a i Luys'a. Dziś mniej gwaro o nim, a to właśnie w znacznej części dzięki poważniejszemu, a w każdym razie bardziej medycznemu traktowaniu rzeczy. Chociaż doświadczenia, dotyczące somnambulizmu, letargu, katalepsyi są bardzo ciekawe i zajmujące, dla nas lekarzy ma więcej znaczenia pytanie: czy też hypnotyzm może kogoś uleczyć, czy ułatwia on nam w jakikolwiek sposób nasze ciężkie, acz piękne zadanie ulżenia cierpiącej ludzkości?

Otóż od więcej niż dwudziestu lat doktor Liébeault z Nancy, a obok niego Durand, Dumontpallier i Berillon we Francyi, Wetterstrand zaś w Szwecyi poświęcili się głównie wyszukaniu odpowiedzi na to pytanie i gdy ze śmiercią Charcot'a i Luys'a sensacyjne przedstawienia w Salpêtriére ustały, oni głównie zogniskowali badania hypnotyczne około siebie. Nie goniąc za rozgłosem pustym, ale natomiast dobywając dla wiedzy medycznej, że tak powiem, miód z kielicha nowych odkryć, oddali medecynie wielkie usługi.

Ostatni kongres hypnologiczny stanowił także dzieło tej grupy badaczy. Duszą jego był doktor Edgar Bérillon, od lat wielu sekretarz towarzystwa hypnologicznego w Paryżu i redaktor „Revue de l'hypnotisme“. Prezydenturę objął doktor Juliusz Voisin, lekarz szpitala Salpêtriére, wiceprezydenturę dr Grasset, profesor wydziału lekarskiego w Montpellier. Godność honorowych prezydentów piastowali: Liébeault, Durand, Soury, Richet, Raymond i Joffroy.

Kongres hypnologiczny wytknął sobie przedewszystkiem za cel roztrząsanie kilku ważnych zagadnień, które dotąd jeszcze nie zostały stanowczo rozstrzygnięte. Posiedzenia były nadto urozmaicone zwiedzaniem szpitali: pierwszego dnia zwiedzono zbiorowo oddział d-ra J. Voisina w Salpêtriére, po zamknięciu zaś kongresu udano się na zaproszenie laktora Rafégeau do Vésinet, gdzie obejrzano wzory jego zakład hydro-photo i elektroterapeutyczny.

Miasto w dowód uznania dla obradujących urządziło w ratuszu uroczyste przyjęcie. Z mowy wygłoszonej przez jednego z radców miejskich dowiedzieliśmy się, że przed kilku laty już magistrat wystosował do zarządu niższych szkół okólnik, aby nauczyciele ielekro mają wśród swoich uczniów dzieci krnąbrne lub obarczone nałogami, wysyłali je do „instytutu psychofizycznego“, gdzie doktor Béryllon i jego asystenci po kilkunastu posiedzeniach przetwarzają wprost charakter dziecka. Liczymy — rzekł mówca — już więcej niż sto takich przypadków, w których bez zastosowania hypnotyzmu nie byłoby nigdy nastąpiło polepszenie.

Pierwszy punkt obrad kongresu stanowiło zagadnienie, czy hypnotyzm ma wartość jako jeden ze środków w badaniach psychologicznych. Referenci dr. Vogt z Berlina i lekarze Farez i Feliks Regnault z Paryża zgodzili się, że tak. Farez zaznaczył, że służy on do wykrycia czynników „podświadomych“ (subscient) i że pozwala dowieść, iż nasza osobowość jest właściwie mozaiką szeregu jaźni. Feliks Regnault zaś podkreślił, jak wielce ułatwiły nam doświadczenia hypnotyczne zrozumienie i wyjaśnienie stanów psychicznych dotąd niezrozumiałych. Ekstaza hypnotyczna wyjaśnia nam ekstazy świętych, letarg, zasypianie fakirów indyjskich na długie miesiące i lata, somnambulizm hypnotyczny daje klucz do pojęcia postępków ludzi, którzy spełniają szereg aktów w ciągu jednego dnia lub znacznie dłuższych okresów, a potem wychodzą z danego stanu psychicznego i nie pamiętają o wszystkim, co zrobili.

Skonstatowanie zapomocą hypnotyzmu wielkiej doniosłości poddawania przekształciło socyologię: odsłoniło bowiem psychologię tłumu i czynniki działające w genezie religii, w ruchach masowych i w wojnie. Spora przeto liczba faktów historycznych przedstawia się nam dziś dzięki owym doświadczeniom psychicznym zupełnie inaczej.

Drugim punktem była kwestya hypnotyzmu i prawa. Ponieważ zgodzono się, że jako środek leczniczy hypnotyzm ma poważne znaczenie, że jednak potrzeba umieć stosować go umiejętnie, więc po referacie d-ra Lemesle'a, kongres wyraził życzenia, aby do używania hypnotyzmu w celach leczniczych zastosowano prawo z 30-go listopada 1892 o praktyce lekarskiej, czyli żeby uprawnić do niego wyłącznie lekarzy.

Dr. Julliot referował następnie o prawodawstwie, dotyczącem hypnotyzmu doświadczalnego. Wypadki mogące ztąd wynikać podpadają już dziś prawu zwyktemu. Czy należy atoli ograniczyć wykonywanie hypnotyzmu doświadczalnego? O ile ono ma na celu wiedzę lub odbywa się w mieszkaniu prywatnem, to nie, ale publiczne seansy hypnotyzmu i magnetyzmu powinny być wzbronione. Działają one ujemnie na tłum. Kongres poparł poglądy Julliota uchwałą, brzmiącą zgodnie z przytoczonymi wywodami.

Joize, lekarz z Lille roztrząsał stosunek między hypnotyzmem i poddawaniem a występkami. W początkowym okresie uśpienia a nawet w przedstępnej fazie czyli w „czuwaniu hypnotycznym“ dany osobnik może być nakłoniony do podpisania umowy, kontraktu i t. p.,

w dalszych fazach staje się on tak automatycznym, że można go popchnąć do zbrodni. Spostrzeżenia owe tembardziej przemawiają za tem, aby wykonywanie hypnotyzmu poddać ścisłej kontroli, względnie, aby zostawić je w rękę lekarzy.

Połowę jednego z zebrań poświęcono rozpatrzeniu stosunków między hypnotyzmem a histeryą. Po dłuższej dyskusyi sformułowano je tak: bezpośredniego związku między hypnotyzmem a histeryą nie ma, każdy niemal osobnik normalny może być uśpionym bez trudności. Jednak u osobników histerycznych fazy snu hypnotycznego zarysowują się wyraźniej.

Wysoce zajmujące były odczyty i raporty o wskazaniach dla hypnotyzmu i poddawania w leczeniu chorób umysłowych, morfinizmu i alkoholizmu. Co do pierwszej grupy Tokarskiej z Moskwy i Lloyd Tuckey z Londynu przytoczyli szereg przypadków, gdzie obłęd uleczono hypnotyzmem i poddawaniem. Zwłaszcza w formach, które były właściwie skutkiem dłuższego rozstroju nerwowego — sugestyja pozwoliła uspokoić powoli wzburzone fale ducha, nadając im w końcu zwierciadlaną gładkość.

Powtórzę tu pokrótce jedną z ciekawych obserwacji, na którą powoływali się, a która przedtem już była przedłożona towarzystwu hypnologicznemu w Paryżu. Idzie o człowieka trzydziestoletniego, zbudowanego dobrze, dziedzicznie nieobarczonego. Już za czasów szkolnych objawiał skłonność do rozmyślań i dociekań spekulacyjnych. Często jedna myśl zaprzątała go całymi dniami.

W ciągu studyów myśli te dotyczyły tematów filozoficznych, lecz później zajęły ich miejsce najnieznaczniejsze drobiazgi. Co będzie z muchą, która leci przez pokój, rozważał nasz chory, co będzie z kawałkiem zapalniczki leżącym na podłodze? Odpowiedzi na to i t. p. rozmyślania napływały tłumnie, mieszały się i wytwarzały tak straszny chaos w głowie biedaka, że wreszcie przemieniła się w ul, gdzie nie było spokoju ni dniami, ni nocą.

Raz poszedł na koncert. Dano mu bilet, ale teraz zaczął się zastanawiać, gdzie go schować, aby nie uszły jego uwadze „dalsze losy“. Chcąc wreszcie opędzić się tym tarapatom, rzucił bilet na ziemię i usiadł daleko; wnet jednak wstał, przeszedł przez salę i podjął rzucony kawałek papieru, by go schować ponownie do kieszeni. Opanował go wreszcie prawdziwy obłęd z delirjum, nie mógł spać ani jeść, a pobudki do majaceń wciάζ się znajdowały. W takim stanie znalazł go doktor Stadelman z Würzburga i zaczął stosować doń sugestyę. Przez dwa tygodnie usypiał go dwa razy dziennie i po piętnastu dniach mógł uważać chorego za wylezonego.

„Poddalem mu najpierw, że na przyszłość będzie mógł widzieć rzucanie na ziemię przedmiotów bez wartości i że nie będzie niepokoić się o nie. Trzeciego dnia obawy chorego poczęły ustępować wahaniom; piątego chory może już wyrzucić bez żalu parę starych kopert. Może palić nie troszcząc się o to co stanie się z niedopalonymi resztkami cygar. Chłubi się tem przedemną, ufność jego ku mnie wzrasta i zgodnie z mem poddaniem, wierzy, że jego wyzdrowienie zbliża się.

Po czterech dniach zaprzestają stosowania hypnotyzmu“.

Poddawanie moje — kończy Stadelmann — miały na celu nie tylko usunięcie choroby, ale także skierowanie skołatanego umysłu na drogę zdrowych myśli. Dopiąłem tego celu, jak świadczą listy chorego. Dziś oddaje się on z wielkiem zamiłowaniem swoim zajęciom; nadto rozwinął w nim miłość ku przyrodzie i sztuce, a dzięki jej może zupełnie spokojnie kroczyć przez życie. Od czasu wyleczenia ubiegło piętnaście miesięcy i nigdy pacjent nie zauważył nawrotu.

Bérillon mówił o leczeniu morfinomanii zapomocą psychoterapii. Metoda ta czyni zbytecznie oddawanie chorego do specjalnego zakładu. Leczenie dzieli Bérillon na cztery okresy: pierwszy, piętnastodniowy, gdzie zapomocą poddawania wyrabia się w chorym odragę do morfiny, tudzież chęć do zarzucenia jej. Drugi okres: zmniejszanie dawek (15—20 dni). Chory zostaje w łóżku przez cały czas, suggestya podtrzymuje jego siłę woli. Nareszcie chory wyznacza sam dzień zupełnego przerwania dawek. W przewidywaniu ciężkiego kryzysu należy zaopatrzyć się w doświadczonych infirmierów czuwających nieprzerwanie, chory jednak powinien przez cały czas (mniej więcej tydzień) znajdować się w uspieniu. Gdy nareszcie rozpocznie się czwarty okres czyli „wyzdrowienie“ Bérillon zaleca wodolecznictwo. Nadto zaś codzien działa zapomocą poddawania hypnotycznego w kierunku podniesienia ducha i utrzymania wstrętu do morfiny.

Słowem suggestya stanowi poważny środek w leczeniu morfinomanii. Pozwala ona uzyskać zupełne wyleczenie tam, gdzie inne metody dają tylko niewystarczające wyniki.

Dr. Arie de Jong z Amsterdamu poparł licznymi dowodami odczyt Bérillon'a. Jong stosował powyższą metodę bardzo szczęśliwie. Lekarz holenderski przeszedł następnie do kwestyi leczenia alkoholizmu zapomocą poddawania. Wyrabiając w uspionym alkoholiku wstręt do napoju, dołączając do suggestyi gości wstrzymujący lekarz mówi: „gdy weźmiesz do rąk kieliszek, nie będziesz mógł ręki zbliżyć do ust“; (przytem wstrzymuje równocześnie rękę) uzyskał on we wszystkich swoich przypadkach zupełne uleczenie alkoholizmu.

Szczegółowo pomówimy o tych obserwacyach po wyjściu z druku aktów kongresu, obecnie dodam od siebie, że podobne rezultaty otrzymali we Francyi doktorzy: Liébeault, Bérillon, Bowidon i Farez, w Szwecyi Wetterstrand, w Grecyi Vlavianos.

Ostatnia kwestya, rozstrząsana przez kongres, było zastosowanie hypnotyzmu do pedagogii ogólnej i ortopedyi umysłowej. Referował Bérillon. Wspomniałem już wyżej, jak oceniła doniosłość hypnotyzmu leczniczego w tym względzie rada miejska Paryża.

Obok rozbieganych zagadnień kongres posiadał jeszcze kilkanaście luźnych odczytów. Wymienię tu: „Sprawozdanie o ewolucyi psychoterapii w Holandyi“ przez d-ra Van Renterghema z Amsterdamu. Dowiadujemy się z niego, że hypnotyzm bywa stosowany przez wielu lekarzy holenderskich i że w ostatnim roku wzniesiono w Amsterdamie wspaniałą szpital hypnotyczny, który nazwano: In-

stytutem Liébeault. Bardzo ciekawą kazuistykę zastosowań hypnotycznych z własnej praktyki lekarskiej podał dr. Bowidon z Méru. Dr. Bellemaniére demonstrował przyrząd, do usypiania hypnotycznego. Po linii śrubowej porusza się punkt świetlny, 3—5 minut wpatrzenia się wystarcza, aby wywołać sen hypnotyczny.

Przyrząd ów może oddać prawdziwe zasługi zwłaszcza początkującym w hypnotyzmie lekarzom.

Kongres zamknął serdecznem przemówieniem dr. Voisin, a na jeden z najbliższych dni zebrani zostali zaproszeni do kliniki psychoterapeutycznej d-ra Bérillona, pod 49 numerem ulicy St. André des Arts. Tam mieliśmy sposobność stwierdzić de visu wszystko o czem slyszeliśmy w ciągu kongresu.

W. Bugiel.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go grudnia 1900 r.

(J. Z.) Prasa lekarska dowiedziała się z „Krytyki lekarskiej“, że nie spełnia swych zadań należycie i że musi gruntownej uleść reformie, jeżeli zechce istnieć nadal.

Autorowi, kol. Duninowi, zdaje się, że jednym pociągnięciem pióra zdoła zrobić archiwum dla prac z medycyny wewnętrznej, z 4 zrobić 1 pismo tygodniowe, jeden dwumiesięcznik i t. d., w wielkim jednak jest błędzie.

Reformę swą autor wzoruje na pismach zagranicznych, zapominając, że tam inne są wymagania i inne warunki. Byli już tacy co myśl taką samą powzięli i przed kol. Duninem, powstał bowiem „Przegląd chirurgiczny“, ale cóż z tego, gdy liczbę czytelników posiada tak małą, że gdyby nie dobra wola wydawcy, nie byłoby właściwie wydawać go dla kogo. Czy archiwum prac medycyny wewnętrznej będzie liczyło więcej czytelników — wątpię, z góry natomiast rzecz mogę śmiało, że dla 10 prac większych, jakieby się co-rocznie do takiego archiwum nadawały, koszt wydawnictwa napewno by się nie opłacił. Błąd projektu leży w tem, że autor wziął wzór z zagranicy. Niemcy mogą wydawać archiwa, bo artykuły do nich ezerpią od wszystkich narodów i wszędzie mają czytelników — u nas czyta tylko Królestwo, Litwa i Podole, Galicya i Poznańskie pism naszych nie czytają — dla kogo więc i w jakim celu wydawać archiwum?

W naszych właśnie warunkach mogą mieć wartość dla ogółu czytających tylko pisma ogólne i takie tylko mogą liczyć na poczytność. Nie jest zarzutem, że są one co do programu identyczne, bo tak w rzeczywistości nie jest, każde z nich inny odcień posiada, a że czasem w kilku naraz pismach spotykamy streszczenie tej samej pracy, w niczem to przesłanki autora nie usprawiedliwia, gdyż rzadko kto czyta więcej nad 1 pismo, a rzadziej prenumeruje.

Według kol. Dunina jednak jedno pismo ogólne wystarczy, czemu, czyż mamy wracać się zamiast iść naprzód? Toć konkurencja jest najlepszą dźwignią postępu, a wszelki monopol równa się zastojowi. Toć był już czas gdy wychodziło 1 pismo, inne powstały później, a dziś już liczą po 21 lat istnienia i więcej. Było to w czasach, gdy liczba lekarzy, a więc i czytelników była mniejsza, a rozwój medycyny wcale nie większy, niż dzisiaj. Jeżeli więc dawniej pism tych nie było zawiele, czemuż dziś właśnie nadeszła ta chwila. Czemu dziś cofać się należy i na nowo czynić eksperymenty, które robili nasi poprzednicy. A zresztą na co zdałoby się zamykać pisma? Monopolu nikt mieć nie może, koncesya do uzyskania nie jest nadzwyczaj trudna, nie widzę więc wprost racyi, by po zwinięciu jednych pism nie miały powstać inne: życie idzie ciągle naprzód, rodzą się coraz nowsze potrzeby, występują zresztą na widownię nowi ludzie, nie by więc nie było dziwnego, gdyby zaraz po dokonaniu reformy w myśl kol. Dunina ktoś otworzył pismo, może z lepszym nawet programem i lepszym wykonaniem, nie za lat 10, a już po roku. I znów wrócilibyśmy do dawnego. A czy mogłoby się to pismo utrzymać i o tem przesądzać nie można, gdyż to zależy od wielu tajemnie wydawniczych, których rozbierać tu nie mam potrzeby.

Mniejsza jednak o to, najgłówniejszą rzeczą jest pytanie, co zyskają na tem czytelnicy? Według projektu kol. D. mielibyśmy 3 archiwa, 2 pisma tygodniowe, 1, miesięcznik i 1 dwumiesięcznik. Lekarz dziś może prenumerować 1 najwyżej 2 pisma i te choć w części mogą zaspokoić jego wymagania, po reformie musiałyby prenumerować wszystkie, ponieważ każde z nich byłoby specjalne, a więc i archiwum dla medycyny teoretycznej, i chirurgiczne i wewnętrzne i 1 pismo referatowe, 1 tygodnik i wreszcie 1 traktujące o sprawach ogólnych, innymi słowy prenumerata wyniosłaby 42 ruble zamiast dotychczasowych 7—14 rb. Wiemy dziś jak trudno wielu lekarzom uiszczyć prenumeratę za 1 pismo, czy więc podniesienie jej w tak wielkim stosunku byłoby możliwe — każdy wątpić w to będzie.

Gdyby to było możliwe, niewątpliwie każda redakcyja zgodziła by się na reformę, gdyż przyjemniej wydawać pismo w 2000, niż w kilkuset egzemplarzach, ale że należy to do dziedziny niedościgłych marzeń, dowodzi tylko jak powierzechnie rzecz całą kol. Dunin traktuje.

Że kol. Dunin, ożywiony dobrą chęcią, projekt taki wysnuł, nie dziwię się, odczuwa bowiem żywo braki piśmiennictwa i chciałby stworzyć coś lepszego, ale że sam biorąc udział w piśmiennictwie mógł podnieść zarzut, że mnogość pism — to owoc ambicyj i przesądów jednostek, temu już naprawdę dziwić się wypada. Ja osobiście nie wchodziłbym w pobudki, skoro czyny są szlachetne. Wiemy, że pisma lekarskie wydawcom dają deficyt, wiemy, że wszyscy redaktorzy i większość współpracowników czas swój poświęcają darmo, nie ośmieliłbym się więc tej rzeszy pracującej rzucić takiego oskarżenia, gdyż wiemy, że w naszych warunkach czynią to w celach innych zupełnie: jest to według nich spełnienie obowiązku społecznego. Jakże bowiem inaczej tłómaczyć tę ciężką i przykrą nieraz pracę kwalifikowania

artykułów, poprawiania rękopisów, korekt, jak nie tem, że czerpią energię do tej żmudnej pracy w poczuciu obowiązku, miłości dla rozwoju języka ojczystego naukowego i w uczuciu nieprzerwalności wiekowej kultury narodu. Innej nagrody otrzymać nie chcą i nie mogą, a jeśli to jest zdaniem kol. D. ambicyą i przesądem, piszę się na taką ambicyę i na taki przesąd, gdyż z wygaśnięciem takiej ambicyi pozostaje nicieść...

Reforma przez kol. Dunina proponowana, jak widzimy, nie doprowadziłaby do celu, a zarzuty prasie czynione są zbyt ogólnikowe, aby można było traktować je szerzej, fakt jednak pozostaje faktem, że pewna reforma w wydawnictwach lekarskich byłaby pożądana, nie w takim jednak zakresie jak to kol. Dunin proponuje.

Stykając się blisko z tą kwestyą sądziłbym, że należałoby:

1) Aby wszystkie pisma, wychodzące w Warszawie, porozumiały się z sobą i utworzyły związek stały pism polskich.

2) Aby porozumienie się między wydawcami dążyło do zmniejszenia nakładu, a co zatem idzie i obniżenia ceny prenumeracyjnej dla tych prenumeratorów, którzy chcieliby jednocześnie prenumerować po 2—3 pism.

3) Aby w razie dojścia do skutku takiej umowy program pism uległ takim tylko zmianom, jakie są potrzebne dla zmniejszenia kosztów wydawniczych i uniknięcia powtarzań, zbędnych dla czytelników, prenumerujących kilka pism związkowych.

4) Aby siłami wspólnemi utworzyły kolporteryę pism lekarskich, wspólne biuro ogłoszeń, wspólną administracyę i ekspedycyę.

5) Aby pozostawić pojedynczym redakcyom możność prowadzenia pism w duchu, jaki zechcą, i w niczem nie kępować ich w wypowiedaniu swej opinii.

Punkty te już w części poruszane na zjeździe ostatnim mogą być przyjęte przez wszystkie pisma z korzyścią dla każdego, mogą zmniejszyć koszta wydawcze i przynieść korzyść czytelnikom, przypuszczam bowiem, że ktoś kto chce prenumerować 3 pisma, zamiast jak dotychczas płacić 21 rubli płaciłby cenę 25%—30% tańszą.

Te uwagi polecam uwadze kolegów w nadziei, że może po głębszej dyskusyi zechcą zastosować je w życiu z korzyścią dla pism naszych.

—(J. Z.)— Otrzymujemy list od lekarza, praktykującego na prowincyi, który przytaczamy dosłownie.

Szanowny Redaktorze!

„Narzekają panowie aptekarze na to, że felczerom i akuszerkom — nie farmaceutom powierzono (gub. płocka) czynności aptekarskie. „Na nic zatem, powiadają, praca gimnazjalna, praktyka w aptece, studia uniwersyteckie, kiedy lada profanowi pozwalają robić to, co oni pracą długoletnią a mozolną zdobywać muszą“. — Słusznie. Czyż sami jednak aptekarze nie przyczyniają się do rozwielenia felczerysty i to najnieuczciwiej?”

Wezwany do chłopa lub mieszczanina nieinteligentnego „pan felezer“ przybiera powagę doktorską, z namaszczeniem bada, rozpytuje, opukuje, osłuchuje i t. p. nareszcie, zmarszczywszy czoło, zasiada do pisania recepty, za którą bez żadnej przeszkody otrzymuje lekarstwo z apteki, choćby i sto narkotyków zawierało. Wniosek, który z tego nieinteligentna wyciąga publiczność, jest tego rodzaju: „toć felezer wszystko robi akuratnie“ jak „doktór“, leki apteka daje na jego „pisanie“ — ergo felczer jest „panem doktorem“, no i przytem taniej kosztuje i więcej jeszcze zrobi, boć na żądanie i bańki przystawi (choćby ze 30 ciętych) i pijawki, i krew zepsutą upuści... Że nie z palca tę prawdę smutną wyssałem, mam corpus delicti (recepty felcerskie: „Extr. belladon, duże dawki soli bromowych, narkotyki).

W jakim celu to czynią aptekarze? Prawdę mi powiedział jeden z nich: felczerzy to pewna potęga, mogą mi szkodzić, gdy im będę odmawiał wydawania lekarstw. Mnie się zdaje, że uczciwość to jeszcze większa potęga, która powinna dyktować każdemu, gdzie jest kres jego działalności. Jestem głęboko przekonany, że gdyby pp. aptekarze przestali wydawać lekarstwa na recepty felczerów, samiby dopomogli do zaniku felczerystwu.

Pozwolę sobie zwrócić uwagę, iż zbyt mało wnikamy w działalność felczerów, którzy zawsze i wszędzie podkopują zaufanie do lekarzy, jawnie krytykują sposoby leczenia, dyagnozy i t. p. — lud ciemny słucha, boć ciemny. Czy niema sposobu wyjścia z tego labiryntu?

Miecz. Them.“

— h. k. — „Ponieważ węgle podrożały, więc lekarze muszą być tańsi“. Taką zasadę przeprowadzić chciała dyrekcyja Lloyd'a austriackiego. Lekarze okrętowi tego towarzystwa już i przedtem nie mieli zbyt wesołego żywota. Wystawieni na ciągłe niebezpieczeństwo, na rozmaite zmiany temperatury i powietrza w najrozmaitszych strefach pod wielką odpowiedzialnością, pełnili ciężką służbę swoją, za co otrzymywali pensyi 1000 fl. rocznie, oraz pewne dyety w czasie postoju w cudzoziemskich portach, kajutę i życie I-szej klasy. Dyrekcyja, uważając to wynagrodzenie za zbyt wysokie, pozbawić chciała lekarzy owych dyet i przesadzić do II-giej klasy. Poszkodowani zwrócili się ze skargą do Izby lekarskiej w Tryeście oraz do Centralnego związku lekarskiego w Wiedniu. Po długich debatach dyrekcyja Lloyd'a postanowiła pozostawić lekarzom status quo ante.

(„Wien. Med. Presse“).

— h. — Według „Nowosti“ ministeryum oświaty przeznaczyło na budowę instytutu anatomicznego przy uniwersytecie warszawskim 80,000 rubli.

— h. — Z postanowienia p. ministra spraw wewnętrznych inspektor lekarski i główny lekarz policyi m. Petersburga otrzymali prawo uczestniczenia w komisji miejskiej, dotyczącej zwalczanie chorób zakaźnych, z głosem decydującym. („St. P. M. W.“ 43).

— h. — Szpitale warszawskie wniosły do Rady miejskiej dobroczynności publicznej wykazy dotyczące zwrotu 61,081 rb. za bezpłatną kurację osób leczonych za kwitami opłaconego podatku szpitalnego. Rada miejska postanowiła wypłacić z tego tytułu: szpitalowi Dzieciątka Jezus 17,000 rb., Św. Ducha 6,000 rb., Św. Rocha 3,900 rb., Św. Łazarza 5,000 rb., praskiemu 4,000 rb., żydowskiemu 10,000 rb., wolskiemu 2,900 rb., Św. Stanisława 3,000 rb., ogółem 50,000 rubli.

— h. — J. Marcase wydał książeczkę pod tytułem: „Hydrotherapie von Alterthum“ w której na podstawie prawdziwych źródeł, mało znanych ogólnie, przedstawił zastosowanie zabiegów wodolecznicznych w stażytności. Godnem zaznaczenia jest, że hydroterapia grała dużą rolę w systemie leczniczym Celsa i Galena. W tych czasach stosowano na szeroką skalę wszelkiego rodzaju kąpiele: parowe, słoneczne, piaskowe, siarczane, żelazne, roślinne (ziołowe), zawiązania błotne, szlamowe i t. d.

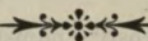
— h. — We Lwowie wybuchł epidemicznie tyfus brzuszny, w części miasta zaopatrywanej przez wodociąg tak zwany dominikański. Dotychczas było około 150 przypadków tej choroby.

NEKROLOGIA.



Jan Pobóg Konarzewski, doktor medycyny, urodzony w Chrobrzu w gubernii kieleckiej, b. adjunkt katedry anatomii opisowej w Uniwersytecie Jagiellońskim, następnie lekarz rządowy w Bośni, w końcu lekarz okręgowy w Galicyi, zmarł w Krakowie w dniu 18 listopada b. r. po długiej i ciężkiej chorobie, przeżywszy lat 54.

Sprostowanie. W n-rze 22 „Kron. Lek.“ na str. 921 wiersz 5 od góry, zamiast *umiejscowionych* winno być: *mniej zamożnych*.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

Leczenie gruźlicy krtani — Dr. Jan Sędziak — str. 927.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

458. G. Dieulafoy — Cuchnące wysięki do opłucny — str. 936. 459. Dr. F. Balzer — Przyczyny zakażenia ogólnego w rzeżączce — str. 937.

II. Choroby nerwowe.

460. Prof. Gumprecht — Niebezpieczeństwa przekłucia łądźwiowego; przypadki nagłej śmierci po niem — str. 939. 461. Croq — Istota ostrego zapalenia rdzenia kręgowego — str. 941. 462. P. Marie i Switalski — O wiaździe ze ślepotą — str. 942. 463. Dana — Paraplegia atactica subacuta. Degeneratio combinata subacuta — str. 943. 464. Jendrassik i Sherrington — O istocie odruchów ścięgnowych — str. 944. 465. Bruns — Obecny stan sprawy zachowania się odruchów kolanowych po przecięciu poprzecznem całkowitem rdzenia ponad okolicą łądźwiową — str. 946. 466. Van Gehuchten — Odruchy skórne i ścięgnowe — str. 947.

III. Choroby gardła, nosa i uszu.

467. S. Bernheim — Pierwotna gruźlica krtani — str. 948. 468. M. Schmidt — Rozpoznanie raka krtani — str. 949. 469. P. Hellat — Ślinotok psychiczny — str. 949. 470. E. Navratil — Operacyjne leczenie twardzieli — str. 950.

IV. Wiadomości pomniejsze (471—478) — str. 950.

V. List z Paryża — 954

Kronika bieżąca — str. 958.

Nekrologia — str. 962.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Ноября 1900 года.

O J C O W

Zakład Lecznicy dla chorych nerwowych.

Ścisły internat, dwóch stałych lekarzy. Wodolecznictwo, gabinet elektryczny, wody mineralne. Ceny mieszkań i stołowania w czasie zimowym niższe. Poczta i telegraf na miejscu. — Odległość od Olkusza stacyi kolei Iwangrodzko-Dąbrowskiej 19 wiorst. — Chorych umysłowo Lecznica nie przyjmuje.

Dyrektor Zakładu **Dr. Stanisław NIEDZIELSKI.**

Opuścić prasę:

Kalendarz dla lekarzy praktyków na rok 1901

w opracowaniu

D-ra Al. Fruchtmana

i zawiera działy następujące: **Część informacyjną** (Kalendarz kościelny, przepisy pocztowo-telegraficzne, spis lekarzy w Warszawie i w Królestwie praktykujących, spis akuserek warszawskich, wykaz zakładów leczniczych warszawskich, nowoobowiązującą opłatę aktową i wekslową), **Notatnik** na każdy dzień do zapisywania adresów. **Część lekarską** (najwyższe dawki środków lek. dla dorosłych, dawkowanie u dzieci, wykaz nowych środków lekarskich, dawkowanie przy zastrzykiwaniach podskórnych, przy wprowadzaniu do łącznicy oka, tabela rozpuszczalności w eterze, wyskoku wodzie i glicerynie, synonimy niektórych środków lek., wykaz miejscowości kąpiel. i leczniczych. Zatrucia, objawy i leczenie. Krótkie notatki otyatryczne. Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach. Skład najbardziej używanych pokarmów. Ilości pokarmów podawanych ssawcom. Czas izolacji uczącej się młodzieży po chorobach zakaźnych. Wzrost i waga mężczyzn i kobiet. Stopień rozwoju płodu w pojedynczych miesiącach. Wymiary płodów dojrzałych. Wzrost i waga zdrowego dziecka. (Tabela ciąży). — **Ogłoszenia.**

Cena za egzemplarz, oprawy ozdobnie w płótno angielskie **rb. 1 kop. 20**, z przesyłką pocztową **rb. 1 kop. 40.**

Nabywać można za pośrednictwem księgarni W-go E. WENDE i S-ka lub u wydawcy (plac Witkowskiego № 7).

MARIENBAD (Zdrojowisko światowe) Czechy

Marienbadzka sól zdrojowa.

w butelkach po 125 i 250 gr. i w paczkach po 5 gr.

Zawartość marienbadzkiej soli zdrojowej według analizy prof. D-ra Ludwiga Wiedeh.

Krystaliczna.	Sproszkowana.
Siarczan sodu . . . 34,31%	Siarczan potasu 0,66%
Węglan sodu . . . 5,46%	Siarczan sodu 54,38%
Sól kuchenna . . . 0,67%	Sól kuchenna 20,40%
Siarczan potasu . ślady	Dwuwęglan sodu 23,81%
Węglan lityny . ślady	Węglan lityny 0,08%
Woda krystaliczna 56,56%	Natrum boricum ślady
	Saletrzan sodu ślady
	Natr. bromatum ślady
	Kwas szczawiowy i tlen żelaza ślady
	Woda 0,67%

Wskazania: Zastępować może źródło marienbadzkie we wszystkich przypadkach, w których chorzy nie mogą udać się osobiście do Marienbadu. W przypadkach tych naturalna sól marienbadzka jest nie tylko najtańszą lecz i najlepszym środkiem przy ogólnym otuszeniu wątroby, serca, zaparcia stolca i plethora.

**Wszystkie wody Marienbad
w CZECHACH
Sklady we wszystkich aptekach i skła-
dach aptecznych Rosyji.**

Mattoniego Wyciągi Borowinowe Do kąpieli

Jedyny naturalny produkt zastępujący
LECZNICZE KĄPIELE BOROWINOWE
w domu i o każdej porze roku

Mattoniego sól Borowinowa

Mattoniego sól Borowinowa

Mattoniego ług Borowinowy

suchy wyciąg
w paczkach po 1 kilo

Mattoniego ług Borowinowy

płynny wyciąg
w butelkach po 2 kilo.

Przez szereg lat wypróbowane przy:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorosis, Anemia, Scrophulosis, Rachitis, wessania wysięków, Fluor albus, skłonności do poronień, częściowych porażeniach, niedowładach, podagrze, reumatyzmie, artryzynie, ischias i hemoroidach.

HEINRICH MATTONI

FRANCENSBAD Giesshübl Sauerbrunn WIEDEŃ KARLSBAD.

Dostać można we wszystkich aptekach, składach wód mineralnych i składach aptecznych.

Korzystając z porady i wskazówek panów lekarzy,
przygotowałem:

PŁYN DO KAPIELI
balsamiczno-leśnych,

składu następującego:

Ol. pini pumilionis (*Reichenhall*),
Ol. pini foliorum (*Abies petinata*),
Ol. juniperi baccarum i Ol. Terebinthinae gallici z małą ilością mydła alkalicznego, rozpuszczone w alkoholu.

Płyn ten zawiera 25% wyżej wymienionych olejków eterycznych we flakonach objętości 70—75 grammów.

OLEUM CUPRESSI

(*Cupressus sempervirens*)

w perełkach żelatynowych po 0,05 w połączeniu z ol. migdałowym 0,10, jako środek przeciw kokluszowi, dostać można w aptecę

H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska, róg Ś-to Krzyskiej.
w Warszawie