

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r L. Rzeczniewski. Podstawy psychologicznej teorii hysterii (c. d.)—str. 663. II. D-r H. Fidler. Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej (c. d.)—str. 672.

III. Dział sprawozdawczy: I. *Choroby wewnętrzne.* 347. Mosauer. Działanie diuretyki i aguryki na drogi moczowe—str. 681. 348. Teissier. Nowy objaw poprzedzający i odkrywający tworzące się zapalenie wsierdzia—str. 681. 349. Laporte. Nowy barwnik do krwi—str. 682. II. *Choroby ukł. nerwow.* 350. Kobler. Neurastenicy wśród wieśniaków—str. 683. 351. Rolly. Przycz. do nauki o poraż. Landry'ego—str. 684. III. *Choroby dzieci.* 352. Méry i Hallé. Zapalenie gardzieli w płonicy z owrzodz. i przedziuraw.—str. 686. 353. Roth-schild. Zaburz. trawienia, wywołane nadmiarem tłuszczu w mleku mamki—str. 688. 354. Variot. Niejasna postać porażenia rzekomo-opuszk. u dziecka sześciolatniego—str. 688. IV. *Wiadomości terapeutyczne:* od № 355 do 362—str. 689. V. *Bibliografia*—str. 692. VI. Z Tow. Lekarsk. Lubelsk.—str. 696. *Kronika bieżąca*—str. 705. *Zmarli*—str. 707. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 17. I. D-r L. Rzeczniewski. Sur la théorie psycho-physiologique de l'hystérie—p. 663. II. 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. 672.

I. PODSTAWY PSYCHO-FIZYOLOGICZNEJ TEORII HYSTERII

jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego
szkoły Salpêtrière.

Napisał

L. Rzeczniewski.

(Ciąg dalszy).

A teraz przejdziemy do kwestji nader ważnej do znaczenia samej sugestji nb. sugestji prawdziwej, pojmowanej w ścisłym

psychologicznem znaczeniu, a taką jedynie jest *suggestya doświadczalna*. Charcot był nie tylko pierwszym, ale jedynie ścisłym ze stanowiska psychologicznego badaczem tak samej suggestyi, jak za pomocą suggestyi doświadczalnej badaczem psychologii histeryi. Dzięki jego metodzie, właśnie suggestye doświadczalne wykryły znaczną różnicę stanu umysłowego suggestyjnnych histeryków od stanu umysłowego ludzi przeciętnie normalnych.

Prawdą jest, że fakt przewagi pewnych wyobrażeń w umyśle histeryków jak i fakt łatwej niekiedy zmienności tych wyobrażeń, może być wykryty i za pomocą prostej obserwacji klinicznej tych chorych. W średnich zwłaszcza stopniach suggestyjności, tam gdzie wyobrażenia nie dochodzą do wysokich stopni rozwoju zupełnego można łatwo stosunkowo na drodze prostej obserwacji skonstatować, że pewne ataki, pewne izolowane przypadłości są niekiedy prosto peryodycznem powtarzaniem lub przesadną¹⁾ reprodukcją jakiegoś faktu, przypadku, jakiegoś wyobrażenia lub sensacyi, która wywarła wrażenie na umyśle chorego. Skłonność histeryków do naśladownictwa i egrageracyi znaną też już była od dawna. Otóż takie spostrzeżenia, których większą lub mniejszą ilość mógł nagromadzić każdy klinicysta, na zasadzie porównania częstej banalności faktu, który zrobił wrażenie na umyśle histeryka z jego skutkami u tegoż histeryka mogą służyć do pewnego stopnia za podstawę do wnioskowania li tylko o wygórowanej t. zw. „*imaginacyi*“ u histeryków.

Chcemy przez to wyrazić, że klinicysta może być skłonny do wytworzenia sobie pojęcia, że ogólnie psychologia histeryków nie różni się tak dalece od psychologii normalnego człowieka. Pojęcia te podtrzymuje też t. zw. doktryna suggestyjna Bernheim'a, która twierdzi również, jak wiadomo, że suggestyjność i suggestya są zjawiskami normalnemi, że wszyscy jesteśmy suggestyjni.

Doktryna owa opiera się na teorii, sięgającej czasów Descartes'a o „*imaginacyi*“, którą streścić można według zasad nowoczesnej psychologii w dążności jaką ma każde wyobrażenie do przeobrażenia się w ruch lub czucie. Przytacza ona takie przykłady psychologiczne, że np. muzyka taneczna pobudza nogi do rytmicznego ruchu, że widok ziewania wywołuje ziewanie, myśl o swędzeniu skóry może spowodować jej swędzenie i t. d. i t. d. Wszystko to, powtarzamy, prawda, tylko istnieje niestety niejednokrotnie zbyt wielki podział między temi przykładami a objawami nieco więcej rozwiniętej histeryi.

¹⁾ Na mocy większego rozwoju wyobrażeń lub wzruszeń.

Trzeba widzieć cięższe przypadki choroby i robić doświadczenia za pomocą sztucznej sugestyi w wyższych stopniach sugestyjności historycznej, aby nabrać właściwego przekonania o patologii umysłowej histeryków. Sugestyjność w histeryi bywa niekiedy, jak już wspomnieliśmy, tak wielka, że można wówczas tym chorym kazać, działać, wierzyć i widzieć co się komu podoba, a sugestye te realizują się natychmiastowo. P. Janet np. podaje, że halucynacya imaginacyjnej róży, którą obdarował przez sugestyę pewną histeryczkę, nb. wcale nie z liczby histeryczek Charcot'a (gdyż opowiadają złośliwie niektórzy, że tylko u Charcot'a udawały się takie sugestye), że halucynacya róży, powtarzamy, utrzymywała się przez dni 12. Przez ten czas chora regularnie odmieniała wodę w szklance i bardzo była rada, że róża nie wiodła, wciąż jednakowy wydawała zapach, a listki jej były jednostajnie przyjemne w dotknięciu.

Janet zaczął się obawiać podłużać ponad ten termin doświadczenie i dlatego zdecydował się po dniach 12 desugestyonować sztuczną halucynacyą wszystkich niemal zmysłów. My sami tu w Warszawie mieliśmy sposobność obserwować a następnie leczyć kilka przypadków histeryi, w których najbardziej skomplikowane akty, udział w balu, konwersacje z wieloma osobami na zebraniu towarzyskiem, popisy śpiewu, muzyki, tańce, podróże nawet dokonywały się w odmiennym stanie świadomości z następczą amnezją, wywołanym przez sugestyę. Wszelkie halucynacje zmysłów tak pozytywne jak negatywne realizowały się błyskawicznie. Chore i chorzy zapominali przez sugestyę znajomości pewnego cudzoziemskiego języka, pewnych wyrazów w mowie, pewnych głosek w piśmie zapominali na czas ograniczony pisać, tracili mowę i t. p. Osoby te pochodziły po większej części ze wsi, na klinice Charcot'a nie były nigdy, a wzmiankowane działanie sugestyi doświadczalnej stosował na nich „sugestyonista amator“.

Takie i tym podobne zjawiska, wywoływane przez sugestyę nb. nie po uprzednim sztucznem hypnotyzowaniu, a zatem w stanie świadomości, który popularnie uznają za stan normalny, za stan jawy, który jednak określił, jak widzieliśmy, Charcot jako somnambulizm muszą przecież zwrócić uwagę, że w takich razach ów stan umysłowy rzekomej jawy odbiega chyba zbyt daleko od mniej lub więcej żywej imaginacyi człowieka normalnego. Słowem ów rozwój sugestyowanego wyobrażenia, którego uderzającym przykładem są sugestye doświadczone halucynacyj, aktów, nawet zmian osobowości, o ile kto miał sposobność je widzieć, owa nagłość i zupełność rozwoju opano-

wująca całą świadomość pod wpływem kilku wyrazów sugestyi skłaniać muszą do wniosku, że jakkolwiek 2 fakty imaginacya choćby najbujniejsza osób bądź co bądź zdrowych i skutki sugestyi otrzymywane u histeryków mogą mieć niekiedy pewne analogie nie są wszelako identyczne i nadają cechę patologiczną sugestyjności tych chorych.

Ponieważ u człowieka umysłowo zrównoważonego sugestya pozostawia tylko wspomnienia, u histeryków zaś wywołać może tylko halucynację, rzeczą jest psychologii klinicznej dać objaśnienie tego oddmiennego skutku. Jakoż w umyśle zrównoważonym rozwój wyobrażeń przedstawia 2 cechy i podlega działaniu woli i jest regulowany przez wrażenia bieżące z zewnątrz otrzymywane, przez wszystko co jest nam w danej chwili wiadome o czasie i miejscu, w którym się znajdujemy. Przez dowolność myśli rozumiemy w danym razie poczucie, że wyobrażenie do nas należy (podobnie jak cecha dowolnego ruchu jest poczucie, że my go wykonywamy). To zaś poczucie, że wyobrażenie należy do nas, znaczy, że harmonizuje ono z naszym charakterem i z naszymi innymi wyobrażeniami w danej chwili. Wspomnienie takiej myśli czy takiego aktu pozostaje jako poczucie czegoś również własnego, czegoś co do nas należy. Co się zaś tyczy wpływu wrażeń bieżących, to te przeszkadzają wierzyć, czyli akceptować bezkrytycznie myśl poddawaną, jeśli wrażenia dochodzące współcześnie do świadomości nie zgadzają się z treścią tych myśli.

Jednym słowem rozwój wyobrażeń normalny jest rozsądny, zgodny z faktami obecnymi harmonijny i w takich warunkach umysłu robiona sugestya nie będzie sugestją w psychologicznym znaczeniu, nie będzie *mimowolną* akceptacją z idącym za nią rozwojem nie-normalnym i realizacją.

Przeciwnie w faktach sugestyi doświadczalnej w wyższych stopniach sugestyjności histerycznej, widzimy *rozwój wyobrażeń mimowolny*, niekiedy wprost niezgodny z osobowością i absolutnie niezależny od okoliczności bieżących zewnętrznych. Obiektywna też obserwacya osobnika realizującego sugestję, zwłaszcza więcej skomplikowaną, wykazuje, na co, jak już było wspomniane, pilną zwrócił uwagę Charcot, że wprawia ona osobnika w stan anormalny, mianowicie powoduje zmiany czucia tak dotykowego, jak i innych zmysłów. Osobnik może wtedy nie widzieć, nie słyszeć nic i nikogo prócz sugestyonującego, a jeśli ten zadaje mu pytania, to z odpowiedzi okazuje się, że osobnik nie wie gdzie się znajduje i wogóle zmienia swą świadomość zwykłą. Gdy zaś osobnik taki wychodzi z pod wpływu sugestyi, to może nie zachować wspomnienia o tem co się z nim pod-

czas sugestyi działa. Jest to niewątpliwie najwyższy stopień sugestyjności, jeśli sugestyja działa hypnotyzująco, wprawia w rodzaj półsommambulizmu (hemisommambulisme Ch. Richeta).

Prawda, że przypadki sugestyjności w tym stopniu nie są bynajmniej codzienne, odnajdujemy je jednak jeszcze wyższe, samoistnie występujące pod postacią np. ekstazy historycznej, która polega na fiksacyi pewnego wyobrażenia z utratą wszelkiej świadomości tak świata zewnętrznego jak i własnej osobowości.

Należy jednak pamiętać, że właśnie dopiero doświadczenia na historykach sugestyjnych w tak wielkim stopniu mogły wyjaśnić istotny mechanizm samoistnego powstawania wielu przypadłości historyki i wogóle dać nam dzisiejszy pogląd na naturę tej choroby, na naturę całkiem patologiczną sugestyjności i sugestyi u historyków.

Nie mniej pouczającym i możliwym w nieco niższych stopniach sugestyjności, t. j. gdy osobnik zachowuje wspomnienia, jest wypytywanie go się i jego własne zeznanie o tem czego doświadcza w chwili gdy podlega wpływowi sugestyi. Jeśli sugestyjonuje mu się wyobrażenia będące w wyraźnej sprzeczności z rzeczywistością doświadcza on w pierwszej chwili *zdziwienia*, które odbija się nawet na zewnątrz w wyrazie twarzy i *stawia opór*. W tym okresie zatem działania sugestyi zachowuje się jeszcze i idea własnej osobowości i postrzeganie wrażeń zewnętrznych bieżących kontrolujących. One to przeciwstawiają się myśli poddawanej, którą sugestyja obudza w umyśle.

Następnie według zeznań osobnika ogarnia go *zmożenie i poczucie niemocy* własnej, pogodzenia w umyśle naraz rzeczy sprzecznych. Wreszcie nie on już dalej nie wie prócz tego, że *czuje się pochłoniętym całkowicie przez myśl podawaną i przez nią kierowanym*.

Czyż z powyższych doświadczeń nie wynika jasno brak woli czyli *automatyzm wyobrażeń* oraz *amnezja* jako niezbędne podstawy wyższych stopni sugestyjności. Trzeba bowiem zapomnieć o wyobrażeniach, które się ma i za swoje uważa, skoro w ich miejsce podstawić się mają inne, z zewnątrz narzucone, czyli sugestyjonowane, co zaznaczył dobitnie w swoim czasie pierwszy Charles Richer, cały zaś rozwój dalszy wyobrażeń poddanych jest całkiem mimowolny.

Zobaczymy więc jeszcze kiedy to chory sugestyjny przestaje być sugestyjnym. Jakkolwiek według doktryny t. zw. terapeutów sugestyjnych, sugestyjność jest własnością normalną i wszyscy ludzie są sugestyjni, to jednak co się tyczy historyków ci bynajmniej nie zawsze są w jednakowym stopniu sugestyjni. Przedewszystkiem

przestają być sugestyjni, gdy się znajdują pod wpływem ustalonych wyobrażeń przeciwnych, lecz są też czasowo mniej sugestyjni po dobrym śnie naturalnym, po pewnych somnambulizmach, po ataku, po wzruszeniach dodatniej natury, a równocześnie stwierdzić też możemy, że zmniejszyły się ich anestezye, że osobnik stał się mniej roztargniony, że jego pamięć się poprawiła, a niektóre akty mimowolne powstrzymały się. W razie też powrotu do zdrowia zupełnego, sugestyjność ginie i jest to fakt nie ulegający już dziś wątpliwości, gdyż wielokrotnie klinicznie stwierdzony.

Ponieważ zaś sugestyja doświadczalna nie posiada jako taka żadnych specyficznych własności, o czym już chyba nikt nie wątpi, zatem *w analogicznych warunkach do takiego umysłu* i z innych źródeł trafiające wyobrażenia mogą podlegać takiemuż losowi, co i wyobrażenia sugerowane.

Na mocy też tego wniosku sugestyja doświadczalna wytłomaczyć nam mogła i przyczyny i nawet w ogólnych zarysach mechanizmu naturalnego powstawania wielu przypadłości histerycznych, jako następstwo wyobrażeń przenikających z zewnątrz i rozwijających się w podobnyż sposób *jedynie dzięki specjalnym własnościom umysłu histeryka*.

Lecz z powyższego wynika również, że *sugestyjność histeryków* i to im większa tem wyraźniej *jest stanem patologicznym* jak również, że *sugestyja jest pojęciem psychologicznem zdeterminowanym*.

Są dwa rodzaje akceptacyi wyobrażeń jak są dwa rodzaje ruchów: jednym rodzajem jest *akceptacya na mocy zgody dowolnej*, drugim—*akceptacya mimowolna*.

Gdy myśl, wyrażona przez kogoś drugiego choćby z zamiarem sugestyi zostaje przyjęta, t. j. zaakceptowana jedynie dlatego, że harmonizuje z sumą myśli, które osobnik za swoje uważa, oraz dlatego, że nie jest w wyraźnej sprzeczności z jego wrażeniami bieżącemi; gdy nadto myśl ta pozostaje w dalszym ciągu tylko jako wspomnienie, to we wszystkich tych przypadkach nie może być mowy o sugestyi. I warto to sobie zanotować nietylko, żeby nie nadużywać w mowie, jak to jest dziś w zwyczaju, wyrazu sugestyja, lecz żeby nie mieszać z sobą 2-ch rzeczy całkiem odmiennych jakimi są z jednej strony sugestyja, z drugiej—oddziaływanie na umysł zwykłemi sposobami znanemi od wieków i stosowanemi prawdopodobnie od wieków bezwiednie.

Jest bowiem drugi sposób akceptacyi wyobrażeń mimowolny, odkryty dopiero w ostatnich czasach i naukowo zbadany przez

Charcot'a. Tylko tej postaci akceptacji wyobrażeń przysługuje ze stanowiska psychologii klinicznej nazwa sugestyi.

I niech nikomu się nie wydaje, że jest to tylko kwestya wyrazów, a nie kwestya zasad i bardzo doniosłego znaczenia konsekwencyj. *Odkąd sugestya stała się faktem klinicznym ściśle jej pojęcie psychologiczne stało się również nieodzownem*, a wszelkie od niego odstępstwa sprowadzają zamęt pojęć, wzrastający do tego stopnia, że w końcu nietylko znaczenie sugestyi spada do zera, lecz zacierają się wprost już różnice między chorobą a zdrowiem, między psychopatologią, a psychofizyologią.

I podejmujemy się zaraz to udowodnić.

Wspomnieliśmy w samym początku pracy niniejszej, że odkrycie wpływu sugestyi na historyków przez Charcot'a zafrapowało w swoim czasie umysły całego świata myślącego, lecz, że ucepiono się głównie sugestyi jakby czegoś specyficznego *w oderwaniu od zmysłów*, na których objawiły się na razie zdumiewające jej skutki. Jeśli lekarzy mogła zastanawiać sugestya jedynie ze stanowiska terapeutycznego, jeśli mogli wyobrażać ją sobie jako jakieś w niedalekiej może przyszłości panaceum terapeutyczne, otoczone w dodatku nimbem pozorowanej cudowności, to służyć to może jedynie za dowód niskiego wogóle stopnia wykształcenia psychologicznego lekarzy, które nie dozwoliło im pojąć i ocenić istotnego znaczenia sugestyi. Wówczas to Bernheim podjął się odzierać z rzekomej cudowności fakty sugestyi i zaczął przedstawiać sugestyjność jako zjawisko naturalne i całkowicie jego zdaniem analogiczne ze zjawiskami życia psychologicznego normalnego. I byłaby ta działalność Bernheim'a nawet pożyteczną, gdyby pozostała we właściwych granicach, w granicach wykazania resp. badania niższych stopni sugestyjności, której stopnie wyższe zbadał tak umiejętnie Charcot. Granice te jednak przekroczone zostały z chwilą gdy Bernheim stał się twórcą nowej rzekomo teoryi, którą nazwał najniefortunniej doktryną sugestyjną, a w której jakby przez ironię, sugestya zidentyfikowana została ze zjawiskami psychologicznymi normalnemi. Możemy nie posądzać nawet Bernheim'a o pierwotny zamiar rywalizacji z Charcotem, przypuścemy raczej, że miał on zrazu jedynie zamiar przysłużyć się oszołomionemu na razie całą tą psychologią ogółowi lekarskiemu i podać mu tłumaczenie, które aby było popularne musiało być nadzwyczaj proste i nie wymagać żadnego przygotowania specjalnego. Ale dzięki właśnie przekroczeniu granic w tem upraszczaniu, doktryna sugestyjna popadła w niekonsekwencye i błędy ze stanowiska psychologii klinicznej, które też podnieść musimy na tem miej-

scu o tyle o ile mocą pojęcia w zakresie omawianego przez nas przedmiotu. Otóż przedewszystkiem zasadniczym błędem tej doktryny jest *podawanie za prawo powszechne, że suggestywność jest zjawiskiem fizyologicznem.*

Nie przeczyamy, że u niektórych histeryków, może nawet u większej ich części suggestywność jest tak małego stopnia, iż nie odskakuje zbyt od zjawisk t. zw. imaginacji ludzi za zdrowych poczytywanych. Lecz dowodzić to jedynie może, że między zdrowiem a chorobą, którą jest przecież histerya, niema granic wyraźnych są tylko stopniowe przejścia. Nie możemy też bez zastrzeżeń akceptować argumentu doktryny suggestywniej, że suggestywność w zasadzie za normalną własność umysłu poczytywana różni się tylko stopniem, może być raz mniejszą drugi raz większą. Nie możemy zaś uznać takiego dowodzenia dla tej przyczyny, że *różnice stopnia* pewnych własności umysłu rozstrzygają zwykle wkrótce o *różnicach jego natury*. Jakoż zdaje się, że już Claude Bernard wypowiedział jako zasadę ogólną, że różnica między chorobą a zdrowiem jest tylko różnicą proporeyi. Rozumując zaś na sposób doktryny suggestywniej musielibyśmy dojść w końcu do przekonania, że pomiędzy zdrowiem a chorobą umysłową nie istnieją żadne zasadnicze różnice. Jakoż doszliśmy już, jak się zdaje, do podobnego zamętu pojęć w kwestyach odróżniania psychopatologii od psychofizjologii, gdy bowiem z jednej strony adeptci doktryny suggestywniej głoszą, że suggestywność jest cechą normalną umysłu, równocześnie nowsze podręczniki traktujące o histeryi podają, że suggestywność jest cechą psychologiczną umysłu histerycznego. Wnosićby z tego należało, że albo wszyscy jesteśmy histerykami, albo, że histerya nie istnieje wcale. A ponieważ i jedno i drugie przypuszczenie nie zgadza się z rzeczywistością, przeto przyczynę zamętu pojęć może być tylko fałszywe pojęcie suggestywności i pomieszania suggestyi ze zwykłym sposobem akceptacji wyobrażeń.

Zwrócić też musimy uwagę adeptów doktryny suggestywniej, że taż przekroczywszy poza dozwolone granice porównań suggestyi z normalnemi zjawiskami umysłu, odjąwszy pojęciu suggestyi wszelkie specyficzne cechy, słowem zniwelowałszy ją ze zwykłemi sposobami oddziaływania na umysł popelnia szczególną niekonsekwencyę względem samej siebie, że stoi na straży suggestyi. Z chwilą, gdy suggestya przestaje być zdeterminowanem pojęciem psychologicznem niema również miejsca dla żadnej doktryny suggestywniej.

Doktryna ta popelnia drugi jeszcze zasadniczy błąd tym razem przeciw psychologii, wyobrażając sobie nb., że to ona właśnie stoi na straży teoryi psychologicznych, a w terapii jest przedstawicielką

całej psychoterapii. Błędem tym jest, że bierze część, ułamek psyche za całość psyche. Błąd ten jest w następstwach swoich tak nieobliczony, że zazwyczaj od spaczenia dochodzi w końcu do zupełnej negacji psychologii.

Doktryna ta zasuggestyjonowała się tak dalece jednym ułamkiem zjawisk psychologicznych, a mianowicie treścią sfery intelektualnej—wyobrażeniami, które nb. częstokroć bardzo fałszywie miesza z imaginacją, że w skrajnych, zwłaszcza swoich kierunkach, poza niemi niczego nie stara się dojrzeć, nic ją zdaje się nie obchodzić w psychologii. Ponieważ doktryna ta wymyślona została głównie dla celów terapeutycznych, przeto chorobę określa ona krótko jako auto-suggestyę lub zbiór autosuggestyj. W przeciwstawieniu do tego leczenie nazywa się suggestyą. Wszystko co działać może na auto-suggestyę bez względu na sposoby i środki działania należy do dziedziny suggestyi. Żeby suggestya lecznicza się powiodła potrzeba suggestyjności. Suggestyjność zaś jest zjawiskiem normalnem, którego się nie tłumaczy. Wystarczyło dla tej doktryny, że badania Charcota odkryły wpływ wyobrażeń na powstawanie objawów histeryi, aby wnet wszystkie objawy histeryi przypisać wyobrażeniom i natychmiast dojść do wniosku, że wszystkie objawy histeryi mogą i powinny być jedynie leczone przez suggestyę. Naturalnie, że takie poglądy wykluczają nieomal z góry potrzebę głębszej analizy psychologicznej tak choroby jak chorego, tak celów i zadań ogólnych terapii, jak jej środków i sposobów.

Tymczasem nas przekonała suggestya doświadczalna w histeryi, że najwyższe stopnie suggestyjności odpowiadają eo ipso najwyższemu stopniowi rozwoju choroby a i praktyka terapeutyczna potwierdza też w zupełności, że bardzo suggestyjnnych histeryków najtrudniej byłoby leczyć przez suggestyę i zazwyczaj trzeba ich leczyć innymi sposobami. Stąd wypływa też ten ważny praktyczny wniosek, że *wskazania do t. zw. terapii suggestyjnej znajdują się w odwrotnym stosunku do stopnia suggestyjności.*

D. c. n.



II. 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.

(Ciąg dalszy).

4. Morfologiczne i biologiczne własności lasecznika gruźliczego.

a) *Morfologia.* Lasecznik gruźliczy przedstawia się pod drobno-widzem w postaci cienkiej pałeczki, długości 1,6 do 3,5 μ ., pozbawiony jest samoistnych ruchów, z trudnością się barwi zasadowymi barwnikami anilinowymi i również trudno się odbarwia kwasami. W świeżych hodowlach laseczniki mają postać krótszej pałeczki, aniżeli znajduwane w plwocinie lub hodowlach starszych, w których też laseczniki są znacznie dłuższe i nitkowate i układają się łańcuszkowo. Laseczniki gruźlicze nie barwią się całkowicie, lecz w regularnych odstępach wykazują przeświecające niezabarwione miejsca. Koch sądził pierwotnie, że są to zarodniki (spory), Flügge zaś twierdził, że są to vacuolae. Babes'owi i Czaplowskiemu udało się nawet otrzymać podwójne zabarwienie laseczników, jak to ma miejsce z lasecznikami istotnie zawierającymi zarodniki, np. tężcowymi.

Lecz brak na to dowodów należytych, że wymienione twory są w istocie zarodnikami: 1) Niewiadomo, czy one są zdolne do wyra-stania w skończone postaci, t. j. laseczki. 2) Należy, by posiadały dużą odporność na działanie wysokiej temperatury, wysychania i środków przeciwnilnych. Wprawdzie, posiadają one do pewnego stopnia te właściwości, lecz w bardzo ograniczonym zakresie.

a) *Pleomorfizm i klasyfikacja lasecznika gruźliczego.* Lasecznik gruźliczy może przyjmować różne postaci. Czasami w star-rych hodowlach znajdują się grube wydłużone laseczki z seczkami po bokach (Roux, No-card), niekiedy spotykamy rodzaj gałęzi z maczugowatemi zgrubieniami, które Miecznikow uważa za po-staci inwolucyjne. Maffucci spostrzegł nitkowate twory, rozga-

łęziające się w postaci „mycelium“, Fischel i Koppen Ione rozdzielone w postaci widełek lub w postaci gałęzi z gałązkami, ustawionemi pod prostym kątem. Babes i Levaditi po zakażeniu zwierząt lasecznikami gruźlicy z czystej hodowli, badając gruzełek przy pomocy podwójnego barwienia, spostrzegali *kupki laseczników, jak gdyby obrosnięte ułożonemi promienisto, zgrubiałemi, maczugowatemi nićmi, które były otoczone wałem leukocytów. Ogniska tego nie można było odróżnić od ognisk promienicznych.*

Lubarsch i Schultze w 1899 r. potwierdzili to odkrycie. Otrzymali oni bowiem podobne ognisko po zakażeniu zwierząt lasecznikami gruźlicy kurzej, lasecznikami z trawy Moeller'a (tymotejka) i z masła Rabinowiczowej.

Tę wielopostaciowość znajdowano nawet w płwocinie chorych gruźliczych i na zasadzie wyglądu stawiano rokowanie (Romanowski w Rewlu 1897 r.). Opierając się na 2000 badań płwociny od 180 chorych, Romanowski twierdzi, iż laseczniki cienkie, niłe, barwiące się całkowicie, znajdował w ostrej gruźlicy, przebiegającej z gorączką, nawet przy zupełnym braku mieszanego zakażenia paciorkowcami. Natomiast długie (czasami 3 razy dłuższe od poprzednich), barwiące się nie całkowicie z pozostawieniem niezabarwionych miejsc, ziarninowate, stare, spotykał w sprawach przebiegających powolnie, którym prawie nigdy nie towarzyszy gorączka. Znajdował on je w przewlekłym suchym zapaleniu opłucny; u takich chorych, którzy wprawdzie nie cierpieli na płuca, lecz cierpią na nerki, żołądek, kiszki, reumatyzm. Spotykał je również w gruczołach żółzowatych, kościach gruźliczych. Chorzy mogą się czuć zupełnie dobrze i nieuskarżać się na cierpienie płuc bynajmniej. Lecz, gdy skutek jakichkolwiek powodów, np. powikłania przez inne choroby: grypę a szczególnie tyfus, nawet wstrząśnienia nerwowe, występowały w płwocinie laseczniki młode, to i ognisko w płucach, przedtem zaledwie dostrzegalne, stawało się wyraźniejszym. Skoro powikłanie ustąpiło i jeśli nb. nie było zbyt ciężkiem, młode laseczniki znikły z płwociny i chorzy gruźlicy byli względnie uleczeni.

Günther i Marmorek do pewnego stopnia potwierdzają słuszność powyższych poglądów, opisując wygląd laseczników w różno-terminowych hodowlach, a mianowicie, iż lasecznik gruźliczy w hodowlach świeżych barwi się niesłychanie łatwo i całkowicie, gdy tymczasem w starych hodowlach zbliża się wyglądem do paciorkowców wskutek niejednolitego zabarwienia.

Już dawniejsze prace Frankl'a i Gaffky'ego, Raymond i Arthaud'a w 1877 r. starały się dowieść, iż w różnych posta-

ciach gruźlicy płuc znaleźć można różne postaci laseczników i stwierdziły, iż wygląd i rozwój jego zależy od przebiegu choroby.

Fränkel i Gaffky znajdowali w gruźlicy ostrej laseczki krótkie, grube o dobrze zarysowanych liniach, w podostrej—laseczniki bardziej wydłużone, cieńsze, które jakoby w sobie zawierają zarodniki. W gruźlicy przewlekłej lasecznik ma postać bardziej wydłużonej laseczki, zaś w sprawach bardzo wolno przebiegających, drętowych, w ropniach kostnych gruźlicy miejscowej spotykali ciż badacze znaczną liczbę zarodników, leżących w kupie. Leżały one albo na zewnątrz komórki lub też w nich, a komórki znajdowały się w stanie koagulacji nekrotycznej. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że wstrzykiwanie mas, zawierających ten gatunek, wywoływało zakażenie, przebiegające bardzo wolno, do 4 lub 6 miesięcy. W hodowlach laseczniki gruźlicze rozwijają się rozmaicie, zależnie od większego lub mniejszego dostatku odżywczej substancji i tym sposobem można hodować laseczniki rozmaitego typu, o różnej sile jadowitości.

b) *Biologia.* α) *Wzrost i sprzyjające warunki.* Laseczniki gruźlicze hodują się najlepiej na surowicy krwi owczej, wołowej i cielęcej. Również można je wyhodować na buljonie, agarze z dodatkiem gliceryny (6—8%) i kartoflu. Najbardziej sprzyja ich porostowi ciepłota 37° do 38° C. Niżej 29° C. i wyżej 42° C. przestają się rozwijać. Przy ciepłocie 70—80° C. giną po kilku minutach. Mniej są wrażliwe na zimno. Nawet w zamrożonych środowiskach mogą zachować swą żywotność w przeciągu dni i tygodni. Przy ciepłocie—10° pod śniegiem zachowują swą żywotność do 6 tygodni. W hodowli przedstawiają się jako białe, suche łuski, luźno przylegające do powierzchni odżywki, dość twarde i kruche. Zachowują swe własności dość uporeczywie w przeciągu dłuższego czasu przy ciągłym przeszczepianiu na świeże odżywki. Koch np. tym sposobem hodował czyste hodowle w przeciągu 9 lat w rurkach. W nieprzeszczepionych—żywotność hodowli jest tem mniejszą, im szybciej hodowla rosła. Hodowle na surowicy żyją 6 miesięcy, na agarze glicerynowym wymierają po 6—8 tygodniach całkowicie, lub też w znacznej części. W stanie suchym w niezbyt cienkich warstwach zachowują swą żywotność w przeciągu prawie pół roku.

β) *Niesprzyjające warunki.* W obecności innych zarodków, w środowisku np. gnilnych laseczników, rozwój gruźliczych bywa powstrzymany wskutek tego, iż rosną one bardzo wolno i giną wkrótce, zniszczone przez pierwsze, które je przerastają. Ta własność nie pozwala lasecznikowi gruźliczemu na istnienie w wolnej przyrodzie. Rozmnażać się tylko mogą w ustroju ciepłokrwistych. Zwierzęta

zimmokrwiste, jak żaby, nie podlegają zakażeniu gruźliczemu (?). Liczne substancje chemiczne wstrzymują jego rozwój, szkodzą jego rozrodczej zdolności i niszczą jadowitość (sublimat 4⁰/₁₀₀, karbol 5% po 24 godzinach, siarczan żelaza 4%, siarczan cynku 20%, chlorek wapnia 20%, terpentyna 20%, nadmanganian potasu 20%, szare mydło 8%, para siarki w stosunku 30—40 gr. na 1 m³ przestrzeni, niszczy po 24 godzinach, jodoform w 15—80-krotnej większej ilości, dodanej do hodowli, zabija je po 3-ch tygodniach. Niektóre olejki eteryczne, według Koch'a, wstrzymują rozwój lasecznika gruźliczego, dodane nawet w niewielkich ilościach β-naphtylamin, paratoluidin, xyloidin, z barwników fuksyna, gentiana-violett, methylenblau, Chinolin-Anilinfarbigelb, Auramin; z metali rtęć w postaci pary, sole srebra i złota, a szczególnie zabójczy wpływ mają związki cyanku złota nawet w roztworze 1 na milion do 2-ch milionów.

Wysoce szkodliwy wpływ wywiera na hodowlę światło słoneczne. Prostopadłe światło niszczy je w przeciągu kilku minut do kilku godzin, rozsiiane—w przeciągu kilku dni. Postawione na oknie, wymierają w przeciągu 5—7 dni. Chcąc zatem zachować żywotność hodowli, należy je starannie chronić przed światłem. Laseczniki gruźlicze należą do gatunku aerobów, przeto w buljonie rozwijają się tylko na jego powierzchni.

γ) *Zakażenie i zatrucie.* Czy omawiane laseczniki wydzielają z siebie wytwory przemiany materii—jady (toksyny lub toksalbuminy)? Sprawa ta jest nierozstrzygniętą do tej pory. Znanem jest jedynie doświadczenie Strauss'a i Gamalei, którzy po wstrzykiwaniu toksyn królikom stwierdzili zmniejszenie się wagi ciała. Zjawisko to było przemijające.

Gdy tymczasem niewątpliwą jest rzeczą, iż w samych komórkach laseczników zawarte są jady (toksoproteiny) czego dowodzą doświadczenia z martwymi lasecznikami Koch'a, Maffucci'ego, Strauss'a i Gamalei, Prudden'a, Hodenphy'l'a, Wissman'a, Kostenitsch'a, Granche'r'a, Ledoux-Lebard'a, Maragliano, Auclair (z eterowym wyciągiem z laseczników gruźliczych).

Martwe laseczniki, wstrzyknięte *pod skórę* świnkom morskim, wywoływały miejscowe ropienie (Koch). Laseczniki podlegają wyrodnieniu po 2—4 tygodniach, następnie znikają zupełnie, ropień się zabliznia, lecz zwierzęta po 1—6 miesiącach giną wskutek wyniszczenia, a przy badaniu pośmiertnym znajdowano zanik narządów, rozpad licznych czerwonych ciałek krwi, szczególnie w śledzionie. Natomiast nie udało się odszukać ani jednego gruzelka i szczepienie

na odżywkach dało wynik ujemny (Maffucci). Wstrzykiwanie wyjałowionych hodowli gruźlicy kury *do jaja* umieszczonego w termostacie sprowadzało uwiad zarodków bez anatomicznych objawów gruźlicy. Po wstrzyknięciu gęstej zawiesiny martwych laseczników *do żył* znaleźć można po 24 godzinach liczne laseczniki we włosowatych naczyniach płuc i wątroby, nieliczne zaś w śledzionie. Po tygodniu w płucach wytwarzają się drobne białawe gruzelki, a w 3—5 tygodni już otrzymujemy obraz ostrej prosówki. Żaden z tych gruzelków nie okazywał zwyrodnienia serowatego. Po wstrzykiwaniu *do tchawicy* martwych laseczników możliwie oczyszczonych jądów powstają podobne ogniska nacieczenia płatowego. Laseczniki leżą w pęcherzykach płucnych i drobnych oskrzelach. Tutaj stopniowo następuje obumieranie w środku gruzelka i wessanie wytworów rozpadu, gdy na obwodzie tworzy się ziarnina bogato unaczyniona. Po pewnym czasie powstaje na miejscu gruzelka guzik włóknisty. Przy wstrzykiwaniu bardzo rozrzedzonej zawiesiny zwierzęta również chudną, jak i poprzednie, i zdychają, lecz w płucach nie bywa wcale gruzelków. To samo się dzieje i przy wstrzykiwaniu wewnątrzotrzewnowem (Strauss, Gamaleia, Wissmani i Kostenitsch, Grancher i Ledoux-Lebard).

Auclair (1899) wstrzykiwał do tchawicy zwierząt wyciąg eterowy z czystej hodowli laseczników (t. zw. przez autora eteryna) Kocha i wywoływał śmierć zwierzęcia po wstrzyknięciu dużej dawki (65 mgrm) w przeciągu 24 do 36 godzin. Przy badaniu pośmiertnem A. spostrzegał, iż płuca mają wygląd swoisty dla pierwszego okresu zwątrobienia, co stwierdzić można pod drobnowidzem. Jeśli zwierzę przeżyje 15 do 20 dni, większość ognisk zapalnych ma wygląd takichże ognisk w okresie szarego zwątrobienia (hepatisatio gisea). Jeśli, wreszcie, mocnemu zwierzęciu wstrzykiwać wielokrotnie mniejsze dawki eteryny, to po kilku miesiącach występuje w płucach klasyczny obraz płatowego serowatego zapalenia płuc. A pod drobnowidzem wysięk ten nie zawiera żadnych drobnoustrojów, co stwierdza również ujemny wynik hodowli. Takie objawy miejscowe wywołują martwe laseczniki. Lecz oprócz nich wywołują one objawy ogólne. Zwierzę w kilka dni po wstrzykiwaniu poczyna chudnąć. Zwierzę albo zdycha wtedy, albo po krótkotrwałej poprawie poczyna ponownie chudnąć, zdycha po 3—4 tygodniach, straciwszy zaledwie połowę pierwotnej wagi. Śmierć zależy od wyniszczenia ustroju. Po wstrzyknięciu mniejszych ilości, śmierć następuje dopiero po upływie 2—3 miesięcy, lub też zwierzę się poprawia i wraca do zdrowia. Lecz pomimo pozornego zdrowia zwierzę posiada słabą odporność i niedo-

mogę ustrojową, tak, że następne wstrzyknięcie bardzo małych ilości żywych lub martwych laseczników sprowadza śmierć po 24 godzinach, (Strauss i Gamaleia).

Maragliano wychodząc z założenia, że u chorych gruźliczych istnieje cały szereg objawów ogólnych, których nie można objaśniać jedynie obecnością ogniska gruźliczego jako takiego, i które należy przypisać zatruciu ustroju, jako to: gorączka, małokrwistość, wyniszczenie i objawy nerwowe, czynił doświadczenia z krwią i moczem chorych gruźliczych. Doświadczenia te dowiodły, iż świeża krew chorych gruźliczych sprowadza śmierć myszy i morskich świnek w znacznej większości przypadków, przyczem zwierzęta utraciły $\frac{1}{4}$ wagi ciała. Pozostałe przy życiu straciły $\frac{1}{8}$ wagi ciała. Jeśli u chorych gruźliczych nie było objawów ogólnych, krew ich nie wywierała szkodliwego wpływu na zwierzęta. W drugiej seryi doświadczeń wstrzykiwano wyciąg glicerynowy z krwi gruźliczej. Okazało się, iż u świnek morskich występowało przemijające podniesienie ciepłoty, a niektóre zdychały w przeciągu 2 dni przy znacznie podniesionej ciepłocie. U gruźliczych świnek morskich występowało albo znaczniejsze podwyższenie ciepłoty, lub też ginęły one wkrótce. Na seceji znajdowano objawy podobne zupełnie do objawów zatrucia tuberkuliną. Jeśli użyto do doświadczeń wyciągu glicerynowego z krwi zdrowych ludzi, otrzymano wyniki ujemne. Czasami tylko ciepłota się podnosiła na bardzo krótki czas. Doświadczenia z moczem gruźliczych również wykazały jego jadowitość, gdyż zwierzęta traciły do $\frac{1}{4}$ swej wagi, gdy natomiast mocz zdrowych i tyfusowych żadnych objawów nie wywoływał. Klasyczne prace Koeha nad tuberkuliną najjaskrawiej stwierdziły jadowitość martwych laseczników. Jego tuberkulina, czyli wyciąg glicerynowy z hodowli martwych laseczników gruźliczych wywołuje odczyn, polegający na podniesieniu ciepłoty o 1° do $2,5^{\circ}$ C., trwający najwyżej 36 godzin. Obok tego występują inne objawy, jak dreszcze, bóle głowy i ogólne rozłamanie.

Widzimy więc, że liczne doświadczenia stwierdziły, iż martwe laseczniki i wyciągi z nich wywołują zarówno miejscowe, jak i ogólne zmiany. Czyli, innymi słowy, jady samych komórek lasecznika, rozpuszczając się w sokach tkanek i przenikając do krwi, zdolne są sprowadzić z jednej strony powstawanie charakterystycznych zmian anatomopatologicznych, z drugiej zaś gorączkę, wychudnienie i śmierć. Tym sposobem działanie laseczników gruźliczych ujawnia się jednocześnie jako infekcja i jako intoksykacja—zakażenie i zatrucie. Na miejscu osiedlenia się lasecznika gruźliczego występują zmiany anatomopatologiczne, a więc następuje zakażenie. W temże samem miejscu

poczyna lasecznik gruźliczy przesączać ze swego ustroju jady, które, przedostawszy się do krwi, wywołują objawy ogólne—objawy zatrucia ustroju.

c) *Wrzekome laseczniki gruźlicze (pseudotuberkuliczne)*. Morfologiczne cechy lasecznika gruźliczego zarówno i jego swoista zdolność nieodbarwiania się w kwasach nie jest jemu tylko właściwą. Sam Koch, pracując nad gruźlicą, odkrył lasecznika gruźlicy ptasiej i uznał z początku jego tożsamość z lasecznikiem gruźlicy ssących zwierząt. Wkrótce potem odkryto i wiele innych laseczników podobnych do lasecznika gruźliczego zarówno z wyglądu, jak i z odporności względem kwasów, a mianowicie: lasecznik trądu (Neisser), lasecznik mazi płciowej (smegmae Alvarez i Tawel), lasecznik tymotejki (b. phlei Moellera), znaleziony na tymotejce i jej pokrewnych trawach, ich nasionach i w glebie, lasecznik masła (le lacticola Petri i Rabinowiczówny), znaleziony w maśle, mleku, serze i burzance łąkowej.

Co się tyczy kształtu, to zauważono, że znajdują się wśród nich postaci cienkie, nieco zgięte, zupełnie podobne do laseczników gruźliczych. Bywają i laseczki grubsze dłuższe. W zależności od wieku hodowli, ciepłoty, gleby, rzekomo gruźlicze laseczniki przyjmują najróżnorodniejsze postaci: nici, prątków z maczugowatym rozszerzeniem na jednym lub obu końcach; bywają również ziarninowate postaci.

Z biologicznych właściwości zaznaczyć należy, iż rosną szybciej od lasecznika gruźliczego ssących, iż mają żółtawe zabarwienie, wygląd hodowli jest woskowaty, a hodowle są miękkie wilgotne, rozptywiają się po powierzchni odżywki. Rozwijają się one przy 12°—50° C., najlepiej przy 30°—35°. Lasecznik gruźlicy ptasiej rozwija się jeszcze bardzo dobrze przy ciepłocie 42° C, gdy lasecznik gruźlicy ludzkiej przy tej ciepłocie przestaje się rozwijać. Dwugodzinne ogrzewanie do 65° C nie zabija ich. Zważyć należy, iż ciepłota krwi ptaków jest wyższą, aniżeli u ludzi. Wynosi ona u ptaków w odbyticy od 41,5° do 42,5°. Nic więc dziwnego, że laseczniki gruźlicy ptasiej w sztucznych hodowlach dobrze znoszą wyższą ciepłotę.

Doświadczenia wykazały, że wstrzyknięcie do otrzewny świnkom morskim i królikom niektórych gatunków tych laseczników powoduje powstawanie na niej gruczolków podobnych do wywołanych przez lasecznika gruźliczego. Na gruźlicę ptasią są wrażliwe króliki, zaś świnki morskie nie są wrażliwe. Wstrzyknięte laseczniki giną, lecz jad zawarty w nich wywołuje w tkankach narządów świnek morskich zapalenie śródmiąższowe, zanik i stale postępujący uwiąd.

Brak jednak rzekomo gruźliczym cech właściwych lasecznikowi

gruźliczemu, a mianowicie rzekomo gruźlicze wywołują powstanie gruźelka tylko tam, dokąd je zaniósł prąd krwi lub limfy. Nie uważano zaś tworzenia się nowych ognisk dokoła starych, jak się to ma z prawdziwymi lasecznikami gruźliczymi. W dodatku długo nie gnieżdżą się w zakażonym przez się ustroju.

Biorąc więc pod uwagę: 1) podobieństwo cech morfologicznych i do pewnego stopnia biologicznych, 2) wielopostaciowość zależną od gleby, ciepłoty i t. p., 3) zachowanie się względem odbarwiania kwasami, 4) zdolność wywoływania miejscowego odczynu u zwierząt zakażonych w postaci gruźelków i ogólnego w postaci wyniszczenia i uwiadu, 5) wywoływanie skupienia laseczn. gruźlicy ludzkiej (aglutynacyi) w surowicy zwierząt nodpornionych jakimkolwiek z szeregu rzekomo gruźliczych,

należy przyjąć do wniosku, że wszystkie wyżej wymienione rzekomo gruźlicze laseczniki są pokrewne gruźliczym i że różnice we własnościach biologicznych i sile zakażenia zależą od różnicy gleby, na jakiej dany gatunek stale wyrastał i do której się z biegiem czasu przystosował.

d) *Wykrywanie laseczników w płwocinie.* Uznawszy więc, że jedyną przyczyną wywołującą powstawanie gruźlicy u ludzi jest lasecznik gruźliczy Kocha, mamy możliwość pewnego rozpoznania gruźlicy płuc na zasadzie obecności takowego w płwocinie. Gdzie objawy kliniczne są wyraźne, obecność lasecznika w płwocinie zwiększa tylko ilość dowodów na korzyść rozpoznania gruźlicy. W tych przypadkach badanie płwociny może być nawet zbyt czułe.

Do tej pory przyzwyczailiśmy się twierdzić, że obecność lasecznika w płwocinie rozstrzyga o rozpoznaniu gruźlicy, zaś nieobecność bynajmniej mu nie przeczy.

Ostatnie zdanie opiera się na licznych spostrzeżeniach, w których pomimo istnienia wczesnych klinicznych objawów gruźlicy płuc, laseczników w płwocinie nie bacząc na wielokrotne badanie, znaleźć się nie udawało. Wina to jednak była niedostatecznie wyrobionej techniki. Obecnie, z udoskonaleniem techniki bakteryoskopijnej, liczba przypadków nierozstrzygniętych przez drobnowidz stale się zmniejsza.

Wprawdzie, wszyscy badacze na to się zgadzają, że w bardzo wczesnych okresach gruźlicy albo płwociny niema wcale, albo też pochodzi ona z oskrzeli, a nie z ognisk gruźliczych. W takich razach należy sztucznie wywoływać jej ukazanie. W tym celu Sticker i Turban używają małych dawek jodku potasu (0,3 do 0,5 na dawkę), Korczyński, Dieudonné, Möller zimnych okładów na plecy (przez co wydzielina się skupia). Henckel proponuje przekłucie

pluc, by wydobyć nieco soku płucnego. Podług niektórych (K o e h), już w początku gruźlicy są obecne laseczniki gruźlicze w płwocinie z małymi wyjątkami. Podług większości zaś (Strümpell, Biegański, Sticker, Leyden), wystąpienie laseczników gruźliczych zależy od tworzenia się rozpadu w płucach i od istnienia połączenia między ogniskiem rozpadowym a oskrzelem. Według innych (Brieger), laseczniki mogą występować w płwocinie okresami, co, prawdopodobnie, zależy od stopniowego otwierania się jam do pewnego czasu zamkniętych.

Różnorodne są przyczyny, które mogą utrudniać wykrywanie znajdujących się w płwocinie laseczników:

1) Zbyt mała ich ilość lub też nierównomierne ich rozmieszczenie w płwocinie.

2) Inne składowe części płwociny, zarówno organiczne (śluz) jak i organizowane (bakterye).

3) Zmienione własności samych laseczników gruźliczych, które nie zmniejszają chorobotwórczości, lecz przeszkadzają wykryciu.

4) Wieloliczne rodzaje bakteryi, które naśladują własności lasecznika gruźliczego, lecz nie posiadają jego chorobotwórczych zdolności.

Do wykrycia służy kilka sposobów. Za najlepszy uznać należy sposób skupienia laseczników, zwiększanie ich ilości przez ujednostajnienie płwociny (Sedimentirungs-Anreicherungs und Homogenisirungs-Methoden).

Z tej grupy zalecić należy jako najbardziej celowe: sposoby Mühlhäuser-Czaplewskiego, a potem Strohscheina.

Można rzec śmiało, że przy odpowiednim prowadzeniu badań zawsze się dają wykryć laseczniki gruźlicze w płwocinie, o ile się tam znajdują. Ukazanie się zaś płwociny lub też wywabianie lasecznika gruźliczego z ognisk można osiągnąć za pomocą wyżej przytoczonych sposobów Turbana, Stickera, Korezyńskiego i innych.

(D. c. n.)



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

347. D-r A. Mosauer (Karlsbad). **Działanie diuretyny i aguryny na drogi moczowe.** (Wiener Medizinische Wochenschrift 1903, № 27).

Roku zeszłego ogłosił Hugo L ü t h j e nader ciekawe i dla lecznictwa niezmiernie ważne spostrzeżenie o podrażnieniu nerek, wywołanem przez użycie salicylanu sodu: 204 razy mianowicie stwierdził on w urynie wałki, a 96—białko.

Mosauer wziął sobie za zadanie zbadać pod tym względem dwa środki moczopędne: diuretynę (theobrominum natrio-salicylicum) i agurynę (theobrominum natrio-aceticum). Na 99 badań moczu po diuretynie stwierdził on wałki 20 razy, po agurynie zaś 4 razy na 24. 5 razy stwierdził niewielki białkomocz po diuretynie (w tem 3 razy przy obecności wałków). Po agurynie także same wyniki. Nadmienić należy, że wałki były tu zjawiskiem przejściowem, które zniknęło, jak tylko chory przestał używać tych środków. Ziarnistych wałków, jako też wałków pokrytych nabłonkiem nerkowym lub leukocytami, ani też czerwonych krążków krwi nie znaleziono.

Co się tyczy znaczenia hyalinowych wałków w moczu, to, jak wiadomo, na mocy nielicznych takich wałków rozpoznać anatomicznych zmian w nerkach nie można: Pentzold np. u 17,6% ludzi zdrowych znalazł białkomocz po wysiłku fizycznym, a Kobler znajdował w urynie po obstrukcyi wałki, nabłonki, rzadziej białko. Następnie, występowanie wałków w cierpieniach, w których nie może być mowy o zapaleniu tkanki nerkowej, jako to przy zastoju, w czystem zwyrodnieniu skrobiowem, przemawia za tem, że wałki takie wskazują jedynie na podrażnienie, lecz jeszcze nie na stan zapalny (nephritis).

Jakkolwiekbydz, badania powyższe wykazują, że diuretyna i aguryna nie są wolne od drażniącego wpływu na tkankę nerkową (aczkolwiek w mniejszym stopniu, niż salicylan sodu) i że stosowanie ich wymaga zachowania pewnej ostrożności, mianowicie u chorych na nerki. Dlatego też przy dłuższem używaniu tych środków należy od czasu do czasu dokonywać rozbioru moczu, by, wraze wystąpienia białka, wstrzymać w porę dalsze wprowadzanie tych leków.

P. Rogoziński.

348. Teissier. **Nowy objaw poprzedzający i odkrywający tworzące się zapalenie wsierdzia.** (Bulletin médical, 28 fevr. 1903).

Autor opisuje nowy wczesny objaw w zapaleniu wsierdzia, objaw, który wykrywa istnienie tego cierpienia na samym początku,

wtedy, kiedy niema jeszcze zwykłych objawów zapalenia wsierdza. Jest to bardzo widoczne opóźnienie tętna arteriae radialis po uderzeniu serca u wierzchołka—bez, rozumie się, współistnienia niedomykalności zastawki dwudzielnej. Objaw ten wykrywa istnienie produktów wysięku na zastawkach, które poprzedzają szmery organiczne. Spostrzegął autor ten fakt u chorej dotkniętej gościem ostrym wtórnym. Po niejakiem czasie po skonstatowaniu wyżej wymienionego objawu na oględzinach pośmiertnych znaleziono u chorej objawy zwężenia zastawki dwudzielnej.

W. Biehler.

349. George L. Laporte. **Nowy barwnik do krwi.** (Medical Record 1903, № 26.).

Od czasu wynalezienia przez Ehrlich'a sposobu barwienia krwi, hematologia szybko postąpiła naprzód, i odtąd starano się jeszcze bardziej udoskonalić metodę barwienia. Tak, w roku 1891 Romanowski ogłosił nowy sposób barwienia plazmodyi zimniczych; Zieman w r. 1898 drukuje swą klasyczną monografię o barwieniu, Nocht w 1899 więcej jeszcze ją udoskonala, a wreszcie Jenner znakomicie upraszcza. Tej ostatniej metodzie, aczkolwiek najlepszej, ten można zarzut zrobić, że nie dość wyraźnie barwi chromatynę plazmodyi, i dlatego autor wziął sobie za zadanie brak ten usunąć i po długim szeregu prób i zmian otrzymał wreszcie dokonały barwnik w sposób następujący:

Przygotował sobie roztwór 1/2% proszku Jennera (Gruebler) w alkoholu metylowym (Merck) bez przesączenia; następnie rozczyln z jednej części polichrom-błękitu metylenowego Uhn'y (Gruebler) na 150 cz. wody przekroplonej.

Na preparat krwi, mieszczący się na szkiełku pokrywkowem, puszcza 5 kropli barwnika Jenner'a, po minucie dopuszcza jeszcze do tego 10 kropel rozczylnu błękitu metylenowego, nie usuwając pierwszego barwnika, starając się natomiast zmieszać oba barwniki na szkiełku. Po 5 minutach zmywa wodą przekroploną, z której trochę pozostawia na szkiełku na 1 minutę, ciągle poruszając szkiełkiem. Następnie splukuje preparat w słabym rozczylnie kwasu octowego (1 kropla 50% kwasu octowego na 10 uncyi wody), dopóki nie stanie się czerwonawym lub różowawym.

Tym sposobem czerwone krążki krwi barwią się blade-różowo, jądra białych jak i czerwonych komórek—jasno-karminowo; ziarenka w komórkach neutrofilowych—jasno-błękitnie; ziarenka komórek eozynofilowych przyjmują kolor czerwonej miedzi, a ziarenka komórek tucznych ciemno błękitny (metachromatyczny). Protoplazma dużych i małych limfocytów jest blade-jasno-błękitnego koloru; ciałka blaszek krwi barwią się jasno-niebiesko, a ich osoczce—karminowo; ciałka plazmodyi zimniczych—błękitnie, a ich chromatyna—jasno-karminowo.

P. Rogoziński.

II. Choroby ukł. nerwowego.

350. D-r G. Kobler. **Neurastenicy wśród wieśniaków.** (Wiener Medizinische Wochenschrift 1903. № 26.).

Nie bez słuszności uważana jest neurastenia za chorobę życia kulturalnego, za skutek coraz bardziej się wzmagającej walki o byt, coraz większego pośpiechu w pracy i użyciu. Nie należy jednak sądzić, że nawiedza ona jedynie pędzących wielkomięjski, gorączkowy tryb życia; autor spostrzegał ją i wśród mieszkańców wsi, zwykle z domieszką histeryi hypochondryi.

Byli to chłopci przeważnie w wieku średnim, niepiśmienni, którzy uważali siebie za ciężko chorych i prosili o przyjęcie do szpitala. Najczęściej uskarżali się na różnorodne parestezye w brzuchu, w którym przypuszczali obecność jakichś robaków, węzłów. W przeciwieństwie do tych strasznych, jakoby, cierpień, badanie obiektywne, z wyjątkiem zniesionych odruchów spojówkowego i gardzielowego i wzmożonego odruchu kolanowego, żadnych zmian nie wykazywało. Czasami jednakże można było skonstatować jakieś nieznaczne cierpienie organiczne, które jednakże nie odpowiadało stopniowi zgrozy, w jakiej przedstawiał je pacjent. Rokowanie quoad vitam było zawsze dobre, co do trwania choroby — nie zawsze.

Oto przykłady:

1) 35-letni, dobrze zbudowany i odżywiony chłop uskarża się od roku na bóle w okolicy żołądka i w prawem podżebrzu, które promieniują w plecy. Pokarm jakoby mu się skłębiał u góry, i chory bywał zmuszony zwracać go, wstawiwszy palec w gardło. Przez badanie stwierdzono tylko zniesienie odruchów błon śluzowych i wzmożenie odruchu kolanowego. *Asa foetida* i pęcherz z lodem na okolicę żołądka zupełnie i trwale uzdrowiły go.

2) Mniej pomyślny skutek leczenia został osiągnięty u chorego, którego cierpienie graniczy z psychozą. Dotyczy to 25-letniego wieśniaka, który od 6 miesięcy zauważył u siebie wychudzenie obojętków, ostudzenie wydzielin nosa, uczucie chłodu w gałkach ocznych i czole. Rezultat badania, jak w poprzednim przypadku. Po przejściowem polepszeniu, wypisał się bez poprawy.

3) 70-letni starzec od roku już czuje w brzuchu coś żywego, czego pragnie koniecznie się pozbyć. Badanie wykryło: enteroptosis, hernia cruralis dextra; odruchy jak wyżej.

Godną uwagi w powyższych przypadkach jest ta tylko okoliczność, że pacjentami byli chłopci, których wszak nie trawi gorączka wielkomięjskiego życia. Być może jednakże, że to właśnie życie samotne na łonie natury, po za sferą wpływów kultury z zewnątrz, usposabia ich do rozmyślań natury hypochondrycznej.

P. Rogoziński.

351. Dr Rolly. **Przyczynek do nauki o porażeniu Landry'ego.** („Zur Kenntniss der Landry'schen Paralyse“. Münch. Mediz. Woch. 1903, № 30 i 31).

Autor pokrótce szkicuje historyczny rozwój poglądów na istotę porażenia Landry'ego. Wspomniawszy o pierwszych spostrzeżeniach tego cierpienia, w których nie znajdowano w układzie nerwowym żadnych zmian anatomicznych i na tej zasadzie zaliczano je do „porażień samoistnych“ (paralyse essentielle), autor przechodzi do poglądów szkoły Charcot-Duchenne'a, uważającej porażenie Landry'ego za poliomyelitis acutissima. Cytuje następnie przypadek Eichhorst'a, którym rozpoczął się szereg spostrzeżeń „postaci neurotycznej“ choroby Landry'ego, i przedstawia odnośny pogląd Leyden'a, według którego istnieją dwie odmiany omawianego cierpienia: postać opuszkowo-rdzeniowa i częstsza—postać neurotyczna. Wreszcie, wspomina o tych autorach (Krewer, Schulz, Thomas), którzy w swoich przypadkach znajdowali zmiany zarówno w nerwach obwodowych, jak w rdzeniu. Podnosi wkońcu, że w ostatnim czasie liczba przypadków bez zmian anatomicznych w układzie nerwowym coraz się zmniejsza.

Następnie autor podaje opis 7 swoich przypadków porażenia wstępującego, spostrzeganych w klinice Lipskiej w ciągu ostatnich lat 15. Z tych 7 przypadków 3 zakończyły się śmiercią, pozostałe 4—względnie wyzdrowieniem. We wszystkich przypadkach początek choroby poprzedzały niewyraźne objawy zwiastunowe w postaci ogólnego niedomagania i t. p. Choroba rozpoczynała się paręzą kończyn dolnych, która stopniowo przechodziła dalej na mięśnie tułowia, kończyn górnych, karku, w niektórych przypadkach występowało porażenie n. twarzowego, wreszcie ulegały mu mięśnie oddechowe. Gorączki nie było zupełnie w 3 przypadkach, w jednym notowano niewielkie podniesienie ciepłoty, w jednym—wysoką gorączkę. Objawów bólowych nie było wcale w jednym tylko przypadku, w 3 zaś wystąpiły niewielkie bóle w mięśniach po kilkotygodniowym trwaniu choroby. We wszystkich bez wyjątku przypadkach notowano zupełny lub częściowy brak odruchów. Pobudliwość elektryczna zachowaną była w 2 tylko przypadkach (śmiertelnych); w obu, zresztą, trwanie choroby było zbyt krótkie, by mógł powstać odczyn zwyrodnienia, na wytworzenie którego trzeba, jak wiadomo, conajmniej około 2 tygodni od początku porażenia. W pozostałych przypadkach po dłuższym czy krótszym trwaniu choroby stwierdzano zupełny lub częściowy odczyn zwyrodnienia we wszystkich mięśniach kończyn. W 2 przypadkach notowano bezwład w kończynach; zaniki mięśni występowały tylko po dłuższym trwaniu choroby i w stopniu niewielkim. Zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca nie spostrzegano. Zaburzeń czucia albo wcale nie było, albo bywały nieznaczne; w jednym tylko przypadku były zupełnie wyraźne.

Z pomiędzy przypadków zakończonych śmiercią w jednym tylko przeprowadzono dokładne badanie mikroskopowe układu nerwowego i stwierdzono, co następuje: w układzie ośrodkowym (barwienie metodą Nissl'a i Marchi'ego) nie znaleziono najmniejszych zmian. Również

budowa mięśni była zupełnie prawidłowa. Nerwy obwodowe utrwalano w płynie Fleminga i barwiono safraniną. Tu również pnie nerwowe żadnych zmian nie wykazywały. Natomiast w drobnych gałązkach mięśniowych (n. peronei, tibiales, radiales, mediani, musculo-cutanei) stwierdzono rozpad otoczki myelinowej na grubsze i drobniejsze kulki oraz początki obrzmienie cylindrów osiowych. Zmiany te w kierunku dośrodkowym zmniejszały się coraz bardziej. W otoczce Schwann'a żadnych zmian nie znaleziono.

W drugim przypadku autopsyjnym badania mikroskopowego wcale nie było, makroskopowe zaś dało wynik ujemny; w trzecim—drobnych gałązek nerwowych nie badano, w grubszych zaś nerwach i w ośrodkach nerwowych nic nie znaleziono. Autor jednak i te przypadki, jak również wszystkie, zakończone względem wyzdrowieniem, zalicza do postaci neurytycznej choroby Landry'ego, a to na zasadzie całego przebiegu choroby, reakcji zwyrodnienia (której tylko w 2 przypadkach krótkotrwałych brakowało), na zasadzie zaników mięśni i t. d.

Autor szczególny nacisk kładzie na dokładne badanie zakończeń mięśniowych, nerwów; zwraca uwagę, że we wszystkich przypadkach choroby Landry'ego, w których nie znajdowano zmian w nerwach obwodowych, badano mikroskopowo tylko grube pnie nerwowe, jak n. kulszowy, splot barkowy i t. p., nie sięgając do drobnych ich rozgałęzień. Autor przypuszcza, że nieznaną szkodliwość, wywołująca chorobę, działa przede wszystkim właśnie na gałązki mięśniowe nerwów, powodując w nich zmiany neurytyczne. Sprawa posuwa się ztąd stopniowo w kierunku dośrodkowym, lecz przy piorunującym często przebiegu może czasami nie dać najmniejszych nawet zmian anatomicznych. Niekiedy znowuż ta sama szkodliwość wywiera swój wpływ i na ośrodki nerwowe (rdzeń), co, zresztą, analogicznie spotykamy i przy zapaleniach nerwów innego pochodzenia (ołów, arsenik, alkohol—Remak). W każdym bądź razie, w żadnym z opisanych w literaturze przypadków postaci rdzeniowej choroby Landry'ego niepodobna wykluczyć możliwości współistnienia zmian patologicznych w nerwach obwodowych: badanie ich albo wcale nie było przeprowadzone, jak w przypadku Leyden'a, albo robione było niedokładnie. W materiale klinicznym lipskim z ostatnich lat 15 autor nie mógł znaleźć ani jednego przypadku choroby Landry'ego ze zmianami opuszkowo-rdzeniowymi.

Na podstawie powyższych danych autor wyprowadza ten ostateczny wniosek, że może należałoby t. zw. chorobę Landry'ego włączyć do działu polineurytów. Wstępujący charakter porażenń zdarza się i w tych ostatnich. Właściwość choroby Landry'ego polega jedynie na stopniowym porażeniu wszystkich nerwów, podczas gdy w zwykłym zapaleniu nerwów choroba rozwija się więcej skokami i rzadko zajmuje nerwy tułowia i karku. Ta jednak różnica, zdaniem autora, nie uprawnia do wyłączenia choroby Landry'ego z grupy zapaleń nerwów. Należałoby conajmniej zachować dlań nazwę „zbioru objawów”—symptomokompleksu Landry'ego dla zaznaczenia odrębności przebiegu klinicznego. Pogląd autora mogą potwierdzić tylko dalsze

badania, o ile stale będą znajdowane zmiany w nerwach obwodowych, mianowicie zaś w drobnych ich gałązkach. Niekiedy zresztą, powtarza autor, obok zmian w nerwach mogą istnieć zmiany zapalne i w rdzeniu.

W. Starkiewicz.

III. Choroby dzieci.

352. Prof. H. Méry i dr J. Hallé. **Zapalenie gardzieli w płonicy z owrzodzeniem i przedziurawieniem.** (Annales de médecine et chirurgie infantiles. № 12. 1903 r.)

Niektórzy autorzy (Antoine) zapalenie szkarlatynowe gardzieli z owrzodzeniami nazywają zgorzela, inni nie odróżniają go od postaci septycznych, Henoch nazywa je nekrotycznym, wskazuje mu miejsce specjalne—zupełnie słusznie ze względu na jego znaczenie.

Postać nekrotyczna występuje najczęściej wiosną i latem,— w postaci najcięższej do czerwca, od którego to miesiąca dopiero bywają przypadki wyzdrowienia.

Ukazuje się ona zwykle na początku szkarlatyny; dzieci, dotknięte nią, nie mają żadnego specjalnego usposobienia do tego zakażenia (nie ma przerostu migdałów, ani wegetacji adenoidalnych). Cechą charakterystyczną tej postaci zapalenia jest owrzodzenie, pokryte błonami wrzekomemi, dochodzące zwykle do przedziurawienia.

Dziecko dostaje wymiotów, gorączki, puls bardzo szybki, poczem pojawia się wysypka szkarlatynowa. Na drugi dzień występuje zapalenie gardzieli z nalotem białym, pokrywającym oba migdałki. Następnego dnia (3 dzień choroby) zjawiają się ogólne i miejscowe zatrważające objawy. Temperatura około 40,0°, skóra sucha, pragnienie silne, wymioty mogą trwać dalej, często bywa rozwolnienie. W gardzieli zaś sprawa posunęła się znacznie naprzód: zostały zajęte oba przednie łuki, podniebienie miękkie i języczek, przypominając wyglądem do tego stopnia błonice, że, nie bacząc na wysypkę, zapalenie to było często przyjmowane za wywołane przez laseczniki Löffler'a. Przypatrzwszy się starannie, widzimy, że to nie są błony rzekome, lecz, że sama błona śluzowa jest zajęta: widzimy nalot rzedony—jeden lub kilka, na 2-gi lub 3-ci dzień zaczyna on się oddzielać, zostawiając owrzodzenie, które stopniowo się pogłębia i na 3 lub 4 dzień część znekrotyzowana wypada.

W tym czasie mamy mniej lub więcej wyrażone objawy ogólnego ciężkiego zakażenia szkarlatynowego: znaczny upadek sił, objawy nerwowe, tętno małe, tendencya do upadku działalności serca, kończyny zimne, sinica twarzy.

Jeśli proces nekrotyczny jest głęboki, to szybko wywołuje przedziurawienie bez poprzedzających symptomów: w żadnym przypadku z przedziurawieniem autor nie widział wyzdrowienia. Przy

owrzdzeniach zaś, jeśli nie ma powikłań płucnych i białkomoczu, wyzdrowienie możliwe, chociaż zwykle i w tym przypadku na 10—15 dzień, wcześniej lub później następuje śmierć.

Naloty zwykle występują wcześniej: są one blado-szare, owalnej formy, ich duża średnica skierowana jest z zewnątrz na wewnątrz, przypominają wyglądem błonę śluzową od kilku godzin stwardniałą pod wpływem lipisu; zdolność rozszerzania się posiadają niewielką; według częstotliwości zjawiania się umiejscowienie ich bywa następujące: przednie łuki, języczek, podniebienie miękkie. Nalot ten w rzeczywistości jest znekrotyzowaną błoną śluzową. Na 3—4 dzień część nekrotyczna odpada, tworzy się owrzdzenie, formy owalnej, z brzegami prostopadłymi, czerwonymi, o cechach zapalnych, dno pokryte tkanką martwą, szarawą, trochę zropiałą. Zależnie od siły i głębokości sprawy zależy uformowanie się przedziurawienia, nie mającego tendencji do szerzenia się, lecz także i do gojenia się.

Towarzyszy owrzdzeniom i przedziurawieniom oddech cuchnący, lecz nie posiadający zapachu, właściwego zgorzeli. Gardziel jest pokryta śluzem, utrudniającym badanie. Gruczoły podszczekowe bywają trochę powiększone, czasem w znacznym stopniu. Zwykle istnieje zapalenie surowicze lub ropne nosa. Bywają często powikłania płucne—zapalenie zrazikowe. Zajęcia krtani autor nie widział, chociaż istnieją opisy krupu, zapalenia oskrzeli włóknikowego, pojawiających się przy owrzdzeniach gardzieli.

Postać nekrotyczna zapalenia gardzieli bywa zwykle wczesna, chociaż autor widział 2 przypadki późnego pojawienia się jej; bywa ona lekka lub ciężka.

Leczenie autor stosował ogólne i miejscowe: ogólne, stosownie do wskazań danej chwili, miejscowe zaś szprycowała gardła wodą utlenioną i płynem *La barrique*, co okazało się niedostatecznym, więc wobec tego używał miejscowo wodę utlenioną skoncentrowaną, ortoform, rezorcynę, formol, chlorek cynku. Ten ostatni 1:30 okazał się najskuteczniejszym, a po nim formol. Dotykane owrzdzeń tymi płynami było robione 2 razy dziennie dało rezultaty bardzo zachęcające (wyzdrowienie w przypadkach, uważanych przedtem za nieuleczalne).

Badanie bakteryologiczne ani razu nie wykazało laseczników *Löfflera*, lecz ogromną ilość innych bakterii—między którymi dominujące miejsce zajmowały paciorkowce i gronkowce.

Postać tę zapalenia gardzieli trzeba oddzielić od tej, w której występują owrzdzenia, połączone z gangreną, gdyż niema tutaj ani czarnawych kawałków, ani zapachu gnijącej materii organicznej, ani tendencji do szerzenia się. Ostatecznie autor wyprowadza 2 wnioski: 1) w płonicy oprócz zapalenia wysiękowego i nieżyłowego istnieje jeszcze zapalenie nekrotyczne z owrzdzeniem i przedziurawieniem, 2) zapalenie to jest zaraźliwe; pojawia się zwykle jako wtórne zakażenie o charakterze b. ostrym w płonicy, rzadziej błonicy i odrze, a niekiedy jako cierpienie pierwotne.

Jan. Przyborowski.

353. M. H. de Rothschild. **Zaburzenia trawienia, wywołane nadmiarem tłuszczu w mleku mamki.** (Annales de Médecine et Chirurgie infantiles, № 12—15 Juin 1903).

Żywienie mlekiem matki lub dobrej mamki jest najlepszym sposobem karmienia dzieci. Jednakże bywają wypadki i nierzadkie, gdzie pożywienie mieszane lub sztuczne daje lepsze wyniki, nawet gdy matka lub mamka są zupełnie zdrowe i posiadają dostateczną ilość pokarmu. U dziecka, znoszącego dany pokarm dobrze już przez czas dłuższy, naraz pojawia się rozwolnienie, lub stolce zielone, niezbyt rzadkie, źle przetrawione, często ze śluzem. Odbija się to zaburzenie bardzo często na stanie ogólnym: waga dziecka się zmniejsza, jest ono niespokojne, często krzyczy, źle sypia, lub też nie ma to żadnego wpływu na stan ogólny. Podejrzewa się w tym przypadku zwykle jakąś nieprawidłowość w karmieniu: ogranicza się ilość pokarmu, częstość dawania piersi, stosujemy środek czyszczący (często kalomel, lawatywy) dajemy wodę Vichy, bizmut—nie pomaga. Ze strony kobiety karmiącej niema także powodów do tego zaburzenia: jest ona zdrowa zupełnie, zmieniamy jej pożywienie—nie pomaga. Objaśniamy wpływem miejscowości, klimatu, zalecamy zmianę miejsca,—i rezultatu niema. Nakoniec robimy analizę mleka i najczęściej znajdujemy nadmiar tłuszczu i, rzeczywiście, po zastosowaniu pokarmu mieszanego lub sztucznego wszystko przechodzi. Jeśli zaś nadmiaru tłuszczu niema, to trzeba zwrócić uwagę na zmiany biochemiczne mleka: wytwarzane produkty, obecność lub brak dyastazy, bliżej jeszcze nie znanej.

W końcu autor stawia następujące wnioski:

1) Zaburzenia trawienia mogą wystąpić u dziecka i wtedy, gdy przepisy trawienia są ściśle zachowane.

2) Analiza mleka jest zawsze konieczną.

Próbka do analizy powinna być brana w następujący sposób: po 10 ctm. w początku, środku i końcu karmienia.

3) Odstawienie od piersi jest pożądane, gdy w mleku okaże się nadmiar tłuszczu: konieczne, gdy dziecko ma 10 miesięcy, pokarm zaś mieszany może oddać lepsze usługi, gdy dziecko jest młodsze.

Jan Przyborowski.

354. M. Variot. **Niejasna postać porażenia rzekomo-opuszkowego u dziecka sześciolatniego.** (Annales de Médecine et Chirurgie infantiles, № 12—15 Juin 1903).

Autor opisuje postać niejasną porażenia rzekomo-opuszkowego, wczesną, gdyż u 6-letniego dziecka.

Emil E., 6 lat, syn alkoholika, miał 2 razy drgawki bez utraty przytomności, ostatni raz przed rokiem. Od 6 miesięcy życia można było zauważyć trudność w poruszaniu lewymi kończynami górną i dolną.

Ze strony umysłowej większych zaburzeń niema.

Czaszka i oczy zbroceń nie przedstawiają.

Oprócz słów: papa i mama—nie więcej nie wymawia.

Ruchy języka bardzo ograniczone: przy wysuwaniu ledwo ukazuje się koniec. Mięśnie podniebienia działają dobrze. Czucie gardzieli zmniejszone, gdyż niema pobudzeń wymiotnych.

Zwieracz ust znajduje się w stanie skurczu: chory nie może gwizdać, wyrazić szmeru pocałunku, utrzymać śliny w ustach.

Istnieje znaczne porażenie ruchowe kończyn, szczególnie lewych: powłóczy lewą nogą, istnieje w lewej ręce stały skurcz, wstępujący jasno przy ruchu. Ruchy lewej dłoni zupełnie zniesione. Istnieje nieznaczny zanik mięśni lewej nogi i zaburzenia naczynioruchowe na kończynach dolnych: stopy stale zimne, pokryte lekkim potem.

Zaburzeń czucia niema.

Taki jest obraz kliniczny wczesnej—łagodnej postaci porażenia rzekomo-opuszkowego.

Jan Przyborowski.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

355. H a b s. **O zastoju Biera.** (Münch. med. Wochensch. № 22, 1903).

Dumreicher w 1875 roku polecił zastój w żyłach pierwszy raz jako środek leczniczy w leczeniu stawu wrzekomego. Helferich na kongresie chirurgów 1887 polecił zastój i tym sposobem rozpowszechnił między chirurgami. Bier ulepszył użycie i rozszerzył wskazania do użycia zastoju. W roku 1892 na kongresie chirurgów Bier pierwszy raz wskazał na dobre wyniki po leczeniu gruźlicy za pomocą zastoju. Wychodząc z doświadczenia Rokitańskiego, że przekrwienie w płucach ochrania najzupełniej od gruźlicy, Bier leczył chorych z gruźlicą w kończynach za pomocą sztucznego przekrwienia żylnego. Wywoływał przekrwienie nałożeniem gumowego bandaża, który zostawiał na dnie, na tygodnie. Potem Bier zmienił sposób użycia, tak, że wywoływał przekrwienie na godziny (5—10 pro die). Powyżej chorego miejsca nakładał bandaż gumowy tak, aby były uciśnięte żyły, a nie tętnice, pod bandaż kładł watę albo flanelę, jak można najszerszej, aby ochronić tkanki od ucisku. Miejsce założenia trzeba też zmieniać, aby zapobiedz zanikowi mięśni. Gdy bandaż nałożono prawidłowo, kończyna puchnie i robi się stopniowo czerwono-siną, po upływie $\frac{1}{2}$ godziny skóra jest równomiernie zabarwiona. Tworzy się obrzęk. Gdy kończyna nie czerwienieje, ale bieleje, to znaczy się, że tętnice są uciśnięte—bandaż zamocno nałożony—trzeba go rozluźnić. Autor leczył tym sposobem 200 przypadków gruźlicy. Przy leczeniu gruźlicy stawów i kości nakładał on bandaż najpierw na 4—5 godzin rano i wieczór, a po-

tem na godzinę z dobrymi wynikami, szczególnie w tych przypadkach, gdzie nie było przetok. Wynik był tak świetny w największej części przypadków, że po leczeniu nie można było skonstatować żadnych zmian, szczególnie u dzieci. Bóle i kureże wkrótce ustępowały, powoli znikaly ropienia i ziarnina, zamieniając się w twarde calli, które przy dalszem leczeniu znikaly. W niektórych przypadkach zastój najpierw wywoływał polepszenie, ale wkrótce następowało pogorszenie—tworzyło się ropienie, wylewy do stawów i pokazywała się gorączka—co wymagało operacji, która w większej części zasadzała się na zastrzyknięciu jodoformu, tylko w niektórych przypadkach trzeba było rozcinać, albo nawet rezekować stawy. Gdy się już utworzyły przetoki, zastój nie dawał tak świetnych wyników i trzeba było brać się do leczenia krwawego. Autor na zasadzie tych 200 przypadków następnie formuluje wskazanie do leczenia zastojem gruźlicy: przy umiejscowionej gruźlicy ma rację bytu zastój jako środek leczniczy tylko wtedy, jeżeli niema przetok, które wymagają operacji, gdyż bardzo często można osiągnąć zupełne wyzdrowienie, w każdym razie można tym sposobem zatrzymać rozwój gruźlicy. Trzeba przytem pamiętać również o dobrym odżywianiu, świeżem powietrzu, kąpielach, tranie spokoju i t. d. Bier leczył z dobrymi wynikami zapalenie stawów po rzeżączce. Wylew i bóle wkrótce znikaly, zostawały tylko zgrubienia torebki i nieznaczne oszpecenia. W takich zapaleniach zastój wywoływano na 8—12 godzin dziennie, gdy gorączka i bolesność znikaly, stosowano oprócz zastoju każdego trzeciego dnia dla łatwiejszego wsysania aktywne przekrwienie, mianowicie jednogodzinne użycie kąpeli w gorącym powietrzu, albo w piasku, albo elektrycznej kąpeli. W roku 1902 Blecher używał z dobrymi wynikami zastoj przy leczeniu kureczów, wywołanych albo ranami, albo długotrwałym spokojem kończyny. Oprócz tego przy leczeniu takich kontraktur stosowano masaże i medykomechanikę, dwie godziny dziennie zastój i co trzeci dzień aktywne przekrwienie jednogodzinne w kąpeli z gorącym powietrzem. Ma się rozumieć, że przy kostnej ankylozie leczenie to nie doprowadzi do celu. Wedle zdania Blecher'a, opuchlina, wywołana przez zastój, robi torebkę stawową i więzy miększymi i podatniejszymi. Dalsze wskazanie do użycia zastoj dał Ritter. Wychodząc z tego mniemania, że przekrwienie bierne przy odmrożeniu I i II stopnia jest to proces doprowadzający do celu, Ritter przy ostrem odmrożeniu używał zastoj Biera, przyczem osiągnął zadowalniające wyniki, co i autor potwierdził na 4 przypadkach. Dalej Bier stosował zastój w różę, w zapaleniu tkanki łącznej podskórnej i w ostrym gościecu i to, jakoby, z dobrym wynikiem, powodując się badaniami Noetzl'a, że przekrwienie zabija drobnoustroje, w każdym razie hamuje ich rozwój. Należy zaznaczyć, że w syflisie i w złośliwych guzach zastój Biera jest przeciwwskazany. Oprócz przekrwienia żylnego Bier stosował często przekrwienie tętnicze. Ostatnie można wywołać albo masażem, albo środkami chemicznymi, jako to: synopizmami, jodyną. Najlepiej wywołać je ciepłem albo okładami, światłem, piaskiem, lub powietrzem, lub elektrycznością. Przy 50° C. kończyła potnieje, przy

100° C. silne poty występują, skóra czerwienieje, 115° C. przenosi się z łatwością i bez szkody dla chorego należy używać takich elektrycznych lub powietrznych kąpeli nie dłużej, niż godzinę. Aby zapobiedz zaziębieniu, obciera się całe ciało chorego i daje mu się odpocząć w ciepłym pokoju. Takie przekrwienie tętnicze uspokaja z jednej strony bóle, a z drugiej strony przyspiesza wysysanie. Wedle zdania autora, zastój Biera zasługuje na rozpowszechnienie i może być wszystkim lekarzom polecany jako środek leczniczy nieszkodliwy, nie bolesny, łatwy do wykonania i dający świetne wyniki. Autor leczył nim 900 przypadków.

W. Biehler.

356. **Braun.** **Znieczulenie nerwów kokainą i adrenaliną.**
(Semaine médic. № 24, 1903).

Autor używał do tego 1% roztworu kokainy, do której dodawał kilka kropeł adrenaliny 1:10000. Po zastrzyknięciu 1—2 ctm.³ podobnej mieszaniny do onerwia otrzymywał on zupełne znieczulenie. Podobne wstrzyknięcie znieczuliło skórę przedramienia, o ile zrobione jest ono w okolicy łokcia. Znieczulił on pnie tych nerwów, które mógł oddzielić od części ich pokrywających z jednakowym wynikiem na dolnej, jak i na górnej kończynach. Wstrzyknięcie tego roztworu wzdłuż mięśnia schyłacza głowy dało znieczulenie przedniej części szyi. Tym sposobem można znieczulić i nerw krtaniowy, co jest doskonałem przy operacjach w krtani. Znieczulenie następuje w 10 do 30 minut po zastrzyknięciu i trwa 2—5 godzin dzięki adrenalinie. Wstrzykiwania nie dały nigdy złych wyników, nie były też nigdy powodem żadnych powikłań. Próby poprzedzane były doświadczeniami osobistymi autora na swych uczniach.

W. Biehler.

357. **Kreffft.** **O leczeniu nerwobólu kulszowego.** (Therap. Monatsh. № 6, 1903).

Trudność leczenia tłomaczy też zjawienie się najrozmaitszych środków i sposobów leczenia. Mamy masę środków farmaceutycznych, jako to: acetopyrinum, aspirinum, citrophenum, exalginum, kryofinum, phenocolum, pyramidonum, salophenum i t. d. Niestety, wszystkie te środki nie zawsze skutkują, szczególnie w przypadkach przewlekłych. Na większe zaufanie zasługują fizyczne sposoby leczenia, na które zazwyczaj teraz więcej zwracać uwagę. Pierwsze miejsce zajmuje leczenie wodą Winternitza, t. zw. prysznic szkocki, szybka zmiana zimnego i gorącego promienia wody. Dobre wyniki osiągnął Davidson leczeniem tego nerwobólu kąpielami mułowymi, jak nprz., Fango; odgrywa tu większą rolę ciepło, a nie chemiczne jakieś działanie. Ze ciepło dobrze robi, widać z dobrych wyników przy leczeniu nerwobólu powietrzem ciepłym, wanną elektryczną i t. d. Elektryczność dawała też dobre wyniki, szczególnie, gdy wprowadzono do praktyki leczenie elektromagnetyczne. Autor sposobem tym leczył 59 chorych,

i to przeważnie przewlekłych. Mniej niż rok chorowało 14 osób. Reszta chorowała przeciętnie 8 lat. Zupełnie wyzdrowiało 7; 28 przypadków wyleczono na dłuższy przeciąg czasu, tak, że można było zaprzestać leczenia. W 15 przypadkach osiągnięto przynajmniej ulgę na pewien czas (kilka godzin), działanie elektryczności w tych przypadkach równało się wstrzyknięciu morfiny, ale bez zjawisk ubocznych. Z tych 59 przypadków tylko 7 autor zanotował jako nieudane. Dalej autor przytacza kilka historii chorób, aby dokładnie przedstawić ten sposób leczenia i uspokajające działanie elektryczności. Sposób to zupełnie niebolesny i bardzo wygodny dla chorego, gdyż dużo chorych nie znosi ani pryszniców, ani kąpieli mułowych—szczególniej chorzy mający oprócz nerwobólu jeszcze wadę serca i miażdżycę naczyń. Autor leczył chorych w przeciągu 10 do 30 posiedzeń przeciętnie, czasami już 5 było dostatecznie, a czasami dochodził do 40.

W. Biehler.

358. (jw) **Eczema.**

Auerbach zaleca:

Naftalani 20,0

Zinci oxydati

Amyli trit. ana 10,0

Mentholi 0,5—1,0

M. f. pasta mollis.

359. (jw) **Ischias.**

Kreffft gorąco poleca leczenie tej choroby za pomocą elektromagnesu. (Ther. M., VI, 1903).

360. (jw) **Ischias.**

Renton zaleca leczenie chirurgiczne wszystkich uporczywych przypadków tej choroby, gdyż mamy w tych razach do czynienia z perineuritis adhaesiva chronica. Po odseparowaniu nerwu

oddziela się od tegoż adhezje aż do foramen ischiadicum. Z 10 przypadków wyleczono tą drogą 9. (Brit. m. j., 4. IV. 1903).

361. (jw) **Kreozotal.**

Przeciwko kokluszowi kreozotal stosuje się 3 razy dziennie po 3—10 kropel.

362. (jw) **Xeroform.**

Toff dzieciom, chorym na gastritis z silnemi wymiotami, przepisuje:

Rp. Xeroformi 0,5—1,0

Mixturae gummosae 100,0
vel Emuls. amygdali. 100,0

MDS. We dnie i w nocy co godzina po łyżeczce od kawy (dzieciom do lat 2, starszym do 2 grm. dziennie).

V. BIBLIOGRAFIA.

D-r med. Alfred Sokołowski. **Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. II. Choroby płuc.** Warszawa 1903, str. 507.

Zgodnie z zapowiedzią daną w przedmowie do 1 części swego dzieła wydał Sokołowski obecnie—jego część drugą—choroby płuc.

Na widok tego wielkiego tomu o przeszło 500 stronicach budzi się w nas uczucie podziwu nad wielką pracowitością i energią

autora, który w ciągu roku zdołał przygotować do druku tak wielki materiał i wydać go, co w naszych warunkach wydawniczych jest połączone z całym szeregiem najrozmaitszych przeszkód i trudności.

Wobec zaś tylu dzieł pozaczynanych i niedokończonych (rzecz chyba jedynie u nas spotykana), wobec tylu obietnic i zapowiedzi literackich, które nigdy zapewne się nie spełnią—musimy wyrazić autorowi szczerze uznanie i wdzięczność zato, że przyrzeczenia swego dotrzymał słownie, i że daje moralną pewność, iż jego piękne dzieło w całości zapowiedzianej wzbogaci literaturę naszą.

Choroby płuc obejmują następujące działy: 1) Przekrwienie i obrzęk płuc. 2) Zakrzep i zator tętnicy płucnej. Zator krwotoczny płuc. 3) Rozedma płuc. Niedodma płuc. 5—9) Ostre zapalenie płuc. 10—12) Ostre zrazikowe lub nieżytowo zapalenie płuc. 13) Zapalenie t. zw. komorowe płuc, zapalenie zachłystowe i opadowe. 14) Zapalenie ropne płuc i ropień płuca. 15) Zgorzel płuca. 16) Przewlekłe włókniste (śródmiażdżowe) zapalenie płuc. Marskość płuc. 17) Pylica płuc. 18) Nowotwory płuc. 19) Syfisy płuc. 20) Promienica płuc i opłucnej. Nosacizna. Karbunkuł. 21) Pasorzyty roślinne i zwierzęce płuc. Rany, pęknięcia i ciała obce płuc.

Zdając sprawę w roku zeszłym (p. Kron. Lek. 1902, str. 114) z pierwszego tomu dzieła Sokołowskiego, podałem główne zalety wykładów, wynikające z gruntownej znajomości przedmiotu i pedagogicznego obycia autora, to samo mogę powtórzyć i obecnie. A więc zwrócenie głównej uwagi na to, aby podać wyraźnie zarysowany obraz klinicznej sprawy, z pozostawieniem zawsze możności indywidualizowania oddzielnych przypadków; unikanie o ile można podawania szematów, natomiast staranie się o rozszerzenie ich ramek w umyśle czytelnika i nadanie im pewnej elastyczności przez obfitą ilustrację opisami przypadków klinicznych, czerpanych przeważnie z własnego doświadczenia. Obrazy kliniczne, brane z natury, z tyle razy widzianych i obserwowanych widoków—są pełne życia, barw i plastyczności. Mniej tych zalet posiadają opisy zmian anatomicznych, którym niekiedy brak tej jasności i oryginalności oddania, a szczególony opracowywane w słabszym świetle gabinetu—nie wypuklają się dość wybitnie.

„Niekiedy, jak to już również zauważyłem odnośnie 1-go tomu, nuży uwagę czytelnika powtarzanie tych samych rzeczy, raz podanych w krótkości, a następnie znów szerzej powtarzanych (działy patogenezy i etyologii).

Za wielką zasługę należy policzyć autorowi wyzyskanie literatury polskiej i zestawienie danych statystycznych zagranicznych z takimi danymi, bądź to własnymi, bądź też innych naszych pisarzy, jak np. odnośnie częstości i śmiertelności włóknikowego zapalenia płuc i t. d. Na tej drodze możemy zbliżyć się do indywidualizowania obrazów chorobowych w ramach szerszych—osobnika—plemienia, osobnika—narodu, tak pożądanego, a dziś jeszcze niemal nie istniejącego u nas z powodu niewolniczego wzorowania się na danych obcych.

Co się tyczy szczegółów, to nie możemy się np. zgodzić z objaśnieniem autora nagłej śmierci przy wypuszczaniu wysięków przez przekrwienie *ex vacuo* i następny obrzęk płuc (str. 5, 15, 19). Obraz kliniczny: duszność, odpluwanie pianistej płwociny—w biegu sprawy—podtrzymuje takie przypuszczenie. Ale zupełnie nagły początek: chorey dotąd znoszący zupełnie dobrze zabieg—nagle blednie, oczy stają w ślup, tętno niknie, oddech się przerywa—robi wrażenie raczej nagłego porażenia serca. Śmierć może nastąpić w mgnieniu oka, jeżeli zaś przy energicznym ratowaniu oddech utrzymuje się czas jakiś, to zjawia się owo charakterystyczne odpluwanie.

Odplyw płynu odbywa się dosyć wolno, aby płuco mogło rozszerzyć się stopniowo przez bezpośredni, natychmiastowy, dopływ powietrza. A przytem obrzęk płuca, które tak długo nie było czynnem, nie może chyba mieć takiego fatalnego wpływu—wobec już istniejącego przystosowania. Nieraz zresztą wypadki te zachodzą w samym początku wyciągania płynu.

Kilka tygodni temu byłem świadkiem takiego smutnego wypadku. Aspiracya była wykonywana po raz drugi—w tydzień po pierwszej—bardzo wolno. Zapaść piorunująco wystąpiła, kiedy wypuszczono zaledwie 100 c. sz. płynu. Przy badaniu zwłok zwracałem szczególną uwagę na stan płuc. Otóż lewe, po stronie wysięku, było suche i zgniecione. W prawem przekrwienie było wyraźne, obrzęk zaś nieznaczny; tylko z oskrzeli wydobywał się pianisty ciągnący płyn. Niektórzy autorzy przypuszczają zakłęsanie, zaginanie się żyły głównej dolnej (Knickung) wskutek nagłego przesuwania się serca zepchniętego wprawo (przypadki omawiane zdarzają się przeważnie przy opróżnieniu wysięków lewostronnych).

Wogóle przyczyna śmierci w tych przypadkach nie jest dotąd wytłomaczona.

Na stronie 37—przy omawianiu zmian, zachodzących przy t. zw. organizacji zawału—autor nazywa je powolną nekrozą; są to procesy zwyrodnienia wstecznego, ale właśnie nie martwicowe.

Przy omawianiu t. zw. *phtisis ex haemoptoe* (str. 64) autor nie dość kategorycznie zaprzecza możności tego rodzaju pierwotnej przyczyny suchot.

Staranie wyodrębnienia rozmaitych postaci krwawień płucnych w różnych fazach suchot wydaje się sztucznem. Niekiedy właśnie pierwszym objawem suchot bywa silny krwotok, a w dalszych okresach nie powtarza się więcej.

Z zestawienia cyfr autora odnośnie częstości rozedmy płuc w różnym wieku wypływa ciekawy, a mało wogóle pamiętany fakt, że cierpienie to zdarza się bardzo często w młodym stosunkowo wieku. I tak od lat 13 do 20—5 przypadków, od lat 20 do 30 aż 24 i to w praktyce prywatnej. Cyfry te przemawiają silnie za wrodzonym usposobieniem do rozedmy, co też autor zaznacza.

Na str. 93—przy omawianiu mechanizmu powstawania rozedmy śródmiąższowej autor sądzi, że powstaje ona jedynie przy akcji wydechu. Zdaje się, że musi tu wytwarzać się coś w rodzaju wentylu, np. przerwana ściana pęcherzykowa staje się klapą otwie-

rającą się przy wdechu a zamykającą się przy wydechu; w ten sposób powietrze może być przetłoczone na dalekie odległości.

Omawiając zejścia zapalenia płuc, autor uważa (str. 224) zgorzel jako zejście, nie należące do najczęstszych—według moich obliczeń (Przyczynek do leczenia zgorzeli płuc Kr. Lek. 1891) na 146 przypadków zap. płuc włóknikowego zakończonego śmiercią—nie było ani razu tego zejścia. Prawdopodobnie związku bezpośredniego tych spraw niema i pogląd ten ulegnie temuż losowi, co i przypuszczenie o zejściu w ropień.

Osobny rozdział poświęca autor leczeniu zapalenia wł. płuc. Omawiając profilaktykę autor sądzi, że polegać ona winna głównie na ograniczeniu użycia napojów wysokowych, które zdaje mu się być przeważnym usposabiającym czynnikiem; to też autor żąda nawet odpowiednich rozporządzeń państwowych. Faktem jest, że u pijaków jako wogóle osobników osłabionych i wyniszczonych przez cały zbiór wpływów, łączących się z pijaństwem, zapalenie płuc jak i każda ciężka choroba przebiega groźnej. Ale ztąd jeszcze daleko do etyologicznego związku. Ile osób, które zapadły na zapalenie wcale nie pijały. Zdaje się, że prościej chyba przyznać, iż wskazówek bezpośrednich dla uniknięcia tej choroby nie znamy. Pia desideria na temat wzmacniania dobrobytu i moralności klasy biednej—będą tylko nie niemówiącymi ogólnikami.

Wstęp o krwiupuszczeniu, jego historii i obecnie utrzymujących się wskazaniach jest bardzo pożądany zwłaszcza dla młodszych lekarzy, którzy zapewne mało już o tem się dowiadują ze współczesnych katedr.

Wśród leków—w ciężkich chwilach poczynającego się upadku serca, i duszności, może by było dobrze wspomnieć o tlenie, mianowicie o wartości tak spornej tego środka, a zawsze niemal stosowanego w podobnych razach.

Do bardzo dobrze opracowanych działów należą 10, 11, 12: o ostrem zrazikowym lub nieżytowym zapaleniu płuc, sprawie częstej i ważnej a zwykle właśnie po macoszemu traktowanej w podręcznikach.

Względem zmian syfilitycznych w płucach autor zachowuje się z pewną rezerwą—i słusznie poddaje w wątpliwość materiał kazuistyczny, służący za podstawę odnośnym poglądom, zwłaszcza francuskich pisarzy.

Do zaznaczenia też jest, że autor wbrew panującemu przekonaniu nie uznaje, aby leczenie rtęcią miało mieć tak fatalny wpływ na rozwój gruźlicy; autor popiera swe zdanie, tak ważne pod względem praktycznym, opisem dwóch własnych przypadków.

Pylicom autor, zgodnie z nowymi poglądami, odmawia odrębności zarówno pod względem anatomo-patologicznym, jak nawet i klinicznym—wpływy te uważa tylko za pośrednie, dodatkowe (pył w kopalniach węgla—w klasyfikacji różnych pyłów—należy chyba raczej do pyłów mineralnych, niż roślinnych, gdzie go pomieszcza autor).

Kończymy na tem nasz przegląd „chorób płuc“; jeżeli pozwo-

liliśmy sobie odnośnie paru drobnych szczegółów zaznaczyć zapamiętywanie odmienne od spotkanego w tekście, to może to posłużyć autorowi za dowód, z jak pilną uwagą wczytywaliśmy się w jego cenne dzieło.

Język Sokołowskiego jest potoczny i poprawny (zauważone usterki: ograniczać się do czego—poprawnie: czem; zamiast nასłajanie milej brzmi nawarstwianie; „wynik zebrany „na“ ogromnym materiale“). Trochę nieuniknionych niemal błędów drukarskich zwłaszcza w wyrazach cudzoziemskich (saigne—coup sur coup).

Autor poświęca ten tom swego dzieła „współtowarzyszom studentów lekarskich w Szkole Głównej i Uniwersytecie Warszawskim (1868—1873)“.

O. Hewelke.

VI. Z Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego.

Protokół zwyczaj. posiedz. Tow. Lek. Lubelsk. z d. 4/III 1903.

1. Odczytano i zatwierdzono protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Kol. A. Majewski przedstawił chora, u której z powodu nerwobólu twarzowego drogą *kostnowytwórczej rezekcyi* kości twarzowych usunął w dziurze okrągłej *II gałąź nerwu trójdzielnego*.

P. Z., lat 73; cierpi od lat 20-tu na nerwoból twarzy; ataki bólów z początku słabe i rzadkie, stopniowo wzrastały tak, że w ostatnich paru miesiącach doszły do takiego napięcia, że chora dzień i noc jęczała. Środki przeciwnewralgiczne, przeciwmalaryczne, elektryczne, nawet morfina nie dawały chorej chwilowej chociażby ulgi; wobec tego, pomimo niekorzystnych danych wieku chorej, miazdźcy tętnie i przebytego przed 2-ma laty ciężkiego zapalenia płuc, M., nie tając niebezpieczeństwa, zaproponował chorej operację, na którą zarówno ona, jak i rodzina, nie mając nic do stracenia, przystali. Umiejęscowienie bólów w twarzy i górnej szczęce, do których w ostatnim roku przyłączył się *tic douloureux* (odruchowe z nerwu trójdzielnego podrażnienie n. twarzowego)—nie pozostawiało wątpliwości co do tego, że mamy do czynienia z nerwobólem II gałęzi n. trójdzielnego; przyczyn obwodowych, któremi możnaby tłumaczyć nerwoból—nie było; ostatni ząb górnej szczęki, usunięty przed paru tygodniami, sprawy w niczem nie polepszył; wobec tego M. zrobił chorej pod chloroformem sposobem Kochera—przy współdziałaniu kol. Dobruckiego i Tymieńskiego—czasowe wycięcie kości licowej wraz z częścią boczną blaszki oczodołowej, ścianą górno-boczną zatoki szczękowej i grzebieniami licowym i oczodołowym kości klinowatej. Po wyważeniu wydłutowanych części ku górze i nazewnątrz, w powstałej jamie—ponad otwartą zatoką szczękową—widoczny był nerw podoczodołowy; nerw ten okazał się bardzo kruchym, gdyż przy pociąganiu za końcowe rozgałęzienia dwukrotnie się przerwał; po pochwyceniu pozostałego kikuta nerwu Peanem, M. drugim Peanem po-

szedł po nerwie do dziury okrągłej i, oparłszy się tam o kość, nerw wyrwał; krwawienie było nieznaczne; wyważone kości zaprowadzono na swoje miejsce; okostną dwoma szwami zeszyto; do zatoki Highmora wprowadzono sączek gazowy; skórę zeszyto prócz małego otworu dla sączka. Sączek wyjęto w 2 doby; szwy 8-go dnia; zagojenie przez rychłozrost bez odczynu ogólnego lub miejscowego. W przeciągu pierwszych 5 dni chora miewała w górnej szczękę bóle nie silne, jednakże niepokojące ją; od 6 dnia bóle zupełnie ustały i obecnie—chora czuje się zupełnie zdrowa.

Nawiązując do danego przypadku, M. mówi o dawniejszych i nowszych metodach operacyjnych, przy nerwobólu twarzowym stosowanych, poczynając od podwiązania tętnicy szyjnej aż do wycięcia zwoju Gassera. *(Autoreferat).*

W dyskusyi kol. Dobrucki zaznacza, że opisany przypadek przedstawia pierwszą neurektomię całej gałęzi n. trigemini, dokonaną w Lublinie. Kol. M. zastosował czystą metodę Kocherowską, która ma wiele braków, jako to: niemożność dokładnego obejrzenia miejsca wyjścia nerwu; otwarcie jamy Highmora co usposabia do infekcyi, duże uszkodzenie oczodołu. Wyniki zewnątrzczaszkowych wycięć nerwu trójdzielnego wogóle nie zawsze bywają zupełnie dobre: bóle nieraz trwają długi czas po zabiegu z powodu niemożności usunięcia nn. recurrentes I i II gałęzi.

Kol. Cynberg uważa rezekcyę nerwu trójdzielnego za środek paliatywny; zabiegiem radykalnym jest tylko usunięcie zwoju Gassera. Oponent przypomina sobie przypadek, spostrzegany przez się przed kilku laty: kobieta 20-kilkoletnia cierpiała na nerwoból uporczywy I-ej gałęzi n. trójdzielnego; po wyciągnięciu nerwu i wycięciu nastąpiła ulga, która trwała jednak tylko w ciągu roku; po roku w Warszawie dokonano u chorej wycięcia zwoju—i jest zdrowa.

Kol. Rudzki zapytuje, jaka była podstawa nerwobólu w opisanym przypadku; czy nie było zmian miejscowych?

Kol. Dobrucki zabiera głos raz jeszcze z powodu przypadku, o którym wspomniał kol. Cynberg: była tu dokonana tylko ekstirpacja rozgałęzień nerwu przy wyjściu z foramen supraorbitale; zasadniczo więc różni się ten przypadek od opisanego przez kol. Majewskiego, gdzie dokonano wycięcia całej II-ej gałęzi nerwu trójdzielnego.

Kol. Brzeziński zaznacza, że nerwoból nerwu trójdzielnego może być wywołany nawet przez wyjęcie zęba wskutek bliznowatego kurczenia się dziąsła i ucisku na nerw.

Kol. Jaworowski zapytuje, czy nie były zajęte inne gałęzie w opisywanym przypadku.

Kol. Majewski w odpowiedzi kol. Dobruckiemu zaznacza, że do dziury okrągłej drogę sobie torować można od przodu przez zatokę szczękową lub też z boku poza górną szczęką. Odpowiednio do tego wszystkie liczne bardzo metody wycięcia 2-giej gałęzi n. trójdzielnego dzielą się na 2-ie zasadnicze grupy. Każda z nich ma swoje zalety i wady. Metodzie przedniej zarzucają znaczne uszkodzenia kości i otwarcie zatoki; z drugiej jednak, strony po otwarciu

zatoki operacja staje się łatwą i jasną; przy bocznej metodzie, technicznie również trudnej, do końca szuka się nerwu po omacku, przez co ujęcie go staje się mniej pewnem.

Dalej, w przypadkach niektórych, szczególnie u mężczyzn, fossa sphenomaxillaris bywa prawie zupełnie zasłonięta w górnej części przez nieprawidłowo rozrośnięty wyrostek kostny alae magnae ossis sphenoidaei, który trzeba wtedy oddłutować, co utrudnia, i tak nielätwy, zabieg. Łatwość dostępu do dziury okrągłej przy metodach bocznych zależy od formy dołu klinoszczękowego (f. sphenomaxillaris); Chipault podaje, że są doły owalne, łatwo dostępne, najczęściej spotykane u krótkogłowych; są inne w formie rogu, ku dołowi zwięzające się, częstsze u długogłowych; opierając się na tem, Scriba radzi u rasy kaukaskiej operować 2-gą gałąź nerwu trójdzielnej metodą przednią; boczną zaś uważa za właściwą u japończyków np., na obserwacji czaszek których oparł swoją pracę.

Cynerbergowi M. odpowiada, że w danym przypadku wycięcie zwoju Gassera ze względu na wiek chorej (73 lat) i jej osłabienie było bezwzględnie przeciwwskazane; wycięcie zwoju Gassera jest to zabieg niebezpieczny ze względu na możliwość krwotoku z tętnicy oponowej średniej i żył między tęgówką i czaszką; wobec tego Kocher jest zdania, że nawet w przypadkach pomyślnych, „jeżeli nerwoból umiejscawia się w gałęziach poszczególnych, zanim przystąpimy do operacji na zwoju samym, obowiązani jesteśmy zawsze dokonać przedewszystkiem wycięcia tych gałęzi“¹⁾.

3. Kol. Dobrucki przedstawił dwa przypadki złamania kości ramieniowej, nadające się do zeszcycia kości, oraz przypadek operowanego raka dolnej wargi u 26-letniego mężczyzny.

4. Kol. Chodźko przedstawił troje chorych z drżączką porażenną (Paralysis agitans) i podaje krótki opis choroby.

Przypadek I. „Chora, Katarzyna S., włościanka, lat 86, przybyła na oddział mój w szpitalu św. Wincentego d. 25 stycznia 1903 r.

Wywiady: żadnych poważniejszych chorób w życiu swoim nie przechodziła, miała dwoje dzieci, które poumieraly; mąż pił. Choroba obecna zaczęła się przed 6-ciu laty lekkim drżeniem w ręce lewej; wkrótce potem wystąpiły w lewej nodze kurecze i podrzucania, które najczęściej dawały się uczuć w nocy. Po kilku miesiącach zjawilo się drżenie w ręce prawej, a następnie kurecze i podrzucania w prawej nodze. Pomimo tych objawów chora mogła jeszcze chodzić, ale rękami nie mogła już wykonywać żadnej pracy. Parę miesięcy temu, poślizgnąwszy się, upadła na ulicy i od tego czasu zupełnie przestała chodzić i zmuszoną jest leżeć w łóżku. Zajmowała się praniem. Uskarża się na bóle, cierpienie i kurecze w nogach, osłabienie rąk.

Badanie przedmiotowe: chora wzrostu średniego, miernej budowy, złego odżywienia. Błony śluzowe blade. Tętno serca czyste. Tętno 92 prawidłowe, twarde. W innych narządach wewnętrznych zmian żadnych nie znajdujemy. Ruchy głowy wolne, niebolesne; drże-

1) Monod et Vanverts. Traité de technique opératoire. T. I. 1902.

nia głowy niema. Twarz podobna do maski, bez żadnego określonego wyrazu, nieruchoma. Żrenice równe, oddziałują na światło leniwie. Język przy wysuwaniu drży en masse. Kończyny górne: skóra na obu przedramionach złuszcza się; siła mięśniowa ręki lewej znacznie mniejsza, niż prawej; ruchy czynne w lewej ręce chorea wykonywa z trudnością, w prawej ręce znacznie łatwiej; przy ruchach biernych wyczuwa się opór, szczególnie w lewej ręce (rigiditas); ręki lewej nie daje się doprowadzić do pozycji pionowej wskutek zrostów (znieuruchomienia) w lewym stawie barkowym i bólu, jaki uczuwa chorea przy tym ruchu. Prawy staw barkowy jest wolnym. Palce ręki lewej znajdują się w położeniu przykurczenia (kontraktury) zgiętego—z położenia tego można je wyprowadzić, ale natychmiast do niego powracają; wyprostowywanie palców sprawia chorej ból; położenie palców jest następujące: zgięcie w stawach napięstkowo-członowych (metacarpo-phalangeales) i łżejsze—w pierwszych międzyczłonowych (interphalangeales), przyczem najsilniejsze zgięcie znajdujemy w pierwszym stawie międzyczłonowym małego palca, najslabsze w takimże stawie wskazującego; 3-cie człony palców wyprostowane. Wielki palec wyprostowany opiera się na zewnętrznej powierzchni wskazującego—reszta palców są dosunięte jeden do drugiego. Mniej więcej w takim samym położeniu znajdują się palce ręki prawej.

Obie ręce chorej (lewa jednak znacznie wyraźniej, niż prawa) podlegają wybitnemu drżeniu zgięto-wyprostnemu w stanie napięstkowym: drżenie to występuje bardzo wyraźnie, jest rytmicznem i powtarza się od 7—20 razy w ciągu 5 sekund. Oprócz stawu napięstkowego w drżeniu bierze udział od czasu do czasu staw łokciowy i barkowy. W palcach ręki można zauważyć od czasu do czasu lekkie ruchy zgięte—zaś wielki palec wykonywa jednocześnie ruchy pocierające po bocznej powierzchni palca wskazującego. Drżenie rąk jest najwyraźniwszem wówczas, kiedy kończyny chorej leżą spokojnie—co pewien czas ustaje na kilka minut, wysiłkiem woli udaje się chorej zrzadka opanowywać drżenie, ale nie na długo—chorea uskarża się wtedy, że ręka jej cierpnie. W stanie pewnego podniecenia psychicznego, podczas badania chorej, przy wysuwaniu rąk z pod koldry drżenie wzmaga się; przy ruchach zamiarowych nie zmienia się. Na kończynach górnych żadnych odruchów wywołać nie można.

Kończyny dolne: skóra kończyn dolnych gładka, świecąca, pozbawiona pokładu tłuszczowego, jakby obciążnieta szczelnie na kościach, na obu stopach silnie się złuszcza; na powierzchni grzbietowej obu stóp (szczególniej jednak lewej) znajdujemy gęstą sieć rozszerzonych fiolkowych żyłek. Obie kończyny dolne znajdują się w stanie przykurczenia zgiętego w stawach kolanowych—do zupełnego wyprostowania doprowadzić ich nie można. Ruchy bierne napotykają wogóle na znaczny opór z powodu sztywności mięśni (rigiditas). Ruchy czynne są bardzo ograniczone. Siła mięśniowa wybitnie zmniejszona, szczególnie lewej nogi. Odruchy kolanowe słabe. Drganie padaczkowate stopy nie występuje. Odruchów podeszwywych wywołać nie można.

Kręgosłup wygięty ku tyłowi (scoliosis) w górnej połowie części grzbietowej, bolesny przy ucisku, wyprostować się nie daje. Chora stoi z wielką trudnością i musi być podtrzymywana, z tułowiem pochylonym naprzód, mając nogi zgięte w kolanach, ręce zgięte w łokciach i dosunięte do tułowia. Chodzić o własnej sile nie może i musi być podtrzymywana—postawiona bez oparcia, pada wtył.

Czucie bólowe i dotykowe zachowuje się prawidłowo przy badaniu zwykłym—przy najmniejszym naciskaniu ciała chorej w jakimkolwiek punkcie, chora uskarża się na ból. Chora opowiada, że czasami uczuwa tak silne gorąco w całym ciele, że zmuszoną bywa zrzucić koldrę.

Stan psychiczny chorej przeważnie przygnębiony, inteligencya zupełnie załolniana.

Przypadek II. Chora, Zofja T., włościanka lat 86, niegdyś posługaczka szpitalna przy szpitalu Jana Bożego w Lublinie, przybyła na oddział mój w szpitalu św. Wincentego 9 lutego 1903 r.

Wywiady: chorowała raz tylko w swoim życiu na tyfus. Miała 10 dzieci, z których żyje dotąd tylko jedno. Raz poroniła; zamężna dwukrotnie. Choroba obecna zaczęła się przed 2 laty bez żadnej widocznej przyczyny: podczas lata zasnęła pod drzewem—po przebudzeniu zauważyła, że palce prawej jej ręki skurczyły się i drżą. Od tego czasu drżenie tychże palców trwa bez przerwy.

Badanie przedmiotowe: chora wzrostu średniego, odżywienia umiarkowanego. Błony śluzowe blade. Klatka piersiowa beczkowata, nieprawidłowa, bok lewy zapadnięty. Tętno serca czyste, dźwięczne. Tętno 100, niemiarowe. W płucach trochę rzerzeń suchych. Kaszel z płwociną. Wątroba i śledziona niebolesne. Brzuch obwisły. Zaparcie stolca.

Twarz duża, z obrzękniętymi policzkami, o niezmiennym pośpym wyrazie. Żrenice oddziałują na światło. Język czysty, przy wysuwaniu nie drży. *Kończyny górne:* siła mięśniowa ręki prawej znacznie mniejsza, niż lewej. Objętość rąk: na połowie długości ramienia w ręce prawej 19 ctm., w lewej—20 ctm.; na połowie długości przedramienia w ręce prawej 16 ctm., w lewej—18 ctm. Zanik mięśni najwybitniejszym jest w przedramieniu prawem i obu wyniosłościach prawej kiści (thenar et hypothenar). Ruchy czynne ręki prawej są ograniczone, ruchy biernie utrudnione wskutek pewnej sztywności mięśni (szczególnie wyraźnie występującej w porównaniu z ręką lewą); przy silniejszych ruchach biernych w prawej ręce chora uskarżała się na ból w prawym stanie barkowym i w stawach palców; ruchy w stawie barkowym są tak ograniczone, że sprawia to wrażenie zrostów i znieruchomienia w tym stawie. Palce prawej kończyny górnej znajdują się w stanie silnego przykurczenia zgiętego, a mianowicie: zgięte są w stanie przykurczenia pierwsze człony palców (w stanie napiętkowo-członowym—art. metacarpo-phalangealis) i tym sposobem, że najsilniejszemu przygięciu uległ pierwszy człon małego palca, najmniej przygiętym jest pierwszy człon palca wskazującego; drugie człony palców są również przygięte w stawach międzyczłonowych (interphalangealis), 3-cie człony — wyprostowane.

Palec wielki wyprostowany i przysunięty do bocznej powierzchni wskazującego.

Palce silnie wpijają się w dłoń—wszelkie wysiłki w celu ich wyprostowania sprawiają chorej ból. W stawach palców żadnych zmian artrycznych niema. Prawa ręka podlega drżeniu w stawie napięstkowym—drżenie to jest nieznaczne, rytmiczne, nie zamiarowe, występuje w stanie spoczynku, ale nie trwa ciągle. W lewej ręce przykurczeń, ani drżenia zauważyć nie można. Głowa zupełnie drżeniu nie podlega. Odruchów ścięgowtych na kończynach górnych wywołać nie można.

Kończyny dolne: skóra na zewnętrznej powierzchni obu goleni złuszcza się. Siła mięśniowa na obu kończynach prawie jednakowa. Ruchy czynne mogą być wykonywane we wszystkich stawach, jednakże w prawej nodze są więcej ograniczone. Napięcie mięśni (właściwie sztywność mięśni) w prawej nodze cokolwiek większe, niż w lewej. Odruchy kolanowe zachowane; drgania padaczkowego stopy niema; odruchów podeszwowych niema.

Przy staniu chora podaje się silnie górną częścią tułowia naprzód; stoi z kolanami zgiętymi i łokciami dosuniętymi do tułowia. Przy staniu z zamkniętymi oczyma i zesuniętymi stopami chora silnie chwieje się i pada (Romberg). Chodzi silnie pochylona naprzód—popchnięta albo pociągnięta naprzód, bieży szybko przed siebie, bez możliwości zatrzymania się (propulsio).

Kregosłup zgięty w górnej połowie swojej części grzbietowej. Czuć skórne żadnych zmian wybitniejszych nie wskazuje; pewne niewielkie osłabienie czucia dotykowego znajdujemy na tułowiu, rękach i twarzy.

Stan psychiczny chorej obojętny, inteligencya zupełnie zadowolniająca.

Przypadek III. Chory, Piotr P., lat 72, włościanin, przybył do szpitala św. Jana Bożego w Lublinie dnia 25 listopada 1902 r. i zapisał się na oddział kol. Korczaka, którego uprzejmości demonstrację tego przypadku kawdzieżcam.

Wywiady: w młodości przechodził tyfus i zapalenie płuc. Lues negatur. Podczas pracy w gorzelnii pił dużo.

Z ośmiorga dzieci—pięcioro umarło. W ostatnich czasach zajmował się żebraniem. Choroba obecna zaczęła się rok temu: w maju roku 1902, śpiąc pod gruszą w polu, przeziębził się, jak opowiada, wskutek zawiania przez niespodzianie powstały wiatr; wkrótce potem zaczęła drzeć prawa ręka, za nią uległa drżeniu prawa noga; kilka miesięcy temu drżenie opanoowało lewą rękę, a od 2 miesięcy drży już i lewa noga. Drżenie to zdarza się czasami i w nocy i wtedy chory nie może spać.

Badanie przedmiotowe: chory wzrostu niskiego, budowy dobrej, odżywienia miernego. Conjunctivitis w obu oczach. Klatka piersiowa beczkowata. Ton wypukowy—pudełkowy. Tętno serca czyste, głucho. Tętno 72 miarowe, twarde. Wątroba i śledziona nie powiększone. Hernia inguinalis dextra. Stolec zaparty.

Głowa: ruchy wolne, drżenia niema. Twarz symetryczna, rysy wygładzone, bez wyrazu. Żrenice równe, oddziałują żywo na światło. Język czysty, nie drży. Mowa niewyraźna.

Kończyny górne: siła mięśniowa w prawej ręce mniejsza, niż w lewej. Napięcie (właściwie sztywność) mięśni zwiększone w prawej ręce. Ruchy czynne we wszystkich stawach, możliwe ale ograniczone. Ruchy bierne napotykać na znaczny opór wobec sztywności mięśni. Palce obu rąk w stanie lekkiego przykurczenia zgiętego w stawach napiętkowo-członowych i międzyczłonowych (I), dosunięte do siebie; wielki palec wyprostowany i przyciśnięty do bocznej powierzchni wskazującego. Obie ręce (silniej jednak prawa) podlegają drżeniu; drżenie to występuje w stanie spoczynku, jest rytmiczne (od 9—13 wahań w ciągu 5 sekund), nie zamiarowe; wysiłkiem woli chory opanować go nie może: tylko przez naciskanie lewą ręką na ścięgna przedramienia prawego udaje mu się cokolwiek wstrzymać drżenie. Przy chodzeniu drżenie się wzmacnia.

Odruchy kończyn górnych żywe.

Kończyny dolne: skóra na obu goleniach zlekka się łuszczy. Obie nogi chorego są zgięte stale (przykurzone) w stawach kolanowych w ten sposób, że chory sam wyprostować nóg nie może. Na powierzchniach grzbietowych obu stóp skóra jest niezwykle gładka, świecąca i pokryta siecią rozszerzonych żyłek.

Siła mięśniowa w prawej nodze znacznie mniejsza, niż w lewej. Napięcie (sztywność) mięśni większe w prawej nodze. Ruchy czynne prawie we wszystkich stawach zachowane, choć ograniczone; zginanie grzbietowe (extensio) w prawej stopie znacznie słabsze, niż w lewej. Odruchy kolanowe żywe. Drgania padaczkowatego stopy niema. Odruchy brzuszne żywe. Odruchy podeszwowe prawidłowe.

Kręgosłup zgięty w górnej połowie swojej części grzbietowej. Wszystkie ruchy tułowia nadzwyczaj utrudnione.

Chory stoi zgięty, z głową opuszczoną, tułowiem przechylonym naprzód, kolanami zgiętymi, rękami dosuniętymi w łokciach do tułowia. Przy zesuwananiu stóp i po zamknięciu oczu chory pada w tył (Romberg).

Chodzi zgięty, z tułowiem naprzód podanym, małymi kroczkami; popchnięty, zatacza się i posuwa kilka kroków w tył, następnie pada (Retropulsio); obraca się bardzo wolno, ostrożnie i niezgrabnie. Czucie skórne bólowe i dotykowe bez zmiany.

Stan psychiczny chorego nie okazuje przygnębienia; inteligencya zadawalniająca.

Leczenie i przebieg: w przypadku I i III chorzy otrzymywali hyoseynę (Rp. Hyoscini hydrobrom. 0,008—Aq. Chloroform. 200,0 DS. 2 łyżeczki od herbaty dziennie)—już po kilkunastu dawkach u chorej I wystąpiło znaczne polepszenie, następnie jednak można było zauważyć, że działanie hyoscyny cokolwiek osłabło. W każdym razie, w tym przypadku za każdą przerwą w podawaniu lekarstwa występowało wyraźne pogorszenie, przy ponowieniu zaś polepszenie. Zpełnego usunięcia drżenia osiągnąć dotąd się nie udało. W przypadku III hyoscyna podawana jest od niedawna i również znacznie

już wpłynęła na zmniejszenie drżenia i ułatwienie ruchów, chory odzyskał humor i nabrał nawet nadziei wyleczenia się ze swojego przykrego cierpienia. Żadnych ubocznych skutków od stosowania hyoscyny w tych dwu przypadkach nie zauważyłem. Trzy wyżej przytoczone przypadki choroby Parkinson'a zasługują pod niektórymi względami na uwagę: przedewszystkiem, choroba we wszystkich 3-przypadkach wystąpiła w bardzo późnym wieku (lat 71, 80 84); nie mamy wyraźnej, ani typowej etyologii cierpienia; brak wybitniejszych zmian psychicznych, nieopisane dotąd przy chorobie Parkinson'a objawy, a mianowicie:

1) zmiany troficzne w skórze kończyn (przypadek I i III).

2) objaw Romberga u obu chorych, mogących jeszcze chodzić (przypadek II i III);

3) znieuchomienie w stawach barkowych strony najwcześniej i najsilniej dotkniętej drżeniem (przypadek I i II).“

(Autoreferat).

W dyskusyi kol. Rudzki zwraca uwagę na możliwość dziedziczności w chorobie Parkinson'a i zapytuje, czy w przedstawionych przypadkach niema odpowiednich wskazówek.

Kol. Zajdenman wspomina o wpływie stosowanej przez prelegenta hyoscyny na ciśnienie wewnątrzgałkowe oka.

Kol. Chodźko w odpowiedzi zaznacza, że, o ile dawniejsi autorzy odrzucali znaczenie dziedziczności w drżące porażennej, o tyle znów nowsi podkreślają jej znaczenie (według Eulenburg'a w 32%). Wywiady, zebrane od chorych prelegenta, nic nie dały w tym kierunku, co jest jednak zrozumiałe, chociażby wobec podeszłego wieku ich, gdyż trudno przypuszczać, żeby dopiero w tak późnym wieku mieli objawienie dziedziczności. Co do objawów ocznych w związku z hyoscyną, kol. Ch. stwierdza, iż w jednym przypadku po podaniu tego środka zauważył u chorej wystąpienie bólów w oczach.

5. Kol. Jacewski przedstawił; a) chorego z promieniłą szyi.

Klemens M., lat 31, stangret, chory jest już od roku, t. j. od czasu, kiedy utworzył mu się na szyi guz wielkości orzecha włoskiego. Guz ten był prawie niebolesny, otworzył się w miesiąc od czasu powstania sam i dotąd mimo różnych leków, a uawet paromiesięcznego leczenia w jednym ze szpitali nie zagoił się jeszcze. W czasie pobytu w szpitalu w N. wtarł przeszło 30 wieerek. Na zęby chorował niejednokrotnie, po za tem zawsze cieszył się dobrem zdrowiem.

Stan obecny. Chory miernie odżywiony, nie gorączkuje. W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Na szyi z lewej strony w okolicy chrząstki tarczowej znajduje się kilka, jedna nad drugą, półwalcowatych fałd, średnicy pióra gęsiego i grubszych—sino-czerwonego koloru; fałdy te mają podstawę infiltrowaną, pozostała wypukła część fałd na dotyk jest miękka, chełboce, znajdujące się między fałdami brózdki poprzerywane są dodatkowymi poprzecznymi fałdami w ten sposób, że ciała się owych fałd komunikują wzajemnie i mają

jeden wspólny otwór nieregularny, średnicy paru milimetrów, przez który wydziela się płyn surowiczy w skąpej ilości. Brzegi tego otworu są ścięzate, ziarnina na dnie jego atoniczna, blada. Wprowadzony przez ten otwór zgłębnik daje się przesunąć bez bólu do ślepych zakończeń fałd wyżej wspomnianych i nienapotyka nigdzie żadnej zapory. Przy obmacywaniu szyi pomiędzy dolnym brzegiem żuchwy i miejscem zajętem przez wzmiankowane fałdy daje się wy czuć w głębi skóry sznurek, grubości pióra kruczego, zgoła niebolesny; sznurek ten, długości około 4—5 ctm., ma kierunek ku kątowi żuchwy. Przy badaniu jamy ustnej znaleziono 2-gi ząb trzonowy wielki do połowy zniszczony przez próchnicę.

Na zasadzie opisanych objawów rozpoznano promienię z punktem wyjścia choroby z zęba. Ząb ten, a raczej dwa jego korzonki wyjęto bardzo łatwo kleszczami. Oba one były w większej części zniszczone przez próchnicę. Badanie mikroskopowe wydzielin zatok na szyi i wyjętych korzonków dało rezultat pod względem bakteryologicznym ujemny. Hodowli nie robiono. *(Autoreferat).*

b) 18-letniego chłopca z gigantismus localis, odnośnie do nadmiernego wydłużenia kończyn dolnych w stosunku do wzrostu chorego. Rodzice jego oboje zmarli na suchoty.

W dyskusji z powodu pierwszego przypadku kol. Dobrucki przytacza dane z kliniki Bergmann'a przeciw stosowaniu jodku potasu w promienicy; zastrzykiwania JK zwykle bywają bez skutku; jedyny radykalny zabieg — jest skrobanie.

Kol. Maje wski przeciwnie, uważa JK za bardzo pożyteczny w promienicy, przyczem powołuje się na obszerne dane, przytoczone przez Ponset; wspomina o promienicy rzyci, pozorującej nieraz przymiot.

Kol. Rudzki przypomina sobie dwa przypadki promienicy płuc, w których nastąpiło wyleczenie po stosowaniu jodku potasu wewnątrz; również w wielu innych umiejscowieniach promienicy widział w rękach koleżków-chirurgów dobre wyniki leczenia JK.

Kol. Dobrucki zaznacza, że promienica nieraz bywa samoleczalną, bez żadnych zabiegów leczniczych. Co do promienicy szyi, sam spostrzegł podobny przypadek: chory przedstawiał powiększenie gruczołu krokowego z bardzo niejasną etiologią i nieokreślonymi objawami miejscowymi; po nacięciu, dokonaniem w Warszawie, okazała się promienica w okolicy odbytu.

6. Kol. Maje wski przedstawił preparat żołądka z gastritis phlegmonosa, która powstała wtórnie w przebiegu raka przełyku.

Frańciszek R., lat 47; od $\frac{1}{2}$ roku skarżył się na trudność przy połykaniu stałych pokarmów. W odległości 19 ctm. od zębów zgłębnik żołądkowy natrafiał na przeszkodę. Przeszkodę tę stopniowo kolejnymi zgłębnikami Bouchard'a rozszerzano; chory miał się nieźle; połykał lepiej; gdy naraz na 4 dni przed śmiercią dostał ciepłoty—40^o,0 przy tętnie 140; stan ogólny—był ciężki; skarżył się na bóle w dołku, wymiotów nie miewał, badanie chorego danych pozytywnych nie dostarczyło; przypuszczano mediastinitis; w stanie takim chory umarł.

Sekcya wykazała prócz pierścieniowatego owrzodzenia rakowego w górnej części przelyku—rozlane ropne nacieczenie w błonie podśluzowej żołądka, na silniej wyrażone w pobliżu odźwiernika; ścianka żołądka w miejscach tych była bardzo gruba; przy nacięciu jej z błony podśluzowej wyciskały się czopy gęstej zielonej ropy; na powierzchni błony śluzowej także była ropa, przedostająca się z pod niej przez pojedyncze, nieprawidłowej formy otwory. (*Autoreferat*).

7. Prezes odczytał odezwę Płockiego Tow. Lekarskiego w sprawie zbierania danych o popularyzacji wiadomości higienicznych. Postawiono prosić kol. J a c z e w s k i e g o o zapełnienie przysłanego kwestyonaryusza.

8. Kol. Rudzki wygłosił odczyt „o wodzie Krościeńskiej“.

Po wstępnych uwagach o składzie wody Krościeńskiej i piśmiennictwie tyczącym się jej, kol. R. podał wyniki własnych spostrzeżeń. Stosował on wodę Krościeńską w 24 przypadkach, na które zbożyły się następujące cierpienia: nieżyt gardzieli (1), nieżyt oskrzeli (6), gruźlica płuc (3), nieżyt kwaśny żołądka (3), nieżyt jelit (2), kamica żółciowa (3), nieżyt miedniczek nerkowych (2), skaza moczowa (2). Prelegent widział naogół dodatni wpływ wody Krościeńskiej u swych chorych i sądzi, że woda ta krajowa może i powinna wyrugować cały szereg wód mineralnych obcych o podobnym składzie.

Kol. R. przedstawił wykaz porównawczy głównych składników odnośnych wód obcokrajowych oraz Krościeńskiej i dowodzi, że może ona zastąpić następujące wady, które wszystkie niżej od niej stoją pod względem balneologicznym.

Apollinaris, Bilin, Ems, Fachingen, Giesshübl, Gleichenberg, Neuenahr, Salvator, Salzbrunn, Selters, Soden, Vichy.

(*Streszczenie własne*).

W dyskusji zabierali głos: kol. K u s z e l e w s k i, p. P r z y b y ł o w s k i, kol. D o b r u c k i, zapytując o pewne szczegóły.

Prelegent udzielił odpowiednich wyjaśnień.

Na tem posiedzenie zamknięto.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1 września 1903 r.

Partactwo lekarskie w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu kwitnie sobie na prowincyi w całej pełni. Lekarz walczyć musi nie tylko z ciemnotą ludu, nie tylko z uprzedzeniami otoczenia, ale z całą falangą ludzi, którzy bądź w celu zarobku, jak wszelkiego rodzaju owczarze, bądź też z innych powodów uprawiają niedozwolone leczenie.

Że nie tylko ludzie mało oświeceni, ale i księża, panie z dworów, nauczyciele wiejscy leczą, jest to publiczną tajemnicą. O ile nie wychodzą przytem z zakresu leczenia domowego, przynoszą szkodę tylko o tyle, o ile opóźniają pomoc racjonalną, od tych jednak przedstawicieli inteligencji wiejskiej wymagać należy, aby, lecząc, nie szerzyli błędnych pojęć i wyobrażeń i przez to nie przynosili większej szkody, niż pożytku, a, co ważniejsza, aby w poradach swych trzymali się apteczek domowych.

Tymczasem dzieje się inaczej. Jeden z poważnych kolegów, praktykujących na prowincyi, pisze nam, co następuje:

„Jednym z takich zwolenników sztuki znachorskiej jest ks. P. z g. Lubelskiej, do którego, o ile mi wiadomo, zjeżdżają się ludzie ze stron nawet odległych, aby zasięgnąć jego porady.

Około 3 tygodni temu wybrało się z g. Siedleckiej 3 chorych. Jedna z nich, nie młoda z rozedmą płuc i przewlekłym nieżytem żołądka jest już oddawna w mojej kuracyi i, wkrótce po powrocie od ks. P., gdy przepisane przez niego leki nie skutkowały, ponownie zwróciła się do mnie, opowiadając, że ks. P., nie badając jej wcale, zapytał, czy miała kołtun. Gdy chora odpowiedziała, że kiedyś miała, ale został obcięty przez synową, ks. P. zaczął się rzucić i chorą zwymyślał, objaśniając że ztąd pochodzi cała jej choroba. Zalecił noszenie czepka woskowego, zaniechanie czesania włosów, dopóki nie zwinie się kołtun. Prócz tego zapisał środki apteczne w postaci recepty, którą tu przytaczamy:

„dla Petroneli
Rp. Sol. Cali (sic!) Brumati
3j—3V

powtórzyć

*

Rp. Ung: fort. Cantharid.

3j

8/VIII 1903.“

Wkrótce po tem zjawiła się u mnie inna chora z neurastenią. I jej również ks. P. kazał kołtun zapuścić, a gdy chora zapytała o matkę, oddawna cierpiącą na obłąd, ks. P. w kołtunie znalazł wytlumaczenie. Smutne to rzeczywiście, że, gdy lekarze działają we wprost przeciwnym kierunku, starając się osłabić śród ludu wiarę w kołtun jako przyczynę chorób, księża, którzy oświecać powinni—tumania lud.

Nie znam poglądów ks. P. na inne kwestye lekarskie, sądząc jednak z powyższego należy się spodziewać, że stoją na tym samym poziomie. Wobec tego stanowczo twierdzić można, że ks. P. nie tylko nie działa dodatnio, ale ujemnie. Chorzy niezamożni odbywają daleką podróż, aby z ust księdza dowiedzieć się, że choroba ich jest kołtunem, poświęcają czas i pieniądze, których użyć by mogli na leczenie właściwe.

Nie pozostaje nic innego, jak poradzić ks. P., aby zaprzestał swych porad szkodliwych pod wszelkimi względami“.

Tyle nasz korespondent. Do słów powyższych dodać li tylko

możemy, że nazwisko księdza jest nam wiadome, oraz że jesteśmy w posiadaniu oryginału recepty powyżej przytoczonej i w razie potrzeby dowodami tymi służyć możemy.

Mamy nadzieję, że ks. P. zrozumie, iż leczenie, a tembardziej szerzenie pojęć szkodliwych nie leży w zakresie jego działalności i nie zmusi lekarzy okolicznych do wystąpienia przeciw sobie. Toć przecież inteligencja wiejska winna w interesie zdrowia publicznego pomagać, a nie przeszkadzać lekarzom.

= D. 27 z. m. VI wydział sądu Okręgowego Warszawskiego sądził sprawę wydawcy naszego pisma i b. właściciela drukarni Estetycznej kol. K. Sierpińskiego o przestępstwo prasowe. Przestępstwo polegało na wydrukowaniu bez cenzury w zeszytach XI *Kroniki Lekarskiej* z r. 1897 artykułu p. n. „Odprawa” w odpowiedzi na artykuł *Warsz. Dniwn.* p. n. „Lekarze petersburscy i warszawscy”. Po wysłuchaniu obrony adw. przysięgi. Kijeńskiego sąd skazał naszego wydawcę na 25 rs. kary.

—w— Od 2 miesięcy wciąż panuje w Warszawie odra i szkarlatyna, z przebiegiem niezbyt ciężkim. Na uwagę zasługuje również częste występowanie tyfusu brzuszego; przypadków tego cierpienia mamy w ciągu lata roku bieżącego znacznie więcej, niż lat ubiegłych.

—w— W Lwowie wychodzi nowy dwutygodnik „Głos lekarzy” pod redakcją D-ra S. Mikołajskiego.

—w— W kwietniu 1904 r. odbędzie się w Norymberdze 1-szy międzynarodowy zjazd dla higieny szkolnej.

—w— Rada m. Eupatorii na prośbę rektora uniwersytetu Moskiewskiego odstąpiła bezpłatnie 1200 sążni kw. placu na brzegu morza na budowę sanatorium dla niezamożnych studentów. (R. Wr. 30.).

—w— Magistrat m. Petersburga, zgodnie z uchwałą lekarzy sanitarnych, postanowił rozdawać najbiedniejszej ludności bilety bezpłatne do 5-kopiejkowych łaźni. (R. Wr. 30.).

—w— Zarząd węgierskiej miejscowości kąpielowej Visk-Varhegy mianował lekarzem zdrojowym kobietę-lekarza Charlotte Steinberger z Budapesztu.

—w— W Anglii zauważono silne zwiększanie się liczby samobójstw pomiędzy lekarzami. Przyczyną tego ma być wciąż wzrastający niedostatek materyalny wobec coraz to większej liczby lekarzy i coraz mniejszej liczby zachorowań wśród ludności. (Amer. Med., 4. VII).

Z M A R L I.

D-r Zygmunt Fuchs, profesor fizjologii w wiedeńskiej szkole rolniczej i prywatdocent fizjologii uniwersytetu Wiedeńskiego, dnia 20 lipca w Wiedniu, w wieku lat 43.

D-r Karol Maydl dnia 9 sierpnia w Pradze Czeskiej w wieku lat 51 wskutek ataku apoplektycznego. Zmarły był profesorem kli-

niki chirurgicznej uniwersytetu czeskiego w Pradze i słynął jako dzielny chirurg.

D-r Edmund Nocard dnia 2 sierpnia w St. Maure pod Paryżem w wieku lat 53. Zmarły był profesorem szkoły weterynaryjnej w Alfort, członkiem Akademii lekarskiej w Paryżu i jednym z najwybitniejszych uczniów Pasteur'a. Pozostawił liczne prace z dziedziny bakterjologii i epidemiologii zwierząt.

D-r Emanuel Munk, profesor fizjologii w Berlinie, dnia 1 sierpnia w wieku lat 52, wskutek udaru sercowego.

Biblioteka Lekarska.

Wyszedł Z. VII. Zeszyt VIII i IX wyjdą we wrześniu.

Tom I Podręcznika chorób wewnętrznych prof. G. Dieulafoy do nabycia w Redakcyi (Orla 5) oraz w księgarniach. Cena rb. 4, w oprawie rb. 4.50.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава 19 Августа 1903 г.