

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** *I. D-r H. Fidler.* Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej—str. 627. *II. D-r L. Rzezniewski.* Podstawy psycho-fizjologicznej teorii histeryi (c. d.)—str. 631.

III. Dział sprawodawczy: *I. Chirurgia.* 326. *G. Jurić E. v. Lavandal.* O leczeniu chirurg. żylaków odbyticy—str. 640. 327. *Cilliacus.* Scirrhus mammae et adenocarcinoma nasi u jednej chorej—str. 643. 328. *Mauté.* Zakażenie poporod. i zapal. wyrost. robaczk.—str. 644. 329. *Tilmann.* O rezekcyi szczęki dolnej—str. 645. *II. Choroby kobiet i akuszerya.* 330. *Krull.* Obrót z ekstrakcją następczą płodu—str. 646. 331. *Niet.* Wodolecznictwo w ciąży—str. 647. 332. *Tarnowski.* Owaryotomia w ciąży—str. 648. 333. *Dienst.* Nowsze badania nad istotą eklampsyi—str. 648. 334. *Calmann.* Placenta praevia przy istniejącym mięśniaku macicy—str. 648. 335. *Bouchacourt.* O użytkowaniu sztucznem łożyska—str. 649. 336. *Planchan.* Jak długo kobieta może karmić?—str. 650. 337. *Waltzfelder.* Wewnątrzżylne wlewania przy leczeniu posoczn. poporod.—str. 650. *III. Choroby nosa, uszu i gardła.* 338. *Mayer.* Przycz. histol. do działania kwasów trójchloroctowego i chromnego—str. 652. 339. *Reik.* Zaburzenia ze strony czynności serca—str. 653. *III. Wiadomości terapeutyczne:* od № 340 do 346—str. 653. *V. Z Tow. Lek. Warsz.*—str. 655. *VI. Z Tow. Lek. Lubelsk.*—str. 657. *Kronika bieżąca*—str. 661. *Zmarli*—str. 662. *Ogłoszenia.*

gommaire du Nr. 16. *I. D-r H. Fidler.* La tuberculose, les causes de son origine et les manières de se répandre en lumière des dernières explorations scientifiques et la statistique de tuberculose spécialement au gouvernement de Radom—p. 627. *II. D-r L. Rzezniewski.* Sur la théorie psycho-physiologique de l'histerie—p. 531.

I. GRUŻLICA,

przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gubernii Radomskiej.

Odczyt, wypowiedziany na pierwszym posiedzeniu Radomskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 13 grudnia 1902 r.

przez

D-ra Henryka Fidlera.

1. Określenie gruźlicy.

Gruźlica jest chorobą zakaźną, wywołaną przez wtargnięcie do ustroju swoistego pasorzyta-lasecznika gruźliczego. Lasecznik gruźli-

czy wywołuje w ustroju zmiany ogólne i miejscowe. Pierwsze występują jako wychudnienie, gorączka i ogólne osłabienie, drugie jako zapalenie tkanek, cechujące się wytwarzaniem tworów zapalnych, zwanych gruzelkami, które ulegają z biegiem czasu przemianie wstecznej t. zw. zserowaceniu, a następnie zropieniu.

2. *Opis gruzelka i sposobu jego powstawania.*

Badania histologiczne, dokonywane po wstrzykiwaniach hodowli laseczników gruźliczych np. do przedniej komory oka, pozwalają na dokładne poznanie sprawy powstawania gruzelka. A mianowicie: w pierwszych dniach po zaszczepieniu nie widać w tkankach żadnych zmian. Jedyne laseczniki gruźlicze szybko się rozmnażają i wrastają w otaczającą tkankę: tęczówkę i rogówkę. Do szóstego dnia budowa histologiczna jest niezmieniona. Potem dopiero w tych miejscach, gdzie laseczniki leżą w większej liczbie, powstają świeżo wytworzone komórki nabłonkowe (epitheloide Zellen). Jest to pierwszy objaw (swoistego) rozwoju gruzelków. Laseczniki rozmnażają się w dalszym ciągu i odpowiednio do układania się ich w małe gęste grupy, w których leżą równolegle do siebie, powiększa się i liczba ognisk komórek nabłonkowych. Około 7 dnia w komórkach, składających te ogniska, poczyna się dzielenie jąder (karyokinesis). Bujać poczynają komórki zarówno stałe, w których leżą laseczniki, jak i komórki tkanki łącznej i śródbłonna naczyń.

Skutkiem tego bujania i wielokrotnego dzielenia się komórek tworzą się grupy nabłonkowych komórek, bogatych w zaródź. W okresie bujnego dzielenia się jąder występują bezbarwne krążki krwi. Po pewnym czasie ustaje dzielenie się komórek, a natomiast niektóre z nabłonkowych komórek rozrastają się silnie, jądro zaś ich dzieli się na 2—3 części. Są to komórki olbrzymie Langhans'a.

Wskutek powiększenia się komórek i wytworzenia się licznych nowych komórek znika powoli rusztowanie włókniste starej tkanki, tak, że z biegiem czasu pojedyncze komórki są oddzielone skąpą ilością włókien. Wskutek ciśnienia, wywieranego ze środka przez rozmnażanie się komórek, komórki na obwodzie bardziej się skupiają. Tym sposobem gruzełek wyraźnie odgranicza się od reszty tkanki. Równolegle z ustawianiem rozmnażania się komórek liczba białych ciałek krwi się zwiększa. 10 lub 11 dnia już makroskopowo stwierdzić można zmiany zapalne, uwidoczniające się przez rozszerzenie naczyń krwionośnych, położonych w zajętem miejscu.

W gruzelku nabłonkowym coraz liczniej się mnożą leukocyty i w tym okresie gruzełek stanął na szczycie swego rozwoju.

W tym samym czasie poczyna się w środku gruzełka zserowacenie wskutek stopniowego obumierania i rozpadu komórek.

Najwcześniej ulegają wsteczemu rozwojowi leukocyty. Jednocześnie i laseczniki gruźlicze tracą stopniowo swą zdolność barwienia się i rozpadają się. Lecz pomimo tego masy serowate zachowują jeszcze pewien dłuższy czas swą jadowitość. W dalszym ciągu następuje rozmięczenie twardych mas serowatych, przeistaczających się w ropę gęstą.

3. Dowody swoistości lasecznika gruźliczego.

Gdziekolwiek się zagnieźdża lasecznik gruźliczy, zawsze wywołuje też same zmiany w tkankach.

a) *Okres badań anatomopatologicznych.* Laënnec założył podwalinę pod budowę jednolitego pojęcia o różnych postaciach gruźlicy. Badania drobnowidzowe, zapoczątkowane przez Gluga (1841), prowadzone przez Lebert'a (1841), Henle'go i Reinhardt'a (1847), a najgłówniej przez Virchow'a (1847), umożliwiły dopiero dokładne poznanie sprawy tworzenia się i budowy gruzełków. Virchow wypowiedział zdanie, iż gruzełek prosówkowy jest odmienną sprawą od zapalenia płuc serowatego, że zserowacenie gruzełka nie jest swoistem dla gruźlicy, lecz jest tylko jednym z wielu rodzajów wstecznego rozwoju i że gruzełek jest nowotworem komórkowym organizowanym i pozbawionym naczyń. Oddzielił on zapalenie płuc od suchot gruźliczych, cechujących się wytwarzaniem typowych gruzełków i tym sposobem zbudował teorię dualistyczną, której klinicznym wyznawcą był Niemeyer (1866). Na tej drodze sprawa zdawała się być nierozstrzygniętą. Dopiero płodne badania doświadczalne, a w szczególności odkrycie przez Koch'a lasecznika gruźliczego, dały inny obrót badaniom i przywróciły teorii unitarnej Laënnec'a utracone stanowisko w nauce.

b) *Okres badań doświadczalnych.* Doświadczenie Klebs'ego w 1843 r., a w szczególności Villemin'a w 1865, zarówno Cohnheim'a i Salomonsen'a w 1877, wywołały całkowity przewrót w nauce o gruźlicy. Dowiodły one: 1 że gruźlica jest zaraźliwą, 2) że gruzełek i masy serowate przy serowatem zapaleniu płuc są tworami identycznymi, resp. iż gruźlicze suchoty i serowate zapalenie płuc są jedną i tą samą chorobą. Odkrycia Pasteur'a dodały nowego bodźca do poszukiwań tego contagium vivum, które poczęto podejrzewać jako sprawcę gruźlicy.

Po złudnych odkryciach Klebs'a (1877) i Toussaint'a (1881)

z których każdy wykrywał podobno swoiste pasorzyty, nastąpiło epokowe odkrycie Koch'a w 1882 roku.

c) *Odkrycie Koch'a i dowody swoistości lasecznika gruźliczego.* Koch znajdował stale odkrytego przez się lasecznika w przewlekłych suchotach płucnych w gruźliczych owrzodzeniach kiszek, w żółzowatych gruczołach szyjowych, w grzybowatych ogniskach, w kościach i stawach, w wilku, w płwocinie suchotników, wreszcie w perliczych masach u bydła, jednym słowem we wszystkich tych chorobach, które z natury przebiegu swojego, jak również charakterystycznej budowy drobnowidzowej i zakaźnej właściwości wytworów, winny być zaliczone do rzędu spraw gruźliczych. Ta stała obecność omawianego lasecznika wskazywała na związek przyczynowy pomiędzy obecnością lasecznika a istniejącem cierpieniem, tembardziej, że przy dalszych poszukiwaniach znajdowano omawianego lasecznika wyłącznie tylko w sprawach gruźliczych. Gdy się następnie udało wyosobnić lasecznika gruźliczego i wyhodować na odpowiednich podłożach, gdy przez wprowadzenie tychże hodowli odpowiednim zwierzętom czy to podskórnie, wewnątrzżylnie, czy też przez kanał pokarmowy, lub też przez wprowadzenie gruźliczych mas tymże, udawało się wywołać typową gruźlicę, stało się widocznem, że lasecznik gruźliczy jest jedyną przyczyną gruźlicy.

Przez odkrycie Koch'a ostatecznie została rozstrzygnięta sprawa etyologii gruźlicy i z wszelką stanowczością możemy obecnie powiedzieć, że niema gruźlicy tam, gdzie niema lasecznika gruźliczego. Tym sposobem został załatwiony i dawny spór pomiędzy teorią L a ã n e c'a (unitarną) i Virchow'a (dualistyczną), gdyż na zasadzie obecności lasecznika gruźliczego stwierdzono identyczność prosów owej gruźlicy, zapalenia płuc serowatego, żółzów, spraw grzybowatych, wilka i perlicy.

D. c. n.

II. PODSTAWY PSYCHO-FIZYOLOGICZNEJ TEORJI HISTERYI

jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego
szkoły Salpêtriere.

Napisał

L. Rzezniewski.

(Ciąg dalszy).

4. Automatyzm wyobrażeń. Suggestyjność i jej właściwe znaczenie.

Dwie rzeczy odróżniać należy w myśleniu:

- 1) Kojarzenie się wyobrażeń.
- 2) Same wyobrażenia resp. idee.

Kojarzenie się wyobrażeń jest z natury swojej procesem automatycznym. Przestaje być automatycznym, skoro staje się dowolnym i uważnym. Lecz nadawanie kierunku skojarzeniom wymaga wysiłku. Ztąd wniosek, zresztą, nie nowy, że myślenie dowolne, choćby nawet w zakresie myśli zwykłej, codziennej jest pracą.

Rozbieraliśmy już rolę uwagi dowolnej w postrzeganiu wrażeń zmysłowych oraz w aktach dowolnych. Z kolei wypada nam udowodnić, że równie ważne zadanie przypada jej w udziale w procesie myślenia.

Myślenie histeryków bardzo często polega na puszczeniu luzem, jeśli się tak wyrazić można, automatycznego procesu kojarzenia się wyobrażeń zarówno słabo kontrolowanego przez wrażenia zmysłowe bieżące dla powodów wyżej wyluszczonej, jak zresztą przez całą słabą osobowość. 1) Na tem polega właśnie osławiona skłonność histeryków do t. zw. *marzycielstwa*. Jest ono, jak widzimy, bezpośredni następstwem zanikania, czyli właściwie niemożności zdobycia się na wysiłek, zwłaszcza dłuższy, jakiego wymaga każda myśl dowolna. Nawiasem dodać powinniśmy, że spotykane niekiedy u histeryków w wyższych stopniach abulii zahamowanie myśli dowolnej, robiące poniekąd wrażenie stuporu, nie tylko nie wyklucza możliwości, lecz, przeciwnie, sprzyjać się zdaje rozwojowi marzycielstwa pod progiem świadomości jasnej.

2) Prócz powyższego spotykamy zazwyczaj w umyśle historyków *przewagę pewnych wyobrażeń* w danym czasie. Przewaga zależy również od słabości uwagi dowolnej, w szczególności zaś od tego, że ta wyższa synteza zdolna jest, jak już wspomnieliśmy, zaledwie małą cząstkę wrażeń zsyntetyzować naraz w spostrzeżenie osobiste.

3) Lecz obok przewagi pewnych wyobrażeń istnieje jako rzekoma sprzeczność, *zmiennosc wyobrażeń* u tych chorych, a nawet popularnem jest przekonanie o *łatwej* jakoby zmienności wyobrażeń u historyków. Jako przykład owej łatwej zmienności podają zazwyczaj łatwość przechodzenia tych chorych od jednych wzruszeń w drugie, często wprost przeciwnej natury. Nadto w spotykanych również w histeryi stanach t. zw. „*suggestyjności na jawie*“ podziwiać możemy niekiedy nadzwyczajną łatwość ujarzmania uwagi tych chorych przez wrażenia resp. wyobrażenia narzucające się z zewnątrz, które błyskawicznie niekiedy rugują wyobrażenia już istniejące i podstawiają się na ich miejsce, ilustrując, jak nie można dosadniej zmienność stawów psychologicznych resp. psychofizjologicznych, będącą ogólną cechą charakterystyczną histeryi.

Zestawienie 2-ch wymienionych własności umysłowych historyków, z jednej strony powagi w ich umyśle pewnych wyobrażeń, z drugiej łatwej jakoby ich zmienności jest rzeczą wielkiej wagi i taktycznej i praktycznej, gdyż na niej opierają się pojęcia suggestyjności, suggestyi oraz t. zw. terapii suggestyjnej.

O suggestyi będziemy mówili specjalnie poniżej, tu jednak zaznaczyć powinniśmy, że, jakkolwiek musimy utrzymać zasadę zmienności stanów psychofizjologicznych w histeryi jako cechę ogólną nader ważną i której szczególniejsze przypisujemy znaczenie w patogenezie choroby, w pewnych momentach i w pewnych okresach rozwoju histeryi, to jednak zastrzedz się musimy przeciw zbyt niemu uogólnieniu przekonania o *łatwej* rzekomo zmienności tych stanów. I na poparcie tego twierdzenia powołujemy się na fakt kliniczny, który nie powinien przechodzić niepostrzeżenie, fakt niesłychanej niekiedy uporczywości objawów histerycznych, który właśnie w objawach zależnych od wyobrażeń pozostałby nie wytłomaczony, gdybyśmy za ogólną zasadę w histeryi przyjąć mieli, że wyobrażenia historyków są *zawsze łatwo* zmienne.

Przyczyny częstej, niestety, uporczywości objawów histerycznych resp. odporności na zewnętrzne suggestye są bez wątpienia wielorakie. Najpierwszą i najważniejszą z nich jest bezwarunkowo prawo automatyzmu psychologicznego, t. j. prawo, któreśmy już widzieli odnośnie do zachowania się uczucia i ruchu wyswobodzonego z pod wpływu

woli jako reakcyi osobistej. Widzieliśmy np., że histerykowi trudno zdecydować się na ruch resp. akt dowolny, lecz skoro się już raz ruch resp. akt rozpoczął równie trudno go powstrzymać z przyczyny osłabienia woli hamującej. Toż samo ma miejsce odnośnie do wyobrażeń w ogóle. Niewątpliwie suggestya i suggestyjność w ścisłym psychologicznym pojęciu polegają na wyzyskaniu i stanowiącej przewadze uwagi biernej czyli samorzutnej nad uwagą czynną czyli dowolną. Lecz, jeśli u histeryków spotykamy niekiedy odporność na suggestyę zewnętrzną, to przyczyny tego tkwić także muszą w samej naturze wyobrażeń histerycznych, i, aby je zrozumieć, powrócić musimy do myślenia histeryków i tym razem wejrzeć głębiej w naturę ich wyobrażeń. Wyobrażenie w ogóle jest złożonym układem psychologicznym, który w ontologicznym rozwoju jednostki powstaje z wyobraźni różnych pojedynczych zmysłów, zasocyowanych nawzajem w ten sposób, że obecność jednego wystarcza do wywołania wszystkich innych skojarzonych z niem współcześnie lub następczo.

W stanie umysłowym normalnym ten układ psychologiczny tworzący wyobrażenie ukazuje się zwykle pod postacią zredukowaną, t. j. ograniczoną do wyobrażenia jednego zmysłu, a jest niem najeżęściej słuchowe lub kinestetyczne wyobrażenie wyrazu będącego symbolem przedmiotu, o którym myślimy.

Redukcyja ta, czyli skrócenie, zależy, prawdopodobnie, od współistnienia w świadomości innych wyobrażeń, które w danym razie odgrywają rolę elementów ograniczających rozwój nadmierny jednego wyobrażenia. Energia myślenia zużywa się w normalnych warunkach głównie na skojarzenia wyobrażeń w najobszerniejszym zakresie, na koordynację oraz przystosowanie tych skojarzeń do wrażeń nowych ciągle odbieranych i koordynowanych. Myśl normalna zatem pozostaje w skutku tych warunków zjawiskiem czysto intelektualnem, przytem d. bladem i abstrakcyjnym.

Nietrudno jest zauważyć, że myśl histeryka, nawet ta zmienna, skacząca jest zwykle więcej żywa, barwniejsza od myśli przeciętnego człowieka normalnego. Dowodzi to, że wyobraźnia histeryka okazuje skłonność do większego rozwoju swych składowych pierwiastków, czyli wyobrażeń zmysłowych, z których syntezy powstaje. Powodem zaś tego zjawiska jest, prawdopodobnie, brak lub zmniejszenie liczby innych współczesnych wyobrażeń, czyli elementów redukujących, jak je określił Taine. A zatem doszliśmy do wniosku, że

4) wyobrażenia histeryków różnią się od wyobrażeń ludzi przeciętnie normalnych *wyższym stopniem swojego rozwoju*, a w pe-

wnych sprzyjających temu warunkach mogą osiągnąć *stopień rozwoju zupełnego*, co znaczy, że cały system wrażeń resp. obrazów zmysłowych, które każde wyobrażenie zawiera potencjalnie, zatem wzrokowych, dotykowych, ruchowych etc. oswobadza się w zupełności. Jako następstwo tego zjawiska.

5) w tym okresie rozwoju zupełnego wyobrażenie przestaje być zjawiskiem wyłącznie intelektualnem resp. psychologicznem, lecz zamienia się w *zjawisko psychofizjologiczne*, gdyż na zasadzie ogólnego prawa psychologicznego każde wyobrażenie zupełnie rozwinięte pociąga za sobą następstwa psychologiczne lub fizjologiczne, które od niego zależą: objektywuje się, czyli realizuje.

Jedne wyobrażenia (zmysłowe) powodują halucynacje zmysłów, inne (ruchowe)—ruchy mięśni. Jeszcze inne (elementy wzruszeniowe wyobrażeń)—ruchy trzewiowe i modyfikacje naczynio-ruchowe.

I na tem polega psychofizjologiczna istota prawdziwej sugestyi ¹⁾.

6) W kwestyi nie tylko ciekawej, ale i praktycznie doniosłego znaczenia, jak się odnosi sam osobnik do takich nadmiernie rozwijających się wyobrażeń, jest nam to wiadomem, że proporcjonalnie do stopnia rozwoju, t. j., gdy idea, zrazu abstrakcyjna—staje się na mocy swego rozwoju coraz bardziej konkretną i przybiera coraz większe pozory rzeczywistości, obudza się też coraz większa *wiara* osobnika, tak w rzeczywistość objektywnych następstw, jak i w swą ideę. A jest to kwestya praktycznie ważna, gdyż na tej okoliczności, jak osobnik odnosi się do swej idei nadmiernie rozwiniętej, opiera się między innymi rozpoznanie różniczkowe nadmiernie rozwiniętych wyobrażeń natury histerycznej od podobnych wyobrażeń, powstających na innym tle psychopatologicznem, często spotykanych w psychopatologii oraz od idei dominujących w normalnym umyśle, czyli fizjologicznych.

7) O stosunku zaś nadmiernie rozwiniętych wyobrażeń histerycznych do reszty świadomości osobistej da się to powiedzieć, że w przypadkach, w których czy pojedyncze wyobrażenie, czy pewien układ wyobrażeń osiągnął stopień rozwoju zupełnego, *dąży on do owdładnięcia świadomością chorego*. Owdładnięcie to może być w histeryi właściwej albo całkowite, lecz wtedy po większej części chwi-

¹⁾ Prosimy mieć wciąż na uwadze, że tak tu, jak w ogóle w toku niniejszej pracy, z wyjątkiem, gdzie to będzie wyraźnie zaznaczone, jest mowa o sugestyi doświadczalnej, nie zaś o t. zw. sugestyi, a właściwie pseudo-sugestyi terapeutycznej.

lowe i naprzemienne (ataki), albo też częściowe tylko, lecz mniej lub więcej stałe.

Najlepszym sprawdzianem doświadczalnym rozwoju wyobrażeń historycznych jest rozwój wyobrażeń sztucznie historykom sugestyonowanych. O tem będzie jeszcze mowa poniżej. Tu tylko uważamy za właściwe nadmienić, że ze względów teoretycznych wnioski opierać się muszą, naturalnie, na rozwoju wyobrażeń sugestyonowanych w wysokich stopniach sugestyjności, t. j. w warunkach, w których, według pojęć Charcota o sugestyji, *wyobrażenie wprowadzone do umysłu sztucznie, czyli sugestyjonowane, spotyka takie warunki, że fatalistycznie zrealizować się musi.*

Są naturalnie i u historyków, jak już było wspomniane, rozmaite stopnie sugestyjności. Ten najwyższy stopień, w którym wyobrażenie sugestyjonowane realizuje się fatalistycznie, spotyka się może w $\frac{1}{3}$ przypadków historii. Jest to kwestya statystyki, której nie posiadamy. Nie mniej przeto są to przypadki, które znać koniecznie potrzeba, gdy się mówi o teorii choroby, inaczej pomijałibyśmy w tej teorii przypadki najwyższej rozwiniętej choroby.

Powracając do głównego przedmiotu, który w obecnej chwili rozbieramy, wiedzieć potrzeba, że właśnie w tych przypadkach Charcot zwrócił uwagę na 2 następujące fakty doświadczalne:

a) że, gdy u historyków bardzo sugestyjnych sugestyje realizują się na jawie, a zwłaszcza, gdy ich realizacja staje się bardzo skomplikowana, to sama sugestyja może sprowadzać rodzaj hypnozy z amnezją, i

b) że tam, gdzie samoistnie w stanie zwykłej świadomości chorego zjawiają się wyobrażenia, pozornie zupełnie prawie rozwinięte, to, gdy takiego chorego zdołamy wprowadzić w stan somnambuliczny głębszy z amnezją posomnambuliczną, to też same wyobrażenia w stanie świadomości somnambulicznej ukażą się nam w wyższym jeszcze stopniu rozwoju, niż na jawie.

Z tych 2 faktów doświadczalnych wyprowadził Charcot wnioski, że ten rodzaj zupełnie rozwiniętych wyobrażeń sugestyonowanych jest niezależnym w znacznej mierze od ogólnej myśli świadomej osobnika. Wyobrażenia takie mogą być więc uważane za układ psychologiczny, rozwijający się postronnie nietylko mimowolnie, ale i mimowiednie, *jak pasorzyt*, wedle dosadnego określenia Charcota. Układ taki, jak już wspomnieliśmy, dąży do ovladnięcia świadomością zwykłą, do podstawienia się w jej miejsce, do wywołania stanów świadomości, które są oddzielone wówczas amnezją od stanów świadomości jaśniejszej, czyli osobistej. Prawdopodobnie też z powodu

tej separacji, tej izolacji mniej lub więcej zupełnej, te wyobrażenia lub wzruszenia przyjmują tak wielki, automatyczny rozwój.

8) P. Janet tej izolacji, temu wycofaniu z obiegu myślenia danej przypisuje też przyczynę *ustalenia się* rzeczonych wyobrażeń, które omywa, lecz nie unosi z sobą prąd myśli dowolnej i świadomej. Wyobrażenia takie nazwał Janet *ideami ustalonymi* (idées fixes), a wzruszenia—*wzruszeniami trwałymi* (émotions persistantes) i stara się sformułować cechy charakterystyczne, wyróżniające idee ustalone i wzruszenia trwałe natury historycznej, od takichże rozwijających się bądź na fizyologicznym, bądź na odmiennym patologicznie gruncie ¹⁾. Dodajmy zaraz, że wyobrażenia ustalone historyczne są regularnie prawie pod względem swej treści reprodukcją zdarzeń życiowych osobnika. Trzeba też dodać, że obok idei *głównej* mogą współistnieć *idee wtórne*, od głównej pochodne, oraz *idee przypadkowe* drugorzędne, w skutku suggestywności nabyte i niekiedy bardzo liczne, tak, że we wzajemnym stosunku idei pasorzytniczych dopatrzeć można podobieństwo do zakażeń wtórnych w chorobach zakaźnych. Wszystkie one składać mogą niekiedy obraz bardzo zawikłany, który należy umieć psychologicznie analizować, choćby nawet ze względu na terapię.

Jeśli bowiem zaburzenie polega na jednej, lub choćby paru ideach ustalonych chorobliwie, to po odjęciu ich przez suggestyę zdarza się, że umysł odzyskuje swą sprawność i to jest właśnie najwdzięczniejsze wskazanie do terapii suggestyjnej w ścisłem jej znaczeniu, zwłaszcza, jeśli, stosownie do rady Charcot'a, nie wyczekuje się zbyt długo i idee te niweczy się wkrótce po ich zjawieniu się. Lecz w przypadkach, w których okaże się, że idei tych jest zbyt wiele, że pojawiają się one jedna za drugą w miarę ich usuwania, usiłowania walczenia z nimi za pomocą suggestyi nie tylko jest skazywaniem się dobrowolnem na pracę, nie mającą końca, co, zresztą, byłoby tylko kwestyą cierpliwości lekarza, lecz, co ważniejsza, chory nie odnosi istotnego pożytku z takiej terapii, gdyż, licząc ustawicznie na cudzą pomoc, odzwyczajają się on od samokontroli i zatracą poczucie potrzeby zdobywania się samodzielnie na jakikolwiek, choćby słaby, dowolny wysiłek celem opanowania się ¹⁾.

¹⁾ Patrz prof. Raymond'a i Janet'a. *Névroses et idées fixes*. Paris 1898 r. II tomy.

¹⁾ W tych razach lepszym w założeniu, choć b. trudnym w wykonaniu byłby system terapeutyczny odwrócenia zbywającej jeszcze uwagi dowolnej w kierunku innych wrażeń resp. wyobrażeń w kierunku zgodnej z zamiłowaniem pracy w nadziei, że, jeśli uda się osiągnąć, iż do uwagi do-

Ale, wracając do głównego naszego przedmiotu, musimy zaraz zwrócić uwagę, że tam, gdzie na tle historycznym powstają chorobotwórcze idee ustalone, zdarza się, że albo

9) wszystkie 3 kategorie czynników: znamiona, idee chorobotwórcze oraz przypadłości, które są jej następstwem, są zupełnie dla chorego świadome. Chory wie o swej idei, a tylko opanować jej wysiłkiem woli i wyrugować nie może. Wspominaliśmy już jednak w paragrafie 6-tym, że nawet w tym przypadku po wprowadzeniu chorego w stan sztucznego somnambulizmu idee owe ukazują się zwykle w stopniu jeszcze wyższego rozwoju oraz okoliczności życiowe, którym zawdzięczają swój początek, przypominają się lepiej. Dowodzi to tylko, że całkowicie świadomymi na jawie, pomimo ich charakteru halucynacyjnego, idee owe nie były, czyli że w części przynajmniej tkwiły one w sferze automatyzmu bezwiednego, t. j. oddzielone były amnezją od sfery świadomości zwykłej.

10) Są nb. nierzadko i takie przypadki w klinice, o czym była już wzmianka w rozdziale o amnezyi, w których z 3-ch wspomnianych czynników, świadomymi dla chorego są tylko następcze przypadłości, czyli skutki występujące często pod postacią przypadłości psychicznej natury (strachy, halucynacje, popędy), czy też pod postacią przypadłości pozornie całkiem fizycznych. Nie może być przyjęte jako ogólna zasada, podejrzewanie koniecznie w każdym takim przypadku dobrej wiary chorego, gdy tenże z całym przekonaniem utrzymuje, że niema żadnych myśli, które mogłyby być uważane za przyczynę przypadłości. Przeciwnie, sam chory najbardziej jest skłonny przypadłości swe, zwłaszcza pozornie fizyczne, przypisywać przyczynom natury materialnej. Dawniej przekonanie to dzielili ogólnie i lekarze. I dziś naturalnie także pierwszym jest obowiązkiem lekarza poddać takiego chorego najskrupulatniejszemu w tym kierunku badaniu. W razie, jeśli to badanie wyda wynik ujemny, należy zwrócić baczniejszą uwagę na psychikę chorego, na jego zachowanie się i reagowanie na wpływy moralnej natury w zwykłym stanie świadomości. Wykryć wówczas można pewną zależność w natężeniu lub zwalnianiu objawu od wpływów moralnych lub nawet jego występowanie tylko w pewnych porach lub przy zbiegu pewnych okoliczności, zawsze tych samych. Usprawiedliwione jest sięgać wtedy nawet

wolnej przyłączy się z czasem i uwaga samorzutna, wzmocnią się szanse istotnej poprawy zdrowia. Na tem polega system psychoterapii leczenia za pomocą pracy.

do treści marzeń sennych chorego oraz wglądać we wszelki możliwy sposób, w jego automatyzm, co, zresztą, nie jest tak trudne, jeśli potrafimy należycie wyzyskać stan roztargnienia histerycznego. Gdy i to nie wystarcza, uciec się możemy wreszcie do eksperymentacji psychologicznej, t. j. usiłować wprowadzić chorego w stan sztucznego somnambulizmu, który nb. w tego rodzaju poszukiwaniach musi być doprowadzany zazwyczaj do stopni głębokich. A wtedy na tej drodze udaje się zazwyczaj odnaleźć wyobrażenie lub wzruszenie patogeniczne, odnoszące się do przypadłości, czego najlepszym dowodem bywa to, że z chwila, gdy się je uda wyrugować, ustępują też i same przypadłości.

Klinika, w której robią się rzeczne doświadczenia, przykładów takich wykazuje nam już dzisiaj mnóstwo. Choć nie miejsce tu bawić się w kazuistykę, nie mniej przeto ze względu na znaczną liczbę oponentów z zasady przeciw znaczeniu amnezyi, podniesionemu przez Charcota, powołać się musimy na przykłady. Tak więc, motywem bojaźliwości, strachu nieokreślonej natury, zdradzanego na jawie, może być jakaś halucynacja np. wzrokowa podświadoma. W somnambulizmie doświadczalnym nie tylko występuje na jaw owa halucynacja, lecz jednocześnie okazuje się, że jest ona reprodukcją jakiegoś wypadku życiowego i to niekiedy z odległej epoki życia. W owej epoce wypadek rzeczony wywarł wzruszenie resp. przyprawił o przestraszenie osobnika. Następnie wzruszenie owo resp. wspomnienie samego wypadku zatarło się w świadomości zwykłej. I dopiero dzięki jakimś całkiem przypadkowym skojarzeniom i wzruszeniom, wspomnienie owo nie tylko odżyło, lecz rozwinąć się mogło w prawdziwą halucynację. Otóż halucynacja może pozostać podświadoma, strach zaś jako jej następstwo może niepokoić świadomość zwykłą. Nie wystarczy wówczas napewno suggestyonować choremu, żeby się nie bał lub tłamać mu, że niema realnych przyczyn objawu. Tu trzeba, żeby się uświadomił cały układ psychologiczny podświadomy ze wzruszeniem strachu skojarzony, a chory pozbędzie się strachu dopiero wówczas, gdy cały ten układ psychologiczny zostanie, o ile to możliwe, desuggestyonowany.

A weźmy z kolei przykłady z kategorii przypadłości pozornie fizycznych, jak. np. wymioty histeryczne lub zawrót histeryczny (vertigo). Ileż to razy pierwsze są następstwem jakiegoś ustalonego wyobrażenia połączonego ze wzruszeniem obrzydzenia. Wyobrażenie samo może pozostać pod progiem świadomości, obrzydzenie zaś niepokoi świadomość i powoduje wymioty. Vertigo znowu może być reminiscencją np. jakiegoś wypadku życiowego, np. upadku niegdyś z wy-

sokości, któremu towarzyszyła wówczas sensacya zawrotu. Wypadek sam i towarzysząca mu sensacya znikły z czasem ze świadomości jasnej, mimo to wspomnienie sensacyi, dzięki jakiemś przypadkowemu zbiegowi okoliczności i assocyacyom rozwinęło się pod progiem świadomości i wywołuje przypadłość realną—zawrót.

Dodajmy jeszcze przykład dowodzący, że przypadłość może nie mieć związku bezpośredniego z jakimś bliżej dającym się określić wyobrażeniem, lecz zależeć od wzruszeń. Weźmy bodaj przykład pospolity, choć nie zawsze będący objawem histeryi, jakim jest *incontinentia urinae nocturna* u dzieci. Tam często może nie być wyobrażenia łączącego się bezpośrednio jako motyw przyczynowy z objawem.

Dziecko może mieć tylko sny niepokojące, będące mniej lub więcej zmienioną reprodukcją jakichś przykrych wydarzeń jego dziecięcego życia. Śniąc w ten sposób, dziecko doznaje wzruszenia rozwijającego się we śnie automatycznie do wysokiego stopnia i w tej chwili kulminacyjnej oddaje mocz bezwiednie. Wiemy, że na jawie mało kto treść swych marzeń sennych przypomina sobie dokładnie. Kończąc z przykładami, dodajmy więc tylko, że, pozostawione swemu losowi, wyobrażenia chorobotwórcze podświadome mogą być niekiedy długotrwałe. Klinika stwierdza zatem istnienie wyobrażeń chorobotwórczych *podświadomych*, odkrytych pierwiastkowo doświadczalnie za pomocą sugestyi pohypnotycznej. Odkrycie to ma dla histeryi niezmiernie doniosłe znaczenie tak teoretyczne, jak praktyczne.

Widzieliśmy już, że histerycy mają czucie zmysłowe nie jasne, o którym, że je mają, nie wiedzą (anestezya); że mogą mieć wspomnienia w warunkach ich świadomości zwykłej nie uświadamiające się (amnesia), jak w cytowanym wyżej przypadku amnesiae continuae chorej D. Z tego znów, cośmy przed chwilą przytoczyli, wynika, że do wymienionych wyżej podświadomych zjawisk przybywa tym razem jeszcze jedno i, bodaj czy nie najważniejszego znaczenia—*wyobrażenie lub wzruszenie podświadome*. Bliższe badanie wyobrażeń podświadomych ustalonych natury histerycznej ma szczególnie ważne teoretyczne znaczenie pod względem klasyfikacji resp. odróżniania przypadłości istotnie histerycznych od podobnych przypadłości innych pokrewnych psycho-nerwie, do czego poniżej wrócimy.

Sposób doświadczalny ujawniania w hypnozie podświadomych objawo-twórczych wyobrażeń może też mieć praktyczne zastosowanie przedewszystkiem jako środek rozpoznawczy, a następnie i terapeutyczny. Niezależnie jednak od tego, czy zechcemy się nim posługiwać w tych celach lub nie, każdy nieuprzedzony przyzna chyba, że jest on dowodem, iż doświadczenia hypnotyczne, jako takie, przydać się na

coś mogły w badaniach nad istotą histeryi i że hypnozie samej, niezależnie od wszelkiej suggestyi, należy się też poczesne miejsce w tych badaniach, a to wbrew zdaniu tych, którzy utrzymują, że suggestya jest w tych zjawiskach wszystkim, hypnotyzm zaś nie istnieje, jako też wbrew opinii tych, którzy podawali w wątpliwość, czy istotnie hypnozę doświadczalną można uznawać za metodę badań psychologicznych. (D. c. n.).

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

326. Dr G. Jurié E. v. Lavandal (z Wiednia.) **O leczeniu chirurgicznym żylaków odbytnicy.** (Wien. med. Presse № 8. 1903).

Uwzględniwszy stosunki anatomiczne żylaków odbytnicy, wytłumaczmy sobie łatwo istotę i nasilenie zaważonych przez nie dolegliwości. Okoliczności tego rodzaju, jak kierunek żylaków skośny i pochyły, odpływ tychże przeważnie do ustroju żyły wrotnej, brak w tychże zastawek, wywołują wzmaganie się ciśnienia krwi i przepełnienie siatki żyłnej, wytworzonej w tkance podśluzowej prostnicy, bądź też w tkance podskórnej odbytu. Niejednostajne wypełnienie odbytnicy, ucisk mas kałowych większy lub mniejszy, ucisk, wywierany przez guzy w brzuchu, przez macicę ciężarną lub wzmożone działanie tłoczni brzusznej, przy trudnem jednocześnie oddawaniu stolca lub moczu, nie pozostają również bez wpływu na stopień napięcia żylaków; ostatnie wtłaczają się pomiędzy jelita i kości małej miednicy, to znów, po opróżnieniu kiszek, za małą znajdują odporność w luźnej dokoła, łatwo podatnej tkance.

Z uwagi na żylaki dzielimy odbytnicę na trzy części: odcinek odbytowy, dolny i górny; z tych dwa pierwsze są najważniejsze. Długa na 3—4 ctm. portio analis zawiera rozwiniętą najmocniej siatkę żylną i obfituje w nerwy. Idąca za nią część dolna recti, długa na 8—12 ctm. nie posiada stałe ku górze określonych granic i ma więcej naczyń, niż trzeci odcinek górny. Odpowiednio też do umiejscowienia (pars analis, pars inferior), odróżniamy hemoroidy (guzy krwawe) zewnętrzne i wewnętrzne, których zachowanie się bywa całkiem różne.

Szyszki wewnętrzne mogą istnieć długo, nie wywołując zaburzeń poważniejszych, a słabe z początku dolegliwości miejscowe występują na jaw wtedy dopiero, gdy podczas oddawania stolca zwieracz

zaciśnie szyszki. Ostatnie, pęczniejąc coraz więcej i z postępem czasu, mogą ulegać zapaleniu, a jednocześnie z powstaniem krwawień bardziej znacznych sprawa dochodzi do rozpadu, zgorzeli resp. zaniku szyszek. Resztki mają wygląd łącznotkankowych uszypulowanych czopków, które wysuwają się w chwili defekacji lub też sterczą z odbytu na stałe. Tego rodzaju względne wyleczenie samoistne nie jest jednak częstem; nieraz po dłuższym okresie ciszy występuje nagle obfity krwotok bądź z żylaka, bądź z przebiegającej na szyszcze tętnicy powierzchownej, przyczem powikłanie to zjawia się niekiedy podczas snu chorego, który budzi się przerażony śmiertelnie. Wszelako, krwotoki takie mogą być niebezpieczne tylko dla osobników wątłych; pacjentom krwistym przynoszą ulgę, wyczekiwaną czasem z upragnieniem.

Odmienney zauważamy przebieg tam, gdzie istnieją szyszki zewnętrzne. Tu mała nawet szyszka staje się wczesnie bolesną na skutek szczelnego obciążenia jej przez skórę i niemożności rozszerzenia się; wczesniej również rozpoczynają się: rozpad, krwotoki i ropienie, lubo i w tych razach, po opróżnieniu obfitem, nastąpić może okres uspokojenia, względnego, przynajmniej.

Zewnętrzne, w stanie zapalnym pozostające szyszki, nie wymagają żadnych zabiegów specjalnych. Specyzynek, diety odpowiednia, uregulowanie stolca, wlewania do odbytnicy wody chłodnej (lawatywy) doprowadzą tu często do zmian wstecznych. Jeżeli ból i objawy zapalne nie przechodzą, przystawienie w okolicy żylaka pijawki da ulgę pożądaną; w obec rozpadu stosujemy ciepłe okłady wilgotne. Odprowadzania szyszek uwięzionych należy unikać. Gdy jedna z nich, siedząc podstawą swą na krawędzi odbytu, powyżej zwieracza, wypada ciągle, a rozpad nie rozpoczął się jeszcze, przecinamy sprawę przyżeganiem, inecyzją lub wyciśnięciem, poczem ranę, zazwyczaj słabo krwawiącą, zasypujemy jodoformem lub pokrywamy gazą. Jeżeli pozostałe resztki nie goją się, usuwamy je nożyczkami, pętlą galwanokaustyczną lub drogą nałożenia podwiązki. Rękoczyn wykonywa się bez usypiania w obec żylaków małych i nielicznych; zresztą, za pomocą zastrzyknięć płynu Schleich'a czynimy zabiegi te niebolesnymi.

Dla usunięcia ulegających chronicznemu wkliniowaniu się szyszek wewnętrznych obmyślono przeróżne metody operacyjne, jak odcięcie bisturem i następnie zaszyte rany, podwiązanie, odgniecenie pętlą galwanokaustyczną, odpalenie żegadłem Paquelin'a z pomocą kleszczy płaskich i t. p. Prócz związanych z rękoczynami tymi dość częstych powikłań następczych (krwotoki wtórne, powstawanie zakrzepów, zapalenie żył) wszystkie te sposoby mają tę ujemną stronę, że wszystkie wymagają narkozy i spędzenia dni kilku w łóżku skutkiem mniej lub więcej dokuczliwego bólu. Z drugiej strony, w obec stwierdzonego nieraz samoistnego marszczenia się szyszek i łatwej ich odprowadzalności na tle rozpoczynającego się rozpadu śluzówki samo przez się powstaje pytanie, czy, w ogóle, odpalania są konieczne. To też od lat 10 autor stosuje metodę własną, która polega nie na doraźnem niszczeniu szyszek, lecz na wywołaniu sztucznie sprawy

zapalnej oraz krzepnięcia krwi, powodujących, przy jednoczesnym przyżęganiu lekkim, zanik całkowity żyłaków.

Po przyjęciu w obfitej dawce środka czyszczącego, pacjent, na krótko przed zabiegiem, bierze ciepłą kąpiel, układa się na boku w sposób wiadomy, sam odciąga jedną ręką pośladek i nadyma się jak do oddania stolca. Z wypadających szyszek wyszukuje się teraz umiejscowioną w jelicie najwyższą i ujmuje w specjalny z kauczuku twardego walec, z wyglądu podobny do zwiniętej w krążek serwetki, który pochwyty szyszkę tak, że jej cofanie się jest już niemożliwym. Zmoczonym w dymiącym kwasie azotnym pędzelkiem przyżęgamy teraz szyszkę dotąd, dopóki ta ostatnia nie przyjmie szarej barwy szyfrowej, przyczem mocno wtłoczony walec nie daje kwasowi ściekać po za granice terenu operacyjnego. Po wysuszeniu i lekkim pociągnięciu waselinej tego miejsca usuwamy walec i powtarzamy manipulację podobną z drugą szyszką, operując trzy lub cztery na jednym posiedzeniu. Po upływie 10—20 min. operowany już wstaje i o własnej sile może iść do domu, doświadczając, co najwyżej, uczucia palenia. W ciągu pierwszych 36 godzin po zabiegu pacjent nie powinien mieć wypróżnień: małe krwawienie, spostrzegane nieraz, po oddaniu pierwszego stolca, zależy od odpadnięcia strupa, nadto wychylają się nieraz z odbytu pozostałe szyszki, które chory odprowadza sobie sam zaopatrzonym w naoliwiony gałganek palcem. Codzienne stosowanie zimnych enem wpływa teraz na stan ogólny doskonale i po dniach kilku operowany, nie przerywając sobie, bynajmniej, przez czas ten zajęć, może zapomnieć nawet o całej operacji. Jeżeli osobnika takiego zbadamy po upływie 3-ch lub 4-ch tygodni, przekonamy się wówczas, że szyszka nie krwawi wcale i że zaledwie jest widoczną po bardzo mocnym nadęciu się chorego. Jeżeli ilość szyszek jest większą, zabieg należy powtórzyć. Nie przyżęgamy jednak nigdy wszystkich żyłaków odrazu, gdyż w razie przyżęgania śluzówki na przestrzeni rozległej, koniecznym byłby odpoczynek w łóżku. Zresztą, widziano nieraz marszczenie się szyszek nieprzyżęganych na równi z pokrytymi strupem.

Autor zwraca uwagę, że zabieg ten nie nadaje się wobec żyłaków zewnętrznych, przyżęganie bowiem szyszki, umiejscowionej na skórze lub na przejściu tej ostatniej w śluzówkę, wywoływało zawsze mocne, trwające przez dni kilka bóle. Pędzel należy używać nie zbyt duży i twardy, w razie zaś trudnego odszukania małej szyszki wewnętrznej, zakłada się do odbytnicy, możliwie wysoko, niewielki wziernik specjalny, do którego, podczas wyciągania, częściami, wchodzi zazwyczaj niedostępna przedtem szyszka krwawiąca. Mocne krwotoki z żyłaków są przeciwwskazaniem do zastosowania przypalań kwasem: krew miesza się ze środkiem żrącym i rozgadnia tenże, zwiększając niebezpieczeństwo ściekania poprzez walec. (Na początku r. b. lekarz amerykański d-r L. Lofton z Belfield-Emporia opublikował pracę, w której zaleca wobec szyszek wewn. i zewn. zastrzykiwania doń 4—10,0 roztw. fizjol. soli kuchennej, bardzo gorącej, wrzącej nawet. Metodę tę stosował w 17 przypadkach, zawsze z doskonałym dla chorego skutkiem. Przyp. sprawozd.).

K. Niedzielski.

337. W. Cilliacus. *Scirrhus mammae et adenocarcinoma nasi u jednej chorej.* (Zeitschrift für klin. Medic. B. 49. H. 1—4).

Złośliwe nowotwory są wogóle rzadkiem zjawiskiem w jamie nosowej. Schmidt na 42,635 cierpień górnych dróg oddechowych stwierdził tylko 9 przypadków raka i 11 mięsaka obok 1012 przypadków polipów nosowych. Tak samo mniej więcej brzmi statystyka Fintera, który na 28000 chorych na nos, gardło i krtań spostrzegł tylko 2 przypadki raka nosowego, i statystyka Hertzfelda, któremu na 28000 udało się widzieć tylko jeden taki przypadek. Dreyfuss w swej statystyce do r. 1892 zebrał tylko 13 przypadków raka nosa z całej literatury. Badając kazuistykę ostatniego dziesięciolecia, autor zebrał nowych 17 przypadków. Na uwagę szczególną zasługuje spostrzegany przez niego osobiście przypadek, którego opis podajemy poniżej.

Kobieta, lat 77, wstąpiła do kliniki z powodu zatkania prawej jamy nosowej. Cierpienie to datuje ona od 3 miesięcy. Do 76 roku życia czuła się zupełnie dobrze, w 76-ym zaś zauważyła przypadkowo na środku lewej piersi guz, który został rozpoznany jako rak z przerzutami do gruczołów sąsiednich. Rana po usunięciu tego nowotworu goiła się bardzo leniwie. W 7 miesięcy po operacji chora po raz pierwszy zaczęła doznawać uczucia zatykania nosa, do czego później przyłączyła się wydzielina naprzemian bądź rzadka, bądź gęsta, z częstą domieszką krwi; w ostatnim czasie wystąpiło również wzmoczone łzawienie z prawego oka. Obraz w nosie przedstawiał się, jak następuje. Guz czerwony, którego przednia część była wolna, wychodził z górnego i zewnętrznego sklepienia jamy nosowej i sięgał do przegrody i podstawy, nie będąc jednak z niemi zrośniętym; średnia muszla ukryta, dolna zaś widoczna przednią nieznaną swą częścią; przy najmniejszym dotykaniu występowało obfite krwawienie. Jak daleko guz sięgał z tyłu, autor ściśle nie mógł określić; wobec braku jednak objawów ze strony prawego ucha i niezmienionego brzmienia mowy, wykluczył on z udziału w sprawie jamę nosogardzielową. Lewa jama nosowa była zupełnie wolna; przegroda nieco wykrzywiona na lewo; z zewnątrz nie było żadnego zniekształcenia nosa. Obie zatoki szczękowe przeświecały dobrze. Po usunięciu kawałka nowotworu za pomocą pętli nastąpiło silne krwawienie, a guz szybko powrócił do pierwotnych rozmiarów, wydzielina zaś stała się nieco ropną. Autor po raz drugi usunął kawałek nowotworu; lecz w 2 tygodnie potem guz tak dalece się powiększył, że zrósł się nawet zupełnie z przegrodą i podstawą, a zapach obfitej wydzieliny stał się odrażającym. Zastanawiając się nad pochodzeniem omawianego nowotworu, autor wyklucza przede wszystkim jamę szczękową jako punkt wyjścia, a to ze względu na rezultat prześwietlenia i brak odnośnych objawów podmiotowych. Że podłożem tego nowotworu nie była przegroda, dostatecznie wykazało badanie zgłębnikiem; również za punkt wyjścia ze względu na brak odnośnych objawów nie można było uważać i jamy klinowej. Zdaniem autora, nowotwór niezawodnie pochodził z przednich komórek

kości sitowej, za czem przemawiało wzmożone łzawienie z prawego oka wskutek ucisku guza na kanał łzowy i kilkakrotnie stwierdzone krwawienie z prawego punktu łzowego wskutek zapewne uszkodzenia ściany przylegającego kanału. podczas wycinania nowotworu; i nie kanał łzowy był tu podłożem, przeciw bowiem temu przemawiały zbyt nieznaczne objawy ze strony zagrożonego oka i wolna przestrzeń w przedniej części jamy nosowej. Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie raka, postaci *adenocarcinoma*. A teraz pytanie, w jakim stosunku pozostawał nowotwór nosa do poprzednio operowanego nowotworu sutki; czy rak jamy nosowej należy uważać za przerzut raka piersiowego, czy też oba te nowotwory są w tym przypadku samoistnymi. Jeżeli oprzeć się na poszukiwaniach różnych autorów, to przedewszystkiem należy wykluczyć możliwość przerzutu raka z sutki na nos; takich przypadków, jak mówi FINDER, literatura do r. 1896 nie stwierdziła; zresztą, nos wogóle nie jest miejscem dla spraw przerzutowych nowotworów; do dnia dzisiejszego były w nim stwierdzone tylko raki pierwotne! Również wykluczyć należy przypuszczenie wtórnego ogniska w sutce, a to ze względu na to, że rak tej ostatniej był o wiele wcześniej skonstatowany, niż w nosie. Pozostaje tylko jedno przypuszczyć, że obydwa nowotwory były samoistne, niezależne od siebie; za tem w pewnym stopniu przemawia różna ich budowa i stwierdzone niejednokrotnie przez Borst'a, Schimelbusch'a, Billroth'a, Bucher'a i innych fakty istnienia takich nawet licznych pierwotnych nowotworów rakowych.

Leon Zamenhof.

328. D-r A. Mauté. **Zakażenie poporodowe i zapalenie wyrostka robaczkowego.** (Archives générales de Médecine. 1903, № 25).

Chora lat 32, na trzeci dzień po porodzie zaczęła gorączkować, odechody stały się cuchnące i w chwili przybycia do szpitala miała 39°5, tętno szybkie, język suchy, brzuch wzdęty. Po dokonaniu skrobanki, przyczem wyszło dużo cuchnących pozostałości, i przemyciu macicy stan wprawdzie nieco się poprawił, ale nie na długo.

Gdy gorączka znowu do 40° się podniosła i tętno stało się nader szybkie i małe, wycięto macicę przez pochwę. Droga przeprowadzenia hodowli z zawartości jamy macicznej stwierdzono w niej obecność gronkowców i paciorkowców, a w próbkach z bulionem oprócz tego jeszcze dużo laseczników swoistych, aerobów, o zaokrąglonych końcach, wyraźnie ruchomych, barwiących się sposobem Grama. Po 24 godzinach powodują laseczniki te w bulionie wyraźne zmętnienie, na powierzchni zaś tworzy się skórka, która przy wstrząśnięciu opada na dno próbki. Świeże hodowle wydzielają nadzwyczaj cuchnącą woń kału. Hodowle cztero- a nawet dwudniowe wykazują liczne spory. Na odżywece żelatynowej dają w ciągu 24 godzin niewielkie kolonie, a po dwóch dniach zaczyna się rozptyw żelatyny, który szybko aż do dna dochodzi. $\frac{1}{6}$ ctm. sz. hodowli bulionowej tego lasecznika zabija morską świnkę w ciągu 24 godzin. Na piąty dzień

po operacji chora zmarła, a na dzień przed śmiercią wykryto we krwi za pomocą hodowli tylko paciorkowce. Na oględzinach pośmiertnych znaleziono w wyrostku robaczkowym sphaecelus z przedziurawieniem. Zrostów nie było, chociaż wyrostek dotykał szerokiej więzów. W małej miednicy dużo ropy silnie cuchnącej, w której oprócz stafylo- i streptokoków znaleziono jeden rodzaj laseczników, niebarwiących się według Grama, i drugi rodzaj barwiących się według tej metody i w ogóle identycznych z powyżej opisanymi z jamy macicznej. Wszystkie własności tych laseczników każą je utożsamiać z opisanym przez Legros pod nazwą „bacille septique aërobie“. Przypadek powyższy zasługuje na zanotowanie z trzech przyczyn:

1) Ponieważ powiększa sobą, szczipłą dotąd, liczbę opisanych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego w okresie poporodowym.

2) Ponieważ może się przyczynić do wyświecenia powstawania tego cierpienia, gdyż w danym razie za punkt wyjścia zarazka uważać należy zakażoną macię.

i 3) Ponieważ, wreszcie, rzuca nowe światło na drobnoustroje, wywołujące zakażenie poporodowe i zapalenie wyrostka, a jednocześnie wykazuje chorobotwórczość opisanego przez Legros lasecznika.

P. Rogoziński.

329. **Tilmann. O rezeckji szczęki dolnej.** (Deutsche med Wochenschr. № 23. 1903).

W 1812 roku Dupuytren pierwszy dokonał rezeckji szczęki z powodu guza złośliwego, przedtem też wykonywano takową, lecz tylko ograniczano się rezeckowaniem wyrostka zębodołowego. Operacya ta prędko się rozpowszechniła. Tak, w roku 1839 Velpeau opisał 160 przypadków, z których 40 chorych umarło, a 120 wyzdrowiało. Potem Weler i Pitha-Billroth zebrali 486 przypadków, procent śmiertelności wynosił przy guzach złośliwych 21% przy rezeckji, przy eksartykulacyi 33%. Najtrudniej znaleźć stosowną protezę do wypełnienia rezeckowanej części i połączenia wolnych końców szczęki. Dzięki dentystom teraz oto łatwiej. Janer, Bönnecken, Partsch, Hahl i Claude Martin uczynili dużo w tym kierunku. Claude Martin przygotował z gutaperki protezę troszkę większą jak kość, którą miał usunąć. Po operacyi za pomocą pilnika i piły dopasowywał ją i przymocowywał do szczęki za pomocą szrubek. Przez tę protezę przechodziły kanaliki, aby można było ją oczyszczać środkami odkażającymi. Aparat ten ze względu na gojenie się rany został wkrótce zaniechany. Hahl ulepszył protezę Martin'a, ale tak ją skombinował, że bez dentysty trudno ją założyć i zanadto dużo czasu to zajmowało. Oprócz tego zakładanie wymagało ogromnej wprawy. Dotychczas chirurdzy zadowalniali się nakładaniem strzemięcia (Bönnecken), albo paska z blachy (Partsch), albo drutu (Sauer), aby połączyć takim sposobem części szczęki; za pomocą

krzywej płaszczyzny Sauer'a zapobiegali oni rozsunięciu się części szczęki, a potem nakładali protezę. W najnowszych czasach Schröder ulepszył sposób Stoppany'ego. Stoppany zrobił z blachy model zewnętrznej i dolnej powierzchni całej dolnej szczęki, który się przymocowywa za pomocą szwu drucianego do szczęki od strony policzka. Takich modeli trzeba mieć trzy wielkości. Chirurg rezekuje kawał szczęki i wycina z modelu taki kawał szczęki, jaki wyciął i przymocowywa ten kawałek do końców szczęki dłutem. Jeżeli trzeba wyeksartikulować jedną połowę dolnej szczęki, to wsadzamy między mięśnie masseter i pterygoidei ten model. Górna część modelu zagięta. Kąt, gdzie odchodzi część wstępująca szczęki, zrobiony ciężkim, aby model mocniej i pewniej się trzymał. Koło niego ziarnina i miękie części mogą się układać. Takim sposobem po wygojeniu się pozostanie jama, do której można włożyć ostateczną protezę. Dzięki temu, że kąt zrobiony ciężki, pociąg mięśni się normuje i blizna nie tak się ściga. Autor na dwóch przypadkach przekonał się, że to sposób bardzo dobry. W obydwóch przypadkach osiągnięto wyniki zadowalniające. Sposób ten zapobiega zeszpeceniu zaraz po operacji. Potem łatwo model usunąć, przecinając tylko drut bez uspienia. Dentysta przy operacji niepotrzebny, gdyż każdy asystent z łatwością z modelu wytnie potrzebny kawałek. Protezę nakłada się na zewnętrzną powierzchnię, dzięki czemu można śledzić za gojeniem się rany i uważać na końce szczęki.

Protezę użyto z aluminium, gdyż takową można dobrze czyścić, tak że wydzielinny jamy ustnej się nie rozkładały i z tego powodu nie było ubocznych objawów. Jednym słowem, proteza ta odpowiada wszelkim wymaganiom chirurga i może być zalecana.

W. Biehler.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

330. Krull. **Obrót z ekstrakcją następczą płodu przy miednicy ścięsnionej na mocy 320 przypadków kazuistycznych.** (Centralbl. f. Gynäk. № 13, 1903, str. 412).

8 lat upłynęło od chwili, kiedy Rosenthal na ten sam temat ogłosił pracę swoją z kliniki Leopolda. Obecnie Krull, na mocy 380 obrotów, z których 320 dokonano przy miednicy ścięsnionej, rozdzieliwszy materiał kliniczny w ten sam sposób, kwestyę powyższą w innym nieco świetle przedstawił. W celu określenia wielkości (pojemności) miednicy autor nie brał wymiaru prostego (conj. vera) wejścia do miednicy, który odpowiednio wyliczyć trzeba, lecz wymiar prosty skośny (conj. diagonalis), który palcem bezpośrednio wymierzył. Krull otrzymał takie same wyniki, co i Rosenthal tylko odnośnie miednic płasko-rachitycznych; ogólnie zwięźone miednice dały wyniki lepsze, tak, iż wskazania krańcowe do obrotu są prawie jednakowe i dla miednic ogólnie zwięźonych i płasko-rachitycznych.

Autor doszedł do następujących wyników:

1) Obrót i ekstrakcja przy miednicy ścięśnionej, kiedy dziecko jest średniej wielkości, mogą być dokonane z dobrym skutkiem zarówno dla matki, jak i dla dziecka przy miednicy płaskiej, płasko-rachitycznej i ogólnie zwężonej. Przy płasko-rachitycznej, jeżeli wymiar prosty skośny = 9 ctm., a przy ogólnie zwężonej, jeżeli conjug. diagonalis = $9\frac{1}{2}$ ctm.

2) U pierwiastki należy, o ile możności, unikać obrotu: wyjąwszy okoliczność, jeżeli istnieje wskazanie konieczne ze strony matki i dziecka.

3) U pierwiastek należy się zazwyczaj zachowywać wyczekująco. U wieloródek zaś z miednicą ścięśnioną, przy której jednak wykonanie obrotu jest jeszcze możliwe, należy również zachowywać się wyczekująco, jeżeli główka pomyślnie się ustawiła, gdyż wtedy można liczyć na poród samoistny.

4) Jednakowoż u wieloródek z miednicą ścięśnioną, gdy nawet główka pomyślnie się ustawiła, obrót i ekstrakcja są cudownym środkiem pomocniczym w rękach akuszerza.

5) Obrót i ekstrakcja przy miednicy ścięśnionej ograniczyły do pewnego stopnia groźne dla matki operacje, jako to cięcie cesarskie przy wskazaniu odnośnem i cięcie łonowe (symfyeotomię).

M. Warszawski.

331. Daniel de Niet. **Wodolecznictwo w ciąży.** (Centr. f. Gynäk. 1903, № 13, str. 415).

Leczenie wodą jest najlepszym środkiem leczniczym na podniecenie przemiany materji i zwalczenie zmian we krwi (leukocytoza, zmniejszona ilość ciałek czerwonych). Leczenie wodą przyspiesza krążenie krwi i podnosi energję serca. Jak w każdej terapii, należy i w ciąży liczyć się z indywidualnością. U kobiet ciężarnych normalnych należy unikać zbyt wysokich i zbyt niskich temperatur i zbyt silnych bodźców mechanicznych. Należy bezwarunkowo zabezpieczyć kąpiel nożnej i nasiadowej, natrysków na brzuch, miednicę i uda. Należy najwięcej zalecać kąpiele całkowite o ciepłocie 30—33° C. Należy rozpocząć od 30° C, dojść stopniowo do 33° C, a potem stopniowo temperaturę obniżać. Po kąpeli należy ciało kobiety ciężarnej lekko rozetrzeć i ciężarna musi z godzinę wypoczywać. Najlepiej zalecić 3 — 4 kąpiele na tydzień.

W wymiotach uporeczywych u ciężarnych możnaby wiele osiągnąć, gdyby pomiędzy wilgotną opaską brzusznią a suchem prześcieradłem ułożono na żołądku rurę zgiętą, przez którą by krążyła woda nagrzana (50° — 70° C) na pół godziny przed i po przyjęciu pożywienia. Rurkę można zastąpić przez kataplazm lub termofor.

W chorobach ostrych zakaźnych można przez wodolecznictwo zapobiedz poronieniu.

Również w poronieniach nawykowych (nieluetycznego pochodzenia) autor widzi wskazanie do leczenia wodą. *M. Warszawski.*

332. C. Tarnowski. **Owaryotomia w ciąży.** (Inaug. Dissert., Lipsk, 1901.)

Powikłanie ciąży przez guz jajnikowy autor uważa za wskazanie bezwzględne do owaryotomii per laparotomiam. Najdogodniejszą chwilą jest miesiąc trzeci ciąży, unikając przy tem okresu miesięczkowego. Należy unikać drogi pochwowej, ponieważ znaczne obrażenie macicy w tym razie jest nieuniknione.

Na mocy rozmaitych statystyk autor oblicza śmiertelność kobiet na 31,31% (z 313 umarło 98), jeżeli guz jajnikowy, wnikający ciążę, nie został usunięty.

M. Warszawski.

333. Dienst. **Nowsze badania nad istotą eklampsyi i poglądy na leczenie tej choroby.** (Sammlung klin. Vorträge. N. F. № 342, Lipsk, 1903).

Na mocy doświadczeń, robionych w klinice kobiecej we Wrocławiu, na mocy badania krwi ciężarnych i na mocy doświadczeń na zwierzętach, autor przychodzi do przekonania, że za cierpienie podstawowe eklampsyi uważać należy niedostateczną czynność serca lub narządów wydzielniczych w ustroju maczynym; następnie, że substancje, od płodu pochodzące, zatrzymane w krwiobiegu maczynym wskutek choroby pierwotnej ustroju maczynego, dzięki swojej nadzwyczajnej sile toksycznej, doprowadzają cierpienie podstawowe matki do eklampsyi. W tym celu autor radzi: 1) pobudzać czynność serca przez podanie środków ekscytujących i 2) za pomocą środków diuretycznych podnieść siłę wydzielniczą nerek i tym sposobem powiększyć zdolność eliminacyjną całego ustroju maczynego. Następnie przez prędkie rozwiązanie ciężarnej powstrzymać wszelki dopływ jadu eklamptycznego ze strony płodu. W celu wydalenia prędkiego, krążących już we krwi maczynnej, toksyn, należy podnieść alkaliczność krwi. W tym celu należy podawać większą ilość mleka i obfite ilości alkaliu wszystkim ciężarnym, cierpiącym na białkomocz; do powyższego można dołąć środki napotne. U kobiet, będących w stanie śpiączki (coma), należy po przepłukaniu żołądka wlewać przez зондę żołądkową natrium bicarbonicum, a przy słabej czynności serca coffeinum natro-benzoicum. W każdym razie, terapia powyższa szkody nie przyniesie, czego nie można powiedzieć o dużych dawkach środków narkotycznych.

W końcu autor przytacza kilka przypadków pomyślnych, na dowód skuteczności terapii alkalicznej.

M. Warszawski.

334. Calmann. **Placenta praevia przy istniejącym mięśniaku macicy.** (Centralbl. f. Gynäk. 1903, № 14, str. 431).

39-letnia III-ródka zaczęła w 5 miesiącu ciąży w okresie miesięczkowym krwawić. Krwawienie powtórzyło się znowu w końcu

6 miesiąca. 18 maja pękł pęcherz i krwotok silny wystąpił. Tamponacja pochwy przez czas krótki. Ściągnięto nóżkę płodu (położenie płodu było nóżkowe) i dokonano ekstrakcyi. Łożysko przyrośnięte do mięśniaka macicy, siedzącego po stronie prawej macicy. Liczne drobne mięśniaki, siedzące w dnie macicy, uniemożliwiają wypchnięcie łożyska. Łożysko ręcznie odklejano w kawałkach. Po zatkanium żył wystąpiły w połogu bóle po stronie lewej. T° 37,8°, wyzdrowienie. Kombinacja mięśniaków z łożyskiem przrodującym należy do rzadkości. Na 241 przypadków znane są w literaturze tylko 2 takie przypadki. *M. Warszawski.*

335. L. Bouchacourt. **O użytkowaniu sztucznem łożyska.** (Centralbl. f. Gynäk, 1902, № 29 str. 788 i 1903, № 14 str. 438).

Opierając się na fakcie, że niektóre zwierzęta (ptaki, ssące) i niektóre plemiona dzikie pożerają łożysko (Placentophagia), autor postawił sobie za zadanie zbadać działanie wprowadzonego do ustroju łożyska zwierzęcego i ludzkiego (opothérapie placentaire). Badania dotyczyły 0 rodzajcych, położnic resp. niewiast karmiących i samego autora. Nie bacząc na stosowanie lecznicze placentofagii, które dziś do historii należy, w celu pobudzenia popędu płciowego, w bezdzietności, padaczce, w cholerye ssawców, chlorozie, w porodzie nieprawidłowym, metrycie, autor nie wątpi, że podanie łożyska w pastylkach, w postaci proszków lub w postaci soku mięsnego zwiększa wydzielinę pokarmu i powoduje rozwolnienie.

W Marokko nie pozwalają kobiecie zjadać łożyska, ponieważ święcie wierzą, że będzie ona rodziła samych chłopców, co jest rzeczą nie pożądaną w gospodarstwie. Autor zgadza się ze zdaniem Keiffera, że w łożysku tworzą się fermenty, które pobudzają czynność wydzielniczą sutek noworodków i matek.

Pod względem terapeutycznym za czasów Hippokratesa a części łożyska znalazły rozmaite zastosowanie: jako czopki do pochwy w celu ulżenia zastąpienia, jako kataplazm na brzuch matki w celu przyspieszenia porodu, również jako środek przeciw bólom poporodowym. Wreszcie, wcale nie smaczne stosowanie łożyska polegało na tem, że kładziono łożysko chłopca na twarz matki w celu usunięcia piegów. Łożysko okazywało wpływ zbawienny na dziecko. Dzieciom urodzonym w śmierci pozornej przykrywano brzuch ciepłem jeszcze łożyskiem. Dla dzieci słabowitych maczano łożysko w wodzie lub winie, resp. gotowano, a ułatwiający się przez naczynia pepowinowe gazy ożywiały dziecko. Również gazy, powstające przy spalaniu łożyska, mają działać cudownie na dzieci.

W różnych epokach i u rozmaitych plemion przypisywano łożysku specjalne działanie. Znany jest przesąd, że dziecku, które się rodzi „w czepku“, szczęście przez całe życie się uśmiecha. Jako curiosum należy przytoczyć fakt, że cesarz Antonjusz Pius urodził się w czepku, przez co otrzymał przydomek Diadamenes (ukoronowany). I pepowina bywa u niektórych plemion przedmiotem przesądu. U Japończyków bardzo skrzętnie chowają pepowinę odpa-

dnięta, w papier biały zawinięta, na którym wypisują imiona rodziców. Właściciel musi ją przez całe życie przy sobie nosić i wraz z nią zostaje pochowany.

Do 17 wieku zazwyczaj palono łożysko. Od tej pory zwyczaj ten zarzucono, gdyż nie sprzyjał zdrowiu matki, powodując gorączkę płożową. Zaczęto łożysko grzebać z pewnym ceremoniałem.

M. Warszawski.

336. P. Planchan. Jak długo kobieta może karmić?

W klinice Tarnier'a robiono obserwacje, jak długo i w jakim stopniu matki mogą zupełnie karmić swoje dzieci i jak długo pokarm zachowuje się w sutkach? Z 245 kobiet, które były pod obserwacją przynajmniej 7 miesięcy, 158 (64,4%) zupełnie karmiły, 73 (29,8%) miały niedostateczną ilość pokarmu, 14 (5,7%) nie miały wcale pokarmu. W 3 przypadkach matki dostały zapalenia gruczołu sutkowego po jednej stronie; niezależnie od tego mogły one drugą, zdrową piersią w dalszym ciągu dzieci swoje karmić. Silne wzruszenia często wpływają na czynność wydzielniczą mleka, lecz wpływ ten jest przemijający. W 2 przypadkach, gdzie matki chorowały na białkomocz, ilość pokarmu była dostateczną; w ostrych chorobach (pleuritis, vitium cordis) matek dzieci musiały być odstawione od piersi. Często spostrzega się, że powrót miesiączki u matki karmicielki powoduje u ssawca rozwolnienie, wymioty, utratę ciężaru ciała; nie ma to jednak wielkiego wpływu na czas trwania karmienia i na jakość pokarmu.

M. Warszawski.

337. Edward Waitzfelder. Wewnątrzylne wlewania przy leczeniu posocznicy poporodowej. (Medical Record. № 25, June 20. 1903).

Autor podaje dwa kazuistyczne przypadki. Pierwszy dotyczył 26-letniej pierwiastki, która zachorowała na dreszcze, gorączkę, poty, utratę łaknienia i t. p., na 3-ci dzień po porodzie. Kiedy zwykle przemyciwania macicy rozczynek przeciwgnilnym nie dały stałego spadku ciepłoty, autor usunął za pomocą ostrej łyżeczki całe endometrium i przypalił obnażoną powierzchnię macicy czystym kwasem karbolowym. Temperatura potem spadła z $104\frac{1}{2}^{\circ}\text{F}$. do 100°F . (t. j. do $37\frac{7}{9}^{\circ}\text{C}$.), ale nazajutrz znowu się podniosła do 104° , a następnie do $105\frac{1}{2}^{\circ}$, przyczem stan ogólny chorej natyle się pogorszył, że musiał autor zrobić jej wlewanie pod skórę 750 c. sz. $\frac{1}{10}$ normalnego rozczyntu soli. Nastąpiły wnet dreszcze, które trwały $\frac{1}{2}$ godziny i raptowny spadek ciepłoty do $96\frac{1}{4}^{\circ}$, spadek o $9\frac{1}{4}^{\circ}\text{F}$. ($9^{\circ}\text{F} = 5^{\circ}\text{C}$)! W dwa dni później gorączka znowu się podniosła do 105°F ., a po powtórzonej hypodermoklizmie spadła do 102° . Uplynęły jeszcze dwa dni; nowe podniesienie się ciepłoty do $105\frac{1}{2}^{\circ}$; pod skórę 1000 c. sz. $\frac{1}{10}$ normalnego rozczyntu soli, w ciągu 12 godzin spadek do $99\frac{3}{4}^{\circ}$, ale wnet potem raptownie podskoczyła temperatura

do $105\frac{1}{4}^{\circ}$ F. Jednocześnie skonstatowano zapalenie lewego płuca; ogólny stan chorej zły: oddechów 60 na minutę, tętno słabe, przyspieszone, chwilami nieprawidłowe. Wówczas autor zastrzyknął do żyły rozczyń 750 c. sz. formaliny (1:5000) przy $104\frac{1}{2}^{\circ}$ F. gorączki. Nastąpiły dreszcze, trwające 20 minut, a następnie temperatura spadała w ciągu 12 godzin do $96\frac{3}{4}$ —spadek o $7\frac{1}{4}^{\circ}$ F. Ale już w ciągu następnych 12 godzin znowu się podniosła do $105\frac{1}{4}^{\circ}$, t. j. wyżej, niż przed zastrzyknięciem formaliny.

Kiedy w trzy dni później, przy $T^{\circ} 104\frac{1}{2}$ zaczęto znowu wlewać formalinę i zaledwie 100 c. sz. tej ostatniej dostało się do żyły, chora nagle została bez tętna i zdawało się, że umrze. Dopiero podskórne wstrzykiwania whiskey i strychniny, wdychania tlenu, zaniechanie dalszego wlewania formaliny, zamiast której wiano 900 c. sz. $\frac{1}{10}$ normalnego rozczyń soli—uratowały na razie chorą. Przed wlewaniem we krwi znaleziono paciorkowce (streptococci). Po wlewaniu T° spadła do $96\frac{3}{4}^{\circ}$. W dwa dni później nowe wlewanie formaliny i spadek temperatury z $105\frac{1}{4}^{\circ}$ do $99\frac{3}{4}^{\circ}$; krew wykazuje zmniejszenie ilości paciorkowców. Nazajutrz $T^{\circ} 105^{\circ}$, R—56, P—140, stan ogólny bardzo groźny. Następnego dnia nowe wlewanie formaliny, poczem obfite poty, spadek gorączki w ciągu 12 godzin do 98° F. Stan ogólny chorej na tyle kiepski, że już nie odważono się przeprowadzić chorą do sali operacyjnej dla wewnątrzżylnego wlewania z obawy przed katastrofą, i dla tego zarządzono wlewanie podskórne 750 c. sz. $\frac{1}{10}$ norm. rozczyń soli, które jednakże pozostało już bez wpływu na obniżenie ciepłoty. Nazajutrz $T^{\circ}—106\frac{3}{4}^{\circ}$ F^o. (przeszło $41^{\circ},5$ C.), w lewym płucu ani znaku rozejścia, w dolnym płacie prawego płuca hypostatyczne nacieczenie. Stan chorej coraz bardziej się pogarszał i po 6 dniach zmarła. Na dzień przed śmiercią badana krew okazała się wolną od paciorkowców, i dlatego autor sądzi, że wysoka ciepłota w drugim okresie choroby była zależną jedynie od zapalenia płuc, a nie od posocznicy poporodowej.

Rozpatrzywszy się w szczegółach przebiegu tej choroby i uważając, że wlewanie rozczyń soli i wewnątrzżylnie wprowadzenie roztworu formaliny ten sam prawie miały skutek, autor dochodzi do wniosku, że, być może, główną rolę, zarówno tu, jak i tam, odgrywa nie sól lub formalina, lecz wprowadzona woda, która przez skórę i nerki wymywa z ustroju równą sobie ilość surowicy septycznej. Takie przypuszczenie nabiera jeszcze więcej cech prawdopodobieństwa, gdy sobie uprzytomimy, że wlewanie 750 c. sz. rozczyń formaliny (1:5000), zmieszane z krwią daje nader słaby roztwór, bo zaledwie 1:50000—60000; zatem, nie własności bakteryobójcze formaliny, lecz wzmoczona transudacja dzięki przepełnieniu naczyń jest główną siłą, działającą we wlewaniach, i dlatego też w drugim przypadku, którego opis następuje poniżej, autor stosował jedynie rozczyń soli.

36-letnia kobieta, w 3 dni po poronieniu w 3 miesiącu ciąży zachorowała na dreszcze, gorączkę, poty. $T^{\circ} 103^{\circ}$ F, R—36, P—96. Nazajutrz $103\frac{1}{4}^{\circ}$; wlewanie wewnątrzżylnie 1200 c. sz. $\frac{1}{10}$ norm. rozczyń soli przy 110° F. Po godzinie dreszcze, trwające 20 minut, a w ciągu 12 godzin spadek ciepłoty do $99\frac{3}{4}^{\circ}$ F. Tętno zwolniło

ze 116 do 80 na minutę, a oddechów było teraz 18. Krew badana przed wlewaniem wykazała obecność paciorkowców. W ciągu dwunastu godzin po wlewaniu temperatura i tętno zostawały normalne, a pacjentka wolna od objawów chorobowych, aż do 6-go dnia, gdy autor, aczkolwiek niechętnie, musiał ją wypisać na jej usilne żądanie.

P. Rogoziński.

III. Choroby nosa, uszu i gardła.

338. Meyer. **Przyczynę histologiczną do działania kwasów trójchloroctowego i chromnego.** (Zeitschr. f. Ohrenheilk. T. 54, 1903).

Wszystcy autorzy (za wyjątkiem Réthi) są zdania, że kwasy trójchloroctowy i chromny nie wywołują objawów zapalenia przy ich stosowaniu w uchu, nosie lub gardle, lecz ponieważ zdania ich w kwestyi stosowania tych środków są sprzeczne, przeto M. wziął sobie za cel przeprowadzić, a raczej powtórzyć badania. Dotyczyły one muszli nosowych, dolnej i średniej, polipów usznych i migdałków, a odpowiadały w zupełności celom leczniczemu w każdym oddzielnym przypadku. Zauważyć należy, że specjalnej różnicy w działaniu tych obu kwasów na tkanki histologiczne nie spostrzegano, jedynie strupy, przez kwasy te wytworzone, odróżniały się postacią swoją.

Badania przeprowadzone były w ten sposób, że z początku na danej powierzchni rozcierano jeden lub drugi środek, wywierając bardzo słaby ucisk, po 24 godzinach zaś wycinano przypalony kawałek śluzówki i badano pod drobnowidzem. Nabłonek (z dolnej muszli nosowej) zamieniał się w jedną masę ziarnistą, wszystkie zaś jego warstwy pośrodku przypalonego miejsca nekrotyzowały się zupełnie; naczynia w tkankach, leżących pod strupem, były przepelnione krwią lub krew z nich występowała na zewnątrz; zmian we krwi po części nie było, po części zaś wytwarzał się w niej rozpad ziarnisty.

Przy silniejszym wcieraniu kwasów zmiany okazały się daleko głębsze. To samo da się powiedzieć i o polipach usznych, na migdałkach zaś nie udało się wywołać zmian głębokich.

Aby się przekonać o odczynie zapalenia, M. także w kilka dni po przypaleniu zaczął wycinać kawałki zniszczonych tkanek. Tu jednak nie dało się zauważyć objawów zapalenia ze strony tkanek sąsiednich, części zaś przypalone zupełnie się zagoiły bez jakichkolwiek cięższych objawów zapalenia.

Z tego też powodu M. uważa za racjonalne stosowanie obu tych kwasów w przypadkach nieznacznych zgrubień śluzówki.

Alfred Heiman (syn).

339. O. Reik. **Zaburzenia ze strony czynności serca przy rękoczynach w uchu środkowym.** (Z Tow. Otologów Amerykańskich).

Przy najłżejszych nawet operacjach na błonie bębenkowej występują zaburzenia ze strony serca, niekiedy dość poważnej natury. Utało się mniemanie, jakoby przyczyną tego zjawiska był ucisk wywierany przez operację i przechodzący na ucho wewnętrzne przez kostki słuchowe. Jak wykazują doświadczenia R., w ten sposób da się objaśnić niezauważalna tylko ilość przypadków. Doświadczenia swoje R. przeprowadzał na psach, u których podczas operacji na błonie bębenkowej badał za pomocą kymographionu zmiany w ciśnieniu krwi i ilości uderzeń tętna. Z przedstawionych krzywych daje się widzieć, iż przy każdym rękoczynie na błonie bębenkowej, wykonywanym instrumentem ostrym lub tępym, występowały natychmiast spadek ciśnienia krwi i zmiany w liczbie uderzeń tętna. W zupełnie głębokiej narkozie zboczenia te nie występowały wcale, przy lekkim zaś znieczuleniu kokainą opadło jedynie ciśnienie krwi w nieznacznym stopniu. W tych razach jednak zjawisko to nie występowało zbyt jaskrawo, a dodać także należy, że później ciśnienie krwi podnosiło się bardzo wolno. Na zasadzie tych doświadczeń R. wyprowadza następujące wnioski: 1) zboczenia ze strony czynności serca przy rękoczynach w uchu środkowym wynikają z powodu podrażnienia nerwów czuciowych i zaburzeń ze strony aparatu naczynioruchowego; 2) pobudzenie tych nerwów wywołuje depresję ze strony czynności serca; 3) zupełne znieczulenie nie wywołuje pożądanego efektu, częścicowe zaś osłabia go.

Podrażnienie nerwów czuciowych wywołuje zazwyczaj podniesienie ciśnienia krwi, jedynie stanowią wyjątek nerwy czuciowe testiculi
Alfred Heiman (syn).

IV. Wiadomości terapeutyczne.

340. (jw) **Aspiryna.**

Przeciwno *diabetes mellitus* Williamson gorąco zaleca ten środek w moczówce cukrowej 2—3 razy dziennie po 0,6, dochodząc do 0,9—4—5—6 razy dziennie. Żeby zapobiedz występowaniu szumu w uszach po większych dawkach aspiryny, W. radzi zażywać aspirynę w wodzie, do której dodano kilka kropel soku cytrynowego. (Brit. m. j., 1946).

341. (jw) **Fissurae mammae.**

Leczą się prędko, jeżeli je smarować 2 razy dziennie maścią:

Rp. Mentholi 1,5
Saloli 2,0
Ol. olivarum ana 2,0
Lanolini 50,0
M. f. Ungt.

342. (mk) **Leczenie światłem.**

Dionisio podaje doskonałe wyniki *leczenia chorób nosa, gardła i uszu za pomocą światła.*

W 20 przypadkach kataru cuchnącego nosa, leczonych za pomocą światła po uprzednim znieczuleniu przez zastrzykiwanie kokainy i adrenaliny, otrzymał autor jeśli nie zupełne wyleczenie, to znakomitą poprawę. Koncentruje on światło za pomocą rurek kryształowych 8 ctm. długości, a 4 mm. szerokości, które wprowadza do nosa przez nozdrza, rozszerzone za pomocą wziernika. Rurki kryształowe można zamienić specjalnymi lampkami żarowymi. To samo można stosować do leczenia przewlekłego nieżyłowego zapalenia gardzieli i jamy ustnej. Długość leczenia zależy od stopnia cierpienia. Polepszenie lub wyzdrowienie następuje po 40 posiedzeniach, po 2 godziny każde w lżejszych przypadkach, zaś po dwustu kilkudziesięciu w ciężkich. Autor stosował leczenie światłem i w zapaleniu ropnem ucha środkowego w 6 przypadkach, z tych 4 wyleczono po 20—40 posiedzeniach, w dwóch promienie słoneczne zmniejszyły wydzielinę ropną. (Sem. médic. № 24, 1903).

343. (jw) **Melaena neonatorum.**

Döliner zaleca zastrzykiwanie podskórne 4 razy dziennie po 10 ctm. sz. (38° C) *żelatyny* podług przepisu:

Rp. Gelatinae albae 2,0
Natri chlorati 0,12
Aq. dest. 100,0

344. (wb) **Syphilis.**

Do wstrzykiwania między mięśnie *przy leczeniu przyniotu* poleca Do uelos hydrargyrum praecipitatum album zawieszzone w zwyczajnym syropie, wychodząc z tego mniemania, że preparat ten mniej

obcy jest dla ciała i przez to mniej bolesny i łatwiej się wsysa, niż kalomel zawieszony w parafinie płynnej. Hydrargyrum praecipitatum album, które się sprzedaje, zawiera w sobie kwas solny i sublimat, które drażnią i przypalają. Z tego powodu trzeba go wymyć najpierw w eterze, potem w gotującej się wodzie, a nakoniec sterylizować przy 110°. Syrop sterylizuje się tak samo, ale oddzielnie. Autor 50 razy używał tego środka i przekonał się, że jest mniej bolesny, niż olejek kalomelowy i nie wywołuje utworzenia się gruźleńców. (Société de Thérapeut., 22 kwietnia 1903).

345. (jw) **Tyfus brzuszny.**

W tyfusie brzuszny Woro schilski zaleca siarkę:

Rp. Sulf. depurati 0,3—0,5

D.S. Co 2 godziny 1 proszek.

346. (kn) **Veratrum viride w płasawicy.**

W przyp. płasawicy Mangiagalli zaleca stosować veratrum viride, które dało mu wyniki pomyslnie u kobiet 18. Połowę stanowiły niewiasty pierwszy raz rodzące; mocz wszystkich zawierał białko. W 7 przypadkach objawy eklampsji wystąpiły podczas porodu, u 2-ch w okresie poporodowym, w 9 w przebiegu ciąży. Chorem dawano extract. fluid. veratri viridis (firma Carlo Erba w Medyolanie) po 20 kropel, kilka razy dziennie, nie przekraczając 100 kropel dziennie. Działanie środka uwydatniało się stale w obniżeniu ciśnienia krwi i zwolnieniu tętna. (Wien. med. Presse № 8. 1903.).

V. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 21 kwietnia 1903 r.

I. Lebensbaum przedstawił preparat macicy, wyjęty przez pochwę z powodu *chorionepithelioma malignum*. Jednocześnie L. przedstawił preparaty mikroskopowe.

II. Antoni Leśniowski wypowiedział odczyt: „Przyczynę do chirurgii kiszek“. L. przytoczył 3 spostrzegane przez się przypadki. Pierwszy dotyczył 30-letniej chorej, u której wydobyto guz z otrzewny, umiejscowiony w wątrobowym zgięciu okrężnicy i zrosnięty szeroko ze zgrubiałą, pofałdowaną siecią; w krezce liczne obrzmiałe gruczoły chłonne. Objawy kliniczne (o ile można było stwierdzić je u chorej, głuchoniemej od urodzenia), były następujące: napady wzdęcia brzucha, bóleści, ostatnimi czasy wymioty. Na lewo od pępka spostrzeżono w brzuchu wydatność, wypukano tu odgłos tępy, wymacano guz podłużny, ogromnie bolesny, znacznie ruchomy. L. wyciął chory odcinek кишки długości 21 ctm. i możliwie wszystkie wymacujące się gruczoły chłonne.

Ściana кишки w miejscu guza, grubości 3 ctm., przedstawiała się, jak następuje. Śluzówka mocno zgrubiała, nastrzyknięta, bardzo rozpulchniona, pofałdowana. Na fałdach w wielu miejscach rozrosty brodawkowate i polipowate, pomiędzy fałdami widać w śluzówce otwory. Przez otwory wchodzi się zgłębnikiem do jamek, wydłubuje się kawałki stwardniałego kału, wielkości i kształtu ziarenka grochu lub takież kawałki śluzu. Mięśniówka, tkanka podsurowicza mocno zgrubiała; w tej ostatniej ogniska rozmiękczenia, z których zgłębnik za pomocą mniej lub bardziej krętych kanałów przez całą grubość ściany кишки dąży do owych otworów pomiędzy fałdami śluzówki. Przytoczywszy obraz anatomopatologiczny dyzenteryi niezbytowej, błonicowej i mieszkowej, L. wyprowadza wniosek, że ów wycięty guz powstał na tle przewlekłej dyzenteryi mieszkowej. Pod drobnowidzem znalazł L. dobrze zachowany nabłonek cylindryczny na powierzchni śluzówki, rozrostów brodawkowatych i polipowatych, w gruczołach Lieberkühna. Membrana propria dobrze zachowana. Śluzówka i podśluzówka obficie nacieczona. Mięśniówka nacieczona, w niej liczne pasma zbitej tkanki łącznej. Tkanka podsurowicza zgrubiała obfituje w naczynia krwionośne. W tkance sicci liczne pasma żółtej tkanki łącznej. Gruczoły chłonne w stanie zwykłej hyperplazji. L. przytoczył ten przypadek z tego względu, że dotąd w piśmiennictwie nie napotkał ani jednej wzmianki o tego rodzaju guzach kiszek powstałych na tle przebytej biegunki krwawej. Drugi przypadek dotyczył 31-letniej mężatki, u której stwierdzono guz wielkości dużej pięści; prawie kulisty, twardy, bolesny, nieruchomy, podczas ruchów oddechowych nie poruszający się, dobrze wymacujący się od tyłu, w okolicy śledziony. Mocz 750 ctm. na dobę, słabokwaśnego; w nim $\frac{1}{2}\%$ białka, w osadzie czerwone

ciałka krwi i nabłonki. Lewa nerka nie wymacuje się, nie jest bolesna. Dotkliwe bóle w prawej górnej połowie brzucha, które ostatnimi czasy zjawiały się w postaci częstych napadów; w ostatnich dniach wymioty. Rozpoznano cierpienie prawej nerki i zoległą sprawę zapalną dookoła tejże—wobec tego postanowiono dokonać operacji na nerce prawej. L. poprowadził cięcie bergmanowskie. Tkanka otaczająca nerkę i okrężnicę wstępującą (zazwyczaj luźna i delikatna) była nacieczona, twarda, niepodatna. Nerka po otwarciu torebki włóknistej okazała się we właściwym miejscu, prawidłowej wielkości i kształtu, znacznie przekrwiona. Ów guz wymacował się przed nerka, wobec czego L. otworzył jamę otrzewny; wątroba była przyklejona do przedniej ściany brzucha. Po odlepieniu jej spostrzeżono, że do bocznej ściany brzucha jest przyklejona okrężnica wstępująca, u góry mocniej przyrośnięta do wątroby i pofałdowanej sieci. Dzięki zlepianiu się owych narządów i tkanek powstał ów guz. W zgięciu wątrobowem, mocno przegiętem pod kątem ostrym, wymacano okrężne zgrubienie ściany kiszki. Miało się wrażenie, że na wewnętrznej powierzchni zgięcia mieści się jakieś owrzodzenie, które wywołało owo zgrubienie ścianki kiszki, drażniąc ją przez czas dłuższy. L. wobec ciężkiego stanu chorej ograniczył się na razie zespoleniem okrężnicy wstępującej z poprzeczną, a to w tym celu, ażeby zapobiedz możliwemu w niedalekiej przyszłości zamknięciu światła kiszki w miejscu zgięcia wątrobowego. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Po wyjściu ze szpitala chora zaezęła nanowo gorączkować, wobec czego L. wyciął jej pęk gruczołów z pod pachy prawej i przy badaniu drobnowidzowem stwierdził w nich gruzelki. L. sądzi, że, być może, i owo owrzodzenie w kiszce również było natury gruźliczej. L. przedstawił preparaty gruczołów podpachowych z gruzelkami.

Przypadek 3-ci dotyczył 38-letniej włosianki, zamężnej od lat 18, która po jednym z porodów przechodziła sprawę popołogową, a obecnie od dłuższego czasu cierpiała na zaparcie stolec, napady wzdęcia brzucha, bóleści i wymioty. Badanie nie wykryło w narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego. Stan bezgorączkowy. W brzuchu nie wymacuje się żadnego guza. Mocne obmacywanie i mechaniczne drażnienie brzucha wywołuje napad bóleści w dolnej części brzucha, jednocześnie widzi się tu i owdzie pętle kurezących się gwałtownie kiszki. Takie same napady zjawiają się kilkanaście razy na dobę i samoistnie. Odbytница prawidłowa. Granice żołądka, jego chemizm i mechanizm prawidłowy. Przymaciecza noszą ślad starych spraw zapalnych. Rozpoznano przewlekłe zwięźnienie światła przewodu kiszkiowego. Zastosowano gorące okłady, morfinę, odpowiednią dietę i chora z poprawą wypisała się ze szpitala. Po kilku dniach zjawiała się nanowo z tymi samymi objawami. L. dokonał na niej laparotomii i znalazł w kiszce cienkiej guz, który wraz z 23 cm. kiszki wyciął. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Badanie drobnowidzowe guza, siedzącego na wewnętrznej powierzchni kiszki, wielkości i kształtu dużego orzecha włoskiego, wykazało, że był to mięsak o dużych okrągłych komórkach. Poniżej miejsca zwięźnienia były 2 guziki płaskie;

i one miały budowę mięsaka. L. pokazał wyciętą kiszkię wraz z nowotworem, a pod mikroskopem—zabarwiony skrawek guza.

W dyskusyi prof. Kryński zapytuje o stan nerek w jednym z operowanych przez Leśniowskiego przypadków.

Ciechomski zaznacza, że częstokroć nowotworom złośliwym w kiszkiach towarzyszy biegunka, mianowicie wówczas, gdy nowotwór, poczynający się na błonie śluzowej, ulega owróżdzeniu. Rozpoznanie pomiędzy biegunką krwawą, a nowotworem kiszkiowym może być znakomicie ułatwione przez skrzętne wywiady: guzowi pochodzenia nowotworowego często towarzyszy gorączka (związszcza, gdy ten draży w kierunku krezki i rozpada się w głębi), zaś w biegunce krwawej podniesienie ciepłoty ciała spostrzegamy tylko w pierwotnym ostrym jej przebiegu. Co dotyczy niedrożności jelit, to wyraźniejszą i częstszą bywa ona w guzach, powstających na tle zmian zapalnych (gnilica, biegunka krwawa, tyfus, przymiot), aniżeli w guzach nowotworowych i te ostatnie rzadziej bująją w kierunku światła kiszki, a częściej w kierunku naczyń chłonnych (innemi słowy—w kierunku krezki), a wtedy zwięzenie światła kiszki może być tylko względne.

Posiedzenie d. 28 kwietnia 1903 r.

I. Korybut-Daszkiewicz przedstawił rzadki przypadek erythema nodosum (dermatomyositis) z następczym zanikiem mięśni u 4¹/₂-miesięcznej dziewczynki.

II. Rzętkowski wypowiedział rzecz p. t.: *Studia nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej*. R. mierzył sprawność proteolityczną przy pomocy metody Mett'a i znalazł w raku osłabioną, a we wrzodzie żołądka wzmożoną. NaCl in vitro osłabia sprawność proteolityczną, zaś in vivo nie, ponieważ żołądek wydziela H₂O, rozgadniającą nadmiar w nim NaCl. *M. Bornstein.*

VI. Z Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego.

Protokół zwyczaj. posiedz. Tow. Lek. Lubelsk. z d. 18/II 1903.

1. Kol. Dziewiszek przedstawił chorego z albinismus partialis.

Ignacy W., lat 18. O ile pamięta, zawsze miał białe plamy na skórze. Odżywienie doskonałe, organy wewnętrzne żadnych zmian nie przedstawiają. Na całej powierzchni skóry, odpowiednio do przebiegu nerwów skórnych, symetrycznie rozłożone białe plamy. Przed rokiem zauważył, że włosy na głowie posiwiały. (*Autoref.*)

2. Kol. Rudzki przedstawił przypadek wilka twarzy, powikłanego ciężką plamicą krwotoczną (będzie drukiem ogł.).

3. Kol. Rudzki przedstawił preparaty sekejne przy chorobie Addison'a.

Chora, przedstawiona na poprzednim posiedzeniu, zmarła przy objawach wzmagającego się osłabienia serca. Chora w ostatnich dniach życia jeszcze więcej pociemniała. We krwi i w moczu znaleziono płytki barwikowe. Adynamia w ciągu ostatniego tygodnia była absolutna. Na sekcji wykryto następujące zmiany: zupełne zarośnięcie jamy opłucny; zmiany zastoinowe w płucach. Stłuszczenie mięśnia sercowego. Wątroba muszkatułowa. Na dużej krzywiznie żołądka wciągnięta blizna po wrzodzie okrągłym; w kilku miejscach nadżerki błony śluzowej żołądka. Nerki nieznacznie stłuszczone. Nadnercza prawie normalnej wielkości, po nacięciu wypływa z nich mętny rozpad; na ścianach wewnętrznych widać dość dużo gruzelków różnej wielkości oraz pigmentatio aspydea.

Prelegent podkreśla, że większe zmiany w omawianym przypadku choroby Addison'a znaleziono tylko w nadnerczach i w żołądku, oraz zaznacza, iż w drugim rzędu przypadku spostrzega połączenie choroby Addison'a z wrzodem okrągłym żołądka. (Przypadek będzie podany do druku).
(Autoreferat).

4. Kol. M a j e w s k i opisał przypadek podwiązania obu tętnic szyjowych z powodu krwotoku po pęknięciu ropnia.

Lejba Z., 1. 64, z Łęczny; od kilku tygodni skarżył się na ból w szyi; od 2 tygodni na szyi z lewej strony krtani stwardnienie; w miejscu tem M. znalazł chelboczący guz, wielkości jabłka, ze skórą nad nim niezmienną. Ciepłota — w chwili badania była niepodniesiona; tętno — 80, miążdżcowe. Ropień ten pod etylehloridem M. otworzył; ropy białawej cuchnącej wyciekło około 2 łyżek stołowych; jama okazała się głęboką; kości jednakże obnażonej ani chrząstki przy badaniu palcem w niej nie wykryto. Pierwsze opatrunki przeszły prawidłowo. Dopiero — 8-go dnia po przecięciu — poczęło przy opatrunku krwawić; krwawienie to jednak pod tamponem ustąpiło; przy następnym opatrunku — 11-go dn. po przecięciu, również rana krwawiła, nieobficie jednak; i zatamponowanie i teraz wystarczyło. W trzy dni potem krwotok znów się odnowił i tym razem przybrał rozmiary tak niepokojące, że wobec anemii chorego, pomimo że kol. Staniszewski uciskiem krwotok powstrzymał, M. w obawie powtórzenia się krwawienia, po przewiezieniu chorego do szpitala św. Wincentego — przystąpił przy współdziałaniu kol. Dobruckiego i Staniszewskiego do podwiązania tętnicy szyjnej. Po rozszerzeniu rany stwierdzono krwawienie tętnicze z głębi jamy ropnia, z poza głównych pni naczyniowych wychodzące; wobec tego przy ciągnięciu obfitem krwawieniu — bez znieczulenia chorego — M. podwiązał lewą tętnicę szyjną zewnętrzną, torując sobie przytem drogę do tętnicy — z powodu nieprawidłowych nacieżeń i ziarniny na żyłę szyjną — od zewnątrz ku wewnątrz. Po podwiązaniu jednak tętnicy szyjnej zewnętrznej krwotok w równej sile trwał dalej; wobec tego, po uciśnięciu tętnicy szyjnej wspólnej oddzielono i odosobniono cały pień naczyniowy i wtedy dopiero po odgięciu go ku przodowi na tylnej jego powierzchni znaleziono otwór w tętnicy szyjnej wewnętrznej. Otwór ten M. zamknął Peanem, poczem i tę tętnicę także podwiązał. W czasie zabiegu wprowadzono choremu pod skórę około

500 gr. fizyologicznego roztworu soli kuchennej; zabieg miał miejsce w nocy; na 2-gi dzień rano ciepota — 39°0, tętno 120; całkowite prawostronne porażenie (hemiplegia i hemianestezja); porażonemi były i dolne rozgałęzienia nerwu twarzowego; w stanie takim, przy zupełnej utracie przytomności, chory w 36 godzin po zabiegu zmarł.

Nawiązując do danego przypadku, M. rozbiera wskazania do podwiązania tętnic szyjnych, rozpatruje przyczyny śmiertelności po podwiązaniu tętnicy szyjnej wewnętrznej lub wspólnej i przytacza odnośne statystyki.

(Autoreferat).

W dyskusyi kol. Cynberg zapytuje, dlaczego, gdy się okazało, że podwiązka carotis ext. nie wpłynęła na zmniejszenie krwotoku, a skutek miało dopiero podwiązanie interna—nie zdjęto podwiązki z externa?

Kol. Majewski odpowiada, że byłoby to zbyt cieżkim ze względu na to, że podwiązanie car. externa nie ma znaczenia dla organizmu.

Kol. Dobrucki zaznacza, że car. int. bez anastomoz idzie do mózgu, liczyć zaś na to, że po zdjęciu podwiązki z externa wytworzą się jakieś nowe anastomozy, byłoby zatrudno, chociażby ze względu na podeszły wiek chorego.

5. Kol. Zajdeman przedstawił chorego, u którego wydobyl za pomocą elektromagnesu kawałek żelaza z wnętrza gałki ocznej.

Chory zgłosił się do Z. dwa tygodnie temu z przenikającą raną lewej gałki ocznej, umieszczoną tuż pod rogówką. Z wywiadów Z. dowiedział się, że chory, stojąc przy kowadlu w czasie, gdy ojciec jego kuł żelazo, otrzymał uderzenie w lewe oko. Żrenica była zupełnie zwężona, przednia komórka do połowy wypełniona krwią. Chory został odesłany do ocznego oddziału szpitala św. Józefa i tegoż dnia została dokonana próba usunięcia elektromagnesem kawałka żelaza, który, prawdopodobnie, dostał się do wnętrza gałki ocznej. Elektromagnes został wprowadzony przez ranę, po nieznacznem rozszerzeniu takowej ku tyłowi nożem Graefego. Próba dała wynik ujemny. Zapuszczono atropinę+kokainę, na oko nałożono opaskę uciskającą. Dnia następnego żrenica okazała się dostatecznie rozszerzoną, krew z przedniej komórki znikła prawie zupełnie, soczewka przezroczysta, nieuszkodzona. Przedsięwzięte badania wziernikowe, i przez parę dni powtarzane, wykazywały z nieomylną pewnością obecność kawałka żelaza we wnętrzu gałki, utkwionego na zewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego i żółtej plamki, prawie w równiku oka. Kierując się wskazówkami jedynie wziernika, sideroskopu bowiem szpital nie posiada, Z. dokonał operacji powtórnej, robiąc cięcie w miejscu, w którym znajdowało się ciało obce. Po przecięciu i odsłonięciu spojówki, twardówka oraz błony wewnętrzne zostały przecięte nożem Graefego w kierunku prawie równoległym do równika; wprowadzony elektromagnes po chwili wydobyl kawałek żelaza, który został pokazany na posiedzeniu, wagi około $\frac{1}{3}$ grama. Podrażnienie, wywołane zranieniem oka, kilkodziuowem przebywaniem w oku kawałka żelaza oraz dwukrotną operacją, musiało spowodować zapalenie naczyniówki i tęczęwki, które jednak doskonale daje się

opanować przez zwykłą atropinizację. Obecnie źrenica jest zupełnie rozszerzona, gałka przy dotykaniu bolesna, widzenie naosie przez otwór stenopeiczny wynosi $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$; nastrzyknięcie naczyń okołorogówkowych nieznaczne.

Za dni osiem oko zupełnie do zdrowia powróci, a widzenie naosie znacznie się polepszy. Na jednym z następnych posiedzeń obiecuje prelegent opisać dzieje operacji magnesowych oraz wszystkie używane przytem obecnie narzędzia. (*Autoreferat*).

6. Kol. J a c z e w s k i przedstawił:

a) przypadek molluscum contagiosum na twarzy i głowie, niezwykły przez rozległość powierzchni skóry dotkniętej cierpieniem.

Ignacy R., lat 15, szwe, już od dłuższego czasu ma na czole, obu powiekach, podbródku, capillitium, sazy i zwłaszcza na prawem przedramieniu po części oddzielnie rozrzucone, to znów w grupy zebrane, wyrosłe wielkości od ziarnka maku do połówki grochu polnego. Mniejsze wyrosłe są to grudki tegoż koloru, co i skóra, większe są bladobiałe o powierzchni gładkiej, niekiedy żółtawo prześwietlającej, z zagłębieniem pępkowatym w pośrodku, od którego rozchodzą się promieniowato płyciutkie brzozy. Wielkość zagłębienia pępkowatego znajduje się w stosunku prostym do wielkości wyrosli. Wyrosłe te są zgoła niebolesne, ani samoistnie, ani też przy obmacywaniu, na dotyk są twarde, przy silniejszym ścisaniu ich między palcami wydobywa się z zagłębienia pępkowatego biała masa, w której przy badaniu mikroskopowem rozróżnić można: komórki naskórka, kryształki tłuszczowe oraz ciała owalne i okrągłe, t. zw. corpuscula mollusci.

Leczenie polegało na usunięciu wyrosli za pomocą ostrej łyżeczki i nałożeniu opatrunku aseptycznego. (*Autoreferat*).

b) przypadek laryngitidis gummosae.

Kazimierz L., wieśniak, l. 26, zaraził się kilką półtora roku temu, leczony był w szpitalu wojskowym iniekcjami. Od paru miesięcy począł doznawać bólu przy polykaniu, z początku niezbyt silnego, a od dwóch tygodni żyje tylko pokarmami płynnymi, które mu częściowo przez nos wracają.

Chory zbudowany dobrze, odżywiony miernie, mówi przez nos, na skórze zmian nie znaleziono. In sulco cicatrix indurata, gruczoły nie powiększone. Podniebienie miękkie in toto obrzmiałe, sinoczerwonego koloru, mało ruchome, przechodzi ku tyłowi w owrzodzenie sadłowate, nie dającym się usunąć, okładem, o nieco podminowanych, wyżartych, nieregularnych brzegach. Języczka brak zupełny. Łuki nieco obrzmiałe, sino czerwone. Na tylnej ścianie gardzieli owrzodzenia wielkości szóstaka, o brzegach ostro wyciętych, dnie nierównym, pokrytem żółtawosadłowatym okładem. Badanie lusterkiem krtaniowem wykrywa brak co najmniej połowy nagłośni. Wolny brzeg pozostałego odcinka, znacznie zgrubiałego, przedstawia owrzodzenie usiane mniejszemi i większemi, żywoczerwonego koloru, ziarnistemi wyniosłościami; w poprzek całego owrzodzenia biegnie smuga białego koloru — chrząstka. Pozostała część krtani zmian nie przedstawia. Przypadek ten zasłu-

guje na uwagę ze względu na wczesne i rozległe objawy III-rzędnej kiły, co, być może, zależy od niedostatecznego leczenia.

Chory przez czas 4-tygodniowego pobytu w szpitalu brał kurację mieszaną, rtęcią i KJ. Wypisał się z zablżzionemi owrzodzeniami. Dysphagia ustąpiła całkowicie. (Autoreferat).

c) przypadek *vegetationes laryngis lueticae*.

Andrzej F., lat 20, wieśniak, zaraził się syfilisem przed laty kilkoma; leczyl się raz tylko wcierkami (30). Od roku ma chrypkę, na co nie zwracał zgoła uwagi pierwiastkowo; od kilku miesięcy zauważył, że szybko się męczy przy pracy, a nawet przy chodzeniu. W ostatnich tygodniach duszność znacznie się wzmogła i to go wreszcie skłoniło do zapisania się do szpitala św. Józefa. Chory wzrostu dobrego, odżywiony dobrze, na skórze zmian nie znaleziono. Cor et pulmones non affecti, sinicy niema. Miewa napady kaszlu, zwłaszcza po przebudzeniu się — plwocina skąpa, śluzowa. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazuje: błona śluzowa krtani jednolicie czerwona, obrzmiała; więzy fałszywe również czerwonego koloru, znacznie zgrubiałe, szerokie, na prawej strunie fałszywej dwie brodawki, a na lewej jedna wielkości połówki małego grochu polnego, takiej samej barwy, jak struny. Ventricle Morgagni i struny prawdziwe niewidoczne. Rima glottidis, nawet przy najgłębszym wdechu, szeroka za ledwie na parę milimetrów. Wolny brzeg strun fałszywych równy. Owzrodzeń nigdzie niema. Chory przebył w szpitalu 6 tygodni, w tym czasie wtarł 36 wcierek: wypił 80.0 KJ. Wypisał się z niejakim polepszeniem. Objektywnie stan krtani pozostał bez zmiany. (Autoreferat).

Sekretarz Czesław Czerwiński.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 sierpnia 1903 r.

—w— W 1904 r. zacznie wychodzić pod redakcją D-rów: Pappenheim'a (Hamburg) i Wolffa (Berlin) nowe czasopismo, poświęcone specjalnie *nauce o krwi* p. t.: „Internationales Centralblatt für Haematologie“. Prace mają być drukowane przeważnie w języku niemieckim, nadto we francuskim i łacińskim (sic!). Cena roczna 20 m.

—w— W miasteczku Łabuniu (p-t Zasławski, gub. Wołyńska) wakuje miejsce dla lekarza wolno praktykującego. Miasto daje 400 rubli rocznie, proboszcz miejscowy na początek mieszkanie w plebanii z 2 pokoi. W promieniu 15—30 wiorst niema lekarza. Miejscowość malownicza, ludność zamożna. Wiadomości udziela miejscowy aptekarz p. Ornowski.

—w— Budapeszt liczy w obecnej chwili 1450 lekarzy.

—w— W uniwersytecie Charkowskim wakuje katedra higieny. Wydział lekarski ogłosił na tę katedrę konkurs.

—w— W Petersburgu w 6 miejskich ambulatoryach urządzone będą nocne dyżury lekarskie (od 10 wieczorem do 8 rano). Lekarze dyżurujący otrzymywać będą od miasta po 2 ruble za noc; honorarium od pacjentów będzie również iść na korzyść lekarza, w razie zaś niezamóżności pacjenta miasto będzie płacić lekarzowi po 60 kop.

Z M A R L I.

D-r Władysław Drzażdżyński z Kozienic (gub. Radomska), dnia 20 lipca r. b. w Krakowie, w wieku lat 68.

D-r Edward Pivl w Stryju (w Galicyi) w wieku lat 33.

D-r Rudolf Trzebiicki, profesor nadzwyczajny chirurgii w uniwersytecie Jagiellońskim, ordynator szpitala św. Łazarza w Krakowie, prezes Krakowskiej Izby Lekarskiej, rada miejski Krakowski, autor wielu prac naukowych z zakresu chirurgii, ogłoszonych w pismach lekarskich polskich i niemieckich, ceniony operator, dnia 22 lipca r. b. w Krakowie, po kilkutygodniowej ciężkiej chorobie, w wieku lat 42.

D-r Franciszek Kuczyński dnia 11 czerwca r. b. w Dalmii (w Mandzuryi), w wieku lat 51.

D-r Stanisław Witkowski dnia 18 lipca r. b. w Starem Siole (pt. Miński), w wieku lat 47.

D-r Bolesław Bujalski w Radomiu, w wieku lat 89.

Ogłoszenie.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych w wykonaniu warunku, w testamencie ś. p. D-ra Jana Bączewicza zastrzeżonego, ogłasza nazwiska 5-iu wdów po lekarzach polakach, którym na posiedzeniu Komitetu w dniu 27 czerwca r. b. przyznane zostały wsparcia z legatu D-ra Bączewicza, każdej po rb. 81, a mianowicie: Hebda Marya, Kadler Wanda, Libkind-Lubodzińska Stefania, Łazowska Antonina i Wilczkowska Marya.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu.

D-r M. Jakowski.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава 1 Августа 1903 г.