

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** *I. N. Halle i B. Motz.* O gruźlicy cewki tylnej i gruczołów ją otaczających (c. d.)—str. 789. *II. D-r L. Rzezniewski.* Podstawy psycho-fizjologicznej teorii histeryi (c. d.)—str. 794. *III. 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. 804.

IV. Dział sprawozdawczy: *I. Chirurgia.* 399. *Turck.* Wstrząs, zależny od znieczulenia ogólnego—str. 810. 400. *Cushing.* Przyp. do sprawy powstawania wstrząsu operacyjnego—str. 811. 401. *Zeas.* O mięśniu serca obnażonego w przyp. zapaści po narkozie—str. 812. 402. *Hutchinson.* Czy pęcherzyk żółciowy jest niezbędnym dla ustroju narządem?—str. 813. 403. *Kraemer.* O rozprzestrzenianiu się i sposobie powstawania gruźlicy moczopłciowej u mężczyzn—str. 814. 404. *Tubby.* Gruźlica stawu biodrowego—str. 815. *II. Choroby kobiet i akuszerya.* 405. *Strassmann.* Życie przed narodzinami—str. 815. 406. *Schambacher.* O ciąży jajowodowej prawdziwej i rzekomej—str. 819. 407. *Bollenhagen.* Stosowanie kolpeurynteru w położnictwie—str. 819. *III. Wiadomości pomniejsze:* od 408—409—str. 820. *IV. Wiadomości terapeutyczne:* od № 410 do 419—str. 821. *V. Bibliografia:* 420. *Pruszyński.* Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych—str. 830. *Kronika bieżąca*—str. 830. *Zmarli*—str. 831. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 20. *I. N. Halle et B. Motz.* Sur l'infection tuberculeuse uréthrale postérieure et glandulaire—p. 789. *II. D-r L. Rzezniewski.* Sur la théorie psycho-physiologique de l'hystérie—p. 794. *III. 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. 804.

I. Z kliniki dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

O GRUŹLICY CEWKI TYLNEJ

i

GRUCZOŁÓW JĄ OTACZAJĄCYCH.

Napisali:

N. Halle i B. Motz.

(Ciąg dalszy).

Zakażenie jam, błony śluzowej lub gruczołów.

Lasecznik gruźliczy, przeniesiony do tylnej cewki z moczem zakażonym z powierzchni ogniska w nerce lub z nasieniem wydzielonem

z grzliczego jądra, zakaża prostą drogą błony śluzowe, gruczoły i zbiorniki nasienne. Podobny mechanizm *à priori* jest nader prawdopodobnym.

Stwierdzone często zmiany połączone, z jednej strony—nerki, gruczołu krokowego, jądra i przyjadrza, a z drugiej warunki anatomiczne i fizyologiczne danej okolicy, obfitość gruczołów i wpustów w błonie śluzowej, fizyologiczne zastoiny są danymi, przemawiającymi na korzyść zakażenia jamowego (*cavitaire*). Istnienie tego ostatniego zostało w ostatnich czasach niejako potwierdzone w poważnej, a tak ciekawej pracy doświadczalnej *Hausen'a*, któremu udało się wywołać u królika jednostronną grzlicę nerki dzięki różnym środkom doświadczalnym, (których pomimo wielkiego zajęcia, jakie przedstawiają, tutaj przytaczać nie możemy). *Hausen* stwierdził bezpośrednio istnienie stałe i w obfitej ilości laseczników grzliczych, pochodzących z nerki chorej i przechodzących do wydzielonego przez nią moczu. Rzadko jednak spotykał on zmiany następcze grzlicze w przewodach moczowych (4 razy) i pęcherza (2 razy). Przeciwnie—często, bo w 9 przypadkach na 12 spostrzegął *Hausen* wtórne zakażenia lasecznikami w narządzie płciowym, gruczole krokowym i jądrze. Powyższe zakażenia wtórne, można by rzec, są raczej natury krwionośnej, a nie jamowej. Dalej, nie spostrzegano ich u kobiety: zaczynają się one w jamie gruczołu krokowego, aby już wtórnie zająć sam gruczoł, a później—jądro; w miejscach powyższych gruczołu zaczynają od zajęcia naczyń chłonnych; laseczniki sadowią się na powierzchni nabłonka, pomiędzy komórkami lub w tkance podnabłonkowej, gdzie i powstaje pierwotna ziarnina. Takim zmianom w gruczole krokowym i pęcherzykach nasiennych w wysokim stopniu sprzyjają: zastój moczu zawierającego laseczniki w miejscu połączenia narządów moczowych i płciowych, na skutek czasowego zamknięcia światła moczowodu. W końcu, co jest dowodem ważności miejsca w powstawaniu spraw wspomnianych w dolnym odcinku narządu moczopłciowego, to, że nie znajdujemy ich, wyosobniając pierwotną sprawę w nerce przez podwiązanie moczowodu.

Wdrugim szeregu swych doświadczeń *Hausen* spostrzegął grzlicę w gruczole krokowym i w przewodach wyprowadzających nasienie, występującą po wywołanej sztucznie grzlicy przyjadrza.

A zatem, wraz z *Hausen'em* mamy prawo wnioskować, iż grzlica *confluentis urogenitalis* może być sprowadzoną sztucznie przez bezpośrednie zakażenie przewodów: owe laseczniki grzlicze, przyniesione do moczowodu z ogniska pierwotnego w nerce lub jądrze, dostają

się prostą drogą do gruczołów przez ich przewody wydzielnicze, otwierające się do śluzówki cewkowej.

W ten sposób dwa rodzaje zakażenia—drogą krwiobiegu i drogą jamową—łączą swe wpływy w warunkach dotąd bliżej nieokreślonych, by doprowadzić do zaszczepienia gruźlicy w okolicy wspomnianej wyżej.

Przechodząc do strony klinicznej sprawy, jej objawów, rozpoznania i rokowania, umyślnie pozostawimy na boku objawy czynnościowe takie, jak częstość, bolesność oraz trudność w oddawaniu moczu, wysięk z cewki, krwimocz lub ropomocz. Objawy powyższe, które cechują okres początkowy i postać cewkopęcherzową choroby, nie dowodzą, wszystkie razem wzięte, zajęcia cewki tylnej. Przypomnimy jedynie objawy fizyczne w ich całokształcie, one bowiem dla klinicysty będą bezpośrednio wyłomaczeniem zmian anatomicznych.

Badanie przez kışkę prostą jest jedynym środkiem rozpoznania chirurgicznego.

Od samego początku wtargnięcia gruźlicy, powiększenie gruczołu krokowego, oraz jego napięcie dowodzą przekrwienia wokoło ognisk gruźliczych. Dalej następują zmiany w postaci i konsystencji—wypuklenia, ogniska rozmiękłe, które pozwalają dotykać jąder gruźliczych a nawet konstatować ich rozwój.

W przypadku całkowitego rozmięczenia, postaci zresztą wyjątkowej, obrzękły gruczoł krokowy robi wrażenie masy jednolitej, ciastowatej, tak, iż palec zapada, jak w masło. W przypadku zaś stwardnienia zanikowego (okresie częstym wyleczenia) stwierdzano zmniejszenie objętości narządu i twardość gruczołu. Również pożyteczne w kierunku rozpoznania dane otrzymujemy dzięki badaniu przez kışkę prostą pęcherzyków nasiennych; tutaj jednak (wypuklenia) guzowatości wyraźne bywają rzadkie; lecz jednolite napięcie i pewna ciastowatość odpowiadają nacieczeniu całej masy.

W połączeniu z obmacywaniem brzucha, badanie przez kışkę pozwala rozpoznać powikłania około prostaty i pęcherzyków nasiennych, stwardnienia sklerotyczne lub włóknistośluzeczowe w tkance okołopęcherzowej tylnobocznej; nacieczenie gruźlicze i ogniska ropni chłodnych miednicowych, pochodzących z gruczołu krokowego lub pęcherzyków nasiennych, z ich rozmięczeniem i otwarciem do odbytnicy.

Badanie za pomocą przyrządów, szczególnie w początku choroby bardzo słabą przynosi korzyść. Cewnikowanie, zawsze bolesne, często wywołujące krwawienia, a nieraz niewykonalne, niewiele dojdaje do zaburzeń czynnościowych w pęcherzu i cewce.

Endoskop w kilku szczęśliwszych przypadkach pozwolił rozpoznać zmiany powierzchowne w śluzówce cewkowej, szczególnie w gruczole krokowym i wpustach gruczolowych.

Jeżeli zgłębnik lub endoskop opróżnia ognisko serowatoropne powierzchowne i otwierające się do cewki lub, co prościej, zbiera wydzielinę chorobową, nagromadzoną w okolicy gruczolu krokowego, to wyniki podobnego badania mogą bezpośrednio wyświeślać rozpoznanie.

Wyciskanie płynu z gruczolu krokowego za pomocą mięsienia przez odbytnicę pozwala badać zebraną wydzielinę już na początku choroby i, jeżeli znajdujemy w niej laseczniki Kocha, to i określić niewątpliwie naturę choroby, jeżeli już nie samo jej siedlisko.

Czy w okresie końcowym choroby badanie kliniczne pozwala podejrzewać lub rozpoznawać z pewnością rozległe zmiany rozpadowe w confluens urogenitalis, a szczególnie wielką jamę podpęcherzową? Należy przyznać, iż dotąd zmiany powyższe, jakkolwiek częste, a zarówno ich objawy mało zwracały na siebie uwagi. Zjawiają się one w ostatnim okresie choroby, kiedy chory już bywa wyniszczony, prawie umierający, niezdolny wytrzymać badania chirurgicznego, które mu żadnej korzyści przynieść już nie może.

Niektóre objawy czynnościowe, będąc bezpośrednim wynikiem głębokich zmian anatomicznych i fizyologicznych w danej okolicy, powinny jednak zwracać naszą uwagę. Tak np. oddawanie moczu przerywane (en deux temps) podają jako charakterystyczny objaw jamy podpęcherzowej, ponieważ prawdziwy uchyłek wypełniony moczem leży wtedy nad drogą zwykłą, po której przechodzi mocz z pęcherza; po pierwszym strumieniu, będącym skutkiem bezpośrednim skurczu pęcherzowego, mocz zebrany w uchyłku poczyną wypływać zeń bez wysiłku.

Zdaje się, iż rzeczywista niemożność powstrzymania moczu, którą stwierdziliśmy niejednokrotnie u chorych na gruźlicę dróg moczowych, w stanie wyczerpania, może być skutkiem zupełnego zniszczenia szyjki pęcherzowej lub cewki w części błoniastej lub okolicy gruczolu krokowego: chociaż często może ona zależeć od zmniejszenia pojemności pęcherza lub zniszczenia jego tkanki mięśniowej.

W wielkich jamach gruczolu krokowego Albarran spostrzegał bardzo obfite i daleko posunięte wylewy krwawe, które symulowały krwimocz, zależny od nowotworów pęcherza; a bywały one nieraz tak obfite, iż trzeba było, jak w jednym przypadku, uciekać się do operacji—otwarcia oraz tamponowania od strony kroczu jamy w gruczole, aby powstrzymać grożący życiu krwotok.

Bardzo prawdopodobnie w powyższych wielkich zniszczeniach krwotoki tak poważne były powodowane przez nadżarcia i owrzodzenia ściany w gałązce tętniczej, leżącej w jamie, co jest analogicznem—pod względem mechanizmu powstawania—do piorunujących krwotoków płucnych tej samej natury gruźliczej w okresie jamowym choroby.

Zdaje się, iż badanie chirurgiczne cewki, dotkniętej jamami gruźliczymi w części tylnej, powinno dawać wskazówki praktyczne.

Badanie przez odbytnicę powinno dać możliwość rozpoznania jamy podpęcherzowej, a przy pomocy naciskania i mięsienia uwalniać z niej płyn moczoropny, który się tam zostaje. Najlepsze, jak dotąd, wyniki badania daje cewnikowanie.

W większości przypadków główka cewnika zatrzymuje się w okolicy gruczołu krokowego i porusza się w niej nienormalnie swobodnie; pomimo to jednak obraca się ona mniej swobodnie, niż w pęcherzu.

W przypadku spostrzeganym przez D u f o u r'a główka zgłębnika szła bardzo daleko, wdół i wtył od pęcherza po palcu umieszczonym w odbytnicy, od którego oddzielała ją nader cienka błona; jedyny ten objaw stwierdzał istnienie obszernej jamy podpęcherzowej.

Takie badanie złożone—przez odbytnicę i przy pomocy cewnika winno być stosowane drobiazgowo w każdym przypadku; może ono, zdaniem naszym, potwierdzić rozpoznanie jamy podpęcherzowej, a nawet dać wskazówki ściśle co do umiejscowienia, rozległości oraz innych warunków anatomicznych sprawy.

Czasami, dochodząc do jamy, zgłębnik daje ujście płynowi cuchnącemu, moczoropnemu, zmieszanemu z grudkami serowatemi, co znowu jest objawem patognomicznym.

W dużej ilości przypadków cewnikowanie bywa niemożliwe lub ograniczone: zgłębnik, dostawszy się do jamy podpęcherzowej, nie może wejść do pęcherza, a kiedy się tam dostanie, to po tej krótkiej przerwie następuje powtórne opróżnienie płynu moczoropnego, różnego co do swej natury od pierwszego, co tylko potwierdza rozpoznanie „dwóch pęcherzy leżących jeden nad drugim“.

Czasami znowu, pomimo głębokości i rozległości zniszczeń, zgłębnik z łatwością dochodzi do pęcherza; tak np. w przypadku B o u d'a i W h i n d'l'a. Należy przypuścić wtedy, iż pozostały brzeżek ściany górnej cewki w okolicy gruczołu krokowego kieruje narzędzie ku szyjce pęcherza.

Nie trzeba zapominać o takiej możliwości, a w przypadku trudnego cewnikowania pęcherza należy zgłębić cewnik za pomocą rączki

prowadzić wzdłuż górnej ściany cewki, aby tym sposobem dojść do wyniku pożądanego.

W ogóle, w każdym przypadku, gdzie zgłębnik u chorego dotkniętego gruźlicą dróg moczowych spotyka przeszkodę w okolicy gruczołu krokowego, należy pamiętać o możliwości owrzodzeń rozpadających się. Spostrzegane nieraz zważenia cewki w części błoniastej lub krokowej u cierpiących na gruźlicę moczową są bardzo prawdopodobnie zważeniami fałszywymi, które powodują zmiany w gruczołach okołocewkowych. A zatem—zbadanie wydzielin cewki tylnej, badanie przez odbytnicę w połączeniu z obmacywaniem, wreszcie cewnikowanie—oto środki rozpoznawania chirurgicznego; a wyniki badań powyższych, dobrze wyrozumowane, mogą dawać dość ściśle pojęcie o zaburzeniach.

Pozostawiamy na boku rozpoznanie różniczkowe zmian gruźliczych w cewce tylnej i gruczole krokowym; zwykłe przewlekłe zapalenie cewki tylnej z powikłaniem gruczolowem, jamy w gruczole krokowym, zależne od kamieni lub ropni zwykłych, mogą dawać objawy podobne; tymczasem, praca niniejsza ma jedynie na celu stronę kliniczną sprawy. (Dok. nast.)



II. PODSTAWY PSYCHO-FIZYOLOGICZNEJ TEORJI HISTERYI

jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego
szkoły Salpêtriere.

Napisał

L. Rzeznowski.

(Ciąg dalszy).

Ponieważ rozbiór szczegółowy objawów histeryi nie odpowiada celowi pracy niniejszej i powinien być zadaniem kazuistyki przeto z zamknięciem rozdziału traktującego o wzruszeniach, ogólną psychologiczną analizę histeryi możemy uznać za wyczerpaną i czas przejść do syntezy zebranego materiału. Zwracamy więc uwagę, że podane

przez nas znamiona czyli cechy psychologiczne histeryi nie są produktem zwykłej mniej lub więcej udatnej obserwacji psychologicznej, lecz wypłynęły z doświadczeń psychologicznych długo i systematycznie w tym kierunku na wielkiej liczbie chorych przeprowadzanych. One to stanowiły jedyny sposób wniknięcia głębiej nieco w psycho-mechanikę histeryi.

Zwróćmy jednak szczególną uwagę na to, że wszystko wyżej przytoczone nie polegało na prostym wyliczeniu znamion, lecz na ich *klasyfikacji*, t. j. zgrupowaniu według zależności cech psychicznych jednych od drugich, było ich układem według powszechnych praw przyczynowości, które widocznie w świecie zjawisk psychologicznych nawet w histeryi zdają się obowiązywać tak dobrze, jak i w świecie innych zjawisk.

W myśl więc owego prawa przyczynowości nawet w kazuistyce, której zadaniem powinien być szczegółowy rozbiór objawów histeryi w oddzielnych przypadkach, mamy prawo dziś wymagać, aby odróżniano objawy zależne wprost od tła, od objawów, powstających na podstawie mechanizmu sugestyi i aby w przypadłościach, zależnych rzeczywiście od wyobrażeń lub wzruszeń starano się dociec od *jakiego* też wyobrażenia lub wzruszenia zależy objaw w każdym danym przypadku a to dlatego, że każdy chory realizuje objaw jak go pojmuje, a odmiany indywidualne wzruszeń są niezliczone i stąd właśnie pochodzi tak wielka różnaitość przypadłości histerycznych, a i dlatego jeszcze, że jeśli objaw może być usunięty za pomocą t. zw. terapii sugestyjnej zdaje się być bardzo logicznym wymaganiem poznanie najprzód jakości patologicznego wyobrażenia, gdyż od tej jakości zależy przecież powinien wybór rodzaju snggestyi leczniczej i sposobów jej aplikacji.

My jednak w pracy niniejszej postawiliśmy sobie inny cel ogólniejszy. My staraliśmy się wyjaśnić *dlaczego* wogóle wyobrażenia lub wzruszenia w histeryi realizują się na obwodzie w objawach pozornie czysto fizyologicznych. Pytanie to zadano sobie w Salpêtriere bezpośrednio po przytoczonych na wstępie doświadczeniach klinicznych Charcota z działaniem sugestyi na histeryków. Myśl przewodnia tego pytania spowodowała właśnie zwrot w pojęciach o histeryi, gdyż przeniosła uwagę z objawów somatycznych na stan umysłowy histeryka i stała się punktem wyjścia wszystkich wyżej wymienionych doświadczeń dokonywanych systematycznie, a zmierzających do zdobycia odpowiedzi na powyższe pytanie.

Dziś z powodu spaczenia pierwotnego psychologicznego pojęcia sugestyi, i kiedy wyraz ten przestał cokolwiekbądź bardziej określonego oznaczać, odkąd wmówiono, wbrew oczywistości, że sugestyjność

jest zjawiskiem normalnym, którego niema potrzeby tłumaczyć, naturalnie, że ogół zatracił też zupełnie poczucie potrzeby stawiania sobie takiego pytania. Lecz nasuwało się ono bardzo logicznie wobec wyników pierwszych doświadczeń, w których po raz pierwszy wykazano doświadczalnie, że *wyobrażenie porażenia*, wprowadzone do umysłu historyka zrealizowało się w *porażeniu realnem*, mającem wszelkie fizyczne cechy porażenia historycznego i ten dziwny pozornie fakt zamiany wyobrażenia porażenia w porażenie realne nazwano właśnie sugestją. Dziś fakt ten tłumaczymy psychologicznie anormalnym automatycznym rozwojem wyobrażeń i wzruszeń w umyśle historyka, doprowadzającym na pewnych stopniach rozwoju do rozpadu tych wyobrażeń na elementy składowe, realizujące się w objawach obwodowych, lecz w epoce, o której mowa, potrzeba było dopiero to badać, tego dochodzić, należało zatem zwrócić się do badania umysłu tych chorych i badanie to rozpoczęte od skonstatowania wpływu wyobrażeń intelektualnych czyli jednostek psychologicznych złożonych przeniesiono kierując się „dobrą naukową metodą“ na badanie elementarnych wyobrażeń zmysłowych. Przystąpiono zatem do badania natury anestezyi historycznej, która zdawien dawna poczytywaną była za znamię rozpoznawcze histeryi i według dawniejszych pojęć znamię oczywiście co do natury swojej fizyczne.

Badano zatem zrazu zmienne zachowanie się anestezyi historycznej pod wpływem sugestyi czyli w *zależności od zmiennych wyobrażeń lub wzruszeń* osobnika sztucznie modyfikowanych. Wynikiem tych doświadczeń było dojście do przekonania, że w anestezyi historycznej pierwiastek czucia wprawdzie istnieje, na co zgodzili się wszyscy badacze, lecz istnieje pod progiem świadomości jasnej, z której jako postrzeganie osobiste wrażenia czuciowego może być sztucznie przez sugestję negatywną (zakaz) usunięte. Lecz, niezależnie od zmiennego zachowania się anestezyi pod wpływem zmiennych wyobrażeń, nasuwała się klinicyście anestezya jako *znamię* w naturalnym powstawaniu i rozwoju histeryi występująca na obwodzie mniej więcej *jednostajnie* i niezmiennie od wieków i wszędzie, zatem według wszelkiego prawdopodobieństwa *niezależna od* sztucznie modyfikującego rozkład anestezyi na obwodzie *wpływu wyobrażeń lub wzruszeń*. Chodziło teraz o wykazanie, czy anestezya historyczna jako *znamię* ma również psychologiczny początek i jaki? Najprzód spostrzeżenia nad wpływem uwagi lub roztargnienia na znamiona, następnie zaś doświadczenia nad uwagą historyków doprowadziły w końcu do wniosku, że *anestezya historyczna jako znamię choroby* (stygmat) jest również pochodzenia psychologicznego, lecz powstaje i zależy nie od wyobrażeń osobnika, lecz od

zaniedbania zrazu prawie dowolnego, następnie zaś przymusowego postrzegania czyli syntetyzowania w jasnej osobistej świadomości (jaźni) grup pewnych kategorii wrażeń zmysłowych, mogącego doprowadzać do zupełnego zapomnienia tych wrażeń. Ta konkluzja zatem, uczyniwszy anestezję historyczną objawem pewnego rodzaju abulii, objaśniwszy tem samem znamię choroby pozornie fizyczne za pomocą zjawiska psychologicznego, przeniosła je w dziedzinę psychiczną i doprowadziła tem samem do określenia tła historyi jako *tła psychologicznego*, które charakteryzuje się (jak właśnie doświadczalnie stwierdzono) *pierwotną istotną niemocą uwagi dowolnej* czyli t. zw. aprosexią, psychologiczna istota której polega na niemożności syntetyzowania w świadomości jasnej większej naraz ilości czy to pierwiastków, czy też bardziej złożonych zjawisk psychologicznych. Widzieliśmy też w następnych rozdziałach jak z powodu tej podstawowej niemocy uwagi dowolnej odpadały ze świadomości jasnej historyków (naturalnie nie koniecznie zawsze i u wszystkich) bardziej złożone wspomnienia w przypadkach t. zw. amnesiae continuae, a zatem również i wspomnienia elementarnych wrażeń zmysłowych. Widzieliśmy jak z powodu zawsze tej samej niemocy syntezy odpadały ze świadomości osobistej czyli *automatyzowały się* bardziej złożone czyli *intellektualne wyobrażenia*, które w swym automatyzmie, dzięki brakowi współczesnych wyobrażeń, które mogłyby występować w charakterze elementów rozwój ich powstrzymujących *ulegać musiały anormalnemu rozwojowi*, naturalnie że także w różnym stopniu. Stosownie do stopnia tego rozwoju sprawiać one mogły albo zaburzenia czysto psychiczne, lub też osiągnęły stopień rozwoju, który nazwaliśmy zupełnym i wskutku rozpadania się swego na pojedyncze elementy zmysłowe (dezagregacyi) realizować się mogły na obwodzie pod postacią objawów o pozorach czysto fizyologicznych, odtwarzając jednym słowem na podstawie takiego mechanizmu psychologicznego zamianę zjawisk natury psychologicznej w zjawiska przedstawiające na obwodzie cechy fizyologiczne, a co właśnie w pierwszych doświadczeniach Charcot'a zostało objęte w pojęciu sugestyi i *co do dziś dnia również przedstawia z punktu widzenia klinicznego jedynie interesujące zjawisko w sugestyi*. Widzieliśmy nakoniec, jak dzięki tej samej własności tła psychologicznego t. j. niemocy syntezy, wzruszenia podobnie jak wyobrażenia ulegały w historyi nadmiernemu rozwojowi aż rozpadały się w końcu na układy psychofizyologiczne, automatyczne pod postacią t. zw. wzruszeń usystematyzowanych i zlokalizowanych. Nadmienimy przytem, że gdyby nawet wzruszenia stanowiły tylko pewną własność (Gefühl-

ston) wyobrażeń muszą być jednak z tych ostatnich wyróżnione ze względu na odmienną psychologiczną naturę ich pierwiastków.

Otóż *jedynie z takiego punktu widzenia* oceniając zjawiska histeryi możemy dziś twierdzić, że jeśli nie cała (co do pochodzenia bowiem psychologicznego zaburzeń w przemianie materii dowodów doświadczalnych dotychczas nie zgromadzono) to przynajmniej *główne objawy histeryi*, nie tylko zatem objawy psychiczne, o których pochodzeniu nikt nigdy nie wątpił, lecz i objawy obwodowe czyli somatyczne histeryi *wyrastają z tła psychologicznego tych chorych*. I prosimy o zwrócenie szczególniejszej uwagi na to, że mówimy *z tła psychologicznego, nie zaś z sugestyjności*. *Sugestyjność* bowiem *histeryków*, której podstawą psychologiczną jest anormalny rozwój wyobrażeń i wzruszeń poza kontrolą wrażeń bieżących i osobowości *jest tylko własnością psychologiczną zależną tak dobrze jak wszystkie inne od tła psychologicznego tych chorych*.

Gdybyśmy więc ze stanowiska wyłącznie psychiatrycznego zapragnęli scharakteryzować histeryę, to mielibyśmy prawo orzec, że ten stan psychopatologiczny nie różni się zasadniczo od stanów psychopatologicznych innego pochodzenia, które w okresach ich pełnego rozwoju rzadko tylko przedstawiają zaburzenia ograniczone do jednej sfery psychologicznej, gdyż na mocy wzajemnego oddziaływania na siebie różnych sfer cierpi zwykle cały umysł.

I w histeryi zaburzenia psychiczne nie ograniczają się również do jednej sfery intelektualnej, czyli sfery wyobrażeń, mimo że ogół tak sądzi. Obok nich istnieją w histeryi zaburzenia w sferze afektów i sposobu czucia. Zdaniem zaś naszym ponad zaburzeniami obu tych kategorii górują zaburzenia w sferze woli pod postacią specjalnej niemocy uwagi dowolnej, t. zw. aprosexii.

Jednakże ta definicya psychiatryczna histeryi jakkolwiek prawdziwa nie jest jeszcze wystarczająca.

Pomimo bowiem tego, że sugestyjność histeryczna jest tylko objawem wtórnym, od tła psychologicznego tych chorych zależnym, o czym nie należy też nigdy zapominać, widzieli czytelnicy, żeśmy ją zaliczyli do głównych psychologicznych znamion histeryi. Uczyniliśmy zaś to dlatego, że sugestyjność, pojmowana w znaczeniu własności psychicznej, na mocy której wyobrażenia i wzruszenia chociaż *nie zawsze muszą* jednak *częstokroć mogą* zamieniać się w zjawiska fizyologiczne jest cechą wyróżniającą histeryę jako *stan psychopatologiczny specjalny* od stanów psychopatologicznych innego pochodzenia, w których wyobrażenia i wzruszenia wyrażają się na zewnątrz w sposób mniej więcej zwykły t. j. w mowie, aktach, lub niezmienionych tak dalece

co do natury swej reakcyach fizyologicznych wzruszeń. Specyjalna ta własność histeryi jest też powodem szczególnego oddziaływania na siebie różnych sfer psychicznych. Wiemy już np., że wyobrażenia czy wzruszenia w histeryi ulegają anormalnemu rozwojowi i następnym rozpadowi jedynie dzięki aprosexii, czyli tłu psychologicznemu. Wzruszenia jednak są specyjalnie ważne pod tym względem, że one to w znacznej mierze podtrzymują abulię tych chorych przez swój wpływ ustawicznie hypnotyzujący i zarazem suggestyonujący (same lub w połączeniu z wyobrażeniami) jasną świadomość histeryka, odgrywając zatem w naturalnym przebiegu choroby rolę hypnozy i sugestyi doświadczalnej mają niesłychanie ważny udział w tworzeniu przyпадłości i jednocześnie *one też łącznie z abulią tworzą istotne tło histeryi*. Na terenie znów w ten sposób przygotowanym rozwijać się mogą anormalnie wyobrażenia, które znowu w okresie swego ustalenia i anormalnego rozwoju potęgować też mogą ze swej strony pierwotną abulię.

Jeżeli metoda doświadczalna dowiodła, jak widzieliśmy, że główne objawy histeryi są pochodzenia psychicznego, to dowiodła ona również, że nie wszystkie objawy powstają przez wyobrażenia intelektualne, jak myślał pierwotnie Möbius. Jedne objawy są bezpośredni następstwem abulii i aprosexii; innym znów i tych jest większość dają początek wzruszenia; wreszcie są naturalnie i objawy powstające na drodze hetero lub autosuggestyi, z tem zastrzeżeniem, że pod autosuggestyą nie będziemy rozumieli jakichś z powietrza pochwytyanych wmówień w siebie, lecz odzycie na drodze przypadkowych, assocjacyi dawnych, niekiedy skrytych wyobrażeń lub wzruszeń osobnika. Są nakoniec i takie objawy, których pierwotne źródło jest wprawdzie psychiczne, lecz bezpośrednia ich przyczyna jest obwodowa.

Rozstrzygnięte też zostały, dzięki metodzie psychologicznej doświadczalnej, twierdząco, wyrażone niegdyś przez Jolly'ego i Oppencheim'a a wspomniane już przez nas wątpliwości i dziś, zdaje się, być dowiedzionem, że nawet tam, gdzie chorzy nie zdają sobie jasno sprawy, aby ich myśli i wzruszenia bieżące mogły mieć jakikolwiek związek z objawami choroby bieżącymi, te ostatnie mogą niemniej mieć źródło psychologiczne we wzruszeniach lub wyobrażeniach dawniejszych, rozwijających się nieświadomie w głębszych warstwach świadomości mniej jasnej. Ten ostatni wynik metody doświadczalnej stanowi, zdaniem naszym, istotny nabytek rozszerzający nasze pojęcia psychopatologiczne i jest w tej dziedzinie stwierdzeniem tylko słuszności poglądów na psyche ludzką z innych punktów widzenia, np.

w dziedzinie etyki lub pedagogiki, w których to naukach pogląd na psyche jako na wypadkową, nie tylko wpływów bieżących, ale i minionych uznany jest oddawna jako jedynie naukowy. Jest też stwierdzeniem słuszności zasad etyologii, która oddawna w poszukiwaniu istotnych przyczyn innych chorób np. organicznych zmuszona jest sięgać niejednokrotnie do utajonych choć nabytych własności ustroju fizycznego. Zresztą, jak już mówiliśmy, możliwość istnienia pod progiem świadomości jasnej nie już pojedynczych wyobrażeń, lecz całych nawet łańcuchów wyobrażeniowych skojarzeń, została stwierdzona doświadczalnie w faktach sugestyi pohipnotycznej terminowej, a może też być postrzegana w delirjach, ujawniających się w samoistnym przebiegu histeryi w bardziej skomplikowanych atakach tej choroby z amnezją.

Możemy zatem stwierdzić dość obfity, jak się zdaje, plon, jaki przyniosły nam doświadczenia psychologiczne w poznaniu natury histeryi. Najważniejszym nabytkiem jednak jest odróżnienie tła psychologicznego od skutków sugestyi, oraz wykazanie, że sugestyjność histeryczna właśnie od tła tego zależy. Odtąd też nie tylko w histeryi, ale we wszystkich, jakie nadarzać się mogą, kwestjach z dziedziny t. zw. „wpływów umysłu na ciało“ powinna być przestrzegana zasada ogólna, że tylko uprzednia analiza stanu umysłowego osobnika może być miarodajną dla oceny zakresu i rozmiarów tego wpływu w każdym danym przypadku. Na tej też podstawie powinna się opierać wszelka naukowa dyskusja w kwestyi skuteczności psychoterapii wogóle, w szczególności zatem i t. zw. terapii sugestyjnej. I podniesienie tej zasady ogólnej uważamy za będące na dobie w epoce, w której nie nadmiar wprowadzie zdrowych psychologicznych poglądów, ale zato nadmiar kuracyi sugestyjnych zdaje się zagrażać medycynie.

Ponieważ do wszystkich wymienionych pojęć doszliśmy, postępując drogą *naukowej metody badania*, uważamy za właściwe naszkicować bliżej nieco zasady tej metody, którą posługiwano się i posługują w Salpêtriere.

Psychofizjologiczne fakty sugestyi doświadczalnej Charcota wymagały dla swego wyjaśnienia 2-ech kierunków badania. Jeden z nich którego próbę w faktach sugestyi doświadczalnej jużśmy poznali i który możnaby nazwać kierunkiem badania „z góry na dół“ postępuje od znanej przyczyny psychologicznej ku objawowi na obwodzie. Drugi kierunek „z dołu do góry“ zmierza od objawu na obwodzie ku jego *domniemanej* przyczynie psychologicznej.

Właściwie jest to przyjrzenie się jednemu zjawisku z 2-ech stron, potrzebne zarówno dla kontroli jak i dla lepszego poznania warunków zjawiska.

Wyniki obu kierunków badania wzajemnie się dopełniając, pozwalają dopiero na wytworzenie właściwego poglądu na naturę zjawiska, taka zaś metoda badania nazywa się metodą *psychofizyologiczną*.

Do pierwszego kierunku badania należy też niewątpliwie i sugestyja. Zważmy jednak, że gdyby szkoła Salpêtrierowska dla oszczędzenia sobie pracy, lub z jakiegokolwiek innych pobudek, uznała, że zjawiska sugestyjności wysokiego stopnia, w których następuje realizacja wyobrażeń na obwodzie są wbrew oczywistości, zjawiskami zupełnie normalnymi, tłumaczenia nie potrzebującymi, gdyby była jednym słowem utknęła na zjawiskach sugestyji, byłibyśmy w ciągu lat 18 ubiegłych od odkrycia Charcot'a nie postąpili o krok w pojęciach naszych o hysterii. I dziś zatem musielibyśmy zadawałniam się objaśnieniem, że wszystko co historyczne jest „po prostu“ psychiczne, wszystko zaś co psychiczne musi tem samem powstawać przez sugestyję. Wprawdzie, psychologia hysterii stała się dziś cokolwiek więcej skomplikowaną, ale też zbliżyliśmy się znacznie więcej do prawdy klinicznej.

Jako na przykład metody badania „z dołu do góry“ możemy się powołać na badania anestezyi historycznej jako stygmatu, do której badania postępując „według dobrej metody naukowej“ zwrócono się w Salpêtriére bezpośrednio po odkryciu psychofizyologicznych zjawisk sugestyji. Mogąc wykluczyć na podstawie *spostrzeżenia klinicznego* stałości anestezyi jako stygmatu wpływ przypadkowy wyobrażeń i wzruszeń, szukać musiano *innej przypuszczalnej przyczyny psychologicznej* i znaleziono ją doświadczalnie w specjalnej postaci abulii tych chorych. Widzieliśmy jak doniosłego znaczenia wyniki przyniósł ten kierunek badania, wykrył bowiem podstawowy warunek sugestyjności historycznej we własnościach psychicznych tych chorych, które bliżej określił i pozwolił nam na odróżnienie tła od zjawisk sugestyji. Lecz nie tylko na tem ograniczyło się badanie hysterii w Salpêtriére w kierunku badań „z dołu do góry“.

Jakkolwiek Charcot był odkrywcą nieznanego przedtem sposobu działania na umysł, a resp. przez umysł na obwód, który określił jako *sposób mimowolnej akceptacji wyobrażeń złożonych czyli sugestyje*, to jednak wszechstronny umysł naukowy tego wielkiego badacza nie mógł popaść w doktrynerstwo i nie już poza tym wykrytym przez siebie sposobem działania na umysł nie móżdż czy też nie chcieć, wiedzieć, ani uznawać. Jego odkrycie nie wykluczało wszak zwykłego sposobu działania na umysł *drogą akceptacji dobrowolnej wyobrażeń* i on też pierwszy określił psychologiczną różnicę sugge-

sty od zwykłego sposobu akceptacji wyobrażeń, jakieśmy wyżej podali. Lecz nowe odkrycie, i to pragnęlibyśmy w tem miejscu najmocniej zaakcentować, nie wykluczało też bynajmniej od wieków znanego i do czasu odkrycia Charcota za jedyny w psychologii poczytywanego, zatem najbardziej, że się tak wyrazimy, psychologicznego sposobu działania na umysł przez zmysły. Otóż w Salpêtriere użyto tego sposobu dla kontroli modyfikacji świadomości, jakie powoduje suggestya i dla określenia i tym sposobem tych niezbędnych warunków świadomości, które umożliwiają psychofizjologiczne zjawiska w naturalnym powstawaniu ich w histeryi, a których mechanizm według przewidywań Charcota mógł być ten sam jakim się posługiwała suggestya doświadczalna. Posługiwano się zatem w eksperymentacji psychologicznej na histerykach w Salpêtriere sztucznymi modyfikacjami ich świadomości nie tylko przez suggestyę lecz także przez nagłe, silne, lecz krótkotrwałe pobudzenie ich zmysłów, lub też przez monotonne, przedłużane, nużące stopniowo zmysły resp. uwagę dowolną, słowem hypnotyzujące sposoby działania na zmysły.

Wpomniane doświadczenia, jak o tem, była mowa w rozdziale o amnezyi, doprowadziły do poznania bliżej natury amnezyi histerycznej i jej związku z modyfikacją zmysłów, zatem nader ważnego objawu histeryi. Nadto na tej drodze otrzymywanesztuczne modyfikacje świadomości zwykłej histeryków wykryły nie tylko naprzemiennosc lecz współistnienie u histeryków, obok ich jaśniejszej, wielu jeszcze warstw mniej jasnej świadomości odgradzonych jedna od drugiej mniejszym lub większym stopniem amnezyi, wśród których to warstw oscyluje ustawicznie jaśniejsza czyli osobista świadomość histeryka, a co my w toku pracy niniejszej określaliśmy jako zmienną psychofizjologiczną równowagę tych chorych, gdyż zmienność stanów świadomości u histeryków wyraża się nieodłącznie na obwodzie zmianą uczucia, jakkolwiek niejednokrotnie nader trudno pochwytaną. Na tej też podstawie objaśnić się dawała do pewnego stopnia istotna przyczyna skłonności do hypnozy z jednej a do wzruszeniowości tych chorych z drugiej strony, oraz rola jaką ta ostatnia własność odgrywa w naturalnym przebiegu choroby ¹⁾.

¹⁾ Uwaga. Doświadczenia szkoły Salpêtriere z działaniem na umysł drogą pobudzeń zmysłowych przyniosły ważne wyniki teoretyczne i praktyczne. Dowiodły naprzód, że dla objaśnienia tych modyfikacji, które zachodzą na obwodzie pod wpływem nawet t. zw. „pasów magnetycznych“ nie potrzeba się uciekać do „fluidu mesmerycznego“, mechanizm bowiem psychologiczny chorego wystarcza. Nadto lekarzom psychoterapeutom wy-

kazały doświadczalnie jakie wypada im zająć stanowisko względem pozornie innej metody leczenia historyków za pomocą środków fizykalnych. Przykład lepiej to objaśni. Jeśli udało nam się znieść anestezję historyczną działającą na obwód excitatorem maszyny statycznej to suggestyoniści objaśnią nam ten skutek naturalnie „przez suggestyę”. Otóż jeśli przez suggestyę (mniejsza bowiem o nazwy gdyby chodziło jedynie o terapię) chcą oni wyrazić wogóle działanie na psyche, nie wdając się w bliższy rozbiór mechanizmu tego działania, chcą jednym słowem wyrazić, że otrzymany został *skutek psychologiczny* podzielamy to zdanie. Jeśli bowiem chory przedtem nie czuł, obecnie zaś czuje, znaczy to, że *świadomość jego rozszerzyła się* o nabytek postrzegania grupy wrażeń zmysłowych, których przedtem w świadomości jasnej brakowało. Możemy nawet dodać ze swej strony jako zasadę ogólną, że *ponieważ histerya wyrasta z tła psychologicznego wszelkie zatem leczenie, które pomaga istotnie w histeryi, może osiągać taki skutek jedynie przez działanie psychologiczne*. Lecz jest pozatem druga kwestya, mianowicie w *jaki sposób*, czyli na mocy jakiego mechanizmu skutek ten otrzymany został w danym przypadku? Pod nazwą suggestya rozumiemy w każdym razie działanie „z góry na dół” czyli realizacyę wyobrażenia na obwodzie. Otóż suggestyoniści znaleźli by się w niemałym kłopotcie, gdybyśmy zażądali od nich dowodu doświadczalnego, że *wyobrażenie* pożądanego, gdyż otrzymanego skutku elektryzacyi *zawsze*, t. j. (bez względu na warunki umysłowe subiekta, oraz bez względu na obiektywne warunki, w których odbywała się elektryzacya), *w umyśle tych chorych istniało à priori lub doń świeżo przenikło* i rozwinęło się do tego stopnia, że zrealizowało się na obwodzie. W rzeczywistości franklinizacya może *niekiedy* działać przez suggestyę jak wszystkie zresztą środki stosowane na obwód, zwłaszcza, i to stanowi warunek niezbędny, u bardzo suggestyjnnych chorych. Może nawet dawać przez autosuggestyę skutki częstokroć zupełnie nie pożądane. Prócz tego jednak, mechanizm działania środków stosowanych na obwodzie *nie przestając być psychologicznym* może też *niekiedy* nie być mechanizmem działania przez suggestyę. *Może np. polegać też na obudzeniu wspomnień wrażenia czuciowego bezpośrednio przez pobudzenie na obwodzie narządu utraconego czucia zmysłowego*, może jednym słowem działać przez przypomnienie resp. przywrócenie utraconego przez amnezję psychofizyologicznego narządu czucia (podobnie jak poprzednio widzieliśmy, że pobudzenie uwagi w kierunku utraconych wrażeń zmysłowych może prowadzić również do przywrócenia postrzegania tych wrażeń). A jest to inny mechanizm psychologiczny niż suggestya działa, bowiem w kierunku „z dołu ku górze”.

Mechanizm przywrócenia historykom czucia resp. usuwania ich objawów choroby, jakkolwiek zawsze psychologiczny może być w różnych przypadkach różny. Nas przynajmniej przekonały doświadczenia dokonywane nad pamięcią wrażeń elementarnych t. j. zmysłowych, że w niektórych i stosunkowo dość licznych przypadkach pamięć tych wrażeń a co zatem idzie czucie świadome mogło być przywrócone za pomocą środków z grupy t. zw. *aesthésiogenes* i nb. nie bez różnicy wyboru, lecz u różnych chorych za pomocą różnych środków z góry nieprzewidzianych *nawet w takich razach*, w których przez poprzednio daną suggestyę skutku tego nie udawało się otrzymać, lub vice versa. Dobrym zatem powodowani byliśmy instynktem, żeśmy nie wyrzucili za okno wszystkich naszych fizykal-

III. 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*).

β) *Dziedzicznie usposobienia*. Tak więc, niewątpliwą jest rzeczą, że gruźlicy jako takiej, t. j. lasecznika gruźliczego odziedziczyć nie można. Inaczej się jednak przedstawia sprawa odziedziczania pewnego swoistego usposobienia do gruźlicy. Już oddawna spostrzegano, iż w pewnych rodzinach gruźlica zbiera obfitszy plon, aniżeli wśród nie gruźliczych, że dzieci wymierają, doszedłszy do pewnego jednakowego wieku, że wreszcie nie wszyscy będący w otoczeniu suchotnika na gruźlicę zapadają, co zdawać by się mogło nieuniknionem zgodnie z teorią kontagionistyczną. Nowsi badacze tłumaczyli to zjawisko

nych aparatów z chwiłą, gdy nas zapewniono, że wszystkie one działają *jedynie* przez suggestę i mogą być zawsze zastąpione przez wzmówienie lub też przez przyklejenie bibułki na obwodzie. Myśmy się przekonali doświadczalnie, że mechanizm psychofizyologiczny objawu może być w różnych przypadkach różny więc tak w tłumaczeniu tego mechanizmu, jak co zatem idzie w wyborze terapii nie należy lekarzowi psychologowi zamykać się w poglądzie psychologicznym jednostronnym. Lekarz musi być niekiedy intelektualistą niekiedy znów sensualistą, lub jednym i drugim w miarę potrzeb danego przypadku. Może to być wprawdzie z ujmą dla doktryny suggestyjnej, lecz zato z prawdą kliniczną jest bardziej zgodne, a zatem praktycznie pożyteczniejsze. Są bowiem wyobrażenia złożone czyli intelektualne i są wyobrażenia elementarne czyli zmysłowe, są różne kierunki wyższej elaboracji psychologicznej wyobrażeń elementarnych, są sposoby działania na umysł według mechanizmu suggestyi, inne znów, działające według innych mechanizmów (np. pobudzenie wysiłku dowolnego, pobudzenie lub znużenie narządów zmysłów) nie można więc tego wszystkiego wiecznie mieszać z sobą bezładnie i opatrywać jedną fałszywą etykietą „suggestya“.

tem, gruźliczy rodzice pozostawiają potomkom w spadku pewne swoiste usposobienie, pewną niedowagę rozwojową.

α) *Dowody statystyczne.* Przedewszystkiem dane statystyczne zebrane z wywiadów o przodkach wskazywały, iż obciążenie dziedziczne jest częstym zjawiskiem. Lecz cyfry różnią się znacznie. Gdy jedni znajdowali gruźlicę u przodków w 10% przypadków, inni w 85%. Następująca tablica najlepiej to objaśnia:

Louis	wyказаł obciążenie dziedziczne w	10 ⁰ / ₁₀₀	przyp.
Hirschsprung		10 ⁰ / ₁₀₀	"
Barthez i Rilliet		około 14 ⁰ / ₁₀₀	"
Lebert		17 ⁰ / ₁₀₀	"
Sokołowski (8074 suchotników)		25 ⁰ / ₁₀₀	"
Pidoux Piorry Walsche		25 ⁰ / ₁₀₀	"
Schäffer (310 suchotników)		26 ⁰ / ₁₀₀	"
Jacubasch		27 ⁰ / ₁₀₀	"
Brickeut		około 33 ⁰ / ₁₀₀	"
Cotton		33 ⁰ / ₁₀₀	"
Herard Cornil Haust (100 such.)		38 ⁰ / ₁₀₀	"
Böckendahl		47 ⁰ / ₁₀₀	"
Hill		50 ⁰ / ₁₀₀	"
Lendet		więcej niż 50 ⁰ / ₁₀₀	"
Demme		50 ⁰ / ₁₀₀	"
Valin		50 ⁰ / ₁₀₀	"
Solly (250 suchotników)		około 55 ⁰ / ₁₀₀	"
	z tego z winy rodziców	26 ⁰ / ₁₀₀	
	" " dziadków	17 ⁰ / ₁₀₀	
	" " wujów i ciotek	15 ⁰ / ₁₀₀	
Portal		67 ⁰ / ₁₀₀	"
Haupt (1088 suchotników)		67 ⁰ / ₁₀₀	"
Mayet		70 ⁰ / ₁₀₀	"
Rufz		około 85 ⁰ / ₁₀₀	"

Widocznie, różnice te powstały wskutek tego, iż jedni autorowie notują tylko gruźlicę u rodziców, gdy inni u dziadków, a niektórzy i w bocznej linii. Zbieranie materiału statystycznego na zasadzie wywiadów jest wadliwe, gdyż często chorzy, a szczególnie szpitalni nie o swych przodkach nie wiedzą. Pewniejsze byłyby dane, gdyby badano rodzinę chorego. Zarzut ten czynią dotychczasowej statystyce Cornet, Jacob, Pannwitz i Dunin. Z drugiej strony, nie uwzględniono w dotychczasowych statystykach czasu, w którym rodzice cierpieli na gruźlicę. Mianowicie, czy cierpienie wystąpiło przed czy po urodzeniu dziecka, a jeśli po, to jak długi okres dzielił chwilę

narodzin dziecka od chwili zachorowania rodziców. Po trzecie—statystyka wykazać może tylko częstość występowania gruźlicy w pewnych rodzinach, lecz nie rozstrzyga bynajmniej o sposobie powstawania gruźlicy u potomków, zaś po czwarte—brak porównawczych danych o częstości pojawiania się gruźlicy w niegruźliczych rodzinach. Niektóre z tych wad usunęli Kathri, Jacob, i Pannwitz w swoich statystykach, tak że krytycznie przez nich opracowany materiał daje dopiero możliwość zorientowania się w tej sprawie.

Kathri (cytowany u Demme'go) starał się rozwiązać pytanie, jak często rodzice gruźliczych i niegruźliczych zapadali na gruźlicę i nie znalazł wybitnej różnicy w obydwu kategoriach. A mianowicie, badał on 432 gruźliczych i 108 niegruźliczych:

z tych ojców cierpiał na gruźlicę w	10,5%	przyp. =	9,2%
matka	9,9%	„ =	9,2%
oboje rodzice	2,4%	„ =	1,0%

Jacob i Pannwitz w swojej statystyce uwzględnili następujące dane:

- 1) Jeżeli gruźlicą byli nawiedzeni rodzice chorego (ojciec, matka lub oboje rodzice), to, czy była przed urodzeniem chorego, czy wybuchła po jego urodzeniu.
- 2) Jeżeli wybuchła po urodzeniu, to, czy chory długo obcował ze swymi rodzicami.
- 3) Jeżeli chory żonaty, to, czy płodził dzieci przed, czy po wybuchu choroby.
- 4) Wiele z jego dzieci zapadło na gruźlicę.
- 5) O ile wpływały na powstanie gruźlicy inne czynniki: złe warunki socyalne.
- 6) Jak często zjawiała się ogólna gruźlica lub też scrophulo-tuberculosis u tych chorych, którzy byli albo spłodzeni przez już gruźliczych rodziców lub też z nimi obcowali w dzieciństwie.

W ten sposób zestawiona statystyka dała wyniki następujące: z liczby 3295 chorych notowano gruźlicę u rodziców w 900 przypadkach, a mianowicie u ojca w 518 przypadkach, u matki w 382 przypadkach. Z tej liczby tylko w 119 przypadkach rodzice cierpieli na gruźlicę przed urodzeniem dziecka, zaś w reszcie przypadków w liczbie 781 wybuchła gruźlica po urodzeniu. A zatem, tylko w niezna- cznej części (3,4%) można było stwierdzić dziedziczne obciążenie, zaś w 594 przypadkach (18,7% przyp.) stwierdzono obcowanie w dzieciń- stwie chorych z rodzicami. W 172 przypadkach (5,4% przyp.), z któ- rych okazało się z wywiadów, że rodzice byli dotknięci gruźlicą, cho- rzy nigdy nie obcowali z rodzicami w czasie ich choroby.

Stwierdzono również, że dzieci spłodzone przez już gruźliczych, lub obciążone z nimi w dzieciństwie, żyły w złych warunkach higienicznych i że u nich w dzieciństwie już były objawy albo gruźlicy, albo scrophulo-tuberculosis.

Stwierdzono również, że 306—6,3% chorych dalsi krewni cierpieli na gruźlicę, a obok tego gruźlica była u rodziców (jedno lub oboje) u 60 chorych tej kategorii. Suchoty u 1 lub kilku członków rodzeństwa zdarzyły się w 659 przypadkach (20%), jednocześnie rodzice byli gruźliczymi w 201 przypadkach tej kategorii. Suchoty jednocześnie u rodziców, rodzeństwa i dalszych krewnych zdarzyły się w 38 przypadkach (prawie 1%), zaś tylko u rodzeństwa i dalszych krewnych w 46 przypadkach (1,2%). Z pośród 3295 chorych 1500 żyło w stanie małżeńskim. Z tych 914 miało dzieci przed chorobą, 204 zaś po wybuchu choroby. Pomędzy dziećmi 1-ej kategorii zdarzyła się gruźlica w 44 przypadkach (4,9%), a w tem 33 razy ojciec cierpiał na gruźlicę, 13 razy zaś matka po urodzeniu dziecka. Z pośród 204 przypadków drugiej kategorii 154 mężczyźni miało 34 gruźliczych dzieci (20%), zaś 50 kobiet 20 gruźliczych dzieci (40%), t. j. dzieci te zapadły na gruźlicę w dzieciństwie. A zatem większy był % gruźliczych dzieci, pochodzących z rodziców, którzy już przed urodzeniem dziecka cierpieli na gruźlicę, aniżeli gdy ciż zapadli na nią po urodzeniu. Wnosić stąd jednak nie można, by dzieci zrodzone z już gruźliczych rodziców przychodziły na świat z pewnem większem usposobieniem do gruźlicy, gdyż z równem prawem mogły się zarazić obciążone z chorymi rodzicami. O ile dzieci są starsze, o tyle zmniejsza się niebezpieczeństwo zarażenia się, gdyż obcowanie staje się rzadsze. Tym sposobem się objaśnia, że dzieci 914 chorych, którzy nabyli gruźlicę wtedy, gdy też dzieci miały po kilka lat, stosunkowo rzadko zapadają na gruźlicę.

Tak się przedstawiają krytycznie zestawione dane statystyczne. Nie potwierdzają one bynajmniej częstości występowania gruźlicy w rodzinach gruźliczych, gdyż tylko 3,4% chorych miało rodziców już gruźliczych w trakcie płodzenia. Zestawienie zaś K a t h r i'e g o dowodzi, że gruźliczy i niegruźliczy rodzice zarówno prawie mogą mieć potomstwo gruźlicze. Nie jest więc nieodzownym atrybutem tylko rodziców gruźliczych, by ich dzieci zapadały na gruźlicę, o ile dzieci te będą usunięte ze środowiska choroby resp. odsunięte od chorych rodziców, jak dowiódł Bernheim na 3-ch przypadkach u ludzi i na szeregu doświadczeń u zwierząt.

β) *Anatomopatologiczne dane.* Starano się rozwiązać sprawę dziedzicznego usposobienia na drodze badań anatomopatologicznych.

Już Beneke w 1867 r. wskazywał, że mała waga i objętość serca oraz wąskość naczyń usposabiają do gruźlicy. Ten sam wpływ przypisywali zwężeniu tętnicy płucnej Brehmer, Traube, Lebert, Paux i Duquet.

Wszyscy anatomopatologowie się zgadzają, że osobniki gruźlicze z niedorozwojem tętnicy głównej nie przekraczają 20 r. życia. Za Rondot przy badaniach swych znalazł, że większość badanych pośmiertnie dożyła do 30 r. życia, niektórzy do 40 r. pomimo wąkości tętnicy głównej.

Tenże Rondot twierdzi, iż serce suchotników jest małe. Waży ono od 150—200 do 300 gramów, gdy przeciętna waga serca dorosłego człowieka wynosi, według Clendennig'a, 240—267 grm., według Blossfeld'a 316—346, a według Peacock'a 240—300. Serce suchotnika zbliża się raczej do serca dziecka, które waży pomiędzy 1 a 9-m rokiem od 260 do 272 grm., zaś między 16—29 r. 286 do 312 grm.

Ujście żyłne lewe wynosi od 8 do 10,5 ctm. zamiast 11 ctm., jak u normalnego zdrowego człowieka, ujście żyłne prawe od 11—12 zamiast 13 ctm. Rondot opiera swoje spostrzeżenia na 22 sekeyach. Tymczasem Zieliński, opierając się na 851 sekeyach trupów gruźliczych, przyszedł do wniosku, że gruźliczy przedstawiają wogóle pewien typ zwyrodnienia i niedomogi rozwojowej zarówno w kościach, narządach wewnętrznych, jak i uwłosieniu skóry. Lecz najbardziej charakterystycznymi są zmiany w sercu i naczyniach: pierwsze jest dziecinnie małe, drugie posiadają cienkie ściany i małe światło. Oprócz tego mężczyźni mają kobiece uwłosienie sromu (trójkątne, z podstawą zwróconą do góry, zamiast romboidalnego zarostu), zaś obie płci zarówno posiadają nieprawidłowe ukształtowanie małży usznej typu Darwina, 2—3 dodatkowych zębów na mostku zamiast jednego (Ludovisi).

Kopułowatość paznogi, *rozdwójenie wierzchołka wyrostków ciernistych w dolnej części grzbietowej i górnej lędźwiowej kręgosłupa* (biacantia), paciorkowate zgrubienia żeber, *rozszczipienie się wyrostka mieczykowatego*, długie przetrwanie nad właściwy czas w stanie niekostnienia chrząstek nasadowych szczególnie w kościach biodrowych, *obecność tylko dwóch płatów w prawem płucu* (zam. 3), wyraźna lobularność wątroby, zboczenie w położeniu jelit i żołądka, uruchomienie nerek, ich zrazikowatość, wydłużenie wyrostka robaczkowego, obszerność otworów pachwinowych, skłonność do przepuklin. Freund jeszcze w 1857 r. zwracał uwagę, a powtórzył to w 1902 r., iż u suchotników chrząstka pierwszego żebra jest bardzo krótka.

U dorosłych mężczyzn, mających przecięciowo 160 ctm. wzrostu, chrząstka ta ma długości 3,8, u kobiet przy 130 ctm. wynosi długość 3,1, zaś u suchotników zmniejszyć się może do 2,7 ctm. W dalszym ciągu, prawdopodobnie wskutek wzmoczonej pracy mięśni scalenus anticus et medius et sublavus powstaje w tej chrząstce perichondritis et periostitis żebra i te dwa czynniki, jak krótkość chrząstki, jej stwardnienie powodują zwężenie górnego pierścienia klatki piersiowej, wskutek czego szczyty płuc nie mogą się należycie rozszerzać, co wywołuje nieprawidłowy obieg krwi w nich. Wskutek tego szczyty stają się miejscem mniejszej odporności względem lasecznika gruźliczego.

Niektóre ze zmian tu opisanych odnieść można, jak to wykazał już dawniej C o h n h e i m, do szkodliwego działania samego jadu gruźliczego, jak np. zwyrodnienie serca, naczyń, wątroby, nerek i śledziony. Inne natomiast, jak zbożenia w kościecu, w położeniu kiszki i żołądka, uwłosienie—należy odnieść do rzędu wad rozwojowych.

γ) *Dane doświadczalne.* Najważniejszego jednak dowodu, iż lasecznik gruźliczy, może wywołać zbożenia w czasie rozwijania się ustroju, dostarczają doświadczenia M a f f u c i e g o. Szczepił on lasecznika gruźlicy ptasiej lub jej jady w białko jaja kurzego, co spowodowało w następstwie zbożenie rozwojowe. Kurczęta rodziły się wątłe, kachektyczne, źle zbudowane i zdychały wczesnie. Przy badaniu pośmiertnym nie znaleziono ani śladów gruźlicy lub lasecznika gruźliczego.

Szczepienie żywych laseczników lub jadów gruźlicy ptasiej kogutowi lub kurze lub też gruźlicy ludzkiej, królikom przed parzeniem się dało te same wyniki. Oprócz tego M a f f u c i e zauważył, że objawy zwyrodnienia, tym sposobem wrodzone, były przekazywane na następne pokolenie. Niedawno C a r r i e r e otrzymał podobne wyniki, szczepiąc morskiej śwince jady lasecznika gruźlicy ludzkiej i liczba pomiotu się zmniejszyła, płody i noworodki wczesnie zdychały bez widocznych zbożeń, lub, jeśli żyły, to były wątłe i źle zbudowane. Jednakowe wyniki otrzymywał C a r r i e r e bez względu na to, czy szczepił samca czy samiczkę. Wprawdzie, rzadziej się udawało otrzymywać wyniki dodatnie przy szczepieniu samców. Powtórzyli te doświadczenia C h a r r i n i G r e y, lecz przekonali się, że objawy zwyrodnienia otrzymać można, gdy się szczepi i inne parazyty lub ich jady, np. b. pyocyaneus. Ze wszystkich powyższych doświadczeń można wnioskować, iż jad gruźliczy, krążący w ustroju suchotnika, może do tego stopnia zmienić komórki zarodkowe, że te wytwarzają ustrój z niedomogą rozwojową, a tem samem mało odporny na następcze zakażenie. Logiczną jest rzeczą, że gdy np. matka jest chora, to toksoproteiny gruźlicze, za-

warte w jej krwi, jako rozpuszczalna substancja, mogą się przedostać do płodu i wpłynąć na upośledzenie jego rozwoju. Lecz z drugiej strony, ponieważ można wywołać toż upośledzenie przez zakażenie ustroju innymi pasorzytami, przyjść należy do wniosku, iż wszelka choroba, podkopująca ustrój, ostra lub przewlekła, może wywołać niedomogę rozwojową w tem znaczeniu, iż ustrój taki staje się podatniejszym, aniżeli stworzony w prawidłowych warunkach przez zdrowych rodziców, na zakażenie wszelkiego rodzaju, t. j. że nie odziedzicza się swoistego usposobienia do gruźlicy. Toż samo da się powiedzieć o wszystkich czynnikach upośledzających odżywianie i sprawność ustroju rodziców (ciężka praca, złe warunki higieniczne, troski, alkoholizm i t. p.). A więc, dziedziczyć można pewne usposobienie, większą wrażliwość czyli mniejszą odporność wobec zarazka. Lecz dziedziczenie to nie jest prawem, ale tylko pewnem prawdopodobieństwem. Ggy statystyka Jacob'a i Pannvitz'a, sumiennie zebrana i krytycznie oświetlona, wykazała, że tylko 3,4% chorych miało rodziców gruźliczych w okresie płodzenia, gdy z drugiej strony liczne spostrzeżenia Epszteina, Stieha, Schnitzlein'a, doświadczenia Bernheim'a dowiodły, iż można uchronić dzieci gruźliczych rodziców od gruźlicy, to możemy śmiało powiedzieć wraz z Cornet'em, że usposobienie dziedziczne gra rolę podrzędną w rozpowszechnieniu gruźlicy. Mamy więc prawo tem samem stawiać lepsze rokowanie dla potomstwa z takich małżeństw. Starać się natomiast winniśmy o uchronienie tegoż potomstwa od możności zarażenia się. Jest to wielką pociechą dla nas i dla rasy, której, według zwolenników teorii konstytucjonalnej, groziło by wkrótce zwyrodnienie. (D. c. n.)

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

399. Turck. **Wstrząs, zależny od znieczulenia ogólnego.**
(Journ. of the amer. med. assoc. 2/V 1903).

Autor wypróbował drogą doświadczeń na zwierzętach działanie stosowanych bądź oddzielnie, bądź w mieszaninach różnorodnych chloroformu i eteru na ustrój w ogóle, na krążenie, sprawę wydzielin oraz

z badał powstające pod wpływem środków tych zmiany w komórkach. Doświadczenia wykonywano na szczurach, psach i królikach, gdyż obraz kliniczny odczynu występuje u zwierząt wyraźniej, niż u ludzi. Z prac tych sformułowano wnioski następujące: 1) zaburzenia w krwio-biegu występują skutkiem działania bezpośredniego eteru lub chloroformu na ośrodki naczyniowe; 2) po dłuższym użyciu zauważa się napływ krwi do trzewiów i obniżenie się ciepłoty. Stan taki może istnieć bez współczesnego upadku ciśnienia krwi; 3) zmiany, zachodzące w komórkach, pozostają w związku z tworzeniem się w nich trutek (toksyn). 4) Na skutek zmian tych wytwarza się samozatrucie z jedno-czesnem nagromadzeniem się wytworów rozpadu krwi; 5) działanie pośrednie jądów zależy od zatrzymywania się w ustroju pierwiastków rujących, t. j. od utrudnionego tychże wydzielania się. 6) Surowica krwi staje się mniej odporna na własności trujące wydzielin prawidłowych. 7) Również maleje jej energia w obec drobnoustrojów, przeważnie gnilnych. 8) Działanie ujemne środków nasennych na mięsień sercowy jest wybitnem. 9) Na skutek występującego bezwładu (atonia) żołądka i kiszek wzmagą się tamże rozwój drobnoustrojów, więc i obfitsze wytwarzanie się toksyn. 10) Bezwład ów prowadzi nadto do skupienia się w kanale pokarmowym gazów, co wpływa znowu na utrudnienie oddechu. 11) Zawartość żołądka i kiszek staje się bardziej jadowitą. Doświadczeń wykonano dwadzieścia sześć.

K. Niedzielski.

400. H. Cushing (z Baltimore). **Przyczynę do sprawy powstawania wstrząsu operacyjnego.** (Annals of surgery. IX. 1902).

Występowanie wstrząsu po większych rękoczynach operacyjnych, po amputacji międzyłopatkowo-piersiowej np. nie jest, bynajmniej, zjawiskiem wyjątkowem. Wstrząs taki uważać należy za następstwo pierwotnego, odruchowego porażenia naczyń, co prowadzi do upadku ciśnienia krwi w mózgu, a zwłaszcza w rdzeniu przedłużonym. Wychodząc też z tego punktu widzenia, autor, celem wykluczenia dróg odruchowych, w przypadkach amputacji kończyn zastrzykiwał kokainę do wielkich pni nerwowych, przed przekrajaniem tychże, ośrodkowo od miejsca zamierzonego cięcia. Dwa spostrzeżenia, w których, na skutek rozwoju mięsaka, wycięto całe lewostronne nadbarcze, dowodzą wymownie słuszności przeprowadzonych w pracy zapatrywań autora.

W przypadku pierwszym zoperowano 41-letnią kobietę, bez kokainizacji uprzedniej; wkrótce też po przecięciu splotu barkowego ciśnienie krwi obniżyło się i powstał wstrząs ciężki. W przypadku drugim dokonywano amputacji u 42-letniego mężczyzny, któremu przed przecięciem oddzielnych gałązek splotu ramieniowego, te ostatnie znieczulono kokainą. Nie tylko, że nie zauważono w tym razie żadnych zgoła niepokojących objawów, lecz nadto wzmogło się zaraz ciśnienie krwi, obniżone przedtem nieco na skutek mimowolnego miążdżenia splotu.

Uplwy krwi lub istniejącą już przedtem niedokrewność zali-

czyć też wypadnie do czynników usposabiających. U osobników, obarczonych tymi ostatnimi, nie należy używać chloroformu, gdyż środek ten przyczynia się do obniżenia energii serca. W takich razach autor stosuje stale eter i notuje w przebiegu operacji ciśnienie krwi, co jest nierównie ważniejszym od śledzenia za tętnem. Na korzyść teorii d-ra C. przemawia i ten fakt, że po odcięciu sutki zauważa się wstrząs daleko rzadziej, niż w przypadkach amputacji kończyn, w pierwszym bowiem razie nie przecina się znaczniejszych nerwów. Również nie stosuje autor opaski *Esmarch'a*, by nie wywołać następczego przekrwienia biernego części obwodowych.

W pracy znajdujemy pokaźną ilość spostrzeżeń odnośnych, wzbogaconych dołączeniem licznych zdjęć fotograficznych oraz krzywych ciśnienia krwi.

K. Niedzielski.

401. D-r D. Zeas. **O mięsieniu serca obnażonego w przypadkach zapaści po narkozie.** (Centralbl. für Chir. № 22. 1903).

W roku 1889 Prus ogłosił szereg przypadków, w których wobec duszenia się chorego lub też zatrucia chloroformem usiłowano konającego osobnika uratować od zgonu za pomocą wykonanego bezpośrednio masażu serca (*circulation artificielle*). W stu doświadczeniach na zwierzętach powiodło się P. drogą naśladowanych sztucznie miarowych skurczów serca w większości razy przywrócić ruchy całkiem prawidłowe, przyczem na osiągnięcie powrotu czynności serca wypadło zużytkować niekiedy nader mało czasu (15 sekund), to znowu bardzo wiele, bo aż 2 godziny. Twórca metody wysnuł z prób owych wnioski, że i u ludzi postępowanie takie może być skutecznym, rozumie się, o ile starczy czasu do rozcięcia klatki piersiowej, a do konkluzji tej samej doszedł i Batelli z Genewy na mocy prób odpowiednich, dokonywanych w roku 1900 również na zwierzętach.

Klinicznie fakty wyzyskał pierwszy Juffier, który w r. 1898 wygłosił też odczyt odpowiedni na posiedzeniu chirurgów paryskich. Chodziło tu o nagłe wystąpienie agonii, zależnej niewatpliwie od powstania zatoru. Choremu przed 5-oma dniami dokonano operacji na skutek zapalenia jelita ślepego. Wynik mięsienia serca był istotnie na razie wcale dobry; po lekkich ruchach falistych, mówi Juffier, serce zaczęło kurczyć się wyraźnie, wróciło tętno i oddech głęboki, oczy chorego rozwarły się szeroko, źrenice zwężyły—i osobnik uniósł lekko głowę do góry, jak gdyby budził się z omdlenia. Wkrótce jednak powrócił stan ten, co i przedtem, tętno i czynność serca ustały, a stosowany w ciągu dalszym rękoczyn przywrócił tę ostatnią na kilka minut tylko, poczem serce przestało bić na dobre. Tego rodzaju wyniki przelotne otrzymywali również Baz y (1892), Gallet, Michaux, Depage, a Mag (1891) otrzymał śmierć rzeczywistą w 11 godzin dopiero po masażu. Jakkolwiek przez okres ten działalność serca odbywała się bez przerwy, pacjent świadomości nie odzyskał ani na chwilę. Ilość przypadków odnośnych dochodzi do 12.

Do cyfry tej dr. Z. dołącza jedno spostrzeżenie własne z Ynsel-spital'a w Bernie z końca ósmego lat dziesiątka ubiegłego stulecia. Przypadek dotyczył 40-letniego mężczyzny, któremu zamierzono wyciąć wole. Osobnik bardzo dobrej budowy, bez zmian w sercu i płucach, bez zwapnienia naczyń, zdradzał dość wielkie obawy przed rozpoczęciem operacji. Zastosowano czysty, angielski chloroform, pobudzenia nie było i narkoza zdawała się przybierać przebieg prawidłowy, gdy nagle chory przestał oddychać i dostał sinicy. Gdy wykonywanie oddechu sztucznego pokazało się bezowocnem, prof. Niehaus wyrezekował szybko żebra, obnażył serce i zaczął wykonywać nań ucisk miarowy, nie przerywając jednocześnie oddechu sztucznego. Wszystkie wysiłki jednak nie zdołały osiągnąć zamierzonego celu, serce naprężyło się, lecz skureczu nie dało. Na autopsyi nie znaleziono w narządach nic nieprawidłowego.

Niepowodzenia dotychczasowych prób klinicznych oraz ta okoliczność, że zawarunkowana przez omawiany zabieg odma piersiowa wywarła by zawsze wpływ ujemny, nawet w pomysłnie na razie przebiegającym przypadku, już a priori rzucają światło niekorzystne na metodę całą. Uniknąć tu otworzenia opłucny niepodobna prawie. Zalecana przez Wehra metoda, zabezpieczająca opłucną, nastęrcza nader małe do działania pole; również niepraktycznym jest sposób Maucelara, gdzie drogę do serca toruje się przez przeponę. Optymistyczne zatem zapatrywania się Prusa nie uzyskały w faktach klinicznych poparcia i w ogóle wątpliwem jest, czy wyniki masażu serca w obec zapaści chloroformowej dadzą kiedykolwiek nadzieję pomyslnego drogą tą zażegnania zbliżającej się śmierci.

K. Niedzielski.

402. W. Hutchinson. **Czy pęcherzyk żółciowy jest niezbędnym dla ustroju narządem?** (New-York med. record. 16/V. 1903).

Zdaniem d-ra H., pęcherzyk żółciowy można drogą operacyjną usunąć z ustroju bez żadnych dla chorego następstw poważniejszych. Narząd ten nie posiada niemal wcale energii czynnościowej, jest jako zbiornik żółci zamały i nie wywiera wpływu żadnego na przepychanie tejże, głównie skutkiem umieszczenia nazbyt słabego. Współudział pęcherzyka w sprawie trawienia i innych funkcjach życiowych równa się zero, to też u wielu świata zwierzęcego osobników niema go wcale. Tu należą koń, osiel, świnia amerykańska (pekari), gołąb, niektóre rybożerne gatunki ptactwa i t. p. Pęcherzyk, jako pochodzący z wcześniejszego okresu rozwojowego, uważać wprost należy za jeden z rozlicznych uchyłków pierwotnych, który nie uległ zanikowi zupełnie. Z klinicznego punktu widzenia stoi na jednym z wyrostkiem robaczkowym poziomie i jest tak samo źródłem niebezpieczeństwa ciągłego z uwagi na łatwy w nim rozwój sprawy zakaźnej i kamicy. Jak pociąga statystyka, 70% ogólnej liczby wrzodów żołądka zawiążeza pochodzenie swe zainfekowaniu pęcherzyka (cholecystitis), nader częstemu powikłaniu duru, zapalenia płuc i nieżyłtów ostrych. Badania

ściślejsze przekonają, że ten, t. zw. zbiornik żółci pomieścić w sobie może, co najwyżej $\frac{1}{30}$ — $\frac{1}{20}$ dobowej jej ilości, a i przypisywane mu własności regulowania ciśnienia są bardziej, niż wątpliwe, jeżeli uwzględnimy się cienką narząd muskulaturę, istnienie zatyczek, zbroczenia. Żółć przedostaje się do pęcherzyka wtedy tylko, gdy włókna koliste bańki (ampullae) Vater'a ulegną skurczowi.

Wartość tego narządu w tem słabszem przedstawia się świetle, gdy uwzględnimy wyniki dochodzeń najnowszych, które opiewają, że żółć posiada w miernym stopniu tylko własności wydzieliny, a rola jej główna redukuje się do niszczenia trutek i czerwonych kulek krwi w wątrobie. Wyniki oględzin pośmiertnych również przemawiają na korzyść poglądu, iż mamy w pęcherzyku mizerne resztki tworów zarodkowego.

K. Niedzielski.

403. **Kraemer.** O rozprzestrzenianiu się i sposobie powstawania gruczolicy moczopłciowej u mężczyzn. (Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Band. 64. 2—4 Heft. 1903).

Baumgarten i Kraemer dowiedli przez badania na królikach, że w narządach moczopłciowych u mężczyzn gruczlica się zawsze rozprzestrzenia w kierunku prądu wydzielin, nigdy przeciwko prądowi, że takim sposobem gruczlica z jąder przechodzi na gruczoł krokowy, że nigdy gruczlica z pęcherza nie przechodzi wzdłuż moczowodów na nerki. U człowieka mamy dosyć dowodów pod względem gruczolicy moczopłciowej, które dowodzą, że gruczlica z jąder przechodzi na gruczoł krokowy. Dla nerek zaś i moczowodów preparaty pokazały gruczlicę zstępującą. Od nerek gruczlica idzie przez moczowody do pęcherza, do gruczołu krokowego i do cewki. Dalsze proste przejście na drugą nerkę albo do jąder niemożliwe. Z preparatami anatomicznymi zgadza się i skutek leczenia po wycięciu jąder i nerek gruczolicych.

Powstaje gruczlica w nerkach i jądrach albo za pomocą przeniesienia drogą naczyń krwionośnych albo zakażenia przyrodzonego.

Należy tutaj zaznaczyć, że w gruczolicy jąder ogromne znaczenie ma oprócz gruczolicy, która się rozwinęła albo za pomocą naczyń krwionośnych albo zakażenia przyrodzonego, jeszcze tak zwana gruczlica ukryta. Jak laseczniki gruczolice przechodzą do kanałów jądrowych, a ztamtąd do przyjądrzy, jeszcze nie zupełnie tem wyjaśnione. Dla gruczolicy jądra ma znaczenie i powstanie za pomocą naczyń chłonnych. Zjawienie się gruczolicy w jądrach po spółkowaniu autor uważa za niemożliwe, gdyż musiałyby rozprzestrzenić się przeciw prądowi. Gruczlica drugiego jądra powstaje tym samym sposobem, co pierwszego, albo też za pomocą naczyń chłonnych. Rozszerzenie się gruczolicy z jednego jądra na drugie za pomocą błony śluzowej wykluczone. Gruczlica gruczołu krokowego, pęcherza i pęcherzyka nasiennego zjawia się zawsze wtórnie od nerek albo jąder, być może i bez zachowania takowych.

Połączone rodzaje gruczolicy narządów moczopłciowych, powstają w taki sam sposób.

W. Biehler.

404. **T u b b y.** **Gruźlica stawu biodrowego.** (Clinical Journal, 10 czerwca 1903).

Autor następującym sposobem leczy gruźlicę stawu biodrowego. Najczęściej pozwala się dzieciom za wcześnie chodzić. Każdy chory powinien najmniej trzy lata być pod nadzorem lekarza. Ambulatoryjne leczenie aparatami i szynami nie wiele warte. Najlepiej leczyć dzieci wyciągiem, przyczem chorą nogę kładzie się na powierzchnię pochyłą, aby wyrównać garb z przodu; wysokość powierzchni pochyłej powoli się zmniejsza. Dzieciom dwuletnim zawiesza autor wagę dwu i pół funtową i powiększa wagę z każdym rokiem o pół funta, dochodząc najwyżej do 5 lub 6 funtów. Ropnie otwiera on aseptycznie, wyskrobuje i znowu zamyka je po właniu trochę gliceryny (Mentholi 4,0, Alcoholi 30,0, Aquae destillatae 500,0). Przy stawach stężonych robi on osteotomię przez szyjkę kości udowej i ustawia nogę w prostej linii do miednicy. Nadzwyczaj rzadko robi autor artrektomię, a rezekeyi wcale nie stosuje. *W. Biehler.*

II. Choroby kobiet i akuszerya.

405. **P. Strassmann.** **Życie przed narodzinami.** (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, 1903, № 353).

Paradoksalność rzekomą powyższego tytułu bierze pod swoją obronę prawo, które zabrania wywołania sztucznego poronienia jako przerwania „życia“, nie mówiąc już o tem, że w XVII w. do perforacji przystępowano dopiero po dopełnieniu aktu chrztu. Życie, z punktu widzenia naturalisty, jest tam, gdzie się odbywa przemiana materii białkowych, rozpoczyna się zatem już z chwilą połączenia męskiej komórki nasiennej z kobiecą. Mrok tajemniczości ukrywa przed nami dzieje jednokomórkowego zarodka ludzkiego i wysnuć je możemy jedynie z danych embryologicznych innych ssawców.

Gdy jajo dojdzie do macicy, na co potrzebuje 4—8 dni, bliżej nieznane dotąd siły chemiczne utrwalają związek jego z błoną śluzową macicy, która w tem miejscu staje się bardziej soczystą i obrasta je; od jajka zaś wrastają w błonę kosmki, służące za narządy odżywiania i oddychania. Nie zważając jednakże na całą ścisłość tej spójni, istnieje od pierwszej chwili aż do urodzenia rozdział zupełny między komórkami jaja i macicy, tak że żadna z nich od płodu do matki, ani odwrotnie nie przejdzie, ma zatem płód swój własny krwiobieg.

Serce dziecięce zaczyna się kurezyć na początku 3-go tygodnia, gdy zamknie się rurka sercowa. Czynność jego daje się dostrzegać już na 3-miesięcznych płodach poronionych, a tony są słyszalne w 6-ym miesiącu ciąży, tak że można rozpoznać nawet wady sercowe u płodu, wystrzegać się jednak należy wysnuwać z częstoty tętnienia jakichkolwiek wniosków co do płci! Nie ulega prawie wątpliwości, że kwestya

plici zostaje rozstrzygnięta w chwili zapłodnienia, czego dowodzi jedność płci bliźniąt, powstałych z jednego jaja, i dla tego za absurd uważać należy każdą chęć wpłynięcia zzewnątrz na zmianę płci. Boeckh wykazał w r. 1900 danemi statystycznymi za okres stu latni, że liczba urodzonych chłopców tem większa, im młodszy ojciec i czem starsza matka.

Płuca przed urodzeniem są narządem bez czynności; serce działa, jako jednokomórkowe, dzięki temu, że foramen ovale i ductus art. Botalli umożliwiają mieszanie krwi żyłnej z tętniczą. Krążenie służy do utlenienia, i dlatego żyła pępkowa zawiera w sobie jaśniejszą krew, niż tętnica. Dlatego, póki krążenie dostarcza płodowi dostateczną ilość tlenu, płuca jego nie są czynne, i z chwilą wstrzymania dostawy tą drogą tlenu można już u 4-miesięcznych płodów spostrzegać napięcie mięśni szyjowych i wyciąganie ramion po niezbędny do życia tlen! Dlatego też wystarczy krótkotrwały ucisk sznurka pępkowego u zwierząt doświadczeniowych, by wywołać u spokojnie leżącego płodu ruchy oddechowe. Gdy ruchy takie zostają wywołane przez przeladowanie krwi zarodka kwasem węglanym, płód wciąga przy nich wodę płodową wraz z pływającą w niej vernix caseosa etc., które to masy następnie w płucach znajdujemy. Na szczęście, zapotrzebowanie tlenu u płodu jest niewielkie i tem się tłumaczy, że daje się go uratować, nawet po paru godzinach asfikcji, i że drogą cięcia cesarskiego można wydobyć żyjące dziecko ze zmarłego już ciała matki.

Niezmiernie rzadko, przy przedwczesnem oddychaniu, przenika powietrze do krtani (w twarzowym położeniu) i dziecko wewnątrz matki może nawet krzyczeć (vagitus uterinus).

Odżywianie dziecka w łonie matki, odbywające się przez kosmki, przypomina bardziej tę czynność u roślin, chociaż nabłonek kosmkowy gra raczej rolę gruczołów, niż martwej przeponki osmotycznej. O przechodzeniu substancji od matki do płodu świadczy najwymowniej niebieskie zabarwienie wód płodowych po przyjęciu przez matkę błękitu metylenowego. Ale wobec pewnych trucizn ustroj dziecka odznacza się szczególną odpornością, tak że, np. matka, zachloroformowana do kleszców, śpi jeszcze, a jej dziecina już krzyczy i rwie się (zależy to, być może, od małego rozwiniętego układu nerwowego). Tylko bardzo duże dawki morfiny (przy eklampsji) wywołują śpiączkę u dziecięcia, a przewlekłe otrucia fosforem lub ołowiem są nawet w stanie płód zabić. Na szczególną wzmiankę zasługuje w tem miejscu chinina, która ma potęgować bóle porodowe, a u dziecka wywoływać przedwczesne wydzielanie kału (meconium): obu tym własnościom chininy autor nie bardzo dowierza.

Nierozpuszczalne związki, jak węgiel, do płodu nie przechodzą, a z bakterjami, niektóre (syfilis) przenikają w jajo wraz z nasieniem, inne (dur, ospa) po uszkodzeniu muru granicznego między matką a płodem. Ponieważ płód odżywia się przez krew, oplukującą jego kosmki, starano się w ostatnich czasach przez odpowiednią dyetę matki wpłynąć ujemnie na odżywianie dziecka (u starych pierwszorodzących, przy wąskiej miednicy).

Przed urodzeniem asymilacja przewyższa dysymilację, płód szybko

rośnie; żywa czynność wykazuje wątroba, która dlatego szybko dochodzi do dużych rozmiarów; wcześniej wydziela się żółć, która jako kał (meconium) leży w kiszkiach, nie ulegając żadnym sprawom gnilnym. Oprócz żółci w smółce znajdujemy duże płaskie nabłonki skóry (vernix caseosa) i włoski (lanugo). Gazów kiszki nie zawierają i nawet po urodzeniu opukiwanie brzucha daje stopienie. Ruchu robaczkowego kiszki też jeszcze nie posiadają; zwieracz odbytnicy zaciśnięty, a ukazanie się kału płodowego przed narodzinami uważane jest za objaw dla płodu bardzo groźny.

Wody płodowe uważa autor w większej ich części za mocz płodu, czego dowód widzi u bliźniąt, pochodzących z jednego jaja; gdzie więcej wód, tam więcej glomeruli, więcej kanalików moczowych, większy pęcherz moczowy.

Ilość wód ważną odgrywa rolę: zarówno nadmierna ich ilość, jak i niedostateczna są szkodliwe, pierwsza podczas porodu, druga, oprócz porodu, jeszcze i dla rozwoju płodu.

Dzięki odbywającej się przemianie materii, płód samoistnie wyrabia ciepłok i, przy pośladowym położeniu, można stwierdzić u płodu wyższą ciepłotę, niż u matki; z drugiej zaś strony nie bez pewnej słuszności uskarżają się na chłód uczuwany te matki, które noszą w sobie obumarły płód.

Na szczególne wyróżnienie zasługują bliźnięta, które najczęściej powstają z dwóch jaj i dla tego oddzielne mają kosmówki; rzadziej natomiast (1:8) z jednego jaja i wówczas mają wspólną kosmówkę. Gdy dla jakiegokolwiek przyczyn jedno z dwojga otrzymuje więcej krwi, niż drugie, pierwsze szybko rośnie, serce jego przerasta, nerki energicznie pracują, rozwija się w końcu moczówka prosta, która na tyle rozciąga worek jajowy (8—10 litrów), że staje się groźnym dla serca i płuc matki. Drugie bliźnię znajdujące się w stanie niedorozwoju—acardiacus. Im wyższe jest stworzenie, tem mniejsza jest ilość jednocześnie rodzącego się potomstwa, a król stworzenia—człowiek jest jednorodzący; jednakże przytrafiają się dwojaczki (1:89), trojaczki (1:8000), czworaczki (1:400.000), nadzwyczaj rzadko piątaczki, a nawet raz jeden stwierdzono szóstaczki (Vasalli). Im płodniejszy jest naród, tem częściej przytrafiają się w nim bliźnięta, i dla tego francuzi liczą ich bardzo niewiele. Rozumie się samo przez się, czem więcej naraz się rodzi płodów, tem w większym stopniu niedorozwoju się znajdują, już to dla szczupłości miejsca w jamie macicznej, już dla niedostatecznego odżywiania, którem wszak muszą się dzielić, i tylko w rodzinach z dziedzicznym wielorództwem bliźnięta mogą się urodzić istotami niecatawistycznymi. Zdarzają się natomiast wypadki urodzenia dzieci z odgniotkami na nóżkach, które wszak bucików ciasnych na sobie nie miały; ba! autor widział nawet płód, którego prącie było tak ściśnięte udkami, że urodził się z załupkiem (paraphymosis). Szczególniej daje się we znaki brak miejsca liczniejszym płodom, z których jeden może się obrócić w bezkształtną zbitą masę (Foetus compressus s. papyraceus). Ale nawet i na pojedynczy płód są już w łonie matki ustawione siła: sznurek pępkowy może się zaplątać w supel, który, gdy się zaciśnie, wywołuje śmierć płodu. Gdy się widzi czasami

pięciokrotnie owinięty około szyjki płodu sznurek pępkowy, trudno się obronić przypuszczeniu, że biedactwo, chcąc się uwolnić od pierwszego oplątania, zaczęło się odwracać, ale, niestety, w fałszywym kierunku!

Ze zmysłów—słuch i powonienie rozwijają się dopiero po urodzeniu, smak zaś istnieje już przy urodzeniu, nawet półgłówkowce (semi-cephali) i bezgłówkowce (anacephali) odróżniają językiem słodkie i kwaśne. Żrenice reagują już przy przyjściu na świat. Ośrodki nerwowe mało rozwinięte, czucie nieznaczne, ale ruchy (skurcze prązkowanych mięśni) występują już w połowie 2-go miesiąca. Są to ruchy oddechowe, chociaż płuca jeszcze się nie wydymają, i zaledwie do żołądka może dostać się niewiele powietrza.

W 20-ym tygodniu ciąży ruchy są już tak znaczne, że matka je czuje, i tem łatwiejsze do wykonania, im więcej jest wód płodowych. I trzeba przyznać, że ruchy te nie zawsze są automatyczne; niekiedy trzeba w nich przyznać akt samoobrony przed napastowaniem ręki badającej.

Umiejętność ssania należy do tych wrodzonych instynktów, które, jak oddychanie, mogą się przejawiać na długo przed prawidłowym końcem ciąży.

Długość życia przed narodzinami, jak i po urodzeniu, nie może być ściśle określoną. I tu spotykamy się ze śmiercią bardzo wczesną, jak np. przy ciąży pozamacicznej. Ale, gdy nawet jajo już się mieści w macicy, 6% ginie przed urodzeniem już w postaci poronienia, już to przez poród przedwczesny. W ostatnim przypadku, czem wcześniej następuje poród, tem mniejsze są widoki na utrzymanie dziecka przy życiu (w specjalnym piecyku—couveuse). Pewnem jest tylko, że dzieci olbrzymy (8 funtów) bywają noszone dłużej niż 280 dni, a ważące 5000 gr.—przeszło 302 dni. Dodajmy, że taki późny poród jest niebezpieczny zarówno dla matki, jak i dla płodu.

Gdy dziecko pada na świat przed czasem, utrzymanie jego przy życiu będzie zależne od umiejętności ssania i oddychania; dla tej ostatniej czynności potrzebna jest pewna sztywność klatki piersiowej. Wreszcie, są takie biedactwa, które umierają dla tego, że się rodzą: do nich odnosi się cały szereg przedstawicieli teratologii. Następnie spotykamy wewnętrzne anomalie, już to istotne cierpienia (np. wodogłowie), już to w postaci zatrzymanych w swym rozwoju narządów, świadczących o swych filogenetycznych kolejach. Zaiste, do 5 tygodnia życia macicznego nie można odróżnić płodu ludzkiego od zwierzęcego, a badanie porównawcze rozwoju ludzi i zwierząt wykazuje, jak narządy wyższe powstają z niższych, tak że nie bez słuszności ten, który wskazał nam pierwszą w tym kierunku ścieżkę (D a r w i n), przewzany został Newtonem świata organicznego. Nasienie i jaja przenoszą na potomstwo własności rodziców, i ten nieprzerwany łańcuch komórek i istot daje nam, do pewnego stopnia, możliwość przy każdym jego ogniwie rzucić spojrzenie wstecz na przebytą drogę. Materyalnym przejawem tej dziedziczności jest zapłodnienie, i napróżno starano się tłumaczyć urodzenie potworków jakowemś „zapatrzeniem“ matki.

P. Rogoziński.

406. C. Schambacher: **O ciąży jajowodowej prawdziwej i rzekomej.** (Zeitshr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. 48. Hft. 3).

W 13 przypadkach, w których klinicznie rozpoznano ciążę jajowodową z objawami następczymi, dyagnoza sprawdzila się podczas operacji tylko w 10 przypadkach; w pozostałych 4 przypadkach nie było wcale ciąży jajowodowej. Z tych 10 przypadków ciąży jajowodowej prawdziwej 2 razy znaleziono pęknięcie jajowodu w pierwszych tygodniach ciąży, 6 razy pęknięcie w 2—3 miesiącu i 2 razy poronienie jajowodowe.

Na 4 przypadki, w których na mocy objawów fałszywie rozpoznano pęknięcie jajowodu, złożyły się: krwistek jajowodowy po zapaleniu płuc, pęknięcie listka tylnego więzła szerokiego z uszkodzeniem żyły grubszej i wylewem znacznym krwi do jamy brzusznej i 2 przypadki przewlekłego zapalenia krwotocznego jajowodu (salpingitis haemorrhagica), w których znaleziono dużo krwi płynnej pomiędzy kiszka. Zwłaszcza ostatnie 2 przypadki pod względem anatomicznym tak imitowały poronienie jajowodowe, że dopiero badanie drobnowidzowe wykazało absolutny brak produktów ciąży.

Słusznie autor zaznacza, że salpingitis haemorrhagica nie znalazła dotychczas w literaturze należytej oceny jako przyczyna rzekomej ciąży zamacicznej. Dla ustalenia rozpoznania należy preparat wycięty poddać dokładnemu badaniu makro—i mikroskopowemu i w braku płodu należy z preparatu porobić całą seryę skrawków, aby wykazać obecność produktów ciąży.

M. Warszawski.

407. Dr. Bollenhagen: **Stosowanie kolpeurynter w położnictwie.** (Centralbl. f. Gynäk. 1903, № 19, str. 584).

Autor zaleca stosowanie kolpeuryzy w celu sprowadzenia porodu przedwczesnego; zalety tej metody wobec wprowadzenia bougies polegają na tem, że czas trwania porodu bywa krótszym, a ilość gorączek połogowych bywa znacznie mniejsza. Po wypchnięciu balonu autor przystępuje natychmiast do obrotu i wydobywania płodu.

W przypadkach łożyska przodującego autor nie widzi potrzeby stosowania hysteroryzy w każdym danym przypadku; często wystarcza przerwanie pęcherza. Zawsze jednak wprowadza balon w tych razach, kiedy duży płat łożyska przoduje lub też w razie, gdy występuje silny krwotok. Przed obrotem złożonym metreuryza posiada tę zaletę, że może być wykonaną bez narkozy i bez wielkich zachodów.

Wreszcie śmiertelność dzieci przy hysteroryzie bywa mniejsza, niż przy obrotach przedwczesnych.

M. Warszawski.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

408. *Ospa a zapalenie nerek.* W. M. Welch i J. F. Schamberg. Autorowie drogą bezpośrednich obliczeń mieli możność określić, że w ciężkich przypadkach ospy u chorego na skórze znajduje się od 30 do 40 tysięcy pustułów, w których musi się zawierać $5\frac{1}{2}$ albo i więcej litrów ropy (pus). Ztąd, nie bez zasady można podejrzewać, że przy takim zajęciu skóry musi być mniejsze lub większe uszkodzenie funkcyi nerek. I rzeczywiście, z 128 zbadanych przypadków ospy w 65% znaleziono w moczu białko, a w 45% i wałeczki. Na podstawie swych badań i wbrew zdaniu utrwalonemu podręcznikami, autorzy utrzymują, że w połowie prawie przypadków albuminurya pochodzi z powodu zmian w budowie nerek i że zapalenie nerek prawie także często towarzyszy łagodnym postaciom ospy i variolids, jak i ciężkim. (Philadelphia Medical Journal. Medicine, 1903, February).

L. Koczorowski.

409. *Przypadek zatrucia sublimatem spowodowany użyciem sublimatowych przestrzykiwań pochwy macicznej.* H. C. Wood. 30-letniej kobiecie zalecono użycie codzienne przemywania pochwy roztworem sublimatu (1:2.000). Pierwsze wstrzykiwanie tego roztworu sprawiło takie bóle, że chora, obawiając się, czy nie zaszła czasem omyłką, zwróciła się znów do autora, skutkiem czego zmniejszono o połowę koncentrację roztworu. Po trzecim przestrzyknięciu zjawily się okrutne bóle w okolicy lędźwiowej, częste i bolesne oddawanie moczu i utrata łaknienia, ale ani nudności, ani wymiotów nie było. Mocz barwy ciemno-czerwonej, kwaśny, zawierał białko (0,35%), znaczną ilość czerwonych ciałek krwi i cokolwiek wałeczków nabłonkowych. Wszystkie te zmiany znikły szybko po zastosowaniu środków moczopędnych. Przypadek ten autor uważa za ciekawy w tym względzie, iż udowadnia, wbrew ustalonej opinii, że pochwa maciczna w pewnych przypadkach, nawet mając nieuszkodzony nabłonek, może wchłaniać rtęć w dostatecznych dla zatrucia ilościach. (American Medicine. Medicine, 1903, February).

L. Koczorowski.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

410. van Allen. **Leczenie raka za pomocą X-promieni.** (Boston. med. and surg. journ. 25/VI 1903). W. Newcomet. **Leczenie guzów złośliwych za pomocą X-promieni.** (Philadelphia med. journ. 10/I. 1903). W. J. Morton. **Rak pierwotny i nawrotowy sutki, leczony przez X-promienie.** (New-York med. record. 30/V. 1903). C. E. Skinner. **Znaczenie lecznicze X-promieni.** (New-York med. record. 27/XII 1902). W. B. Coley. **Obecny stan leczenia nowotworów złośliwych X-promieniami.** (New-York med. record. 21/III. 1903). Meek. (Boston. med. and surg. journal. 18/VI. 1903). J. P. Marsh. **Przypadek wielogniskowego mięsaka czerniaczkowatego, leczonego bezskutecznie przez X-promienie.** (Amer. journ. of the med. sciences. II. 1903).

Leczenie nowotworów złośliwych za pomocą promieni Roentgen'a wymaga zachowywania innych przepisów oraz użycia innego rodzaju rurki, niż podczas prześwietlania. Dalej, należy zawsze zabezpieczyć chorego i siebie przed możliwością poparzeń, które w tym razie goją się bardzo trudno, i dla tego też nie przedłużać seansu. Wystarczy posiedzenie dziesięciominutowe, powtarzane cztery razy w ciągu tygodnia nieraz przez okres kilku miesięcy, najmniej przez sześć tygodni. Posługiwano się przeważnie lampkami (cewkami) o ściśle regulowanej próżni i mocnych induktorach, przezem pacjent czuł bardzo mało, wtedy nawet, gdy trafla weń iskra. Uczucie podrażnienia występowało po dłuższym dopiero stosowaniu promieni, po upływie np. minut 15, co, zresztą, nie jest potrzebnem.

Rzecz cała sprowadza się, oczywiście, do spalenia tkanek chorobowych. Że giną te ostatnie tylko, tłómaczymy to sobie mniejszą ich energią życiową i, co idzie za tem, większą ku rozpadowi skłonnością. W okresie rozpadu osobnik chory czuje się bardzo źle, wygląda nędznie, gdy jednak pewna część guza ulegnie już zanikowi, występuje poprawa wybitna i siły powracają szybko. W przypadkach co do wessania się nowotworu mniej pomyślnych, osiągnano znaczne, przynajmniej, złagodzenie bólów, co dla chorego i lekarza nie jest bez znaczenia. Sposrzedzega nieraz w przebiegu kuracji gorączka zależy, bezwątpienia, od wysysania się zajętych przez rozpad części nowotworu.

Przytoczone w pracach wyszczególnionych powyżej autorów spostrzeżenia, pomimo niewielkiej tychże stosunkowo ilości, rzucają światło niejaki na sprawę skuteczności metody Roentgen'a wobec przeróżnych guzów natury złośliwej. Dla ścisłości dodać musimy, że do X promieni uciekano się przeważnie w przypadkach rozpaczliwych, gdzie już nie można było liczyć na pomyślnie dla chorego użycie noża. Newcomet leczył promieniami 3 przypadki nawrotu raka piersi; w pierwszym z nich (owrządzenie skóry) otrzymano bliznę z upływem trzech tygodni, rozległe stwardnienie skóry na chorej stronie klatki piersiowej zmalało znacznie i obrzęk ramienia lewego rozszedł się

zupełnie. W przypadku drugim owrzodzenie rakowate wymiarów dołara zmalało pod wpływem działania promieni w ciągu tygodni siedmiu do wielkości ziarna grochu. W kuracji tej zrobiono trzytygodniową przerwę i zaraz owrzodzenie zaczęło się powiększać. U trzeciego chorego, u którego rak przeszedł na śródpiersie, nie osiągnięto polepszenia żadnego. Usunięto za to jednak zupełnie w ten sposób wrzodziejący nabłoniak powieki dolnej u pewnej 79-letniej kobiety, który istniał już od lat kilku. Owrzodzenie było tu szerokie na $\frac{1}{2}$ cala, miało $1\frac{1}{2}$ cala długości i na $\frac{3}{8}$ cala sięgało w głąb. Wynik ten pomyślny otrzymano po sześciu tygodniach. N. zaznacza, że w przypadkach powyższych owrzodzenia goiły się z bardzo niewielkim brakiem w tkankach i blizna była małą.

Morton opisuje 11 przypadków raka sutki, w których stosowano promienie Roentgen'a (po 15 min. 3 razy na tydzień). Wyzdrowienie było pozorne, w każdym jednak razie spostrzegano wybitne zmiany wsteczne. Autor zaleca skierowanie promieni również od strony łopatki, by podziałać skuteczniej na głęboką powięź piersiową i mięśnie oraz niektóre, zakryte przez żebra, części. Raki włókniste (scirrus) są mniej do leczenia takiego podatne, przyczem, im krócej trwa nowotwór, tem łatwiej osiąga się tą drogą występowanie zmian wstecznych. Oddając niezaprzeczone pierwszeństwo użyciu noża operacyjnego, pożytecznym uznać wypadnie przedwstępne ognisk obwodowych prześwietlanie, gdyż zdobywa się wówczas bardziej pomyślne dla operacji warunki. Również i po dokonaniu tej ostatniej stosowanie promieni będzie nader właściwem, gdyż zapobiega się lepiej recydywie.

Skinner doradza stosowanie promieni R. w zakresie jak najrozleglejszym. W przypadkach zapalenia nerwów i węgliką działanie bywa wprost zdumiewające; dobroczynny wpływ roentgenizacji na zwykłą lub rumieniową postać wilka również nie ulega dyskusji. S. stosował w mowie będącą metodę w 33 przypadkach głęboko umiejscowionego raka z wynikiem zupełnie pomyślnym w 3-ch spostrzeżeniach; u 13 pacjentów rozwój zmian wstecznych wzmagają się stale, u pozostałych—wpływu na guzy nie zauważono. W 14 przypadkach wystąpiły nadto objawy przemijającej toksemii—były to przeważnie nie nadające się już do operowania nowotwory.

Mniej zachęcające wyniki otrzymywał Coley, który też metodzie całej nadaje wartość pomocniczą tylko. Od lutego 1902 r. do stycznia 1903 chirurg ten prześwietlił 75 guzów złośliwych. Następstwa w każdym razie były o tyle pomyślne, że zachęcały do dalszych w kierunku tym doświadczeń. Poddano działaniu promieni ogółem 25 mięsaków, 21 raków sutki (17 przypadków operacyjnych), 15 nabłoniaków głowy i twarzy, wliczając w to 3 nowotwory recyduwujące języka i 3 szczęki górnej oraz 11 raków dolnej części brzucha. Wszystkie nieoperacyjne mięsaki okrągłokomórkowe (4) uległy wessaniu, nawrót jednak w każdym z tych przypadków nastąpił po upływie mniej więcej roku. W 13 dalej przypadkach sarkomatu nie stwierdzono poprawy żadnej, jak również u osobników z nabłoniakiem nie otrzymano całkowitego zaniku nowotworu. Co do raka narządów brzusznych i miednicy, w jednym spostrzeżeniu tylko (carcinoma uteri) te-

rapię omawianą uwieńczył skutek pomyślny, nadto w przypadkach kilku zaszło polepszenie niewątpliwe. W niektórych znów razach, gdzie wobec mięsaka wrzecionowatego stosowano bez powodzenia mieszaninę toksynową, X promienie doprowadziły, na razie, do wessania się nacieków nowotworowych, nie zabezpieczyły, wszelako, od nawrotu; z drugiej strony—autor przytacza pokazną odsetkę (20%) spostrzeżeń, w których, po wyleczeniu toksynami, recydywy nie zauważono przez okres czasu od lat 3 do 10. Coley zaleca tedy w przypadkach operacyjnych przede wszystkim metodę krwawą i potem dopiero promienie Roentgen'a. Wyjątek stanowią tu tylko nowotwory złośliwe kończyn, mięsaki zwłaszcza, gdzie warto jest dokonać wprzód prób z roentgenizacją celem ocalenia pacjentowi ręki lub nogi. Bądź co bądź, wyników dodatnich metody tej, zdaje się, niepodobna uważać za trwałe, lubo przedwczesnem byłoby wyrokować ostatecznie ze względu na niedostateczną wciąż jeszcze ilości klinicznych spostrzeżeń.

Ciekawym do sprawy omawianej przyczynkiem może być następujący przypadek Meek'a, dotyczący pewnej 32-letniej murzynki ze stwierdzonym od lat dwóch zaczerwienieniem i sączeniem się wydzieliny w okolicy brodawki prawej. Badanie pod drobnowidzem wyciętej cząsteczki tkanek przekonało o istnieniu tamże raka skór nego. Chora na operację nie zgodziła się, w obec czego przystąpiono do zastosowania X promieni; dokonano w ciągu czterech tygodni posiedzeń 20, z których tyleż minut trwało każde. Prześwietlano również i sąsiednią jamę pachową, lubo nacieku nie było w niej żadnego. Po upływie 4-ch tygodni zaczerwienienie znikło, owrzdodzenie zagoiło się zupełnie, a drobnowidz wykrył w miejscu tem budowę skóry całkiem prawidłową. Przypadek ów potwierdza słuszność coraz częściej wygłaszanych poglądów co do niewątpliwej skuteczności promieni X w przypadkach powierzchownych nabłoniaków skóry.

Od opinii wymienionych powyżej autorów różnią się dość wybitnie zapatrywania Mars h'a. Chirurg ten leczył pewnego 52-letniego mężczyznę, któremu umiejscowiony na grzbiecie guz złośliwy (melanosarcoma) wycięto na pozór doszczętnie. Usunięto z kolei drogą krwawą recydywę nowotworu wraz z guzami wtórnymi. Pojawiające się znowu liczne przerzuty na skórze pleców, w dole pod pacha, na klatce piersiowej i w jamie brzusznej uczyniły operowanie dalsze niemożliwym, skutkiem czego osobnika zaczęto leczyć promieniami Roentgen'a. Guzy jednak zaczęły się wówczas rozrastać tak szybko, że prześwietlania zaniechano niebawem, tem więcej, iż zauważono równocześnie wybitne zmniejszanie się ilości bezbarwnych ciałek krwi (do 12.000). M. odradza zatem stanowczo stosowanie w mowie będących promieni w przypadkach mięsaka rozległego i wzrost tegoż nagły czyni zależnym od liczebno go ubywania leukocytów. *K. Niedzielski.*

411. J. Wernitz (Odesa). **O leczeniu ostrego zakażenia krwi.**
Ein Vorschlag und Versuch zur Heilung der akuten Sepsis. (Volk-
 manns Sammlung klinischer Vorträge. 1903. № 352).

Ostre zakażenie septyczne, które najczęściej po porodach i poronieniach, lub rzadko po zabiegach chirurgicznych spostrzegamy, może również wystąpić w niektórych chorobach zakaźnych, wywołując nader ciężki ich przebieg. Dotychczas byliśmy wobec niego prawie bezsilni. Sądono dawniej, że stała wysoka ciepłota jest tu główną przyczyną i starano się ją obniżyć, ale oczekiwanego skutku nie otrzymano. Później przekonano się, że zakażenie może przebiegać przy średniej ciepłocie, a wysoka gorączka powinna być uważana jedynie za odczyn ustroju; że w przypadkach nader szybkiego działania zakażenia może ono aż do śmierci przy subnormalnej nawet przebiegać ciepłocie. Choroba ta odnosi się do działu zakaźnych ostrych. Głównymi winowajcami jej są gronkowce i paciorkowce, ale nie jedy-nymi, gdyż, prawdopodobnie, i inne drobnoustroje chorobotwórcze (ospy, tyfusu plamistego, płonicy) mogą, przy sprzyjających pewnych okolicznościach, nabrać takich własności, że chorobie swoistej nadają charakter septyczny. Z drugiej strony—spotykają się zakażenia paciorkowcowe bez objawów septycznych. Wszystkie choroby zakaźne mają okres wylegania (3—8 i więcej dni); przy sepsie jest ten okres wyjątkowo krótki, czasami trwa kilka zaledwie godzin i trudno przypuścić, aby w ciągu tak krótkiego czasu tyle już drobnoustrojów się namnożyło, a tem mniej, by tyle już wytworzyło się toksyn, żeby tak ciężki stan wywołać.

Z doświadczenia wiadomo, że gnijące tkanki zwierzęce (jad trupi, rybi) działanie najbardziej trujące mają na początku sprawy gnilnej; również na początku rozwoju bakterji i koków muszą się tworzyć ciała (fermenty), które już w minimalnych ilościach mogą wywołać silne zaburzenia. Grzybki drożdżowe, obok własności rozkładania cukru na alkohol i kwas węglany, zdolne są jeszcze, dzięki posiadaniemu fermentowi, ewertynie, zamienić cukier trzcinowy (nie fermentujący) w gromowy (fermentujący). Należy przypuścić, że wszystkie drobnoustroje posiadają takie fermenty, które u paciorkowców są tylko najbardziej trujące. Fermenty te przygotowują grunt dla rozwoju bakterji, przyczem produkują na początku więcej substancji, niż może być zapotrzebowane przez nieliczne jeszcze drobnoustroje; otóż, ten nadmiar substancji wraz z fermentami, dostawszy się do krwiobiegu, wywołuje ciężkie objawy sepsy. Ołok tej własności, wspólnej dla wszystkich bakterji, posiadają niektóre z nich jeszcze swoiste działanie, wywołując tę lub inną chorobę (dur, ospę i t. p.). Ale, gdy choroby zakaźne, raz przebyte, dają uodpornienie w stosunku do tejże choroby, posocznica takiego uodpornienia nie daje, wytwarza natomiast pewne nawyknięcie, zupełnie tak samo, jak trucizny roślinne, co również przemawia na rzecz teoryi fermentów.

Jeżeli ustrój ludzki nie zawsze pada ofiarą zarazka, to dzieje się to, dzięki posiadanym środkom obronnym. Takimi obróncami są leukocyty (teorya fagocytozy Miecznikowa), dla skuteczniejszej

zaś walki z toksynami, ustrój przeciwstawia im antytoksyny, które, pozostając w ustroju po zwalczeniu choroby, nadają mu uodpornienie w stosunku do tej choroby. Inaczej rzecz się ma z ostrem zakażeniem, przy którym ustrój nie ma czasu zebrać swych sił do walki, gdyż, z powodu wyżej wzmiankowanych fermentów, szybko następuje ostra niedomoga serca. Dlatego też pierwszym zadaniem przy leczeniu sepsy powinno być usunięcie z ustroju trujących substancji lub ich osłabienie. W tym ostatnim celu zaczęto stosować leczenie surowicą, które, w posocznicy, okazało się bezskutecznem, i nic dziwnego, gdyż, jeśli jest ona, jak autor chce, zatruciem (intoxicatio), a nie zakażeniem (infectio), to surowica jest nawet przeciwwskazana: trudno zaiste leczyć otrucie rozczyłem tejsze trucizny.

Pomyślano następnie o wydaleniu trucizny z ustroju i w tym celu zaczęto stosować środki napotne. Leczyć przytem trzeba wprowadzić dużo płynów, by nie wywołać zgeszczenia toksyn. Ponieważ żołądek wówczas nie bardzo potemu się nadaje, spróbowano wlewać podskórnych i wewnątrzżylnych fizyologicznego rozczyłu soli kuchennej, co dało nawet kilka dobrych wyników. Ale wkrótce się przekonano, że taki sposób leczenia nie zawsze jest bezpieczny, gdyż trudno określić, ile płynu wytrzyma osłabione serce, i zdarzały się przypadki śmierci bezpośrednio po nadmiernem, prawdopodobnie, wlewaniu.

Wernitz wziął sobie za zadanie wynalezienie sposobu, odpowiadającego trzem kardynalnym warunkom:

- 1) nie należy zbyt choroego niepokoić,
- 2) ilość wprowadzonego płynu powinna być w zupełności pozostawioną choremu ustrojowi,
- i 3) w razie wessania, płyn powinien się wlewać w nieograniczonej ilości, aby równolegle z wzrastającą siłą serca wessano się możliwie dużo rozczyłu soli.

Wszystkim tym warunkom w zupełności odpowiadają wlewania 1% roztworu soli kuchennej przez odbytnicę, pod małym ciśnieniem. Gdy następuje parcie—zmniejszamy ciśnienie, i nieco wody wypływa z powrotem do irygatora; gdy parcie ustąpiło, irygator podnosimy i płyn znowu się wlewa i t. d. Gdy woda się dobrze zanieczyści, zmieniamy ją. Takie wlewania (na 1 raz litr płynu), trwające godzinę, należy robić z godzinnymi odstępami. Skutki takiego leczenia są znakomite, i autor u jednej chorej septycznej, mającej 40^o,5, tętno szybkie (160), drobne, silnie bredzące, po 5 wlewaniach otrzymał taką poprawę, że już nazajutrz zastał ją siedzącą i popijającą kawę. Oprócz tego przypadku spostrzegł on jeszcze kilka.

P. Rogoziński.

412. Dr. H. Grube: **Przyczynę do leczenia niedrożności jelit (ileus) wstrzykiwaniami podskórnymi strychniny.** (Centralblatt für Gynäkologie, 1903, № 17, str. 517).

Już dawno autor zwrócił uwagę na działanie strychnini nitrici na ruchy robaczkowe kiszek. O dobrych wynikach przekonali się

również Töpfer i Kümmeł. Obecnie autor znowu miał sposobność przekonać się o skuteczności tego środka w przypadku niedrożności kiszek po dokonaniu wyluszczenia drogą pochwową torbieli ropnej jajowodu (sactosalpinx) i przyszczeniu tyłopochylnej macicy do pochwy. Oprócz tego autor akcentuje wypowiedziany raz pogląd, że po większej części nie można postawić rozpoznania różniczkowego pomiędzy prawdziwą niedrożnością kiszek a rzekomą, gdyż ten sam zbiór objawów (brak wiatrów i ciągle wymioty) towarzyszy zarówno i prawdziwej niedrożności, t. j. czysto mechanicznemu zatkaniu kiszki, jak i rzekomej, t. j. porażeniu kiszek wskutek częściowego zapalenia otrzewny. Przypadek był następujący: U 24-letniej pacjentki autor wyluszczył przydatki lewe macicy, dotknięte sprawą tryprową przez sklepienie przednie pochwy i, uwolniwszy przyrośniętą ku tyłowi macicę, przyszył ją do pochwy.

Na 4 dzień po operacji chora stała się niespokojną, brzuch był wzdęty; częste wymioty. Tętno 150, temperatura 38,5, wiatry nie odchodziły. Na 5 dzień stan się pogorszył: brzuch jeszcze mocniej wzdęty, tętno 140—160, temperatura 38,6; częstość oddechu 40 na minutę; przytem ciągle wymioty cuchnące. Chora w oczach nikła. Ani olej rącznikowy, ani lawatywy z gliceryny i wody słonej nie sprowadziły wiatrów.

Wobec coraz pogarszającego się stanu chorej, autor zastrzyknął o 4-ej po południu 0,003 gr. strychnini nitrici pod skórę, o 6-ej znowu 0,003 gr. i o godzinie 8-ej 0,004 gr. — razem 0,01 gr., t. j. dawkę jednorazową maksymalną. Zaraz po wstrzyknięciu ostatniej dawki wystąpiły ruchy robaczkowe kiszek i zaczęły odchodzić wiatry, po których ukazały się (o godzinie 9^{1/2} i 10^{1/2}) obfite stolce. O godzinie 2-giej w nocy autor zastrzyknął jeszcze 0,005 gr. strychniny, t. j. połowę jednorazowej dawki maksymalnej, po czem wystąpiły silne ruchy robaczkowe kiszek i silne wiatry; na drugi dzień brzuch opadł i chora znacznie lepiej się czuła.

Po 4 dniach przez cięcie w przednim sklepieniu spływała z jamy brzusznej ropa krwawa w dużej ilości. Oczyszcivszy ropień, autor założył sączek, poczem rekonwalescencya przybrała bieg normalny.

Po 42 dniach chora została wypisana.

Okazuje się tedy, że w danym przypadku chodziło o ropne zapalenie otrzewny otorbione z ciężkim porażeniem kiszek i objawami gwałtownymi niedrożności kiszek. Wyzdrowienie chorej autor przypisuje przedewszystkiem działaniu strychniny, którą gorąco zaleca we wszystkich przypadkach niedrożności kiszek, jak prawdziwej, tak i rzekomej.

M. Warszawski.

513. Rénon. Leczenie owrzodzeń gruczliczych za pomocą błękitu metylenowego.

Niedawno autor wspólnie z Gerandel'em zaczęli próbować przeciw owrzodzeniom gruczliczym w jamie ustnej błękitu metylenowego w postaci proszku. Próby dały im wyniki bardzo dobre: bóle,

które poprzednio uniemożliwiały połykanie, ustąpiły w znacznym stopniu, owrzodzenia szybko się oczyściły i w 3 przypadkach na 5 wystąpiło kompletne zabliźnienie, które bez zmiany zachowało się do samej śmierci.

Zachwycony tymi wynikami Rénon zaczął w dalszym ciągu próbować wpływu wymienionego środka w przypadkach owrzodzeń kiszkowych w gruźlicy. Otóż, w większości ($\frac{4}{5}$) suchotników dotkniętych uporeczywą biegunką otrzymał on rezultaty dodatnie. Już po upływie 24 godzin nastąpiło znaczne zmniejszenie liczby wypróżnień, a po 3 dniach nawet zupełne wstrzymanie stolca. Autor stosował błękit metylenowy w dawce codziennej 0,15—0,2 wespół z laktozą (0,6—0,8), którą dodawał dla uprzyjemnienia smaku.

Leon Zamenhof.

413. **Leczenie kamicy żółciowej.** (Medical News. The Therapeutic Gazette". 1903, February).

W czasie napadu, rozumie się, powinny być najpierw zastosowane środki kojące (alkaloidy makowca, eter, chloroform). Najprędszą ulgę, zdaniem autora, sprawia podskórne wstrzykiwanie heroini hydrochlorici w połączeniu z atropiną. Co się tyczy środków sprzyjających przepychaniu kamieni żółciowych, można je podzielić na dwie oddzielne grupy. Pierwsza grupa, do której należą: *dioscorea villosa*, *carduus marianus*, *chionanthus virginica* i, prawdopodobnie, większość środków żółciopędnych (cholagoga), wywiera miejscowe uspokajające działanie, usuwając skurcz mięśniowy (resp. *rigiditas*) i jednocześnie potęgując siłę mięśniową. Środki należące do drugiej grupy, jak to: *lecytyna*, oliwa, *gliceryna*, *salicylaty*, eter, chloroform, olejek terpentynowy, *acid. nitromuriaticum*, *sapo animalis*, *ferrum succinicum*, *amylum valerianicum*, *toluilendiaminum*, *pichi* (s. *fabiana imbricata*), sól karlsbadzka i alkalie wogóle, działają jako środki rozpuszczające różne składowe części kamieni żółciowych i, chociaż zupełne rozpuszczenie może i nie nastąpić, wszakże znacznie zmniejszają i zmiękczejają kamienie. Dla tej racyi leczenie kamicy żółciowej, pomimo odpowiedniej diety i zasad higieny, powinno polegać na użyciu środków, należących do obydwóch tych grup. Teoretycznie rozumując, najstosowniejszem było by zastosowanie: *lecytyny* (rozpuszczającej cholesterynę), *pichi* (rozpuszczającej śluz i „produkty zapalenia“, łączące razem cholesterynę z częściami wapiennymi) i *dioscoreae* (dla prędszego wydzielenia rozmięczonych kamieni). Jednakże w praktyce autora dawało też wyśmienite skutki podawanie: *salicylatów*, *dioscoreae* i oliwy (w oliwie, zdaniem autora, znajduje się też i *lecytyna*). *L. Koczorowski.*

415. W. G. Shallcross. **Wziewania formaliny.** (Philadelphia Medical Journal. Medicine. 1903, February).

Z nadzwyczajną pomyślnością Shallcross stosował wziewania formaliny w trzech przypadkach znacznie posuniętych suchot płu-

nych. Do wziewań brał butelkę z szerokim otworem objętości $\frac{1}{2}$ litra (1 pinta) i wkładał w nią drucianą siatkę obwinietą (w jedno) marłą i skręconą spiralnie. Szerokość siatki równała się wysokości butelki, a długość była 18 cali. Tak włożona siatka swoją zewnętrzną częścią dotykała boków butelki, a wewnętrzną tworzyła kilka obrotów spiralnych w środku butelki. W korek butelki były wstawione dwie rurki szklane: jedna prosta, na cal nie dochodząca do dna, a druga krótka, pod kątem połączona z rurką gumową, mającą długości od 2 do 3 stóp i zakończoną munsztukiem. W tak przyrządzoną butelkę wlewał Sh. 45,0 mieszaniny, składającej się z równych części zwykłego handlowego formaldehydu (40%) i 95% alkoholu. Właanego płynu starczy na 2—3 miesiące; po tym czasie należy zmienić siatkę, inaczej bowiem rdzewieje. Wziewania trzeba robić przez 15—30 minut na raz, 2—3 godzin na dobę. *L. Koczorowski.*

416. R. C. Kemp. **Moczopędne działanie irygacji okrężnicy normalnym roztworem soli kuchennej.** (Medical News. Medicine. 1903, February).

W jednym przypadku, gdzie chory wydzieliał w ciągu dnia ledwie 435 ctm.³ moczu, po zastosowaniu 3-ch lawatyw z normalnego roztworu soli (co godzinę wlewano tylko 90 ctm.³ płynu, ponieważ chory nie mógł więcej zatrzymać), wydzielił już w ciągu 8-miu godzin 1240 ctm.³ Przypadek ten wykazuje działanie nawet małych lawatyw na nerki. Dla tej racyi wlewania w okrężnicę normalnego roztworu soli są wskazane w ostrem przekrwieniu nerek: działanie tu często występuje już po upływie 20 minut; także często następuje szybkie zmniejszenie ilości białka i wałeczków. Temperatura wlewane go płynu winna być 110°—120° F. (43,3°—48,8° C.). Daleko lepiej jeszcze stosować irygator à double-courant (łatwo go zrobić z dwóch kateterów). Chorego kładzie się w pozycji na grzbiecie, a nóżki łożka cokolwiek się podnosi. Irygator, którego używał K., był tak urządzony, że rurka dla odpływającej wody była cokolwiek szerszą, tak, że dla napełnienia kiszki trzeba było ją od czasu do czasu uciskać palcami. Na jednym posiedzeniu przepuszczamy od 13 do 54 litrów płynu i w przypadkach zupełnego bezmoczności trzeba powtarzać je co 2—3 godziny. Dla ilustracji działania takiego leczenia K. przytacza przypadek, w którym ilość moczu z 560 ctm.³ podniosła się do 3.888 ctm.³ na dobę po irygacjach, stosowanych przez 4 dni. Przy eclampsia puerperalis działanie irygacji wprost zadziwiające, szczególnie, gdy są połączone z niewielkim upustem krwi. *L. Koczorowski.*

417. (wb) **Guajazanol.**

Schaefer. Już od kilku lat w klinikach monachijskich przy leczeniu gruźlicy używano z dobrymi

wynikami guajazanol. Guajazanol łatwo się rozpuszcza w wodzie jest niejadowitym, nie drażni, łatwo się wssysa i działa znieczulająco

przeciwnie i przeciwnie. Pomimo wielu przypadków z wynikami ujemnymi, szczególnie bardzo ciężkich, guajazanołem osiągnięto dużo świetnych wyników; tak wyleczono kilka przypadków gruźlicy gardzieli, bez miejscowego leczenia, w krótkim czasie. Ciężkie cierpienia gruźlicze kości, które przez długi czas opierały się wszelkiemu leczeniu, goiły się szybko przy użyciu guajazanolu. W kilku przypadkach ciężkiego zakażenia, po użyciu tego środka po kilku dniach zupełnie ustępowała gorączka, chociaż w niektórych przypadkach guajazanol wcale nie działał. Wszystko to zniewala do użycia tego środka, który, jak wiadomo, wcale nie ustępuje innym preparatom kreozotu i gwa-jakolu, przeciwnie, ma jeszcze te zalety, że się łatwo rozpuszcza i wcale nie jest trujący (jeden chory przez omyłkę używał przez dłuższy czas dziennie 36,0 guajazanolu bez żadnych ubocznych objawów). Wywiera on, jak inne preparaty kreozotowe, niewielki antyseptyczny wpływ na laseczniki gruźlicze, a najlepiej działa jako środek wzmacniający żołądek i odkażający kiszki. (Münch. med. Wochensh. № 31, 1903).

418. (lk) **Heroinum.**

D-r Samuel E a r p jest bardzo zadowolony z kojącego działania heroiny w zapaleniu oskrzeli, płuc i suchotach, a w grypie, zdaniem autora, działa ona nie tylko kojąco, ale i skraca przebieg choroby. E. używał przeważnie heroinum hydrochloricum w dawkach 0,004 — 0,01. (The Therapeutic Gazette, 1903, February).

419. (lk) **Ichtyol w gruźlicy.**

D-r Williams na mocy swego doświadczenia, poczerpniętego z 22-letniej praktyki w leczeniu gruźlicy rozmaitymi środkami, twierdzi, że najczęściej zadowolające wyniki widział w przypadkach leczonych ichtyolem (ammonium sulfo-ichthyolicum). Stosuje w kapsułkach, z początku po 10 kropeł dziennie, a potem, stopniowo podwyższając, dochodzi w trzecim tygodniu do 50—60 kropeł na dawkę (maksymalna dawka), trzy razy dziennie, w 30—40 minut po jedzeniu. Ta maksymalna dawka czasem wywołuje niewielkie rozwołnienie, które, zresztą, jest chwilowe i łatwo daje się usunąć za pomocą kilku dawek dermatolu. Czasami u chorych (w 10%) po dwóch- lub trzech tygodniowym zażywaniu maksymalnych dawek, widzimy brązowe zabarwienie skóry, ale i ono znika prędko, nie pozostawiając po sobie śladu, przeciwnie, skóra robi się miękka i czysta, ponieważ znika nawet i acne, często się zdarzająca u młodych osobników. W gruźlicy „o cechach krwotocznych“ autor też szeroko stosuje ichtyol, mając na widoku jego wpływ na kureczenie się naczyń włosowatych w tkankach zapalnych. W gruźlicy kości W. stawia go wyżej od balsamu peruwiańskiego i jodoformu (z początku wyskrobywuje zarażone miejsca, a potem jamę napakowuje marłą namoczoną czystym ichtyolem). W laryngitis tuberculosa z dobrem powodzeniem używa rozpylania 10% roztworu ichtyolu. (Journal of Tuberculosis. The Therapeutic Gazette“. 1903, February).

V. BIBLIOGRAFIA.

420. J. Pruszyński. **Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych.** (Odb. z Gaz. Lek. 1903 r.).

Jest to broszura, napisana na zasadzie odczytu, który autor wygłosił na ostatnim zjeździe chirurgów polskich. Autor zebrał w pracy swej całość tej sprawy i dochodzi do wniosku, że przy stanach zapalnych przewodów żółciowych ważną rolę odgrywa zakażenie z przewodu pokarmowego, że obok zakażenia w rozwoju i powstawaniu kamicy gra rolę przeważną usposobienie, wywołujące wydłużenie i wygięcie szyi pęcherzyka i dróg żółciowych, a przez to utrudnienie w odpływie żółci, że wreszcie kamica bardzo często przebiega skrycie bez objawów. Kamienie wyjść mogą w wielu wypadkach samoistnie drogą naturalną, kamica jednak wywołać może ciężkie następstwa nawet wtedy, gdy kamienie znajdują się tylko w pęcherzyku żółciowym.

Autor stawia następujące wskazania do operacyjnego leczenia kamicy: wskazanie bezwzględne w zapaleniu otrzewny skutkiem chorób dróg żółciowych, w przypadkach zakażenia dróg żółciowych z żółtaczką i gorączką przepuszczającą. Nadto operować należy w ostrej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego ze względu na następstwa (cirrhosis bilialis), w razie zrostów, wywołujących bóle stałe lub niedrożność żołądka, dwunastnicy, poprzecznicy, w razie wystąpienia otoku surowiczego lub ropnego pęcherzyka, w raku pęcherzyka, w często powtarzających się napadach kolki. Z operacją można się wstrzymać, gdy napady kolki są rzadkie oraz nawet w ostrem zatkaniu przewodu żółciowego, które może być czasowem.

Dziś wobec tego, że kamica jest chorobą ogólną i operacja nie usuwa doszczętnie przyczyny, nie możemy od niej oczekiwać zapobiegnięcia dalszemu jej rozwojowi, ztąd też płyną i ograniczenia co do stosowania pomocy operacyjnej; z chwilą, gdy rozwinię się opoterapia i seroterapia, zmienimy pogląd na leczenie tej choroby, tembardziej, że technika z dniem każdym się ulepsza. Z.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 października 1903 r.

—z— Przed miesiącem podaliśmy według nadesłanego nam listu dowód jak działa inteligencja wiejska w kierunku uświadamiania ludu o korzyściach leczenia się u lekarzy. Dziś mamy znów do zanotowania fakt, zakomunikowany nam przez jednego z kolegów, praktykujących na prowincyi, o pokaźnem leczeniu.

Wobec coraz bardziej usuwającego się gruntu z pod nóg różnego rodzaju oweczarzy zaczynają oni uciekać się do nowego środka, przyjmują bowiem tytuły nienależne.

Kol. A. Wolski z Żuromina nadsyła nam kartę drukowaną, którą oweczarz jakiś rozdaje zgłaszającym się do niego chorym.

Kartę tę przedrukujemy

Doktor KUCHARSKI

specjalista

*zamieszkały w Duninowie powiatu Gostyńskiego
gub. Warszawskiej.*

Kartę tę otrzymał kol. W. od chorej, której zalecono jako środek jedynej operacyę, i która zgłosiła się o pomoc do owego znachora.

W Duninowie lekarza tego nazwiska niema, natomiast jest w gub. Płockiej, pod jego więc nazwisko podszył się widocznie znachor.

Treść biletu dostatecznie poucza, z kim mamy do czynienia.

Sądzymy, że odnośne władze lekarskie zapobiegną skutecznie nadużyciu tytułu przez znachora i pociągną go do odpowiedzialności.

Kartę jako dokument zachowujemy i w razie potrzeby służyć nią możemy.

—z— Aptekom homeopatycznym wzbroniono używania herbu państwa oraz sprzedaży odręcznej bez recepty lekarza.

—z— Stacya pogotowia ratunkowego została przeniesiona do oddzielnego, specjalnie na ten cel przebudowanego domu (Leszno 52).

—z— Wkrótce ma odbyć się połączone posiedzenie rady i wydziałów Towarzystwa higienicznego w celu ułożenia programu działalności na r. 1904.

—z— Według *Les concours méd.* liczba lekarzy kończących medycynę we Francji od r. 1895 stoi w mierze i waha się między 1100—1200.

—z— Redakcyę „Kuryera Warszawskiego“ objął kol. Jan Brzeziński, który od lat wielu pracuje na polu literackim.

Z M A R L I.

D-r Samuel Asterblum dnia 2 b. m. w Warszawie w wieku lat 44.

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

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

Thioeol „Roche“

Najlepszy preparat Guajakolu, rozpuszczalny w wodzie, bezwonny, nietrujący. Doskonally środek przeciw gruźlicy i przy rozwoleńniu.

Pastilli Thioeoli „Roche“

Najodpowiedniejsza, najdogodniejsza i najtańsza zamienna forma Thioeolu.

Sulfosotsyruip „Roche“

Kreozot w postaci Syropu, specjalnie zalecany w praktyce u biednych.

Sirolin „Roche“

Idealna forma leczenia Kreozotem i Guajakolem.

Syrop przyjemego zapachu i smaku.

Stwierdzono tysiąciami obserwacyjom na klinikach i w prywatnej praktyce przy guźlicy płuc poprawę apetytu, wzmocnione odżywianie, zwiększanie się wagi ciała, zmniejszenie się nocnych potów, kaszlu, ilości plwociny i objawów kataralnych.

Dalsze wskazanie: Influenza, Bronchitis, Koklusz, chirurgiczna gruźlica, ogólne osłabienie i żółty.

Podług doświadczenia na król. med. Uniw. klin. w Halli (Dyr. Prof. v. Mering) „*Syrolina* posiada wszystkie warunki przyjemnego smacznego, wzmacniającego środka lekarskiego“. (O szpitalnem leczeniu gruźlicy płuc D-ra Hugo Winternitz I. asyst. klinik. Deutsche Aerzte-Ztg., I. Jan. 1902).

Przepisuje się: *Sirolin* oryg. Dorosłym 3 — 6 łyżeczek, dzieciom 2—3 łyżeczek dziennie przed lub zaraz po jedzeniu, czystą lub wodzie.

Strzedz się naśladownictwa. *Syrolina* tylko wtedy jest prawdziwa, jeśli na każdej flaszce znajduje się nasza firma.

Jedyni Fabrykańci:

F. Hoffmann-La Roche et Comp., Fabryka chem. farmac. produktów
Basel (Szwajcarya) Grenzach (Baden).

Protylin „Roche“

zawierający białkan fosforu, skuteczniejszy od znanych dotychczas preparatów fosforu i kwasu fosforowego.

Airol „Roche“

najlepszy bezwonny preparat zastępujący jodoform.

Thigenol „Roche“

Syntetyczny związek siarki z 10% org. związ. siarki. Bezwonny preparat zastępujący Ichtyol.