

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r K. Dudrewicz. Przyczynę do leczenia ostrego zapalenia ucha środkowego—str. 515. II. D-r A. Heyman. Przyczynę do postępowania lekarskiego w ostrych zapaleniach ucha środkowego—str. 521. III. D-r L. Rzeźniowski. Podstawy psycho-fizjologicznej teorii histeryi—str. 523.

IV. Dział sprawozdawczy: I. Choroby wewnętrzne. 286. Aspelin. O wartości hematokrytu Blix-Hedin'a—str. 532. 287. Ewest. Przyp. pęknięcia aorty u 13-letniego chłopca—str. 534. II. Choroby ukł. nerw. 288. Löwengren. Paralysis donloureuse (Chassaignac)—str. 535. 289. Friedmann. Materiały do poznania losu wysoku w ustroju zwierzęcym—str. 536. III. Choroby dzieci. 290. Ausset i Brassart. Powikłania mózgowie w przebiegu chorób zakaźnych żołądkowo-kiszczowych u dzieci—str. 537. IV. Wiadomości terapeutyczne: od № 291 do 293—str. 538. V. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawsk. str. 540. VI. Z Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego—str. 545. VII. List z Paryża—555. VIII. Bibliografia—str. 558. Kronika bieżąca—str. 559. Zmarli—str. 560. Ogłoszenia.

Sommaire du Nr. 13. I. D-r K. Dudrewicz. Sur le tritement d'otite moyenne aigue—p. 515. II. D-r A. Heyman. Sur le traitement d'otite moyenne aigue—p. 521. III. D-r L. Rzeźniowski. Sur la théorie psycho-physiologique de l'histerie—p. 467.

I. PRZYCZYNEK

DO LECZENIA OSTREGO ZAPALENIA UCHA ŚRODKOWEGO.

Podał

D-r Kazimierz Dudrewicz.

Przed kilku laty Zaufal wyraził zdanie, że ostre zapalenie ucha środkowego—otitis media acuta—ma przebieg cykliczny, kończy się bowiem zwykle 7 lub 8 dnia krytycznie lub per lysin i że wogóle kończy się daleko prędzej i lepiej w przypadkach, gdzie nie doszło do przedziurawienia błony bębenkowej. Leczenie tego zapalenia powinno mieć za zadanie zmniejszenie bólów choremu,

przeszkodzenie samoistnemu przedziurawieniu błony bębenkowej, jak również należy unikać i jej przekłucia. Jeżeli się nie udało zapobiedz przedziurawieniu bębenka, chory wtenczas zagrożony jest zakażeniem wtórnem przez przewód słuchowy: ostre zapalenie stać się może przewlekłym lub ciąg jego może się znacznie przedłużyć. Paracentezę bębenka Z a u f a l uważa za ostateczność.

Powyższe zdanie Z a u f a l'a, oparte na mocy dłuższego doświadczenia, podzielają poniekąd i inni autorzy, jak Hessler, L e r m o y e r.

W klinice Z a u f a l'a w Pradze jak również i w czeskiej klinice chorób uszu i nosa E. K a u f f m a n n a od lat kilku stosują specjalne leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego. W r. 1900 w Prager medic. Wochenschrift (№ 21—24) P i f f l, asystent Z a u f a l'a, ogłosił pracę o zasadach leczenia na klinice z przytoczeniem statystyki, iż na 482 przypadki otitidis mediae ac., spostrzegane w klinice w ciągu roku 1896, tylko w 10 doszło do paracentezy (przekłucia) błony bębenkowej.

Leczenie prowadzi się w sposób następujący: chory, zwykle gorączkujący, winien leżeć w łóżku, na ucho i do przewodu słuchowego powinien być położony okład rozgrzewający, napojony 2—5% rozczy-nem octanu glinu (Aluminium aceticum) lub Liq. Burowi. Do wewnątrz daje się *salicylan sodu* (po 0,5 co 2 godziny) lub nie mający ubo- cznego działania salicylanu sodu *Salophen* (w tych samych dawkach) W razie silnych bólów w uchu z początku stosuje się morfinę w czopkach, jodynuje okolicę ucha. Koniecznemi są przytem spokój bezwzględny, ścisła dyeta i środki rozwalniające. Jeżeli po 6—7 dniach podobnej kuracyi bóle nie ustają, gorączka się nie zmniejsza, a bóle nawet wzmagają się, wtenczas dopiero można przystąpić do prze- cięcia błony bębenkowej i wypuszczenia wysięku (resp. ropy). Ma się rozumieć, że przy współcześnie egzystującym cierpieniu nosa i jamy noso-gardzielowej, należy je leczyć jednocześnie.

Jak wiadomo, ostre zapalenie ucha środkowego rozpoczyna się prawie nagle bólami w uchu. Chory uczuwa w uchu jakby ciśnienie, ciągły szum, czasem tętnienie. Głuch szybko słabnie, a w miarę po- stępowania sprawy znika przy tworzeniu się wysięku. Stan ogólny bywa nietęgi; ciepłota podnosić się może do 39° i wyżej. Bóle w nocy stają silniejszymi, niż w dzień; nie ograniczają się one, lecz rozszerzają się na połowę głowy, zwiększając się przy ruchach szczę- kami. Często bardzo występuje ból przy ucisku wyrostka sutkowego. Ciągnie się to dni 3—4—5 lub 7. Przy badaniu obiektywnem znaj- dujemy zwykle bębenek zaczerwieniony, tylna górna część jego wy-

pukłona mniej lub więcej skutkiem ciśnienia wysięku: jeżeli zaś i błona bębnekowa przyjmuje udział w cierpieniu, to jej powierzchnia staje się mętną i jakby pokrytą szarym nalotem. Objawy powyższe występują w większym jeszcze stopniu, jeżeli dochodzi do utworzenia się wysięku ropnego. Wtenczas to po 2-3 dniach następuje przedziurawienie bębienka z ropieniem i choremu na razie robi się lepiej. Ostre zapalenia bywają najczęściej wtórne w chorobach zakaźnych: płonicy, odrze, ospie, grypie, zapaleniu płuc i t. p.

W ciągu swego pobytu w Pradze Czeskiej w roku 1900 miałem sposobność spostrzegać wiele przypadków pomyślnie leczonych metodą Zaufala, a następnie, zachęcony wynikami podobnego leczenia, w ciągu ostatnich $1\frac{1}{2}$ —2 lat spostrzegałem w Warszawie około 100 przypadków ostrego zapalenia ucha środkowego bądź na oddziałach i w ambulatoryum szpitalnem, bądź w praktyce prywatnej.

Przypadki te zapalenia ucha środkowego były rozmaitego pochodzenia. Z pośród tych 96 przypadków było 12 powikłań płonicy, 9 po odrze, 7 w grypie, 2 w durze, 2 pochodzenia błonicowego, 3 w zapaleniu płuc, 3 po zapaleniu migdałków gardzielowych, a 58 samoistnego (?) zapalenia, poprzedzonego zwykle nieżytem nosa lub jamy noso-gardzielowej, gdzie w etyologii można było zauważyć przeziębienie i t. p.

Pierwszym zabiegiem z mej strony było zmniejszenie bólów choremu, co prawie zawsze mi się udawało przy zastosowaniu morfiny w czopkach podług przepisu: Rp. Morphii mur. 0,005—0,015 Butyri Cacao q. s. ut f. l. a. bacillus auricularis. D. t. doses Nx. W razie maceracyi naskórka na bębunku stosowałem też morfinę z kokainą: Rp. Morphii mur. 0,005—0,01 Cocaini muriat. Merck 0.05—0.1 Butyri Cacao q. s. ut f. l. a. bacillus auricularis. Bóle ustawały bardzo prędko i chorzy mogli trochę spać, doznając przytem ulgi. Zaraz potem stosowałem na ucho i wyrostek sutkowy okład rozgrzewający stosownej formy z waty napojonej Liq. Aluminium acetici 2—3% pod ceratką na 12—24 godzin, po którego zdjęciu zwykle objawy zapalenia zmniejszały się: zaczerwienienie i wypuklenie tylnego górnego odcinka błony bębnekowej zmniejszało się, gorączka spadała. W ciągu doby podawałem chorym Natr. salicylicum lub Aspirynę po 0,6 4—5 razy, lub Salol po 0,5—4 razy.

Nałożenie okładu rozgrzewającego z Liq. Aluminium acetici na drugą, rzadziej na trzecią, a jeszcze rzadziej na czwartą dobę zwykle już bywało dostateczne, ażeby objawy zapalne zupełnie znikły: zostawało tylko upośledzenie słuchu, które trzeba było później leczyć. Z 96 przypadków, leczonych w sposób powyższy, przedziur-

rawienie bębenka nastąpiło tylko w 15 przypadkach (10 dzieci), gdzie doszło do ropienia—otitis media purulenta acuta—a z tych tylko trzy przeszły w stan przewlekły, trochę może z winy samych pacjentów, którzy niezbyt starannie wypełniali przepisy lekarskie. W pozostałych 12 przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie. Muszę nadmienić, że z pośród 15 przypadków samoistnego przedziurawienia błony bębenkowej pomimo leczenia było 8 powikłań pionicy, 2 grypy, 3 odry.

Paracentezę wykonałem tylko raz jeden w przypadku surowiczego zapalenia ucha środkowego piątego dnia choroby, gdzie nie było żadnego polepszenia, bóle wzmagaly się i temperatura doszła do 39^o,3. Po wypuszczeniu z jamy bębenkowej wysięku śluzowego t^o spadła do 38^o, a dopiero 7-go dnia po paracentezie do normy. Po 2 tygodniach nastąpiło wyleczenie; słuch wrócił do normy. W innym znów przypadku zapalenia ucha środkowego bóle powracały od czasu do czasu w przeciągu 9 dni, objawy zapalne nie znikaly, wypuklenie bębenka—bez zmiany, temperatura trzymała się około 38^o,0, a że chory nie zgadzał się na wykonanie paracentezy, zaleciłem 2 pijawki około ucha, dałem czopki morfinowe z kokainą, położyłem mu jeszcze raz okład rozgrzewający; bóle wkrótce zupełnie ustały, temperatura zaczęła spadać i w bardzo krótkim przeciągu czasu nastąpiło wyzdrowienie.

W jednym zaledwie przypadku zmuszony byłem dokonać trepanacyi wyrostka sutkowego: dotyczył on pacjentki lat 28, która cierpiała na grype. W kilka godzin po wystąpieniu bólów w uchu już była przezemnie leczoną okładami, jak opisałem wyżej; szalone bóle zmniejszyły się znacznie, t^o z 38,4 opadła do 37^o,2; po 48 godzinnych okładach skonstatowałem znaczną poprawę, wypuklenie bębenka znikło, t^o normalna, bólów w uchu niema, wyrostek sutkowy nieboleśny. Dopiero czwartego dnia po ostatniej wizycie zostałem wezwany do chorej, która skarżyła się na ból za uchem na wyrostku, t^o około 37^o,3. Zastosowałem leczenie przeciwzapalne, które przyniosło ulgę bardzo nieznaczną. Wobec więc bólów i nacieczenia wyrostka sutkowego wykonałem trepanacją 14-go dnia od początku bólów w uchu, a 7-go pojawienia się objawów ze strony wyrostka. Pooperacyjne gojenie sprawy postępowało nadzwyczaj szybko. W przypadku tym powikłanie ze strony wyrostka sutkowego objaśniam sobie tylko infekcją grypową; przekłucie bębenka nie byłoby również zapobiegło temu powikłaniu, jak to niejednokrotnie spostrzegano.

Przytoczę tu kilka z mych spostrzeżeń, które dowodzą, zgodnie z poglądem Zaufala, że rzeczywiście 7 lub 8 dnia choroby nastę-

pował zwrot ku zdrowieniu w zapaleniu surowiczem ucha środkowego, gdyż jednorazowemu okładowi niepodobna przypisywać przerwania sprawy tembardziej, że chorzy poprawiali się nie tylko miejscowo, ale i ogólnie.

Spostrzeżenie 1-e. Adam K., l. 23, student uniwers., zgłosił się 6-go dnia choroby, skarżąc się na bóle w lewym uchu, szczególnie w nocy, brak snu, upośledzenie słuchu. Przy badaniu znalazłem błonę bębenkową czerwoną, trochę wypukłą w górnej tylnej części, słuch osłabiony, t^o 37^o,7. Założyłem mu okład rozgrzewający z Liq. Bourouii, poczem noc przespał spokojnie, bębenek na drugi dzień był czerwony, ale mniej, wypuklenie znikło, t^o 36^o,9. 8-go dnia choroby było jeszcze upośledzenie słuchu, 10-go dnia po duszu Politzera słuch się poprawił, 14-go dnia—normalny. Długość choroby 8 dni.

Spostrzeżenie 2-e. Stanisław H., l. 29, urzędnik kolejowy, skarży się na bóle w uchu prawem po silnym katarze nosa od 5 dni, szczególnie chwilami tak, że odchodzi od zmysłów. Rozpoznałem otit. med. acuta dextra. T^o 37^o,9. P.—96. Po okładzie z liq. aluminii acetici pod ecratką objawy chorobowe na drugi dzień znikły i chory szybko przyszedł do siebie. Długość choroby 7 dni.

Spostrzeżenie 3-e. Wacław W., l. 17, uczeń. Od 5 dni silne bóle w prawym uchu i uczucie rozpychania: t^o 38^o,2, przy wycieraniu nosa silny ból w prawym uchu, słuch bardzo upośledzony. Założony kompres, poczem noc przespał spokojnie, nad ranem pościł się, rano miał 36^o,6. Słuch osłabiony, bóle ustały, poczem objawy otitis mediae acutae znikły w ciągu dwóch dni. Długość choroby 7 dni.

Spostrzeżenie 4-e. Jan P., l. 45, obywatel ziemski. Od 7 dni otitis media acuta z podniesieniem ciepłoty do 37^o,5—37^o,6, bólami głowy i upośledzeniem słuchu. Po jednorazowym założeniu kompresu—wyzdrowienie. Długość trwania choroby 8 dni.

Spostrzeżenie 5-e. Władysław L., l. 30, stolarz, cierpi od 2-eh dni: znalazłem objawy otit. m. acutae, z 37^o,9 i silnymi bólami w głowie i szyi. Leczenie: morfina w czopkach i kompres rozgrzewający w ciągu trzeciego dnia, poczem t^o spadła do normy, bóle ustały zupełnie, a w ciągu następnych dwu dni zupełnie wyzdrowienie. Ciąg choroby—5 dni.

Streszczając się, muszę nadmienić, że omawiane cierpienie u mych chorych trwało najkrócej 5 dni, najdłużej 10 dni, bóle zazwyczaj znikły po jednym—dwu dniach stosowania okładów rozgrzewających i morfiny.

Jeżeli nastąpiło przedziurawienie bębenka, w takim razie należy zachować jaknajwiększe ostrożności antyseptyczne, ażeby uniknąć

zakażenia wtórnego. W razie ukazania się wydzieliny z ucha w praskich klinikach stosowano wycieranie przewodu watą wyjąłowaną i wkładanie doń kawałków gazy airołowej lub kseroformowej. Ja stosowałem u swych chorych podobne leczenie: po dokładnem oczyszczeniu ucha wacikami z waty wyjąłowanej, lekko wkładałem do przewodu słuchowego mały trójkątny kawałeczek wyjąłowanej lub 10% airołowej gazy. Zmieniam gazę, skoro tylko przemokła lub zmienia kolor z popielatego na ceglasto-czerwony, każdorazowo przecyszczając ucho dobrze wacikami. Po 2—3 dniach wydzielina zmniejszała się, najdłużej po 8—10 dniach znikala i perforacja się goiła.

Przestrzykiwań ucha nie stosowałem nigdy w pierwszych dniach ropienia, bo jakkolwiek niektórym chorym przynoszą pewną ulgę na razie, jednak nie mają dobrego wpływu na przebieg cierpienia.

Przeczekawszy po zagojeniu perforacyi dzień lub dwa, przystępowałem do wdmuchiwania powietrza sposobem Politzera, a następnie przez cewnik, poczem słuch się zupełnie poprawiał. W celu pomóżenia wessaniu wysięku zapalnego, a także w celu poprawy słuchu *Za u f a l* stosuje masaż, polegający na gładzeniu szyi w kierunku od ucha do ramienia (2—3 seanse po kilka minut).

Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego jest wdzięczne i daje dobre wyniki. Rokowanie, prawda, w znacznej części zależne jest od ogólnego stanu zdrowia chorych i odpowiedniego ich zachowania. Prawda, że czasem bywają zapalenia, które wklajają się prawie odrazu zajęciem wyrostka sutkowego, jak często, np., bywa w grypie, lecz w ogromnej większości przypadków cierpienie to, nawet jako wtórne w chorobach zakaźnych, przybiera przebieg dobrotliwy, nie przechodzi w ropienie, jeżeli odrazu przy pierwszych objawach ze strony ucha weźmiemy się do energicznego leczenia. Dlatego to lekarze przy najmniejszym podniesieniu ciepłoty, skargach chorego na ból głowy lub ucha, przytępienie słuchu, winni zwracać baczną uwagę na uszy, ażeby odpowiedniemi i szybkimi postępowaniem chorobę przerwać i starać się do ropienia nie dopuścić.

Styczeń 1902 r.



II. PRZYZYNEK DO POSTĘPOWANIA LEKARSKIEGO W OSTRYCH ZAPALENIACH UCHA ŚRODKOWEGO

Podał

Alfred Heiman (syn).

Od lat kilku wre spór między otyatrami w kwestyi przekłucia błony bębenkowej w ostrych sprawach zapalnych ucha środkowego. O ile jedni (Körner, Grunert, Jansen) żądają jaknajśpieszniejszego (w przeciągu 24 godzin) otworzenia błony bębenkowej w tego rodzaju przypadkach, o tyle przeciwnicy (Piffel, Zaufal) nie zgadzają się na zbyt wczesne wykonywanie tego rękoczynu. Pierwsi twierdzą, że wczesna paracenteza błony bębenkowej sprzyja prędszemu zakończeniu sprawy zapalnej i zapobiega powikłaniom ze strony wyrostka sutkowego, niewykonywanie jej zaś wywołuje często następstwa bardzo opłakane, przeciwnicy natomiast nie przypisują paracentezie tego znaczenia, opierając się na tem, że wiele ostrych zapaleń ucha środkowego przechodzi bez pęknięcia błony bębenkowej, że leczenie miejscowe i przeciwzapalne w większej ilości przypadków wystarcza najzupełniej i t. d.

Obeznawszy się z pracami zwolenników paracentezy i sądząc z opisów o otrzymywanych przez nich doskonałych rezultatach, powziąłem zamiar przedsięwzięcia prób w tym kierunku. Lecz, nie stety, spotkałem poważną przeszkodę ze strony samych pacjentów, którzy, jak wiadomo, są u nas jeszcze bardzo przeciwni wszelkim zabiegom chirurgicznym, chociażby i z korzyścią dla ich zdrowia. Nolens volens zwrócić się musiałem w stronę przeciwną, to jest zadowolnić się postępowaniem miejscowym i przeciwzapalnym. Dzisiaj wyboru tego nie wypada wcale mi żałować, jak się o tem przekonać można z mego niewielkiego materiału.

Postępowanie moje zasadało się na stosowaniu pijawek na wyrostek sutkowy, lodu lub gorących okładów (stosownie do tego co chorzy lepiej znosili), środków kojących do ucha i preparatów salicylowych w dużych dawkach do wewnątrz. Oprócz tego zalecałem dyetę i absolutny spokój.

Na 48¹⁾ przypadków ostrego zapalenia ucha, w 37 zapalenie przeszło bez uciekania się do paracentezy błony bębenkowej, w 11 zaś

1) Dotyczy tylko dorosłych.

z powodu gwałtownych objawów było wykonane przecięcie błony bębenkowej. Z tych 37 przypadków 11 przypadło na ostre zapalenie nieżytowe ucha środkowego i 26 na ostre ropne zapalenie. W ostatnich 26 przypadkach nastąpiło samoistne przedziurawienie błony bębenkowej między 5—10 dniem od początku zapalenia i występował obfity ropotok, lecz objawy gwałtowne znikły zawsze przy wyżej wymienionem postępowaniu w przeciągu 2—3 dni. Zapalenie zaś ostre nieropne kończyło się zupełnie pomyślnie w przeciągu 7—10 dni, pozostawiało jedynie upośledzenie słuchu.

Z 11 przypadków paracentezy, wykonanej między 6—8 dniem z powodu gwałtownych objawów, nie ustępujących leczeniu przeciwzapalnemu, 4 przypada na ostre nieżytowe zapalenie, 7 zaś na ostre ropne. W pierwszych 4 przypadkach, paracenteza nie wpłynęła zupełnie na zmniejszenie się bólów i wysokiej gorączki, w przypadkach zaś ostrego ropnego zapalenia następowała ulga w przeciągu kilku do kilkunastu godzin przy jednoczesnym ropotoku z ucha. W tych wszystkich przypadkach przekłucia błony bębenkowej żadnych powikłań nie skonstatowano, natomiast w przypadkach ostrego ropnego zapalenia, w których błona bębenkowa przecięta nie została, 2 miały zejście niepomyślne, skończyły się bowiem trepanacją wyrostka sutkowego, w 6 zaś z nich zapalenie przeszło w stan przewlekły ropny. W obu przypadkach trepanacyi, po 2 tygodniach ropienia z ucha, nastąpiło zatrzymanie się ropy, lecz chorzy pod żadnym warunkiem nie chcieli się zgodzić na przecięcie błony bębenkowej. Po 4—5 tygodniach ciż sami chorzy przychodzili znowu do mnie z gwałtownymi objawami zapalenia wyrostka sutkowego, co pociągnęło za sobą trepanację. Przejście sprawy ostrej ropnej w 6 przypadkach w stan przewlekły należy przypisać także i niedbalstwu samych chorych, którzy, po ustaniu bólu w uchu, zaprzestali kuracyi, po wielu zaś tygodniach zjawili się znowu ze skargami na ropienie z ucha.

Z tego co tu przedstawił, jest widoczne, że nie można nie oddać pierwszeństwa leczeniu przeciwzapalnemu w ostrem nieżyto-
wym lub ostrem ropnym zapaleniu ucha środkowego, lecz i paracentezy unikać nie należy. Powinno się jednak mieć zawsze na uwadze, że przekłucie błony bębenkowej jest wtenczas na miejscu, kiedy inne środki zawodzą. Doskonałym wskaźnikiem w tych razach jest *ból* i wysoka gorączka. Jeśli pomimo wszelkich środków uspokajających i przeciwzapalnych, ból w uchu przez 4—5 dni nie zmniejsza się, a nawet powiększa, co wskazuje na rozszerzenie się sprawy zapalnej, należy dokonać paracentezy, która w ostrych sprawach ropnych ucha

środkowego przynosi choremu zawsze ulgę i zapobiedz może powikłaniom. Przekłuwać błonę bębenkową należy także, jeśli ból w uchu, po przerwie kilkudniowej, występuje nanowo z jednakową gwałtownością.

Zresztą te i inne wskazania do paracentezy błony bębenkowej dali już Schwartz, Politzer i Jacobsohn: mają one znaczenie dla otyatrów do dziś dnia, nie zawierając w sobie nic nowego, poszły tylko nieco w zapomnienie w zapale, z jakim spotkano nowe poglądy, dotyczące wczesnej i czystej paracentezy. Twierdzenia zwolenników tego zabiegu, że niewykonywanie wczesne przekłucia błony bębenkowej jest bardzo często powodem najgroźniejszych powikłań, tak samo jak ich dowodzenia na zarzuty przeciwników do szkodliwości w wielu razach wczesnej paracentezy, zostały już przez innych autorów obalone w tym sensie, że powikłania w ostrych sprawach ropnych należą wogóle do rzeczy rzadkich.

Nakoniec dodać należy, że stosowanie preparatów salicylowych do wewnątrz gra znaczną rolę w ostrych sprawach ucha środkowego, przekonano się bowiem, że zapalenie przebiega w daleko łagodniejszej formie.



III. PODSTAWY PSYCHO-FIZYOLOGICZNEJ TEORYI HISTERYI

jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego
szkoły Salpêtriere.

Napisał

L. Rzezniewski.

(Ciąg dalszy).

Przyjrzyjmy się z kolei automatyzmowi ruchów, resp. aktów.

2. Abulia. Aproxia.

Powszechnem i zupełnie słusznem jest przekonanie, że hysterycy mają osłabioną wolę i to zarówno wolę pobudzającą jak powstrzymu-

jąca. Abulia nie jest wprawdzie cechą wyłączną histeryi, gdyż spotyka się ją również w innych stanach psychopatologicznych. Wszelako rola abulii w histeryi jest tak ważna, że należy uznać ją za *główne psychologiczne znamię* tej choroby. Ze stanowiska psychologii ogólnej wola jest zjawiskiem niesłychanie złożonem, niemniej przeto ze stanowiska psychologii klinicznej jedynie na podstawie pierwotnej abulii opierając się można objaśnić sobie masę objawów histeryi, a co ważniejsza ona jest również podstawowym warunkiem suggestyjności histeryków, jeśli suggestyę i suggestyjność rozumiemy w ścisłym psychologicznym znaczeniu tego wyrazu. Na podstawie osłabienia woli tłumaczy się instynktowa potrzeba, jaką odczuwają ci chorzy poszukiwania kierownictwa na zewnątrz siebie, jeśli mają przedsiębrać jakąkolwiek celową pracę bądź myślową, bądź czynną byle nie nawykową, a zatem poprzedzaną tem cō może trudno określić, lecz co każdy odczuwa łatwo jako zjawisko wewnętrzne zwane *wysiłkiem*. Ze zwykłej obserwacji chorych łatwo przejść do wniosku, że właściwa choroba zaczyna się od chwili, gdy chory mimo nawet najlepszych chęci powstrzymującego wpływu na objaw nienormalny samodzielnie wyrzucić nie jest w stanie. Już w 1883 r. lekarz angielski William Page w dziele swem traktującym o nerwicach urazowych użył wyrażenia, że w histeryi mamy raczej do czynienia z istotnem osłabieniem woli niż z uporeczywem niechceniem. Lekarz ten frazes histeryków „nie mogę“ radzi pojmować jako „nie mogę chcieć“ („I can not“ but it is „I can not will“). Otóż wola w przejawie swym jako *uwaga czynna czyli dowolna* była przedmiotem badań doświadczalnych u histeryków, a wyniki otrzymane doprowadziły do wniosku, że stan uwagi dowolnej ma szczególnie ważne znaczenie w histeryi.

Przejście któreśmy zrobili nagle od anestezji do abulii tem właśnie usprawiedliwić możemy, że Aprozexia, czyli niemoc uwagi (*α προσηξις* = nie uważać) jest czynnikiem psychologicznym mającym znaczny wpływ na powstawanie anestezji histerycznej w ogóle, w szczególności zaś na powstawanie pewnej specjalnej postaci anestezji, którą P. Janet nazywa *anestezją przez rozstargnienie*. W wyższych stopniach aprozexii histeryk dystrakt, który słuchając osoby do niego mówiącej, kojarząc obraz wzrokowy ze słyszanemi wyrazami i syntetyzując tę ograniczoną ilość wrażeń zmysłowych ze swą samowiedzą prawie że nie widzi, nie słyszy i nie czuje już nic więcej pozatem może służyć za przykład tego rodzaju anestezji. W tej postaci anestezji żadne wrażenie zmysłowe może nie być stale nieświadome, lecz każde może być podświadome chwilowo i wtedy

będziemy mieli do czynienia z *anestezją o granicach zmiennych*. Ponieważ nadto wrażenia podświadome nie należą koniecznie do jednego zmysłu, zatem gdy uwagę osobnika będziemy *kolejno* zwracali na oddzielne wrażenia zmysłowe, wydać się może pozornie, że czuje on wszędzie. Nie trudno byłoby też dowieść w zakresie wszystkich gatunków anestezji historycznej, że mogą one w naturalnym rozwoju choroby powstawać przez *zaniedbanie zwracania w ich kierunku uwagi*. Histeryk abulik ma skłonność do posługiwania się wrażeniami zmysłowymi jednego gatunku np. wzrokowemi, zaniedbując zrazu dobrowolnie syntetyzowanie wrażeń innego gatunku np. wrażeń dotykowych. Z początku brak syntezy wrażeń zaniedbywanych jest chwilowy i prawie dobrowolny. Lecz z czasem przez zaniedbanie ćwiczenia synteza owych wrażeń staje się niemożliwą i powstaje *anestezja o granicach stałych*.

Oddawna zadawano sobie pytanie dlaczego w naturalnym rozwoju choroby anestezja historyczna lokalizuje się mniej więcej stale w jednakowy sposób. Najtrafniejszą zdaje się być hipoteza, że choroby tracą czucie świadome tego gatunku wrażeń zmysłowych, bez których najłatwiej w życiu codziennem obejść się mogą. Histerycy np. tracą częściej czucie dotykowe niż wzrokowe, ponieważ nabytki pierwszego z nich stają się mniej ważne w wieku dojrzałym. Histerycy tracą częściej czucie dotykowe po stronie lewej niż po prawej, prawdopodobnie dlatego, że posługują się więcej stroną prawą i t. p. Nie znamy jednak tak dokładnie znaczenia każdej sensacji miejscowej i dlatego zapewne może się nastęrczać trudność w wytlomaczeniu szczególnie jakiejś repartycji anestezji historycznej.

Ogólnie stosunek uwagi dowolnej do anestezji historycznej streścić można w sposób następujący:

1) Histerycy z rozwiniętymi i ustalonymi anestezjami w zwykłym swem zachowaniu nie zdradzają tych anestezji z przyczyny, że przyzwyczaili się niepostrzegane sensacje zastępować wrażeniami innych zmysłów.

To też, gdy podczas badania lekarskiego zwróconą zostanie uwaga chorych na ich anestezje wtedy dopiero je postrzegają.

2) Przy pewnem podnieceniu uwagi w tym kierunku udaje się niekiedy histerykowi postrzeżoną anestezję wyrównać t. j. czucie utracone przez zaniedbanie za pomocą pewnego wysiłku uwagi odzyskać. Zdarza się to jednak zwykle tylko wówczas, gdy anestezja niezbyt zadawniona ani zupełna i skutek może być wówczas trwały. Niemożność wyrównania na tej drodze anestezji historycznej zależy albo od niemożności utrwalenia uwagi w tym kierunku, z przyczyny

znacznego stopnia aprosexii, lub też przy wysiłku niepomiernym w jednym kierunku, może okazać się równolegle ubytek czucia w innym kierunku.

3) Są wreszcie histerycy, u których kolejne badanie narządów zmysłów nie wykrywa wprawdzie anestezji o granicach stałych. Mogą to jednakże być wspomnieni już wyżej osobnicy, którzy w chwili, gdy okazują zdolność świadomego postrzegania wrażeń jednego zmysłu, na który zwróconą jest w danej chwili ich uwaga, okazują się w tejsze chwili znieczuleni w zakresie wrażeń wszystkich innych zmysłów. Jest to wspomniana anestezja przez roztargnienie czyli przez osłabienie uwagi dowolnej.

Ponieważ anestezja przez roztargnienie może mieć miejsce i u osobnika zdrowego w chwilach silnego skupienia uwagi czy to na pewnym wrażeniu postrzeganym, czy na pewnej myśli trzeba więc jeszcze zaznaczyć czem różni się roztargnienie histeryków od chwilowego roztargnienia osobnika zdrowego. Różni się ono tem:

1) Że niema tam zwykle dowolnego wyboru wrażenia, w ścisłym psychologicznym znaczeniu. Dla dowolnego wyboru potrzeba postrzegać jednocześnie większą ilość wrażeń różnych, następnie niektóre eliminować a na inne zwrócić uwagę. W histeryi zaś pozorny wybór jest właściwie automatycznym rozwojem tego lub owego wrażenia, które o ile powtarza się częściej o tyle kojarzy się łatwiej z tym lub owym przedmiotem, który je wywołuje.

2) Że u zdrowego brak uwagi w kierunku innych społecznych wrażeń jest kompensowany dokładniejszymi i liczniejszymi postrzeżeniami pochodzącymi od postrzeganego przedmiotu. U histeryków zaś ich roztargnienie nie jest niczem kompensowane. Wrażenia, na które zwróconą jest ich słaba uwaga nie są przez to zazwyczaj ani liczniejsze, ani dokładniejsze.

3) Że roztargnienie może się zdarzać u zdrowego lecz zwykle chwilowo. U histeryka zaś jest ono stanem uwagi dowolnej ciągłym, trwałym.

Taż niemoc uwagi (Aprosexia) przeszkadzająca histerykom w dokładnem postrzeganiu wrażeń zmysłowych odbija się w podobny sposób na tworzeniu idei, zwłaszcza nowych. Napięcie uwagi dowolnej w tym kierunku jest trudne, nietrwałe, towarzyszą mu przypadłości, wynik zaś bywa częstokroć minimalny. Idee nowopowstające są niejasne, wątpliwe. Odnosić się to może nawet do myśli zwykłej codziennej. W wyższych stopniach abulii uwaga chwilami jakby ginie, osobnik nie zdaje sobie sprawy z wrażeń odbieranych od otoczenia, z tego co do niego mówią a zwłaszcza i to jest szczególnie charakte-

rystycznym w histeryi, *chory syntetyzuje w swej świadomości małą tylko stosunkowo ilość wrażeń naraz*. Gdy zajęty jest jedną myślą na inne niema już miejsca spólcześnie w jego świadomości, dowolnie może też wykonywać jeden tylko akt lub mało co więcej naraz, na co zwrócił uwagę jeden z pierwszych autorów A. Pick ¹⁾.

O stosunku jednak uwagi dowolnej do aktów pouczają najlepiej wyniki mierzenia uwagi u histeryków.

Do mierzenia uwagi używane były różne metody:

1) Metoda wykonywania zadanej pracy umysłowej.
2) Metoda oznaczania zmian w polu widzenia podczas natężenia uwagi dowolnej.

3) Wreszcie metoda psychometryczna t. j. mierzenie czasu t. zw. reakcyi prostej porównawczo u zdrowych i u histeryków.

Co do 1. Najprostszem byłyby określenie większej lub mniejszej trudności z jaką chory przez wysiłek uwagi do którego go pobudzamy odnajduje np. czucie świadome zatracone w pewnym zakresie.

Tam, gdzie anestezyi brak lub jest głęboka bada się zdolność czynienia postrzeżeń nowych. Wymaga się przytoczenia w streszczeniu przeczytanego ustępu, rozwiązania matematycznego zagadnienia lub coś podobnego.

Sposoby badania uwagi za pomocą takiej metody są praktyczne, gdyż można je urozmaicać i stopniować według wymagań danego przypadku. Lecz ponieważ wynik ich nie daje się łatwo wyrażać przeto szukano innych metod.

Co do 2 go. P. Janet jest wynalazcą metody polegającej na badaniu zmian zachodzących w obszarze pola widzenia jako wykładnika zmian uwagi. Janet uważa w ogóle zwięźenie dośrodkowe pola widzenia u histeryków jako znamię osłabienia uwagi. Żeby wykazać wpływ uwagi na granice pola widzenia, obmyślił Janet takie warunki doświadczenia, aby można było mierzyć pole widzenia podczas, gdy osobnik robi wysiłek uwagi. W tym celu w centrze kampimetru umieszcza on parę wierszy do przeczytania lub parę cyfr, z któremi chory ma zalecone wykonać pewne ćwiczenie arytmetyczne a jednocześnie zwykłym sposobem badane są zmiany w granicach jego pola widzenia. Badanie to wykazało, że jeśli u człowieka fizycznie i du-

¹⁾ A. Pick. Ueber die sogenannte „conscience musculaire (Duchenne)“. Zeitschrift für Psych. und Physiologie der Simes organe t. IV. 1892 r.

ehowo zdrowego natężenie uwagi mogło sprowadzać zwężenie pola widzenia nieznaczne 5° — 10° , to u historyków badanych przedtem i podczas doświadczenia pole widzenia zwężało się znacznie więcej. W pewnym np. przypadku pole widzenia z 85° — 60° przed doświadczeniem mogło się zwęzić do 10° we wszystkich kierunkach podczas doświadczenia. Niektórzy chorzy tracili nadto podczas tego doświadczenia czucie skórne.

Co do 3-go. Najciekawszych jednak wyników dostarczyła metoda badania psychometryczna, a mianowicie badanie czasu t. zw. reakcyi prostej¹⁾

Wyrażając dane, które otrzymano za pomocą tej metody badania w sposób ogólnie przystępny mogę powiedzieć, że najprzód okazało się z doświadczeń na osobnikach niewycwiczonych tak zdrowych jak chorych, iż czas reakcyi w początku doświadczenia okazuje wahania i nieregularności zależne od nieprzyzwyczajenia osobnika. Następnie w toku doświadczenia okazywały się już mniejsze wahania i nieregularności, które można przypisać przyzwyczajeniu się i które odpowiadają okresowi natężonej uwagi, następnie zjawiały się znowu wahania i nieregularności, które niewątpliwie są zależne od zmęczenia uwagi.

¹⁾ *Uwaga.* Mogę w pracy niniejszej streścić tylko bardzo pobieżnie powody, dla których mierzenie czasu reakcyi prostej służy za miarę uwagi. W *u n d t* i jego szkoła stwierdzili, że uwaga skracą czas reakcyi prostej (t. j. czas, który upływa między wrażeniem prostym a ruchem będącym odpowiedzią na to wrażenie). Tak, że czas reakcyi prostej może być uznany za wykładnik stanu uwagi podczas doświadczenia. Szkoła jednak niemiecka eksperymentowała wyłącznie na osobnikach zdrowych i wycwiczonych w tym kierunku doświadczeń laboratoryjnych. Pierwszy *Flournoy* podał myśl badania w tym kierunku i nowicuzów, a *Patrizzi* (*Arch. italiennes de Biologie* t. XXII fasc. 2) podał metodę zestawiania wielkiej ilości czasów reakcyi prostej następujących po sobie pod postacią linii krzywych czyli grafik (*processigrammes*), które można uważać za miarę wytrwałości uwagi. Już w 1893 r. *Philippe* i *Henri* mierzyli wpływ roztargnienia historycznego na czas reakcyi. Lecz o ile mi wiadomo dopiero w *Salpêtrièr*e zastosowano tę metodę w klinice do mierzenia uwagi za pomocą reakcyi prostej na wrażenia dotykowe, wzrokowe, słuchowe u chorych, porównanie tych grafik z grafikami otrzymanymi u ludzi nieobtych z tego rodzaju doświadczeniami lecz zdrowych duchowo i cieleśnie. Porównywano tam nadto dane otrzymane za pomocą tej metody badania z danymi dobytymi innymi metodami, oraz zwracano pilną uwagę na zachowanie się samych chorych podczas doświadczenia. Wyniki tych badań były poraz pierwszy przedstawione na kongresie psychologicznym międzynarodowym w *Monachium* w 1896 r. Co do technicznej strony metody tej przytaczać jej tu nie mogę i odsyłam do dzieła *Raymonda* i *P. Janeta* p. t. *Névroses et idées fixes*. Paryż 1898 r. t. I.

Otóż czas występowania zmęczenia uwagi jest odmienny u histeryków niż u zdrowych.

Zmęczenie uwagi u zdrowych występuje przecięciowo po 15 minutach, u histeryków zaś albo od samego początku doświadczenia i przez cały czas jego trwania okazują się wahania i nieregularności i przerwy w grafice czasów reakcyi, lub też te zjawiska występują na początku doświadczenia, jak u zdrowych, następnie reguluje się czas reakcyi, lecz wahania w skutku zmęczenia uwagi pojawiają się znacznie prędzej niż u zdrowych np. (już po 7 minutach).

Z takich krzywizn wyprowadzić można przedewszystkiem ten wniosek, że ponieważ zmniejszenie uwagi wyrażało się przedłużaniem i nieregularnością czasów reakcyi istnieje zatem ścisły związek między charakterem krzywizn czasów reakcyi a uwagą, co zresztą dawało się stwierdzić przy porównaniu z wynikami badań uwagi u dorosłych osobników za pomocą innych metod. W dalszych jednak doświadczeniach za pomocą tej metody dokonywanych w laboratorium psychologicznem w Salpêtriére otrzymywano niekiedy u histeryków krzywizny nie różniące się od krzywizn otrzymanych u ludzi zdrowych, lub co dziwne regularniejsze w tem znaczeniu, że przy dłuższem trwaniu doświadczenia przeciągającym się np. do pół godziny otrzymywano wciąż wahania nieznaczne i regularne. Jednocześnie badani za pomocą innych metod ciż sami chorzy wykazywali wysoki stopień szybkiego wyczerpywania się uwagi. Nadto u jednych i tych samych osobników i przy wszystkich warunkach zewnętrznych doświadczenia tych samych otrzymywano w różnych czasach grafiki różne, raz jak u zdrowych, drugi raz jak u chorych i wcale nie odpowiadające ogólnemu stanowi zdrowia osobników badanych w odpowiednich okresach czasu. Takie krzywizny musiano uznać za *paradoksalne* i szukano ich wyjaśnienia.

Zwrócono więc przedewszystkiem baczniejszą uwagę na zachowanie się chorych podczas doświadczenia. Okazało się, że jedni chorzy wyglądają podczas doświadczenia jak przy ciężkiej pracy wymagającej wysiłku, inni zaś są spokojni i obojętni. Pierwsi dostarczali grafik nieregularnych już po kilku minutach, drudzy grafik równomiernie regularnych, nawet gdy doświadczenie przedłużało się do 30 minut.

Pytani pierwsi objaśniali, że robili co mogli, przez cały czas uważali na sygnał i czują się znużeni, drudzy zaś, że nie mogli oprzeć się znużeniu i mimowoli nasuwały im się podczas doświadczenia inne myśli.

Wreszcie zdarzył się przypadek, w którym chora w trakcie doświadczenia rozpoczętego w zwykłych warunkach dostała ataku ekstazy historycznej. Atak ten jednak nie przeszkodził jej bynajmniej naciskać regularnie na przerywacz, czyli odpowiadać ruchem na sygnał. W tym przypadku można było przeciągnąć doświadczenie bez przerwy do 2¹/₂ godzin i otrzymać grafikę odpowiadającą stanowi przed, podczas i po ataku.

Doświadczenie to pozwalało na wyprawdzenie stanowczego wniosku, że grafiki czasów reakcyi prostej nie zawsze mogą służyć za miarę istotnego wysiłku uwagi dowolnej, gdyż niekiedy mogą być wyrazem aktu automatycznego a zatem 2-ch rzeczy całkiem z sobą sprzecznych i nawzajem się wykluczających. Doświadczenia sprawdzające ten wniosek na innych osobnikach, również wypadły potwierdzająco.

Jesli więc L a n g e już uważał, jak się zdaje reakcyę, gdy osobnik zwraca uwagę na sygnał za więcej dowolną, gdy zaś zwraca uwagę na ruch za więcej zbliżoną do odruchu, to z wymienionych wyników doświadczeń nad histerykami można wnioskować, że histerycy dający grafiki nieregularne istotnie uważali na sygnał, dający zaś grafiki regularne w rzeczywistości na nic nie uważali i o czem innym wtedy myśleli.

Charcot i Paul Richer robili swego czasu doświadczenia nad wykazaniem, że w anestezji mięśniowej historycznej, brakiem zmęczenia mięśniowego można objaśnić długotrwałość pewnych poz i ruchów, ponieważ jednak grafiki paradoksalne nie pochodziły wyłącznie od chorych z anestezją przeto można wykluczyć jako moment przyczynowy brak zmęczenia mięśniowego i przyjmując jako jedyną przyczynę zmęczenie jakie odczuwa badany osobnik w głowie, czyli *istotne znużenie uwagi*. Fakt ten stwierdza względną łatwość, prostotę zatem i szybkość ruchów automatycznych w porównaniu z ruchami dowolnymi, które są powolniejsze i trudniejsze ¹⁾.

Okazuje się również, że reakcyja świadoma, przy której badany osobnik, mógłby powiedzieć „ja czułem wrażenie i ja wykonałem ruch reakcyi“ nie jest mimo pozorów tak zupełnie prostą, to znaczy, że zjawisko psychologiczne czucia jak również wyobrażenie ruchu komplikują się przez dodatek idei „ja“.

¹⁾ W Arch. de Neurologie z 1890 r. O n a n o w wykazał, że czas reakcyi ruchów podświadomych t. j. ruchów, które są następstwem pobudzeń okolic anestetycznych jest krótszy niż czas reakcyi na pobudzenia odczuwane.

Nic dziwnego, że u histeryków, u których wyższe zjawiska psychologiczne z powodu istotnego wyczerpania ich energii nerwowej są nader trudne, reakcja świadoma nie może powtarzać się ani często ani długo.

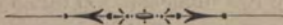
Lecz dowiedzieliśmy się nadto, że w skutku zmęczenia reakcja u tych chorych zamienia się na bezwiedną.

Ze stanowiska psychologicznego taką właśnie reakcją należałoby nazywać prostą, gdyż w niej i wrażenie czuciowe i wyobrażenie ruchowe są izolowane i dlatego też reakcja automatyczna jest łatwiejsza, krótsza i regularniejsza. Ta aprosexia tłumaczy nam więc pozorną sprzeczność w zachowaniu się, ruchach resp. aktach histeryków. Histerycy, gdy wymagać od nich ruchu dowolnego nie mogą niekiedy przezwyciężyć trudności, wówczas, gdy pozostawieni samym sobie dokonywają masę ruchów z łatwością nawet takich, o których twierdzili przed chwilą, że wykonać ich niemogą. Z obserwacyi typu tych chorych o przemagającej abulii wypływa, że akty zachowane są te których mechanizm jest automatyczny stracone zaś są akty dowolne.

Aktem automatycznym ze stanowiska psychologii klinicznej nazywa się akt zorganizowany w przeszłości nieosobisty t. j. izolowany odbywający się poza tą ogólną percepcją, przez którą rozumiemy osobowość obecną (osobowość każdej danej chwili); przeciwnie akty dowolne są tworzone, kombinowane i przystosowywane do potrzeb bieżących, każdej chwili zmiennych.

Lecz widzimy histeryków zdobywających się na akty skomplikowane i pozornie przystosowane do potrzeb bieżących. Otóż akty te wyglądają tak zwykle tylko *pozornie*, dokonywują się zaś mmiej więcej bezmyślnie a nawet bezwiednie. Radzą ci chorzy sobie jak w doświadczeniach nad uwagą. Ponieważ akty dowolne są trudne, wolniejsze, bo wymagają większej koordynacji i assymilacji z osobowością taką, jaką wytworzyły okoliczności ostatnie, przeto histerycy zdają się na automatyzm, którego to gatunku akty są wprawdzie łatwe, szybkie lecz za to nieskoordynowane, nieharmonizujące z całością osoby, a często wprost sprzeczne z wymaganiami okoliczności życiowych bieżących a zatem nowych. Toż samo spotykamy w dziedzinie myśli tych chorych. Jest to ta ogólna cecha histeryi, że skoro osobnik napotyka trudności w świadomej, osobistej relacji ze światem nie ustępuje jak to czyni idyota lub choćby epileptyk, lecz w tej chwili posługuje się innym mechanizmem, mechanizmem automatycznym szczególnie u niego wyćwiczonym i na usługi każdej chwili gotowym. Dysproporcya między słabością woli i uwagi dowolnej i przewagą automatyzmu tłumaczy nam również dlaczego ruch raz zaczęty

kontynuować się może u takich chorych bez końca. Dlatego, że na ten automatyzm ruchowy ich własna słaba wola powstrzymująca nie może wyrzucić z odpowiednią siłą powstrzymującego wpływu. W początku wiele objawów histerycznych powstaje niewątpliwie w sposób dowolny, czyli właściwie przez lenistwo patologiczne świadome. Histeryczka marzy chętnie bo to jest łatwe i przyjemne, pozwala sobie na objawy pewnych wzruszeń, gdyż opanowywanie się potrzebuje wysiłku, nie je lub je zbyt mało dla wielu różnorodnych świadomych sobie powodów, słowem nie może chcieć inaczej postępować. Gdyby chciała mogłaby to zmienić w początku lecz akcja raz zaczęta kontynuuje się i chora już jej następnie powstrzymać nie może. Marzycielstwo przechodzi w delirium, wzruszenie w atak, niejedzenie w anorexia.



IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

286. Emil Aspelin. O wartości hematokrytu Blix-Hedin'a.
(Zeitschr. für klin. Med. B. 49., 1—4 Heft).

Przed 15 laty spróbowano zastąpić obliczenie ciałek krwi określeniem objętości ich osadu w stosunku do surowicy. Sposób ten, wprowadzony przez Hedin'a, polega na centryfugowaniu krwi po uprzednim zmieszaniu jej z płynem Müller'a, konserwującym ciałka krwi i powstrzymującym koagulację. Centryfugowanie dokonuje się w specjalnej próbówce z podziałkami, dopóki ciałka nie osiadają w postaci zbitych warstw, co zwykle trwa nie dłużej, jak 5 minut. Czerwone krążki tworzą dolną warstwę, bezbarwne zaś górną. Podług obliczeń Hedin'a, stosunek ten w zwykłej krwi dla czerwonych ciałek wynosił przeciętnie 50%. Rezultatom z bezbarwnymi ciałkami H. sam nie przypisywał dużej wartości. W doświadczeniach Dalanda przeciętna odsetka u mężczyzn wahała się pomiędzy 44 i 54, u kobiet zaś: 36%—46%. Podług obliczeń jego, każda odsetka objętości odpowiada mniej więcej 100,000 krążkom czerwonym. Chcąc sprawdzić wartość tej metody (hematokrit) osobiście, autor podjął się szeregu doświadczeń, wprowadziwszy uprzednio pod względem technicznym pewne ulepszenia. Wychodząc z założenia, że większe ilości badanego materiału dają ściślejsze rezultaty, przedewszystkiem powiększył on i nieco zmodyfikował pro-

bówkę Hedin'a i Gärtner'a, a następnie i mieszanie i centryfugowanie dokonywał w tej samej próbówce. Centryfugą posługiwał się ręczną. Po 5—6 minutach ciątka krwi osiadały całkowicie. Pierwsza okoliczność, która uderzyła autora w jego doświadczeniach, polega na tem, że warstwa bezbarwnych ciałek, aczkolwiek wybitnie, odbijała się od czerwonych, stale, pomimo starannego centryfugowania, w pasie połączenia zdradzała czerwona zabarwienie. Wszystkie usiłowania autora, aby wyświetlić przyczynę tego zjawiska, nie dały wystarczającego wyjaśnienia. Okoliczność ta tem więcej zasługuje na uwagę, że w różnych cierpieniach pas ten występował różnie. W przypadkach blednicy zajmował on 0,1; zapalenia płuc 0,5; w pewnych przypadkach białaczki około 7 podziałek.

Inne rezultaty poszukiwań autora dotyczą następującego. U 12 zdrowych mężczyzn odsetka dla czerwonych krążków wahała się pomiędzy 44,5—51,9. U 12 zdrowych kobiet pomiędzy 44,0 i 51,0. U szkolnej młodzieży w wieku 7—13 lat: 41,0—52,4 z większym stosunkiem na korzyść starszych. U 12 dziewcząt słabowitych podług orzeczenia nauczycieli w wieku 13 do 15 lat odsetka wahała się pomiędzy 45 i 52. W jednym przypadku autor znalazł nawet 60,5%. V.

Wyniki poszukiwań nad bezbarwnymi ciałkami, na które A. starał się zwrócić główną uwagę, przedstawiają się, jak następuje. U 28 zdrowych osobników odsetka wynosiła 0,8—1,1. V. U 19 dzieci w wieku od 6 do 8 lat: 0,9 do 1,4%. U 23 starszych między 0,8 i 1,4. Wyniki te zdają się zupełnie harmonizować z danymi liczbowymi, wykazującymi stale większy stosunek bezbarwnych ciałek u dzieci. Badaniom swym podług metody Hedin'a autor przeciwstawił inne metody badania, jak liczbą Thoma-Zeiss'a, określenia ciężaru gatunkowego Hammerschlag'a, ilości hemoglobiny podług Fleischl'a i Tallquist'a. Przytoczymy tu tylko ważniejsze wnioski, dające się wyprowadzić z 60 doświadczeń autora. W przypadkach z 2,500,000—3,500,000 cz. kr. przy ciężarze gatunkowym krwi 1038—1053 i zawartości hemoglobiny 25—79, wartość hematokrytowa wynosiła 20—34. W 9 przypadkach z liczbą leukocytów niższą niż 5000, hematokryt 8 razy wykazał 0,1 do 0,4 i jeden raz 0,7. W 28 przypadkach z liczbą leukocytów od 5 do 10000: 0,5—1,1% objętości. W 14 przypadkach z liczbą większą niż 1000, lecz mniejszą niż 2000: 13 razy odsetka wahała się pomiędzy 1,2 i 1,9, tylko w jednym wynosiła 0,5. W 2 przypadkach z 20,360 i 28,400 hematokryt w pierwszym wykazał 2,3, w drugim 2,8. W przypadkach białaczki o liczbie 150,000—320,000 określenie hematokrytowe wahało się pomiędzy 24 i 26%. W 6 przypadkach duru w końcu 1-go tygodnia odsetka była: 0,5—1,0. W 3-ch zaś zapalenia płuc: 1,6—2,8. W większości więc przypadków wyniki metody Blix-Hedin'a zgadzają się mniej więcej ściślej z innymi metodami, a głównie z metodą liczbową; w innych zaś zachodzi niezgodność. Niezgodność ta, zdaniem autora, jest tylko pozorna i wyjaśnia się niejednakowym stopniem zgęszczenia krwi, na który należy zawsze zwracać uwagę przy ocenie wyników hema-

krytu. Opierając się na swych poszukiwaniach, autor uważa metodę Blix-Hedin'a, za bardzo cenną pod względem klinicznym, gdyż daje ona każdemu lekarzowi-praktykowi mniej więcej ścisłą metodę określenia ilościowego stanu czerwonych i białych ciałek krwi, metodę nadwyczej łatwo wykonalną i efektywną. Objętość ciałek krwi wprowadza nowy czynnik do dyagnostyki, czynnik—który winien być uwzględniany stale, niezależnie od liczbowego określenia tych ciałek.

Leon Zamenhof.

287. Ewest Vasatierna. **Przypadek pęknięcia aorty u 13-letniego chłopca.** (Zeitschr. für klin. Med. B. 49. H. 1—4.)

S. I. S., lat 13, syn murarza w Helsingforsie, pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej. Ojciec w wieku lat 47, kily nie miał, alkoholu nie nadużywał. Matka lat 46, zupełnie zdrowa, nigdy nie rodziła. 9 zdrowych dzieci, najmłodsze lat 6.

Cierpienie serca lub naczyń nie można było stwierdzić nawet na dużym promieniu pokrewieństwa. Chłopiec, wspaniale zbudowany, zawsze cieszył się dobrem zdrowiem. Od 7 roku życia zdradzał nadzwyczajną zwinność i namiętność do sztuki gimnastycznej; uprawiał kilka sportów, odbywał dłuższe podróże sportowe, chętnie popisywał się swoją siłą i uważany był wśród swoich rówieśników za siłacza.

W 8 roku życia przebył lekką płonicę i wkrótce potem odrę. Nigdy nie uskarżał się na bóle sercowe lub oddech utrudniony, dość często jednak miał krwawienie z nosa. Po ukończeniu szkół, gdzie odznaczał się dobrymi zdolnościami, wstąpił na chłopca podręcznego do biura. 26 grudnia 1902 o 10 rano udał się ze swoim kuzynem na ślizgawkę, gdzie bez żadnego zmęczenia ślizgał się kilka godzin. Wtem o godz. 2-iej raptownie zbladł i zaczął uskarżać się na bóle w okolicy sercowej i zawrót głowy; z osłabienia przysiadł na lodzie. Przy pomocy towarzysza swego ledwie dotarł do brzegu, z kąd na sankach został odwieziony do domu. Tu starczyło mu jeszcze sił, aby dostać się do mieszkania, położonego na wysokości 14 stopni schodowych. W domu w dalszym ciągu uskarżał się na kołatanie i bolesność w okolicy serca, silne zawroty głowy, bez utrudnionego jednak oddechu. Noc spędził niespokojnie, często podnosił się z łóżka, chodził po pokoju, w stanie jednak zupełnej przytomności. 27 grudnia miał jeszcze siły przebyć 20 stopni wschodowych. 28 gr. po zażyciu senesu miał wypróżnienie. O 6 godz. po raz ostatni podniósł się, aby oddać mocz; pół godziny potem rozmawiał przytomnie z otoczeniem, gdy nagle zbladł, westchnął kilka razy głębiej i spokojnie rozstał się ze światem. Dokonana 29 grudnia sekcy wykryła, co następuje. Worek sercowy znacznie rozszerzony. W lewej jamie opłucnowej 200 ctm. czerwonego surowiczego płynu. Prawe płuco w tylnej dolnej części nieco zrosnięte z klatką piersiową; w prawej jamie opłucnowej około 500 ctm. takiej samej zawartości, jak z lewej strony. W worku sercowym znaczna ilość zakrzepłej krwi; osierdzie krwawo nacieczone; podłużny wymiar serca 12 ctm., po-

przechny również 12 ctm.; obie komory nieco rozszerzone. Grubość ścianki lewej komory u podstawy 16 mm., w środkowej części 15 mm.; grubość prawej u podstawy 4 mm., pośrodku 3 mm. Koniuszek serca wyłącznie tworzy lewa komora; mięśnie brodawkowate lewej komory w stanie przerostu; wsierdzie w stanie normalnym. Aorta znacznie rozszerzona, o ściankach bardzo cienkich. Od tyłu na wysokości kilku centymetrów nad zastawką tworzy ona workowate zagłębienie, a 2 ctm. ponad tylną półksiężycową zastawką znajduje się aneurysma dissecans o brzegach strzępiastych, utworzone wskutek przedarcia wewnętrznej i średniej błony aorty; 2½ ctm. powyżej opisanego tętniaka znajdowała się szczelina, również o brzegach nierównych, długości 1,5, prowadząca wprost do worka osierdziowego. Przyczynę tych pęknięć aorty należy szukać w następującej anomalii. Niedaleko od pnia lewej tętnicy podobojczykowej tworzy aorta znaczne zwężenie, które czyni z niej niby dwa worki, zwrócone do siebie ślepymi końcami i komunikujące się ze sobą za pomocą małego otworu. Kilka bocznych połączeń w zupełności zastępowały brak światła w aorcie. Sprawie tej przez dłuższy czas skutecznie dopomagał i mięsień sercowy, który powoli ulegał przerostowi. Lecz oto ostatnie nadużycia fizyczne ze strony chłopca wywołały przesilenie i słaba ścianka wstępującej części aorty, nie mogąc poddać silnemu ciśnieniu, musiała uleść pęknięciu.

Leon Zamenhof.

II. Choroby ukł. nerwowego.

288. Lövengren Elis. **Paralysie douloureuse (Chassaignac).**
(Zeitschr. für klin. Méd. Band 49., Heft 1—4).

Przypadki bezwładu bolesnego należą do rzadkich. Etyologia i patologia tego cierpienia dziś jeszcze nie są zupełnie wyjaśnione. Zdarza się ono u dzieci do lat 4-ch. Jużto wskutek urazu, jużto bez żadnej widocznej przyczyny występują raptownie objawy bezwładu jednej z kończyn, najczęściej górnej, połączonego z silną bolesnością. Wszystkie ruchy bierne są zachowane. Ani śladu złamania, wywichnięcia lub jakiegokolwiek uszkodzenia.

Po kilku dniach bezwład i bólę zaczynają powoli ustępować i po upływie tygodnia wszystko wraca do stanu normalnego.

Autor spostrzegł 4 takie przypadki. W jednym bezwład wystąpił u 10 miesięcznego dziecka wskutek mocnego pociągnięcia go za ramię. Gdy po kilku godzinach odwiedził L. pacyenta, lewe ramię zwieszało się zupełnie bezwładnie; przedramię było w położeniu półwywrotnem. Staw barkowy, łokciowy i napięstkowy nie mogły wykonywać żadnych czynnych ruchów. Palce nieco zgięte. We wszystkich stawach ruchy bierne zachowane, aczkolwiek bardzo bolesne. Ciężota 37.6°. Drugiego dnia wieczorem nastąpiło polepszenie, ruchy zaczęły powracać od palców. Ciężota rano 37.5°, wieczorem 37.1°. Następnego dnia cierpienie prawie zupełnie znikło. Terapia

polegała na przywróceniu do porządku zaburzeń w przewodzie pokarmowym. Drugi przypadek dotyczył 2-letniej dziewczynki, u której cierpienie to wystąpiło również wskutek pociągnięcia za rączkę. Objawy mniej więcej były te same, co w pierwszym przypadku; przedramię było w położeniu nawrotnem. Pomimo starannego poszukiwania żadnych obrażeń i tu nie można było stwierdzić. Kończynę unieruchomiono. Od następnego dnia sprawa zaczęła powoli ustępować. W trzecim przypadku, który dotyczył 3 miesięcznego dziecka, autorowi nie udało się powiązać cierpienia z jakimkolwiek uprzednim czynnikiem mechanicznym; nieznaczne ruchy czynne zachowane były tylko w palcach, żrenice normalne. Ciepłota w odbytnicy 37,2°. Choroba zaczęła ustępować dopiero po tygodniu i znikła zupełnie po 10 dniach. Czwarty przypadek dotyczył 10 miesięcznego dziecka. I tu autorowi nie udało się uzależnić cierpienia wyraźnie od jakiegoś urazu. Bezwład wystąpił w prawej dolnej kończynie ze szczególną bolesnością w górnym odcinku uda; ruchy w stawie biodrowym i kolanowym prawie zupełnie zniesione; bierne wykonalne, lecz bardzo bolesne. Ani na skórze, ani głębiej żadnych obrażeń. Ciepłota 37,1°. Po 5 dniach ruchy zaczęły powracać, na 7 bóle prawie ustąpiły zupełnie, choć do zwykłego stanu kończyna wróciła dopiero po upływie 3 tygodni.

Leon Zamenhof

289. Dr Friedman n. **Materyały do poznania losu wysokoku w ustroju zwierzęcym.** (Dysertacya. Petersburg. 1901).

Autor streszcza wyniki swych badań doświadczalnych, dokonanych w pracowni prof. Danilewskiego, w następujących wnioskach:

1. Wprowadzając wyskok do żołądka zwierzęcia znajdujemy część tegoż wysokoku po pewnym czasie w mózgu, wątrobie i w mięśniach.

2. Najwięcej wysokoku znajduje się w mózgu; w wątrobie stosunkowo więcej, aniżeli w mięśniach.

3. Ilość wysokoku, znajduwanego w tych narządach, jest tem większa, im dłużej wyskok do ustroju był wprowadzany i im mniej czasu upłynęło od przyjęcia wysokoku do śmierci zwierzęcia.

4. Wyskok, wprowadzony do żołądka, rozchodzi się swolna po całym ustroju: maximum znajduje się w 1½—2 godzin po przyjęciu; po 18-u godzinach wykrywa się ślady zaledwie.

5. Wyskok, wprowadzony do układu naczyniowego zwierząt zabitych curariną wkrótce po śmierci i oddziaływający na tkanki w przeciągu 2—3 godzin zatrzymuje i wchłania się w mózgu bardziej niż w wątrobie, a w ostatniej bardziej, aniżeli w mięśniach.

6. Wessanie wysokoku w tych warunkach jest w prostym stosunku do koncentracji roztworu. Stosunek ten występuje najwyraźniej w mózgu i jest w zależności od zawartości w tkankach mózgowych składników chemicznych, przyciągających wyskok i w nim rozpuszczalnych.

7. Ta ostatnia okoliczność tłumaczy szybsze i zgubniejsze działanie wysokotu na pierwiastki nerwowe. *Bregman.*

III. Choroby dzieci.

290. Prof. Ausset i dr Brassart. **Powikłania mózgowe w przebiegu chorób zakaźnych żołądkowo-kiszkowych u dzieci.** (Annales de médecine et chirurgie infantiles, № 10, 15 Avril 1903)

Lekarz chorób dziecięcych na każdym kroku spotyka się z zapaleniem opon mózgowych lub oddzielnymi objawami tego strasznego cierpienia. Rozpoznanie wczesne tej choroby jest jedną z najtrudniejszych rzeczy, a jest konieczne tak ze względu na racjonalne leczenie, jak i na rokowanie.

W roku 1893, w którym Quincke wprowadził w użycie przekłucie łądźwiowe, okazało się, że oprócz zapalenia ropnego opon mózgowych istnieje także zapalenie surowicze; objawy zaś oprócz tego mogą zależeć od podrażnienia opon, więc nawet od zwykłego wzmoczonego ciśnienia. W przebiegu chorób zakaźnych żołądkowo-kiszkowych, niezżytów kiszek ostrych i przewlekłych, często spotykamy się z objawami mózgowymi.

W r. 1900 Concetti dowiódł, że te objawy mózgowe są zależne od zapalenia opon mózgowych, wywołanego przez bakterye lub ich toksyny.

Hutinel twierdzi jednak, że przyczyną tych objawów może być i podrażnienie opon wskutek, naprz., zwykłego ucisku, wywołanego przez bakterye lub toksyny ich; rezultat ich drażniącego działania może wystąpić w rozmaitym stopniu od przekrwienia przejściowego, aż do ropienia. Ośrodki nerwowe reagują na podrażnienie w rozmaity sposób i dlatego objawy kliniczne bywają rozmaite: raz ograniczają się na drgawkach, drugi raz mamy obraz całkowity zapalenia opon mózgowych. Czasami podrażnieniu ulega i tkanka nerwowa.

Najczęstszym objawem zapalenia opon mózgowych u dzieci bywają drgawki. Wiadomem jest, że u dzieci czasami najmniejsza niedyspozycya żołądkowa, lekki katar kiszek, lub nawet uporeczywe zatwardzenie wywoływać mogą drgawki, wzbudzające obawę zapalenia opon mózgowych, tymczasem u innych i silny niezbyt kiszek nie wywiera takiego wpływu. Przyczyna tego polega na tem, iż u pierwszych system nerwowy stanowi locus minoris resistentiae. Oprócz zarazka więc potrzebny jest jeszcze odpowiedni grunt. Drgawki w tych razach występują w rozmaitej postaci, jednakże drgawki wewnętrzne (jak spazm krtani) bywają rzadziej. Ważną rzeczą w tych warunkach jest rozstrzygnąć, czy drgawki są objawem zapalenia opon mózgowych; jeśli tak, to jakiego, czy też jest to tylko objaw podrażnienia układu nerwowego. W początkach, gdy mamy tylko napady, rozstrzygnąć kwestyi nie jesteśmy w stanie, wykluczyć

jednak możemy prawie z pewnością zapalenie ropne opon mózgowych, gdyż drgawki przy niem należą do rzadkości, przy innych zaś postaciach, mówi autor, często bywają one pierwszym objawem.

Przekłucie łądźwiowe nie zawsze rozstrzyga kwestye: jeśli znajdziemy bakterye, lub nawet polinukleozę, lub limfocytozę, kwestya rozstrzygnięta twierdząco, jeśli zaś płyn otrzymany przez przekłucie będzie normalny, to kwestya pozostaje nierozstrzygnięta, gdyż nawet w przypadkach krwotoków mózgowych można otrzymać płyn normalny.

Szybkość i burzliwość rozwoju powikłań także zbyt wielkiego znaczenia dla rozpoznania i rokowania nie mają, gdyż przypadki, rozwijające się z zastraszającą siłą, często kończą się szybko wyzdrowieniem, kiedy zaś w innych przypadkach przy rozwoju stopniowym czasem następuje śmierć.

Nakreślić cały obraz kliniczny jest prawie niemożliwą rzeczą: zaleźnie od przypadku zapalenie opon występuje w rozmaitej postaci. Najczęściej bywają bóle głowy, wymioty, zaparcie stolca. Gorączka rzadko przekracza 39° i to tylko wtedy, gdy istnieje silne zakażenie żołądkowo-kiszkowe; podniesienia t° odznaczają się nieregularnością, t° często opada do normy, później bez przyczyny podnosi się; puls zwykle szybki, nieregularny, przy zapaleniach zaś gruźliczych lub ropnych wolny. U dzieci bardzo małych choroba zaczyna się zwykle drgawkami. Objaw Kernig'a, istnienie zaburzeń ze strony oka mają wielkie znaczenie rozpoznawcze (mydriasis, paralysis, światłowstręt). Postawić rokowanie i przepowiedzieć, jak długo będzie trwać choroba, jest rzeczą prawie niemożliwą.

Najczęściej zapalenia opon mózgowych przy zapaleniach żołądka i kiszek występują przedewszystkiem u dzieci nerwowych i artretycznych, później u dzieci rodziców—alkoholików, chorych na gruźlicę, przymiot. Ważną rzeczą jest wiek chorego: w pierwszych dwóch latach u dzieci zapalenie opon mózgowych bywa bardzo często, rzadziej w trzecim roku, później zaś wyjątkowo.

Rodzaj nieżyty żołądka i kiszek ma mniejsze znaczenie: jednakże przy zapaleniach przewlekłych kiszek bywają częściej powikłania mózgowie.

Nakoniec, co się tyczy leczenia tych zapaleń opon mózgowych, to ono bywa rozmaite, odpowiednio do okoliczności: wogóle stosuje się hydroterapię, ciepłą lub zimną, odpowiednio do warunków, i odkażanie kiszek w rozmaitej postaci.

Jan Przyborowski.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

291. (wb) **Airol.**

W roku 1897 **B r u n s** polecił do ran pooperacyjnych następu-

jącą pastę airolową:

Rp. Airolu 5,0

Mucil. gummi arab.

Glycerini ana 10,0
Boli albae q. s. ut f.
pasta mollis.

Od tego czasu próbowano jej w różnych szpitalach z dobrymi wynikami. Należy tylko pamiętać, że aiorl prędko się rozkłada przy zetknięciu z metalem i wydziela przy tem jod. Dlatego trzeba używać albo drewnianej, albo szklanej pałeczki. Pasta długo dobrze się trzyma i działa daleko lepiej, niż wszystkie drogie i złożone opatrunki i może być zalecona wszystkim lekarzom, szczególnie praktykującym na wsi (St. Petersburg. med. Wochensch. № 40, 1902).

292. (wb) Anthrasol.

Jest to dziegieć oczyszczony i bezbarwny. Przedstawia się jako olej płynny jasno-żółty, nie odróżniający się barwą od oliwy, posiadający charakterystyczny zapach dziegiu. Dzięki swej płynnej konsystencji nadaje się do smarowania, przenika łatwo przez skórę, tak że nie nie pozostaje na powierzchni. Można go mieszać z różnymi olejkami i wyskokiem w najrozmaitszych stosunkach, w 90% wyskoku miesza się tylko 5—10% anthrasolu. Używał go Sack w 10% roztworach w wyskoku w leczeniu części ciała pokrytych włosami, w przewlekłych zaś chorobach 20—30%, podług poniższych recept:

Rp. Anthrasoli 2,0—10,0
Vaselin
Lanolini ana 30,0
M. f. unguentum.

Rp. Anthrasoli
Vaselin ana 5,0
Zinci oxydat.
Amyl. triti ana 10,0
M. f. pasta.

Rp. Anthrasoli 2,0—5,0
Zinci oxydati

Gelatin. alb. ana 20,0
Glycerini 25,0
Aquae 30,0

M. f. Anthrasolowy klej glicerynowy.

W scabies, sykosis i innych wysypkach, wywołanych przez porczyty używał on antrasolu w formie maści Wilkinsona, jak naprz.

Rp. Anthrasoli 50—10,0
Sulfuris praec. 10,0
Sapon. viridis 2,0—10,0
Vasolini sive Pastae Zinci ad 40,0

Cretae albae 10,0

M. f. Unguentum Anthrasol-Wilkinsoni.

Anthrasol uspokaja swędzenie i prędko goi rany na skórze. W pruritus universalis działa też bardzo dobrze jako pędzlowanie. W pruritus ani po usunięciu zapalenia i nadżerek używa się 10% wyskokowy roztwór a nawet czysty anthrasol. Po wcieraniu przykłada się maść uspokajającą jak naprz.:

Rp. Ung. Zinc. benz. 20,0
Adip. lanae 10,0
Aq. carbol. (5%) 20,0
Mentholi 0,2—0,5.

Kosztuje ten środek 10—20 fenigów. Zastępuje on zupełnie dziegieć, nawet przewyższa jego działanie i może być wszystkim dermatologom gorąco zalecany. (Münch. med. Wochensch. № 18. 1903).

293. (wb) Anaesthesin.

W grupie środków znieczulających miejscowo Spiess wyróżnia dwie grupy: grupę kokainy i grupę orthoformową: orthoform i anaesthesin. Środki grupy kokainowej rozpuszczają się z łatwością w wodzie zimnej i sokach tkankowych. Działanie ich zaczyna się w kilka minut po użyciu i kończy się po 20 minutach, rozprzestrze-

niając się na całą grubość błony śluzowej. Są one jadowne i mają z tego powodu przykre objawy uboczne. Znieczulenie jest połączone z niedokrwistością tętniczą. Środki grupy orthoformowej nie rozpuszczają się w wodzie. Znieczulenie trwa długo—godziny, dni, lecz nie jest tak zupełne, jak przy kokainie. Środki te są zupełnie nieszkodliwe. Przy operacjach zatem używa się kokainy, przy leczeniu ran bolesnych najrozmaitszego rodzaju używa się anaesthesin, który też przyspiesza gojenie; anaesthesin lepiej działa niż orthoform. Przedstawia się jako proszek biały bez smaku i zapachu. Rozpuszcza się z łatwością w eterze, wysokoku, chloroformie olejach i glicerynie. Bardzo trudno się rozpuszcza w wodzie zimnej, trochę łatwiej w ciepłej. Dawka śmiertelna 0,85—0,9 na kilogram wagi zwierzęcia. Używa się wewnętrznie przy ulcus rotundum ventriculi i dyspepsji nerwowej z chloralem albo wodą chloroformową po 0,2—0,3 w 10 lub 20 minut po jedzeniu. Wogóle wewnętrznie dawka największa pro die 2,5; dawka jednorazowa 0,3—0,5 trzy razy dziennie.

W praktyce gardłano-nosowej

używa go się jako wziewanie przy hyperaesthesia laryngis i owrzodzeniach podług następującej recepty:

Rp. Anaesthesin 3,0
Alc. oh. abs. 45,0
Aq. destill. 55,0

albo jako wstrzykiwanie:

Rp. Anaesthesin 20,0
Mentholi 10,0—20,0
Ol. oliv. 100,0.

Przy leczeniu chorób skórnych używa się 10% anaesthesin szczególnie przy swędzeniu najrozmaitszego rodzaju.

W chirurgii anaesthesin oddaje dobre usługi. Przy bólach hemoroidalnych Duplan używał następującej maści:

Rp. Anaesthesin
Ol. amygd. dul. ana 10,0
Zinci oxydati
Vasellini ana 20,0.

Dla wstrzykiwań podskórnych Rammsstedt używał następującego przepisu:

Rp. Anaesthini 0,25
Natr. chlorati 0,15
Aq. destill. 100,0

Dunbar dodaje jeszcze 0,15 Morphii hydrochlorici. (Münch. med. Wochensh. № 32. 1902 r. Archiv. general. de medec. № 18. 1903 r.).

V. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kliniczne d. 19 marca 1903 r.

I. Sawicki Br. przedstawił dwa następujące przypadki:

1) 16 letnią pannę z naroślami kostnymi na obu kościach ramiennych i obu kościach goleniowych oraz z guzem twardym w jamie brzusznej, wypełniającym dużą miednicę i sięgającym prawie do pępka (osteosarcoma). Guzy kostne w rodzinie pacjentki występują dziedzicznie u mężczyzn; z linii żeńskiej pierwsza pacjentka choruje na nie.

2) 17-letnią pannę, która cierpiała na wrodzone porażenie skurczowe (paralysis spastica) prawej nogi. Z powodu skurczu *m. extensoris digitorum communis* i *extensoris hallucis longi* stopa była ustawiona w położeniu t. zw. *pes calcaneus*. Z tego powodu pacjentka szybko się męczyła i doznawała znacznego bólu. Inne mięśnie na goleni były osłabione, lecz nie porażone. Po wykonaniu tenotomii na mięśniach skurczonych nałożono opatrunek gipsowy, poczem po zdjęciu opatrunku przez długi czas stosowano gimnastykę i mięsienie. Pomimo to stopa po paru miesiącach powróciła do dawnego stanu. Wtedy dokonano operacji: przeszczerpienia ścięgna: przepołowiono ścięgna *m. extens. digitorum communis* i połowę tegoż ścięgna przyszyto do ścięgna *m. flexoris digitorum communis*. Dalej, przepołowiono ścięgno *m. extensoris hallucis longi* i przyszyto połowę tegoż do okostny na dolnej powierzchni kości łódkowatej. Wynik zadowalniający: ustawienie stopy poprawiło się znacznie; chora dowolnie zgina i rozgina stopę oraz chodzi dość dużo bez bólu i zim�czeniu.

II. Malinowski F. przedstawił chorą z wykwitami, mającymi wygląd *folliculitis*, tworzącej się po używaniu jodu: jest to brodawkowaty rozrost tkanki łącznej czyli tak zw. *jododerma*. I rzeczywiście pacjentka, przechodziła zapalenie okostny (prawdopodobnie tuberkulicznego pochodzenia) oraz tuberkulozę skóry (*lupus vulgaris* na biodrze i goleni) i z tego powodu zażywała ciągle jod, co wywołało u niej *jododerme*, trwającą już rok.

III. Rzętkowski odczytał rzecz p. t. „Ciśnienie tętnicze w stanie zdrowia i choroby.“ Po kilku uwagach z dziedziny fizjologii ciśnienia tętniczego, R. poddał krytycznemu przeglądowi używane obecnie w klinice przyrządy do mierzenia ciśnienia. Za najlepszy uważa prelegent przyrząd Riva-Rocci i pokazał go obecnym. Następnie R. omówił sprawę normalnego ciśnienia tętniczego u ludzi, jego zależność od różnych czynników fizjologicznych i farmakologicznych, sprawę określania *maximum* skurczowego i *minimum* rozkurczowego ciśnienia w tętnicach. Dalej R. omawiał stany chorobowe o ciśnieniu niskiem i stany chorobowe o ciśnieniu wzmożonem.

W dyskusji Miklaszewski zwraca uwagę, że prelegent mówił tylko o ciśnieniu krwi w naczyniach obwodowych, nie poruszył zaś sprawy ciśnienia w naczyniach, położonych głęboko. M. przytacza doświadczenia na zwierzętach (Frangois-Frank, Schueller), które wykazały, że jedno i drugie ciśnienie zachowują się często nieproporcjonalnie wzajem, i z tego względu sądzi, że nie należy wyników, otrzymywanych z mierzenia ciśnienia obwodowego brać za wskazówkę co do ciśnienia w reszcie układu krwionośnego. Dalej M. mówił jeszcze o wpływie pracy mięśniowej oraz ciepła i zimna na wysokość ciśnienia.

Pawński sądzi, że ważną jest rzeczą uświadomić sobie, że sfgymomanometry (a między nimi i przyrząd Riva-Rocci) wykazują nie ciśnienie krwi w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, a t. zw. napięcie naczyń, w którego skład wchodzi ciśnienie krwi sensu strictiore i napięcie ścianek naczyń (t. zw. *tonus*). Zdarza się, że te składowe

czynniki są sobie współrzędne, bywa jednak i tak, że ciśnienie krwi nie jest proporcjonalnem do napięcia naczyniowego, bowiem przy dużem napięciu naczyniowem możemy mieć do czynienia ze słabem ciśnieniem krwi i odwrotnie. Przyrząd Waldenburga, t. zw. Pulsuhr v. Angiometer usuwa błędy, jakie otrzymujemy z zastosowania t. zw. sfigmomanometrów; bowiem przy pomocy tego przyrządu udaje się mierzyć oddzielnie napięcie naczyniowe i ciśnienie krwi w znaczeniu ścisłem.

Na poparcie swoich twierdzeń P. przytacza szereg przykładów z patologii sercowej.

Ciągliński wspomina o czynnikach pochodzenia nerwowego, o których wpływie nie należy zapominać w badaniach tonometrycznych.

W odpowiedzi Miklaszewskiemu R. zaznacza, że w odczycie swym stał na gruncie klinicznym, że więc nie zagłębiał się z tego względu w fizyologię ciśnienia i w badania na zwierzętach.

Pawińskiemu R. odpowiada, że przy obecnym stanie nauki o ciśnieniu tętniczym trudno jest odróżniać termin „ciśnienie“ tętnicze od napięcia naczyniowego.

IV. Maliniak J. wygłosił rzecz p. t. „O obecności wiciowców w zawartości żołądka“.

Przypadek prelegenta (12-y w literaturze) dotyczy chorego z carcinoma ventriculi ad cardiam, u którego w treści żołądkowej czterokrotnie w ciągu dni 10-u znajdowano trichomonas hominis. Cohneim nadaje obecności wiciowców w treści żołądkowej znaczenie rozpoznawcze (uważa je za charakterystyczne dla nieodźwiernikowych raków żołądka) i prognostyczne, bowiem takie nowotwory mają przebieg bardziej przewlekły.

Rozpoznanie pasorzyta jest łatwe, o ile się żywo porusza, co niezawsze ma miejsce, lub na zasadzie biczyków; nieruchome pasorzyty przypominają kulki skrobiate. Trichomonas posiada owalne, gruszkowate ciało, na przednim końcu 4—5 biczyków, z tyłu krótki wyrostek i z boku wydaje się, że ma błonkę migawkową, lecz może to być ruch biczyka, biegnącego wzdłuż ciała.

Niekiedy można zauważyć ruchy ameboidalne (oznaka obumierania. Często dopiero uważne poszukiwanie wykazywało obecność trichomonad. W dziesięciu (przeszło) innych przypadkach raka żołądka, różnie umiejscowionych i 2-eh przypadkach rozstrzeni pomimo skrzętnego poszukiwania wiciowców nie wykryto.

W dyskusyi Grundzach zapytuje o niektóre szczegóły co do techniki badania i zaznacza, iż parokrotnie widywał w raku żołądka twory podobne do trichomonas, lecz zwykle w spokoju.

Prezes podnosi rzadkość występowania tych tworów w soku żołądkowym. W swych badaniach nie napotykał ich ani razu.

Posiedzenie kliniczne d. 31 marca 1903 r.

1) Władysław Stankiewicz przedstawił:

1) Mężczyznę, lat 32, który wstąpił do szpitala ewangelickiego d. 24 lutego z powodu ostrego zapalenia ucha środkowego lewego,

powikłanego silnymi bólami głowy. Cierpienie datuje, według choro-
rego, od 2-eh tygodni i wystąpiło nagle. *St. praes.* (po zapisaniu
się do szpitala): chory skarży się na nieznośne bóle głowy z lewej
strony ponad uchem. Na lewej stronie porażenie zupełne nerwu
twarzowego. Z ucha wypływa ropa cuchnąca w sporej ilości; badanie
ucha środkowego wykazuje wypełnienie ucha środkowego bujną,
wiotką ziarniną, pokrytą częściowo szaro-żółtawym osadem; głuchota
zupełna; przy opukiwaniu końcem palca wyraźny ból u podstawy
wyróstka, a jeszcze silniejszy na kilka ctm. wyżej i nieco ku tyłowi.
Ciepłota ciała 38°, tętno—120. Brak apetytu, nudności. Trepanacja
wyróstka sutkowego nie doprowadziła do żadnego ogniska ropnego,
ani do ziarniny, wobec czego S. postanowił wykonać trepanację cza-
szki w miejscu największego bólu przy opukiwaniu, t. j. w kości
ciemieniowej na samej granicy z kością sutkową i ta operacja jednak
nie dała żadnego rezultatu, bowiem opona twarda w tem miejscu
była zupełnie zdrową. S. rany skórne zaszył i nałożył zwykły opa-
trunek. Chory po kilku godzinach obudził się i oświadczył, że dotych-
czasowy ból głowy ustał zupełnie i od tej chwili do dnia demonstra-
cji (t. j. przez 3 tygodnie) ani przez chwilę bólu głowy nie doznawał.
Wypływ ropny z ucha i porażenie nerwu twarzowego pozostało bez
zmiany. S. nie umie sobie objaśnić zbawiennego wpływu operacji
na silne bóle głowy.

2) Nowotwór, wycięty z szyi mężczyzny lat 68. Guz ten wiel-
kości orzecha włoskiego leżał w głębi ponad prawym obojczykiem
bliżej tchawicy, był wszędzie ruchomy, twardy, niebolesny. S. opi-
suje sposób dokonania zabiegu operacyjnego, który zakończył się naj-
zupełniej pomyślnie. Nowotwór, zbadany przez *Steinhaus a*, oka-
zał się rakiem, wychodzącym z nabłonka wielowarstwowego płaskiego
(jak tego dowodzą rozsiane gdzieś tam perły rakowe), ale znacz-
niejszego rogowacenia nigdzie nie można znaleźć. Jeśli więc skóra
nie jest punktem wyjścia, to możliwym jest, według *Steinhaus a*,
że jest to carcinoma bronchiogenes (t. j. z nabłonka płodowego skrzeli).

3) Nowotwór, wycięty z pęcherza moczowego mężczyzny, lat 56,
który skarżył się na krwimocz i objawy podrażnienia. Z powodu
znacznej kurczliwości pęcherza badanie cystoskopem było niemożliwe,
wobec czego S. zbadał pęcherz pod chloroformem i znalazł duży guz
na przedniej ścianie pęcherza. Operacja (dokonana 25 lutego) wy-
kazała, że szeroka podstawa nowotworu zajmowała ścianę przednią
pęcherza, przeważnie ze strony lewej, ze środka zaś wyrastał na
szypule duży guz do wewnątrz jamy pęcherza.

Guz ten został wyjęty osobno, następnie cała podstawa wycięta
i wypalona termokauterem. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Bada-
nie mikroskopowe (*Lewenstern*) potwierdziło rozpoznanie, okazało
się bowiem, że nowotwór jest nabłoniakiem (epithelioma).

II. *Kozerski* przedstawił 2-miesięczną niemowlę, dotkniętą
ichtyosis congenita (na całym ciele szarawy, suchy, zgrubiały naskó-
rek, porysowany głębszym, niż zwykle, brózdowaniem; na skórze
brzucha liczne blaszki brudnoszare, po brzegach nie przylegające do

skóry.) Matka niemowlęcia dotknięta jest również tem samym cierpieniem.

III. J. Brudziński przedstawił chłopca 7-letniego (*z chorobą Bergeron'a* czyli *chorea electrica* (drgawki w postaci błyskawicznych wstrząśnień kończyn górnych, jakgdyby przy drażnieniu prądem elektrycznym). Chłopiec wogóle bardzo wrażliwy, oddaje się samogwałtowi. Leczenie tartaro stibiato, zalecane przez niektórych autorów, sprowadziło tylko chwilowe polepszenie. Obecnie chłopiec dostaje preparaty bromowe; liczba napadów nieznacznie się zmniejsza.

IV. Steinhauś przedstawił preparaty mikroskopowe nowotworu guczułu płciowego, nowotworu—pokazanego przez Neugebauera naposiedzeniu d. 3/III 1903, który to guz St. określa jako *sarcoma alveolare*. Budowa nowotworu (tkanka łączna wdraża się ze ścian alweol pomiędzy komórki miększu nowotworowego) cechuje nowotwory często spotykane w jądrze i na tej zasadzie S. przypuszcza, że narząd, w którym powstał nowotwór—było jądro, a nie jajnik. I sznurek (ze światłem), wyjęty wraz z guzem, winien być na zasadzie badania drobnowidzowego uważany raczej za nasieniowód, a nie za trąbkę Fallopiusza.

V. W. Janowski i prof. Kryński wygłosili odczyt p. t. „O nerce wędrującej“.

Janowski omawia pojęcie nerki ruchomej; pod nerką ruchomą należy rozumieć taką, która przez swobodniejsze poruszanie się w jamie brzusznej staje się dostępną do badania. Dalej określa częstość występowania nerki ruchomej i wędrującej przez 30%—40%, stosunek w tym względzie płci i zachowania się obu nerek, nierównie częstsze występowanie nerki ruchomej prawej, co szczegółowo uzasadnia.

W dalszym ciągu omawia przyczyny występowania nerki wędrującej (wrodzone usposobienie, stosunek enteroptozy i nerki wędrującej, wpływ ciąży, wypuszczanie obfitych wysięków, wpływ urazu, noszenia gorsetu). Pod tym ostatnim względem prelegent występuje przeciw nieuzasadnionemu potępianiu gorsetów wszelkiego systemu, wspomina o badaniu Koranyi'ego nad wpływem noszenia wysokich obcasów i ciężkich sukien przez kobiety. Dalej wspomina o pracach doświadczalnych na trupach (dokonanych przez Wołkowa i Delicina). Prelegent omawia szczegółowo objawy kliniczne nerki ruchomej, podnosząc fakt, iż znaczna większość przypadków przebiega bez objawów. Objawy podmiotowe dzieli na 3 grupy (ból, objawy nerwicowe i trawienne) i każdą z tych grup omawia oddzielnie. Po rozpatrzeniu objawów fizykalnych, przechodzi prelegent do rozpoznania różniczkowego. Na zakończenie podnosi doniosłość upewnienia się w każdym poszczególnym przypadku, co do stanu nerki ruchomej.

Prof. Kryński przedstawił obecne poglądy na stosunki anatomiczne nerek, warunki powstawania ich ruchomości, zmiany patologiczne, w nich spostrzegane, wreszcie omówił krytycznie metody lecznicze nerki ruchomej, wskazania operacyjne, stronę techniczną operacji i wyniki ostateczne tych zabiegów.

W dyskusyi prezes Dunin przypomina, że jego praca „O nerce wędrującej“ opierała się głównie na przypadku nerki wędrującej, posiadającej osobną krezkę, przypadku rzadkim i, właściwie mówiąc, nie pozwalającym na zbytne uogólnienia.

VI. Z Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego.

Protokół zwyczaj. posiedz. Tow. Lek. Lubelsk. z d. 5/I 1903.

1. Kol. Chodźko przedstawił przypadek choroby Parkinsona (Paralysis agitans).

Chora E. S., Niemka, rodem z Gdańska, lat 64, panna, z zawodu nauczycielka domowa, wstąpiła do szpitala Sw. Wincentego 17 grudnia 1902 r.

Wywiady: O rodzicach i rodzeństwie swoim chora nie może udzielić żadnych pewnych wiadomości. Sama, jak mówi, odznaczała się zawsze usposobieniem b. nerwowem; często miewała napady smutku niemotywowanego. W ostatnich czasach miała bardzo wiele przykrości i kłopotów materyalnych. Choroba obecna zaczęła się przed 6 tygodniami uczuciem silnego, niewytłomaczonego niezem niepokoju, który nie pozwalał jej ani chwili usiedzieć na miejscu i dochodził czasami do tak wielkiego napięcia, że chora rozrywała na sobie odzież; często miewała uczucie gorąca w całym ciele, czasami uczucie chłodu, od kilkunastu dni nie sypia.

Uskarża się na silny niepokój, bezsenność, brak łaknienia, ściskanie w gardle.

Badanie przedmiotowe (17/XII. 1902. r): chora wzrostu niskiego, budowy drobnej, odżywienia umiarkowanego. Błony śluzowe blade. Tętno serca czyste. Tętno 80, prawidłowego napięcia. Klatka piersiowa beczkowata. W narządach wewnętrznych zmian żadnych nie okazuje się. Język silnie obłożony. Stolec twardy.

Chora znajduje się w stanie trwożnego podniecenia: przyprowadzona na salę szpitalną nie chce usiąść, ale nieustannie biega z jednego w drugi koniec sali. Rysy twarzy zachowują wciąż jeden i ten sam niezmienny wyraz, pomimo tego, że chora uskarża się ciągle na jaknajprzykrzejsze sensacje. Lewa połowa twarzy i lewe ucho silnie zaczerwienione. Oczy chorej są bardzo żywe i błyszczące. Drżenia głowy niema. Żrenice wąskie, równe, oddziałują na światło. Odruchy kolanowe słabe. Drgania stopowego niema. Odruchy podeszwy prawidłowe.

Romberga niema. Siła mięśniowa kończyn zmniejszona. Napięcie mięśni prawidłowe. Zmian uczuciowych niema. Chód: chora chodzi drobnymi krokami z tułowiem zgarbionym i pochyłym naprzód; ręce trzyma zgięte w stawach łokciowych i przysunięte do bocznych powierzchni tułowia; chodzi dość szybko, od czasu do czasu prze-

chyła się na bok (najczęściej lewy) i silnie uderza odpowiednią nogą w podłogę, jak gdyby siła jakaś nagle ją popchnęła; utrzymuje wtedy z trudnością równowagę, czasami nawet upada i tłucze się. Stoi pochyłona naprzód, z nogami lekko zgiętymi w stawach kolanowych. Przy uważnem obserwowaniu można spostrzedz w palcach obu rąk lekkie drżenie, stosunkowo nie częste, rytmiczne, o dość dużym rozmachu; drżenie owo występuje najwidoczniej na obu wielkich palcach. Od czasu do czasu palec wielki dosuwa się do powierzchni bocznej wskazującego i szybko o nią pociera; ruch ten występuje jednocześnie na obu rękach i przypomina najzupełniej ruch przy zwiżaniu gałek z chleba. Stan psychiczny chorej okazuje niezwykle przygnębienie; chora twierdzi, że cierpienie jej jest nieuleczalnem, że nie ma żadnej nadziei, że choroba ją zadusi, przekłada nawet śmierć nad ten wysoce przykry stan, w jakim się znajduje. Wszelkie pocieszenie i uspokajanie zupełnie na nią nie oddziaływa.

Przebieg i leczenie: W ciągu pierwszego tygodnia pobytu w szpitalu stan chorej podmiotowo i przedmiotowo pozostawał bez zmiany pomimo obficie stosowanego bromu, waleryany etc; po trionalu, a nawet chloralu chora nie spała wcale. Kąpiele ciepłe znosiła b. źle, tak, że trzeba było je przerwać. Dopiero po zastosowaniu hyoscyny w postaci następującej (według Bury):

Rp. Hyoscini hydrobromici 0.008—Aq. chloroformii 200.0

DS. rano i wieczorem łyżeczkę od herbaty

można było stwierdzić już po kilku dawkach wyraźne uspokojenie: chora zaczęła trochę sypiać, niepokój ustąpił, zniknęło przykre uczucie gorąca, nawet łaknienie cokolwiek się zwiększyło. W dalszym przebiegu drżenie rąk zniknęło prawie całkiem i obraz choroby stał się zupełnie niewyraźnym; najdłużej przetrwały pewne nieprawidłowości psychiczne. Oprócz hyoscyny chora otrzymywała jedynie Pulv. Liquirit. comp. dla regulowania czynności kiszki. Hyoscynę znosiła wogóle bardzo dobrze. (Autoreferat).

2. Kol. R u d z k i przedstawił okaz serca przy systolia alternans.

Chora 47 l. miała krótki oddech od 8 lat; obrzęki nóg od 3 lat. Reumatyzmu nie przechodziła.

Przy wstąpieniu na oddział znaleziono: budowa i odżywienie złe; sinica umiarkowana; obrzęki nóg znaczne, na twarzy niewielkie. Serce powiększone w poprzecznym wymiarze: prawa granica na linii mostkowej prawej, lewa na 4 cmt. za linią sutkową lewą, gdzie w V-em międzyżebżu wyczuwa się słaby rzut serca. U wierzchołka szmer skurczowy. Tętno 124, małe, równe. Objawy zastoinowe w płucach. Znaczne powiększenie wątroby: na linii sutkowej prawej wychodzi na 6 cmt. z pod łuku, brzég równy; bolesności niema. Śledziona nie powiększona. W jamie brzusznej płyn na dole. W moczu $\frac{1}{4}$ 0/00 białka przy wysokim c. g. i bez składników nerkowych.

Po zastosowaniu środków sercowych i wykrztuśnych samopoczucie chorej polepszyło się, tętno doszło do 80, lecz pozostało słabe; moczu odchodziło wciąż mało i obrzęki oraz przesięki powiększyły się.

W tydzień po wstąpieniu na oddział zauważono nieodpowiedniość między sercem a tętnem promieniowem: na sercu było 84 uderzeń, z nich dwa następowały szybko jedno po drugim, poczem bywała dłuższa przerwa; na żyłach szyjowych i tętnicach obwodowych uderzeń było dwa razy mniej niż na sercu (42); tętno promieniowe odpowiadało pierwszemu uderzeniu serca. Wymiary poprzeczne serca powiększyły się przytem w obie strony o 2 cent.; uderzenie koniu szkowe pozostawało bardzo słabe; szmery znikły. Stan taki trwał tydzień—do końca życia chorej. Uderzeń sercowych było 70—78, tętno żyłne i tętnicowe wynosiło zwykle dwa razy mniej (35—39), czasami na tętnicy promieniowej wyczuwało się o parę bardzo słabych uderzeń więcej; raz—na 3 dni przed śmiercią, tętno zgadzało się z sercem. Pomimo środków pobudzających, serce wciąż słabo, objawy zastoinowe szybko wzmagaly się i chora nagle zmarła po dwutygodniowym pobycie w szpitalu.

Ogledziny pośmiertne: wymiary serca—długość 9 cent., szerokość 10 c., grubość lewej komory 9 milim., prawej—7 milim. Waga serca 300 gm. Ściany obu komór nadzwyczaj wiotkie; mięsień wybitnie stłuszczoney. Na zastawkach dwudzielnej i trójdzielnej bardzo nieznaczne zmiany (Endocard. verruc.); niewielkie zmiany sklerotyczne w tętnicy głównej. Płuca przekrwione. W jamie brzusznej dużo przezroczystego płynu. Wątroba powiększona, wybitnie muszkatułowa. Śledziona normalna. Słuzowa żołądka mocno zgrubiła. Kamienie żółciowe w pęcherzykn. Nerki stłuszczone.

Systolia alternans zależała, widocznie, od znacznego zwyrodnienia mięśnia sercowego. *(Streszczenie własne).*

3. Kol. Puławski (z Nałęczowa) odczytał uwagi swoje o 2 nowych zakładach leczniczych: sanatorium Dłuskiego w Zakopanem i „Therapii“ Ebersa w Cirkwienicy.

„Jeśli ośmielam się zająć ma chwilę uwagę Sz. panów krótkim opisem 2-ch nowych zakładów leczniczych, które niedawno miałem okazję odwiedzić, a nawet w nich przez jakiś czas przebywać, to robię to z następujących powodów: 1) są to zakłady wzorowe, urządzone w wielkim stylu pod względem higieniczno-lekarskim, 2) są to zakłady nasze—założone i utrzymywane przez Polaków. z tych dwóch więc powodów zasługują one na jaknajszersze poparcie, ile że przeznaczone są z natury rzeczy głównie dla publiczności polskiej.

Pierwsze miejsce pod każdym względem należy się sanatorium dla chorób piersiowych w Zakopanem. Chociaż, jak mówi Detweiler (Die Therapie der Pthisis: 6-er Congr. für inn. Med. Wiesbaden 1887), suchoty są uleczalne we wszelkich klimatach, wolnych od zbytnich krańcowości, chociaż Brehmerowska idea o jakimś swoistym wpływie klimatu górskiego na gruźlicę upadła, to jednak nie można zaprzeczyć, że klimat górski posiada pewne warunki, obce klimatowi nizin, wpływające dodatnio i na płuca i na cały organizm. Rozrzedzenie powietrza zwiększa wentylację płuc, przyspiesza i wzmacnia działalność serca. Nawet sam Detweiler przypisuje krańcowym fioletowym promieniom elektrycznego i słonecznego światła działanie bakteriobójcze oraz wpływ na tworzenie się czerwonych ciałek krwi.

Ja w o r s k i podnosi wpływ górskiego klimatu na łaknienie, którego znany brak u suchotników doprowadza nieraz do rozpacy lekarzy i graniczy z uporeczywością anoreksyi histerycznej. Jeżeli do tego dodamy wpływ insolacji, która w górach jest o wiele silniejsza niż na nizinach, nie zdziwi nas to, że porównawcza statystyka chorych leczonych w górach daje dużo wyższy procent wyleczeń (42,5) niż na morzu (7,7), rivièrze (5,9) i klimacie swojskim (2,0). Sanatorium więc zakopiańskie ma już pierwszy warunek bardzo dodatni, że znajduje się w górach, w klimacie bardzo dla leczenia gruźlicy pomyślnym. W dodatku, znajduje się w dość znacznej odległości od środka Zakopanego (3 kilom., 5—od stacyi), a więc od miejsc zaludnionych. Stosna wzgórz (na stokach t. zw. Gubałówki), osłonięte od wiatrów. Miejsce wybrano nader szczęśliwie. Do zakładu należy 14 morgów gruntu, więc zakład jest panem położenia i ubezpieczył się od górażdżki budowlanej, tak w Zakopanem rozpowszechnionej. Droga do zakładu przez ulicę Kościeliską, jak wiadomo była *złą*, ale jest poprawiona kosztem 30,000 guldenów i jest wyśmienita. Już to kosztów nie żałowano! Sanatorium na 70 chorych kosztuje około 450,000 guldenów! Pieniądzy dostarczyli akcyonaryusze — w pierwszej linii hr. Konstanty Potocki z Podola (60,000 g.), Paderewski (40 czy 50 tys.), d-r Dłuski, hr. Adam Krasiński i cały szereg drobnych akcyonaryuszów (akcyja po 500 guld.). Roboty w znacznej części wykonano w kraju.

Duszą całego przedsięwzięcia, tym—który przy budowie pilnował *hygieny* zakładu, był kol. Kazimierz Dłuski ze swoją małżonką, także doktorem medycyny. Jeżeli esteta-architekt miałby nie jedno do zarzucenia stylowi sanatorium, to za to higienista-lekarz doznaje tu prawdziwej rozkoszy. Kanalizacya (system biologiczny), wodociągi, elektryczność, centralne ogrzewanie, pralnia parowa, kocioł dezynfekcyjny, winda osobowa i dla potraw—są to wszystko rzeczy, które w nowszych budowlach tego rodzaju nikogo już nie dziwią, ani nie mogą być przedmiotem entuzjastycznych opisów, ale, co w tem nowem sanatorium zasługuje na uwagę, to danie tych wszystkich rzeczy *w jaknajlepszym gatunku*. Wszędzie czuć myśl i celowość, bez oglądania się na kosztą mianowicie w rzeczach pierwszorzędnej wagi. Przedewszystkiem budynek jest „jednotraktowy“ t. j. na mieszkanie dla chorych przeznaczono tylko jedną, południową część budynku, tylną—północną—część nie jest zamieszkałą, tylko zajęta przez szeroki, dobrze oświetlony korytarz, pokryty linoleum, oraz pokoje kąpielowe, klozety, mieszkania dla służby korytarzowej i t. d. Sala jadalna z kilku mniejszemi salonikami jadalnemi, kaplica mieszcząca się w skrzydle bocznem, wygodnie i bezpośrednio połączonym z gmachem głównym. Korytarze, klozety, pokoje kąpielowe są ogrzewane. Ogrzewanie centralne wykonane jest za pomocą *pary o niskim ciśnieniu*, przez co powietrze nie jest suche, a regulatory działają tak wybornie, jak to się naogół rzadko zdarza. Wentylacya, za pomocą kanałów, oddzielnych dla każdego pokoju, wyprowadzonych pod dach, znakomicie jest podtrzymywana przez nader wygodny, a prosty przyrząd, służący do otwierania oberlichtów. Jak wiadomo,

cała wartość tych ostatnich polega właśnie na łatwości ich otwierania. Przyrząd jednak taki do każdego okna kosztuje 15 guldenów.

Pokoje mieszkalne są wysokie, widne, *bez ostrych kątów*; w celu uniknięcia zbiorowisk kurzu, nawet druty od dzwonek i światła elektrycznego wpięte są w ściany, a butony, będące zwykle zbiornikami brudu, tu są płaskie, niklowane, łatwe do oczyszczenia. Zamiast dywaników przed łózkami leżą miękie ale dające się łatwo wyprać kocyki. Meble bez zagłębień i ostrych kątów, lakierowane, łatwe do mycia. Dla serwet zamiast kółek płócienne koperty. Do zbierania płwocin służą spluwaczki papierowe, do których nasypuje się humulu. Spluwaczki są spalane razem z płwociną. Podobne miseczki papierowe, tylko bez przykrycia, znajdują się w korytarzach, umieszczone w mechanicznie otwierających się szafkach. Prócz tego używane są spluwaczki papierowe kieszonkowe (mówiąc nawiasem, nie bardzo praktyczne, ale w każdym razie lepsze od trudno dających się dezynfekować szklanych. Leżalnie znajdują się na dole, obszerne, wygodne, oświetlone, opatrzone dzwonekami elektrycznymi i wygodnymi szesłagami, z cudownym widokiem na góry. Ażeby nie spowodować kurzu i hałasu, dojazd do zakładu tak jest urządzony, że się omija front, gdzie znajduje się leżalnia i zajeżdża przed sień w budynku poprzecznym (tam, gdzie na 1 piętrze jest jadalnia).

To są szczegóły, które jednak mają pierwszorzędne znaczenie, dlatego o nich mówię.

Żywnienie chorych jest poprostu znakomite tak co do ilości, jak jakości i różności potraw. Jadałem razem z chorymi i wypytywałem ich o to. Wszyscy jednogłośnie przyznają, że kuchnia jest wyborna. Mamy więc wszystkie warunki, nieodzowne, w leczeniu gruźlicy—idealne warunki higieniczne, dobre odżywianie a raczej przekarmianie, spokój, wreszcie klimat górski—to wszystko w zamkniętym zakładzie, pod troskliwą opieką doświadczonego lekarza. Pozostaje, wreszcie kwestya, kosztów. Te idealne warunki kosztują, jak powiedziałem na początku, bardzo drogo: 450.000 guld. na 70 chorych. Sanatorium w Zakopanem nie jest interesem spekulacyjnym, obliczonym na wysokie dywidendy, ale nie jest zakładem filantropijnym. Dlatego też koszt utrzymania chorego jest niższy, niż w wielu podobnych zakładach zagranicą (Davos—8 złr., Falkenstein $9\frac{1}{2}$ złr.) ale wynosi najmniej (przy najtańszym pokoju na III p.) 11 koron dziennie, t. j. 4 rb. 40 kop. i 15 koron wpisu (6 rb.). Jeżeli dołączy się do tego pranie, wynagrodzenie służby i t. d., wypadnie *najmniej* 5 rb. dziennie. Zważywszy, że kuracya zwykle ciągnie się długo (3—6 miesięcy i dłużej), dochodzimy do wniosku, że jest to zakład dla ludzi zamożnych, a przynajmniej dostatnich. Tak też jest rzeczywiście. Ludzie tacy, przyzwyczajeni do wygod i komfortu, znaleźć je mogą we własnym kraju za tańsze pieniądze i w warunkach o wiele dla chorych przyjemniejszych, bo wśród swoich. Biedni oczekują tymczasem sanatoryów mniej wspaniałych, ale któreby w głównych zarysach uwzględniały wyżej wymienione warunki. Zadanie to nie łatwe do rozwiązania. A jednak... w temże samem Zakopanem jest śmiałek, który się o to kusi. Tym śmiałkiem jest kol. Józef Żychoń, prezes

zarządu towarzystwa „Pomoc bratnia“. Sympatyczna ta instytucja uczącej się młodzieży polskiej najmuje już czwarty domek dla pomieszczenia w nim młodzieży zagrożonej gruźlicą. Za 100 koron miesięcznie, t. j. 40 rb. daje utrzymanie wcale obfite, niegorsze pomieszczenie i bardzo troskliwą opiekę lekarską. Jeżeli chory nie jest w stanie zapłacić całej sumy, daje piśmienne zobowiązanie, że odda resztę, gdy mu środki na to pozwolą. Takich zobowiązań przy 2-letnim istnieniu instytucji zebrano na 7205 kor. 86 hal., a deficyt za rok 1900/1 wynosi 3963 k. 92 hal. Jeżeli nie świetną jest finansowa strona tego „interesu“, to wartość jego dla społeczeństwa jest bardzo poważna, bo oto na 26 młodzieńców, którzy się do tego sanatorium udali, 8 (a więc 30,8%) odzyskało zupełną zdolność do pracy, a 9 doznało wyraźnej poprawy (34,7%). Rzecz ta mówi sama za siebie. Co więcej, instytucja ma w sobie żywotność i siłę, bo urządzoną jest tak, że, gdyby wszyscy chorzy płacili to skromne wynagrodzenie (40 rb. miesięcznie), deficytu by nie było.

Kolega Żychoń oblicza, po zasięgnięciu rady i informacji ludzi fachowych, że za 300000 koron (150,000) można postawić sanatorium na 50 chorych według wszelkich wymagań nauki, lecz skromne. Dotychczas zebrano na ten cel 888 koron 56 halery! Społeczeństwo może pomagać kol. Żychoniowi w dwojaki sposób: zapisując się na członków „wspierających“ (20 kor. rocznie), lub przysyłając pa-eyentów *płatnych*. Warunku przyjęcia i wszelkie wiadomości tej pięknej instytucji można czerpać w sprawozdaniu, które częściowo przedrukowano w ostatnim N^o Czasopisma Lekarskiego.

Wybaczą mi Sz. P. to małe zboczenie od przedmiotu, ale oddawszy cześć temu rzeczywiście pięknemu sanatorium „dla bogatych“, nie mogłem jakoś pominąć milczeniem tego lichego obecnie uzdrowiska, tego embryonu bardzo żywotnej i pożytecznej instytucji.

Bardzo szczęśliwą miał myśl kol. Ebers, tworząc zakład leczniczy na wybrzeżu Adryatyku. Dziwna rzecz, że na całej riwierze francuskiej, włoskiej i austriackiej, dokąd tak chętnie wyjeżdżają ludzie dla przyjemności, wypoczynku, a nawet kuracyi nie było dotąd ani jednego poważnego zakładu leczniczego. Był kiedyś zakład hydropatyczny w Nizy, ale ten obecnie zszedł do rzędu eleganckiego hotelu. Naturalnie, że urządzonych wytwornie łazienek, np. w rodzaju miejskiej Galerie des bains, gdzie znaleźć można wszelkie kąpiele, dusze, kąpiele świetlne, różnych masserów i pedikurów nie możemy uważać za zakład leczniczy, gdzieby chory mógł znaleźć dozór i opiekę lekarską. Gdy się ma chorego, który pragnąłby w zimie korzystać z ciepła, słońca, morza, pięknej natury, ale jednocześnie potrzebował kontroli nad sobą, potrzebował jakiegoś kierownictwa dla starganych nerwów, dozoru i pielęgnowania w cierpieniach organicznych—poprostu niema go dokąd wysłać. Cały „jasny brzeg“, roi się od hoteli, pensyonatów ale *zakładu* niema prawie nigdzie. Mówię prawie, gdyż koło Mentony znajduje się Gorbio, sanatorium dla suchotników, a w Abazyi—zakład dla dzieci łącznie z domem zdrowia dla dorosłych doktora Szegö. W cieśninie Morlana o 33 kilometry od Fiume (2 godz. jazdy statkiem) leży miasteczko chor-

wackie Cirkwenica, miasto z charakterem zupełnie włoskiem bez włoskiego brudu i z ludnością słowiańską, z którą się dość łatwo można porozumieć.

Charakter miejscowości dość dziki, ze względu na ubogą roślinność i wysokie góry. Nie jest tu tak ciepło, jak na riwierze włoskiej i francuskiej, dokuca tu dość często burza—zimny wiatr północny—ale na ogół cieplej tu daleko w zimie niż u nas, dużo słońca i bardzo czyste, orzeźwiający powietrze. Otóż, na krańcu miasta na dość wysokiej górze arcyksiążę Józef zbudował wspaniały hotel, który odpowiednio urządzony przez kol. Ebersa przekształcony został na bardzo piękny zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Urządzenie zakładu jest wprost zbyt—pokoje mieszkalne olbrzymie, i wykwintnie urządzone, kilka salonów jadalnych, sale zebrań, sale bilardowe, czytelnia zajmuje cały parter. Na każdym piętrze—długie logge, które mogą służyć za leżalnie, bardzo ładny park, osobne łazienki do kąpieli morskich. Obok tego hydropatya, w samym budynku basen do wody morskiej z urządzeniem do ogrzewania wody, sala gimnastyczna, wszelkie urządzenia lekarskie. Naturalnie elektryczne oświetlenie, kanalizacya, wodociągi, centralne ogrzewanie korytarzy i wspólnych sal. Zakład najwięcej jest uczęszczany w lecie przez węgrów, we wrześniu i październiku przez Polaków (nazywają to sezenom polskim), w zimie zaczyna się napełniać od stycznia, chociaż i w grudniu znalazłem tu kilkanaście osób—samych Polaków.

Ceny, na to, co zakład daje, nie są wygórowane, ale o wiele wyższe od tych, jakie przyzwyczailiśmy się płacić w naszych zakładach leczniczych (6 rubli i wyżej dziennie).

Zakład może pomieścić 120, a nawet więcej chorych. Kol. Ebers jest znanym i doświadczonym hydropatą, trzeba więc mieć nadzieję, że zakład jego przy tak świetnym urządzeniu będzie prosperował znakomicie“.

(Autoreferat).

4. Kol. A. Majewski wypowiada rzeecz o współczesnych wskazaniach do *gastroenteroanastomozy* w przypadkach *chorób nierakowych żołądka* i przedstawia chorego, u którego wykonał gastroenteroanastomozę sposobem Hartmann'a.

Daniel W. z pod Łęczny, lat 23. Od paru lat cuchnące odbijanie po jedzeniu. Od roku silne bóle w żołądku bezpośrednio po jedzeniu, trwające aż do wymiotów, stale przychodzących w zakresie od 1/2 do 2 godzin po jedzeniu. Ponieważ chory jadł 2 razy dziennie, w południe i wieczorem, więc i wymioty miewał dwukrotnie na dobę. Łaknienie chory miał, chociaż w ostatnich czasach ograniczał się bardzo w jedzeniu, bojąc się jego skutków.

Stolce miewał rzadko; jak sam powiada, wtedy, gdy wypadkiem nie zwrócił wszystkiego, co zjadł

Krwawych wymiotów ani krwawych stolców nie było.

Po miesięj kolacyi o 7-ej wieczorem przy cewnikowaniu żołądka o gd. 9-ej na drugi dzień rano otrzymano masę treści żołądkowej z kawałkami mięsa i innych produktów (kartofle, marchew, kasza) z poprzednich wielu dni.

Po wieczornem przemyciu żołądka — na drugi dzień rano w trzy kwadranse po próbnem śniadaniu (szklanka herbaty bez cukru i bułki) otrzymana treść żołądkowa zawierała 2,1 pro mille kwasu solnego; kwasu mlecznego (Uffelmann) nie znaleziono.

Przy spokojnem leżeniu na plecach krzywizna duża widoczną jest na 2 ctm. ponad pępkiem; potwierdziło to rozcięcie żołądka. Przy dwuręcznem uderzaniu palcami po żołądku słycać pluskanie (clapotément). Pluskanie to o każdej porze dniach chory sam bocznyimi ruchami tułowia wywołać może. Ciepłota od czasu do czasu daje skoki wieczorne do 39^o,0, waga chorego—111 funtów. Badanie płuc, serca i nerek zmian chorobowych nie wykryło. Wobec tych danych, M. po rannem przemyciu żołądka zrobił choremu pod chloroformem gastroenteroanastomozę tylną sposobem Hartmanna¹⁾. Wymiotów po operacji nie było ani razu; gorączka 4-go i 5-go dnia po zabiegu podskoczyła do 38^o,2; po wyjęciu jednak paru powierzchownych zropiałych szwów—opadła do normy.

Pierwszego dnia po operacji chory dostawał lód do tykania; od 2-go do 7-go żywił się mlekiem. 8-go dnia dostał kotlet siekany. Obecnie, w 7 tygodni po operacji rana—zagojona; chory ma ogromne łaknienie; doskonale wygląda; waga—134 funty (przybytek wagi 23 funty.)

(Autoreferat).

W dyskusji nad tym odczytem zapytuje Czerwiński, jaki procent śmiertelności wykazuje statystyka w przypadkach nieoperowanych, a dających, zdaniem prelegenta, wskazania do zabiegu krwawego? Dalej zabiera głos kol. Puławski i mówi, że wrzód żołądka w połączeniu ze zwężeniem odźwiernika jest chorobą niesłychanie przewlekłą, że w tych przypadkach nigdy terapeuta nie ma zupełnej pewności co do wyleczenia chorego; tembardziej, że na bliżnie, pozostałej po zagojeniu wrzodu może powstać nowotwór rakowy, jak to wykazał Gluziński i sam mówca. Wobec tego należałoby częściej, niż to dotąd miało miejsce, uciekać się do zabiegu operacyjnego; ze względu jednak na trudności rozpoznawcze, (rozpoznanie bowiem nie jest tak łatwe, jak to się prelegentowi wydaje), medycyna wewnętrzna musi tu iść ręką w rękę z chirurgią, nie zapominając przy ustalaniu wskazań i o stanie społecznym chorego osobnika.

Kol. Dobrucki zarzuca prelegentowi: a) że, cytując anatomię patologiczną opisywanego cierpienia, powinien milczeniem pracę rodaka naszego—Hempla; b) że, wbrew twierdzeniu kol. Majewskiego, zdarzają się nawroty wrzodu nietylko w żołądku, ale i w jejunum c) że przedstawiona przez M. statystyka śmiertelności po zabiegu operacyjnym (16%—10%) nie zgadza się ze statystyką większości innych chirurgów, u których ten % był znacznie większy i nakoniec d) zaznacza, że, co się tyczy techniki samej operacji, to właściwie, nie należałoby mówić o „metodzie“ Hartmanna, gdyż chirurg ten nie nowego do techniki gastroenteroanastomozy nie

1) H. Hartmann. Chirurgie gastro-intestinale. Paris. Steinheil. 1901.

wprowadził, a połączył tylko oddzielne momenty operacyjne i innych autorów w jedną kompilacyjną całość.

Kol. Biernackiego cieszy, że M. poruszył tę, tak ważną dla internisty kwestyę. Mówca chce tylko poruszyć kwestyę wskazań do zabiegu operacyjnego; za jedyne racjonalne wskazanie uważa on tylko napewno skonstatowaną stażę żołądkową; co się zaś tyczy poruszonej przez kol. Puławskiego kwestyi powstawania raka na bliźnie po ulcus, nie rozumie, w jaki sposób operacya może temu zapobiedz? Operowanie zaś przy każdym bez wyjątku ulcus lub sokotoku (podkreśla trudności rozpoznawcze) może być nazwane eksperymentem klinicznym, ale nigdy nie może być uważane za metodę leczniczą. Przy stawianiu wskazań, zgodnie ze zdaniem Puławskiego, dużą wagę może położenie społeczne chorego; wogóle, ze względu na trudności rozpoznawcze radzi jaknajwiększą ostrożność.

Kol. Rudzki, podkreślając stosunkowo wysoki odsetek śmiertelności po gastroenteroanastomozie, zapytuje prelegenta, jakie bywały przyczyny śmierci w przypadkach bez nowotworu złośliwego? Zaznaczając dalej wielkie znaczenie mechanicznego podrażnienia pokarmami w powstawaniu raka na miejscu blizny odźwiernika po wrzodzie okrągłym żołądka, kol. R. zapytuje, czy niema w piśmiennictwie przypadków, w których po gastroenteroanastomozie powstawał rak około sztucznego otworu, łączącego żołądek z jelitem.

(Autor.)

Kol. Puławskiemu Majewski odpowiada, że 5% raków żołądka, podług Rosenheim'a, powstaje na tle wrzodu okrągłego. Boas przed kilku laty wypowiedział zdanie, że nawet przy niewątpliwym raku żołądka, gastroenteroanastomoza, tworząc nową drogę odżyweczą a część chorą pozostawiając nieczynną, sprzyja temu, że rak przybiera charakter mniej złośliwy, a nawet czasami zanikowy; tembardziej stosuje się to do wrzodu; tu pozostawienie go w spokoju zapobiega prawie zwyrodnieniu rakowatemu wrzodu; z drugiej jednakże strony, nawet i obecnie, w przypadkach, gdzie mamy dane przypuszczać, że wrzód żołądka ma skłonność do zwyrodnienia rakowatego—metodą z wyboru jest wycięcie odźwiernika (pylorectomia), za pomocą której w r. 1882 Rydygier pierwszy rozpoczął chirurgiczne leczenie wrzodu żołądka. Co się tyczy metod badania, to M. przytoczył te tylko, które mają znaczenie dla chirurga. Gastrosuccorrhoea może podlegać leczeniu chirurgicznemu w przypadkach, gdzie objawy mamy ciężkie, a przebieg bardzo przewlekły i gdzie leczenie wewnętrzne skutku nie daje; tam gastroenteroanastomoza, podług Hartman'a, daje doskonałe wyniki. Co do tego, że przy 10% śmiertelności trudno jest, zdaniem Biernackiego, w przypadkach, gdzie niema wskazań życiowych, namawiać chorych do gastroenteroanastomozy, to Majewski zaznacza, że te 10% powstają właśnie wskutek tego, że ogół lekarzy wskazania operacyjne przy chorobach żołądka stawia zapóźno; w ręce chirurga chorzy, wyniszczeni niedrożnością żołądka, dostają się w takim stanie, że trudno im przetrzymać nawet i tak niewielki zabieg, jak gastroenteroanastomoza. Potwierdza to statystyka Hart-

man'a, który przypadki swe podzielił na 2 grupy: przypadki, pochodzące od klinicystów Hayem'a i Soupault'a, którzy wskazania operacyjne stawiają wcześniej—35 gastroenteroanastomoz z 1-ą śmiercią = 2,77% śmiertelności—i na przypadki, pochodzące od innych lekarzy—24 gastr. z 9-ma śmierciami = 24% śmierteln.

Kol. Dobruckiemu M. odpowiada, że literatury przedmiotu nie przytaczał, a zaznaczył tylko najnowsze poglądy w omawianej sprawie, dlatego o pracy Hempla—z przedkilkunastu lat—nie mówił. Co do statystyk, przytoczonych przez kol. Dobruckiego, nie zgadzają się one ze statystyką Majewskiego dlatego, że zawierają dane, dotyczące wszystkich wogóle gastroenteroanastomoz. Majewski zaś przytaczał jedynie gastroenteroanastomozy, przy chorobach żołądka. Co do zarzutów, stawianych przez D. metodzie Hartman'a, że nie jest oryginalną i że nie powinna być imieniem tego autora nazywana, to M. zaznacza, że w chirurgii nawet drobna modyfikacja zabiegu zapewnia jej autorowi prawo ochrzczenia jej swoim nazwiskiem.

Co do nawrotów wrzodów żołądka po gastroenteroanastomozie, to są one rzadkością, a regułą pozostaje fakt, że operacja ta zapobiega nowym wrzodom; parę przypadków nawrotu wrzodów M. sam podał, parę innych przytacza Dobrucki; wszystko to jednak są rzadkie i przez to opisywane wyjątki. Co do ulcus pepticum kiszki poniżej gastroenteroanastomoz, to oprócz przypadku podanego przez D. Lauensztajn podaje jeszcze dwa inne tego rodzaju przypadki, są to jednak rzadkie bardzo powikłania zabiegu.

Co do żądania kol. Czerwińskiego, by porównać śmiertelność wrzodu żołądka leczonego wewnętrznymi lekami ze śmiertelnością pooperacyjną, to M. jest zdania, że wrzód żołądka w swych przejawach i skutkach daje tak wiele klinicznych odmian i krańcowo różnych obrazów, że zgrupowanie ich w jedną statystykę do niczego by nie doprowadziło. Dowodzi tego niezgodność istniejących zestawień, bo, podczas gdy u Brinton'a mamy dla wrzodu żołądka obliczoną śmiertelność na 50%, u Bouveret nie przekracza ona 9%.

Kol. Rudzkiemu M. odpowiada, że przyczyną śmiertelności po gastroenteroanastomozie najczęściej bywa: 1) wyniszczenie chorobą, nie pozwalające na przetrzymanie okresu gojenia; t. zw. „circulus vitiosus“, stanowiący wadę dawniejszych gastroenteroanastomoz, a przy obecnych metodach rzadko spotykany i 3) powikłania ropne w samym szwie lub w otrzewny.

(Autor.)

Sekretarz Czesław Czerwiński.

Protokół nadzwyczajn. posiedz. Tow. Lek. Lubelsk. z d. 18/I 1903.

Odczytano opracowany przez zarząd regulamin dla Towarzystwa. Przewodniczący informuje zebranych, że projekt regulaminu ułożony został na wzór regulaminu Warszawskiego Tow. Lekarsk. przy uwzględnieniu wszystkich uchwał, które zapadły na posiedzeniu Lub.

Tow. Lekarskiego w czasie jego 28-mioletniej działalności i zgodnie z ustawą.

Po krótkiej dyskusji postanowiono, aby projekt ten przejrzała komisya, złożona z kolegów: Biernackiego, Dobruckiego, Jaczewskiego i Olechnowicza z prezesem na czele. Drugie czytanie wraz z dyskusją odłożono do posiedzenia 18 marca b. roku.

Sekretarz *Czesław Czerwiński.*

VII. List z Paryża.

Paryż w czerwcu.

Nowi lekarze polscy.—Ich teży.

Co roku lekarski fakultet paryski udziela wśród znacznej ogólnej liczby dyplomów kilka dyplomów doktorskich polakom. I w ubiegłym roku można było naliczyć jaki dziesiątek tych polskich wychowawców wszechnicy tutejszej. Raczej wychowawców i wychowanek, bo stosunkowo o wiele liczniej reprezentowaną jest nasza młodzież żeńska, niż męzka.

Każde uzyskanie dyplomu bywa połączone z ogłoszeniem rozprawy czyli t. zw. teży. Przejrzałem rozprawę polskie z roku 1902 i zatrzymam się przy wybitniejszych.

Pierwszą z kolei, według starszeństwa, jest rozprawa pani Julii Chądzyńskiej z domu Mierzyńskiej p. t. „*O stopniowaniu karmienia wyjąłowionem mlekiem*“. (De la graduation des tétées dans l'allaitement artificiel par le lait stérilisé. Paryż u L. Boyer).

Rozprawę tę należy zalecić wszystkim, co zajmują się kwestją karmienia niemowląt. Autorka — w czem można jej tylko przyklasnąć — jest zwolenniczką karmienia dziecka przez matkę. Jeśli ta ostatnia nie ma atoli dosyć pokarmu, niechaj ucieka się do mleka wyjąłowionego. W tym wypadku należy przestrzegać szeregu przepisów, dotyczących dawkowania mleka.

Autorka przeprowadziła w owej mierze bardzo sumienne studia pod okiem znanego specjalisty d-ra Variota.

Zaleca też w przypadkach, gdzie dziecko jest zdrowe, następującą graduację:

W 1-ym tygodniu	30	gramów	co	2	godziny.	Razem	9	karmień.
„ 2-im	45	„	„	2	„	„	9	„
„ 3	60	„	„	2	„	„	9	„
„ 4	75	„	„	2 ¹ / ₂	„	„	7	„
„ 6	90	„	„	2 ¹ / ₂	„	„	7	„
„ 9	105	„	„	2 ¹ / ₂	„	„	7	„

W 3-im miesiącu	120	gramów	co	2 $\frac{1}{2}$	g.	Razem	7	karmień.
" 4	" 135	" "	" "	2 $\frac{1}{2}$	"	"	7	"
" 5	" 160	" "	" "	2 $\frac{1}{2}$	"	"	7	"
" 7	" 180	" "	" "	3	"	"	5	"
" 9	" 200	" "	" "	3	"	"	5	"
" 12	" 220	" "	" "	3	"	"	5	"

Wywody swoje popiera autorka dwudziestu własnymi spostrzeżeniami, z których każde zaopatrzone jest w wyborną tablicę krzywizn ilustrujących rozwój danego niemowlęcia.

Mąż autorki d-r Jan Chądzyński zajął się w swej pracy mało dotąd zbadaną kwestyą *dysocjacji odruchów ścięgowych i skórnych w chorobach narządu nerwowego* (Des réflexes tendineux et cutanés et de leur dissociation dans les maladies du système nerveux. Paryż 1902, L. Boyer).

Na podstawie materiału nader obfitego, bo obejmującego kilkadziesiąt osób, doszedł d-r Chądzyński do następujących wniosków:

1. Konieczność metodycznego badania odruchów, których znaczenie kliniczne okazuje się coraz większem, jest niezaprzeczoną.

2. Jeśli istnieją znaczne różnice w statystykach autorów, to wpływa to z odmienności określeń i metod.

3. Odruch rzepekowy jest stałym u wszystkich jednostek zdrowych. Brak jego należy uważać za objaw patologiczny.

4. Odruch przeciwboczny mięśni doprowadzaczy spotyka się tylko w 8% przypadków niezajęcia systemu nerwowego. W ogromnej większości więc stanowi on symptom patologiczny.

5. Odruch Achillesowy jest, jak rzepekowy, normalnym; brak jego ma tę samą wartość, co znak Westphala. W tabes incipiens brak ów — jak wykazał Babiński — jest miarodajnym, nawet gdy odruchy rzepekowe istnieją.

6. Odruchy łokciowy i przegubowy nie mają tego znaczenia, co rzepekowy i Achillesowy, ale mogą być pożytecznymi, informując o siedlisku, rozciągłości i stopniu choroby. Brak ich jest stałym w drugim stopniu wiadu; wzmożenie się ich odpowiada wszystkim stanom podrażnienia dróg ruchowych.

Odruch przegubowy, w ogólności słaby, istnieje u 90% jednostek normalnych.

Odruch łokciowy spotykał Chądzyński u 97% osobników zdrowych.

7. Odruch stopowy jest wysoce złożony zarówno pod względem fizyologicznym, jak patologicznym. Już Collier wykazał, że jest on stałym.

Składa się on ze skurczu tensoris fasciae latae, któremu towarzyszy zgięcie palców u nogi. Dodatkowo dołącza się skurcz mięśnia krawieckiego, doprowadzaczy i goleniowego przedniego.

Reprezentuje on, prawdopodobnie, dwa odruchy różne, o dwóch oddzielnych ośrodkach rdzeniowych, zlanych razem przez wychowanie. Chcąc go wywołać, potrzeba uciekać się do podrażnień umiarkowanych, gdyż podrażnienia bolesne budzą nie odruch normalny, ale akt

automatyzmu rdzeniowego. U osobników ze stopami wilgotnymi zaleca James Collier wytarcie uprzednio stóp i ogrzanie.

Ciekawą jest ewolucya tego odruchu u dziecka. U niemowlęcia liczącego mniej niż rok, odruch — trudny do uzyskania — polega na wyprostowaniu palców nogi. Później dołącza się skurez tensoris fasciae latae, któremu towarzyszą rozmaite ruchy stopy. Zgięcie palców stopy zaczyna ustalać się dopiero od dwóch lat życia.

W stanie patologicznym odruch stopowy, zachowując swe cechy odruchu skórniego, przechyla się jednak ku odruchom ścięgowym.

Dwoistość jego pochodzenia objawia się wówczas w razie wzmożenia się tych ostatnich przez dysocycję jego dwóch czynników składowych.

Tenso fasciae latae wyrodnieje mniej lub więcej, stanowisko zaś palców wraca do typu przeważającego u dzieci. To znaczy: duży palec, a dodatkowo i inne palce stopowe wyprostowują się.

Owo wyprostowanie znane jest pod nazwą zjawiska paluchowego, czyli znaku Babińskiego.

Fakt, że znak Babińskiego można wyjątkowo otrzymać także za pomocą podrażnienia skóry goleni nie dowodzi, zdaniem Chądzyńskiego, słuszności twierdzenia Van Gębuchtена, opiewającego, iż idzie tu o zjawisko nowe, a nie o patologiczny odruch stopowy. Albowiem zgięcie czterech ostatnich palców może towarzyszyć wyprostowaniu palucha, a nadto wyprostowanie owo spostrzega się także wyjątkowo w odruchach normalnych.

Objaw Babińskiego zależy od zawikłania w funkcjach systemu piramidnego i wydaje się być odruchem patologicznym, należącym do tej samej grupy, co „Tibialisphaenomen“ i inne objawy współdziałania mięśniowego w stanie patologicznym, opisane niedawno przez Strümpella.

8. Odruchy skórne wykazują już w stanie normalnym bardzo duże różnice intensywności, należy więc być bardzo ostrożnym, mówiąc o ich wzmożeniu się. Zanik ich ma zawsze większą wartość, niż wzmożenie. Osłabienie ich w starości jest bardziej wyraźnem, niż osłabienie odruchów ścięgowych.

9. Odruch kremasterowy powinien być zawsze poszukiwanym za pomocą tarcia i nacisku na masy mięśniowe wewnętrznej strony uda.

Odruch pachwinowy Geigla nie jest równoważnikiem odruchu kremasterowego u kobiety, spotyka się go bowiem również u mężczyzny.

10. Związek między brakiem odruchu kremasterowego a bezsilnością męską (P. Marie) trudno ustalić, szczerą wyznań bowiem u chorych jest w tym względzie często wątpliwą.

11. Są trzy odruchy brzuszne: górny, średni i niższy. Należy ich szukać oddzielnie. Górny jest zazwyczaj najlepiej zachowany. Zazwyczaj odruchy po prawej stronie są słabsze.

12. Odruchy skórne nie zależą od wrażliwości ogólnej. Ich drogi nerwowe są różne.

13. Równoległość istniejąca w stanie normalnym między odruchami ścięgowymi i skórnymi ulega często zmianom w stanie pato-

logicznym. Wówczas można spostrzegać bądź wzmożenie odruchów ścięgnowych z zanikiem odruchów skórnych, bądź zanik odruchów ścięgnowych z zachowaniem odruchów skórnych.

Istnieją więc napewno przypadki dysocjacji tych dwóch grup odruchowych, co dowodzi, iż drogi ich nerwowe są różne. Błędem byłoby jednak mówić o antagonizmie. Słowo to bowiem pociąga za sobą myśl o przeciwstawieniu dwóch objawów przeciwnych, związanych z sobą tak, że zwiększenie jednego pociąga nieodzownie zmniejszenie drugiego i odwrotnie. Nie odpowiada to ani rzeczywistości faktów, ani zresztą myśli autorów, którzy słowa tego używają.

14. Ta dysocjacja znajduje się w sklerozie płatowej (75%), paraplegii spazmodycznej (70%), w syringomyelii (90%), w wjadzie (80%), w ucisku rdzenia (86% wzmożenia odruchów ścięgnowych, 71% zaniku lub osłabienia odruchów skórnych), w połowicznym porażeniu (87% wzmożenia odruchów ścięgnowych, 50% zaniku skórnych).

15. Autor nie mógł określić podobnego stosunku dla epilepsji, gdzie zresztą ta dysocjacja zdaje się istnieć. Przedsięwziął on był również badania w tymże kierunku co do innych chorób nerwowych (porażenia dziecięce, mięśniobóle, polyneuritis, histerya, płasawica, paraliż postępujący i kilka innych), ale brak materiału nie dozwolił mu na wysnucie wniosków pewnych.

Ponieważ list mój już zbyt się wydłużył, odkładam na później rozpatrzenie innych polskich prac, zwłaszcza wyśmienitej rozprawy panny Anny Makarów o zastosowaniu kwasu pikrowego w metritis gonorrhoeica.

W. Bugiel.

VIII. BIBLIOGRAFIA.

294. T. Wermiński. **Flora Królestwa Polskiego.** Wydawnictwo Tow. Ogrodn. Warszawsk. Warszawa, 1903 r. Cena rb. 1 kop. 75 w oprawie.

Dobrze zasłużyło się Towarzystwo ogrodnicze, wydając, a p. Wermiński pisząc krótki podręcznik botaniki krajowej, brak bowiem tego rodzaju podręcznika oddawna czuć się dawał.

Książeczka, która leży przed nami, jest podręcznikiem w ścisłym tego słowa znaczeniu, ale jest to raczej szereg wskazówek dla rozpoznawania roślin, przeznaczonych dla samouka, który jednak posiada już pewne wiadomości z zakresu organografii i anatomii roślin oraz obeznany jest z głównymi rysami systematyki.

Autor dzieli podręcznik na klucz ogólny oraz szereg tablic ilustrowanych trawionkami do określania rodzajów i gatunków. W końcu podaje spis alfabetyczny nazw ogólnych.

Rzecz napisana gruntownie, układ dzielka dogodny i liczne rysunki szkicowe ułatwiają czytelnikowi zapoznanie się z florą krajową.

Książka powinna się znaleźć w rękach każdego, kto miłuje naturę, kto chce poznać jedno z najliczniejszych jej państw.

J. Z.

D-r St. K o p c z y ń s k i. Życie mowy. Odb. „Wszecchwiała“.
Tenże. Nerwowość młodzieży szkolnej. Odb. ze „Zdrowia“.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1 lipca 1903 r.

—r— Wyszedł z druku 1-szy tom Chorób wewnętrznych prof. Dieulafoy w tłumaczeniu i nakładem redaktora Biblioteki Lekarskiej d-ra J. Z a w a d z k i e g o. Tom zawiera w szkicu choroby nosa, krtani, oskrzeli, płuc, opłucny, śródpiersia, osierdzia, wsierrdzia, m. sercowego, choroby naczyń i nerwice serca i mieści się na 46 arkuszach druku. Obok tego Biblioteka w ubiegłym półroczu wydała 6 arkuszy Położnictwa Runge'go i 5 arkuszy Dyagnostyki chirurgicznej Landerer'a oraz 1 arkusz II-go tomu Dieulafoy. Ze względu na stosunek redaktora naszego do nowego wydawnictwa ograniczamy się do suchej tylko wzmianki.

—z— Wyszedł z druku zeszyt czerwcowy i lipcowy Zdrowia, zawierający wszystkie prace narad kwietniowych w Towarzystwie higienicznym. Numer ten powinien się znaleźć w rękach każdego lekarza.

—z— Na posiedzeniu w d. 4 b. m. w kasie lekarskiej będzie rozpatrywany projekt kasy pogrzebowej lekarzy.

—z— Na posiedzeniu Komisji sanitarnej m. Krakowa w d. 30 maja toczyła się dyskusja o „nowej chorobie“, jaka nawiedziła gród podwawelski. Komisya wyraziła jednomyślnie zdanie, że 1) choroba, której kilkanaście przypadków wystąpiło w Krakowie między 10—20 maja r. b., jest zbliżona do influenzy, odznacza się umiejscowieniem zmian chorobowych na twarzy, a w szczególności powstawaniem obrzęków i zaczerwienienia powiek, że 2) przebieg jej jest wogóle łagodny i że 3) nie przenosi się ona z osoby na osobę. Prof. W i c h e r k i e w i c z (Przegląd Okulistyczny maj 1903) przytacza trzy przypadki przez siebie spostrzegane. Objawy polegały na mniej więcej silnem nabrzmieniu powiek i otoczenia, przekrwieniu i nabrzmieniu spojówek, wysadzeniu gałek, bolesności przy ruchach tychże a także na dotyk. Nadto chorzy skarżyli się na bolesność mięśni kończyn czasem na tychże, rozwolnienie lub zaparcie stolca. Prof. W. „nową chorobę krakowską“ uważa najprawdopodobniej za trychinozę (G. L.).

—z— W paryżu pod redakcją d-ra Legrain'a zaczął wychodzić nowy miesięcznik „Les Annales antialcohotiques“. Funduszu dostarczył zmarły baron A. Rothschild.

—z— W Wiedniu powstało Tow. oftalmologiczne. Prezesem został prof. Schnabel.

—z— Coraz więcej głosów przemawia za zniesieniem zjazdów międzynarodowych lekarskich. Do ogólnego chóru przybywa głos Korresp. bl. f. Schw. Aerzte.

—z— Zjazd akuszerów i ginekologów rosyjskich odbędzie się 28—31 grudnia st. st. w Petersburgu. Składka wynosi 8 rb. Zwracać się należy do sekretarza d-ra W. Preobrażeńskiego (od 1 września Uniwersytetskaja linia 3). Prezesem jest prof. Ott.

—z— Według wyjaśnienia Rady lekarskiej przy ministerium spraw wewnętrznych, dentystom wzbroniono zapisywania do wewnątrz środków silnie działających.

—z— Petersburski komitet trzeźwości urządził ambulatoryum bezpłatne dla leczenia pijaków hypnotyzmem. (Rusk. Wracz).

—z— W Filadelfii w szpitalu na dachu urządzono leźalnię i przechadzki dla suchotników.

—z— Trąd, według Jonathan Hutchinson'a, rozprzestrzenia się przez ryby. Znany na tem polu badacz przekonał się o tem w Indyach, gdzie wegetaryanie nie chorują na trąd, podczas gdy katolicy, którzy w czasie postu spożywają dużo ryb, chorują często.

—z— Według Gałęzowskiego wyborym środkiem przeciw jaglicy jest cupricinum (związek sinku z miedzią) w roztworze 1^o/₁₀₀.

—z— Sachs, lekarz austriacki, padł ofiarą badań nad dżumą, zaraził się bowiem i zmarł w Berlinie.

Z M A R L I.

D-r Moczutkowski w Petersburgu, rodak nasz, który zasłynął pracami nad wiadom rdzenia i wprowadzeniem metody zawieszania do lecznictwa.

Prof. Gegenbaur, znany anatom, w Heidebergu; prof. kliniki chirurgicznej w Wiedniu, Gussenbauer.

D-r Czesław Słupecki, lekarz kolei Wiedeńskiej i Zakładów przemysłowych, kandydat praw, dnia 22 Czerwca r. b. pod Warszawą, w wieku lat 51.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава 18 Іюня 1903 г.