

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adama 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Spastyczne zwężenie przełyku i padaczka odruchowa. Napisał d-r med. Ludwik E. Bregman. — Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu. Napisał S. Kossobudzki. (Ciąg dalszy). — WYKŁADY KLINICZNE, IV. Kilka uwag w sprawie leczenia suchot płucnych za pomocą spoczynku i leżenia na powietrzu. V. Ćwiczenia czynności oddechowych w leczeniu suchot płucnych. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO. Postępowanie z dnia 5 i 19 marca r. b. — Korespondencya „Medycyny”, z Pragi Czeskiej. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Bregman — La stricture spastique de l'œsophage et l'épilepsie réflexe. 2) D-r S. Kossobudzki — Le traitement de la phthisie pulmonaire par le cinnaomiate de soude.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Bregman — Die spastische Verengerung des Schlundrohres und reflektorische Epilepsie. 2) D-r S. Kossobudzki — Die Behandlung der Lungenschwindsucht mit Natrium cinnaomium.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

## SPASTYCZNE ZWĘŻENIE PRZEŁYKU i padaczka odruchowa.

(Odczyt wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim na posiedzeniu z dn. 5 lutego 1901 r.).

Napisał

D-r med. Ludwik E. Bregman.

Ordynator szpitala Starozakonných w Warszawie.

Szanowni Panowie! Cierpienie, które ma być przedmiotem dzisiejszego odczytu, dla dwóch przyczyn zainteresowanie Wasze obudzić może. Przedewszystkiem samo spastyczne zwężenie *cardiae* w tej postaci, jaka Wam tu przedstawiona zostanie, z następczem, kolosalnem rozszerzeniem przełyku, jest już cierpieniem nader rzadkiem, mało jeszcze znanem i z wielu względów zagadkowym. A. SCHMIDT zebrał w końcu roku 1898 24 przypadki. Później kazuistykę powiększyli: ROSENHEIM, RUMPEL, NETTER, REITZESTEIN, DAUBER, a u nas FLAUM i PECHKRANC. Bardziej niezwykle i dotąd jeszcze, o ile mi wiadomo, nieopisane jest powikłanie tego cierpie-

nia padaczką, mającą wszelkie cechy padaczki odruchowej. Wiadomo, że w historyi padaczki odruchowej cierpienia narządów wewnętrznych odgrywały rolę wybitną: nie ma prawie narządu, któregooby o wywołanie padaczki nie obwiniano—narządy płciowe męskie, żeńskie, żołądek, kiszki, płuca, opłucna, serce, krtani, ucho, nosogardziel, zęby, oczy i t. d. wreszcie opony mózgowie, opony rdzeniowe i sam rdzeń. Co prawda, w wielu razach, jak to już w innym miejscu wykazalem, wnioskowanie o przyczynowym znaczeniu danego cierpienia względem padaczki nie było dostatecznie usprawiedliwione, i było to tylko przypadkowe powikłanie dwóch chorób, lub, co najwyżej, cierpienie danego narządu wpływało na częstość napadów epileptycznych albo dawało impuls do wybuchu padaczki, z innych przyczyn powstałej. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że poza tem istnieją liczne przypadki, w których związek obu cierpień jest bardziej ścisły, i w których z największym prawdopodobieństwem powiedzieć możemy, iż długotrwałe cierpienie jednego z wymienionych narządów, śląc stałe podrażnienie w kierunku ku ośrodkom, powoduje ostatecznie w nich zmiany, zaburzenia pobudliwości, których wyrazem są napady epileptyczne. Najważniejsze dla uzasadnienia związku takiego momenty są:

- 1) Sposób powstawania i przebieg napadów, zdradzające jawny stosunek do danego cierpienia.
- 2) Brak innych przyczyn, mogących wytłomaczyć powstanie padaczki.
- 3) Ustąpienie napadów po usunięciu obwinianego cierpienia.

Cierpienia przelyku, a zwłaszcza spastyczne zwężenie, nie były dotąd, jak już powiedziałem, zapisane na liście chorób, mogących wywołać odruchową padaczkę. W przypadku, który Sz. Panom przedstawić zamierzam, związek ten, jak mi się zdaje, jest najbardziej prawdopodobny.

Władysław K. lat 25. Ojciec 55 lat zdrów, nie alkoholik. Matka zdrowa. Najstarsza siostra zmarła w 19 roku życia, była umysłowo i fizycznie nierozwinięta, karłowatego wzrostu. Druga siostra zmarła około 5 roku życia, była prawidłowo rozwinięta. Chory jest trzeci z rzędu, po nim następują dwie siostry, zupełnie zdrowe.

Chory był zdrów do 10-go roku, tylko w trzecim roku cierpiał na zapalenie oczów. Obecna choroba jego datuje się od lat 15: z początku słabo wyrażona, pogarsza się ona, według słów chorego, z każdym rokiem. Przyczyna choroby jest mu niewiadoma. Głównym objawem jest trudność przy jedzeniu, gdyż strawa zatrzymuje mu się w przelyku i do żołądka nie przechodzi. Płyny nie przechodzą wcale, pozostają one w przelyku, a mogą być z łatwością przez chorego w każdej chwili zwrócone: wystarcza zwykle nachylenie się ku przodowi, ewentualnie lekkie wydymanie się. To samo bywa zwykle ze strawą twardą, stałą, i ta również wraca się z powrotem przez usta. Niekiedy jednak, i to w pewnych tylko warunkach, chory jest w stanie strawę swą do żołądka wprowadzić: udaje mu się to przedewszystkiem tylko przy znacznym z jego strony wysiłku, musi się długo wydymać i zżymać, twarz mu się czerwieni, niekiedy oblewa się potem. Pomimo największego wysiłku nie może on nieraz celu swego dopiąć, zwłaszcza w ostatnim roku zaczęło się to częściej przytrafiać, tak np. niedawno jeszcze w ciągu 8-iu dni, według słów jego, nic literalnie nie przechodziło; chory miał wtedy ogromne pragnienie, oddawał mało moczu, bardzo czerwonego. Oczywiście stan przeszkody w przelyku ulega częstym wahaniom. Wogóle, jeśli nawet udaje mu się przepchnąć jedzenie do żołądka, to nie odrazu, zwykle pierwsza, druga,

a nieraz i trzecia porcja wraca się napowrót, zanim coś przejdzie. Najłatwiej przechodzi jedzenie twarde, bulka, mięso i t. p. popite płynem, najlepiej zimną wodą. Płyn ciepły nie dochodzi zwykle do celu, jak np. zupa stale się wraca. Chory zażywa jej jednak li tylko dla smaku. Ilość potrzebnego do popicia płynu nie jest zawsze ta sama; dawniej z początku wystarczała szklanka, teraz najmniej pół kwarty. Sam tylko płyn również trudno mu jest przepchnąć, jak samą strawę stałą: dla tego, chcąc np. napić się herbaty, musi on przedtem zjeść i lub z bulki.

Kilkakrotnie w czasie jedzenia przy zwracaniu strawy pokazywała się krew, zwykle jednak w bardzo małej ilości — zaledwie ślady, ale parę razy było i więcej, aż do łyżeczki.

W ostatnich 6—7 latach zaczęły występować w czasie jedzenia napady nerwowe, które go bardzo zaniepokoiły. Napad zaczyna się od tego, że mu ciało, ręce i nogi drętwieją, uczuwa jakby „drzenie“ ciała, ciemno mu się robi w oczach i wtedy pada, tracąc zupełnie przytomność. Kilkakrotnie padając, uległ poważnym skaleczeniom, tak np. raz przyszedł do mnie (przed rokiem) z rozległym oparzeniem całej połowy twarzy i guzem na czole. Konwulsji w czasie napadu, jak mu mówili otaczający go, nie bywa. Napad trwa bardzo krótko, zaledwie kilka sekund. Po napadzie czuje się niezłe, czasami tylko narzeka na ból głowy. Napady zjawiają się li tylko przy jedzeniu, kiedy chory z wysiłkiem usiłuje przepchnąć strawę poprzez przeszkodę do żołądka. Chory zauważył, że są one wtedy najczęstsze, gdy i przeszkoda najtrudniej pokonać się daje, kiedy, według słów jego, „ma słaby żołądek“. W innych warunkach, nie w czasie jedzenia, nigdy jeszcze napadu nie było. Nie było go również dotąd ani razu przy wprowadzaniu zgłębnika do żołądka, choć chory sam codziennie niemal rękoczyn ten wykonywa, a i przez lekarzy wielokrotnie sondowany bywał.

Z początku napady pojawiały się bardzo rzadko, nie częściej, niż raz na miesiąc; później stały się coraz częstsze, w ostatnim roku powtarzały się niekiedy codziennie lub nawet kilka razy dziennie. Zwykle chory z opisanych wyżej objawów poznaje zbliżanie się napadów i prędko przysiada lub się kładzie, ażeby zapobiedz skaleczeniu. Stopień natężenia napadu bywa zresztą zmienny, czasami wszystko się ogranicza do objawów aury i do pociemnienia przed oczyma.

Pomimo tak ciężkich warunków odżywiania, chory ogólnie czuje się względnie niezłe: znaczniejszego zeschuplenia na sobie nie zauważył, gdyż, o ile pamięta, nigdy tęgi nie był. Od wielu lat pełni służbę na kolei Wiedeńskiej, służbę bardzo odpowiedzialną, jako sygnalizator pociągów.

Niekiedy, jak już wspomnieliśmy, dokucza mu silne pragnienie, tem przykrzejsze dla niego, że wprowadzanie płynów do żołądka jest dla niego najtrudniejsze; kiedy zaś uda mu się przeszkodę przezwyciężyć, musi pić bez przerwy, jak tylko bowiem na chwilkę ustaje, wpust do żołądka znowu się zamyka. Często chory narzeka na „ssanie“ w okolicy żołądka. Poza tem żadnych bólów ani parestezyi nie miewa.

Bardzo dokuczliwe jest wydzielanie się płynu z przelyku. Płyn ten zbiera się nawet wtedy, gdy chory nie je, i w takiej ilości, że jest zmuszony go oddać. Wykonywa on to z największą łatwością, bez żadnego wysiłku, bez ruchów wymiotnych, jedynie nachylając się trochę naprzód.

Co kilka godzin płyn się wylewa, a zwłaszcza wtedy, gdy chory dużo mówi. Wieczorem, przed położeniem się do łóżka, chory stara się zawsze



całą zebraną ilość płynu zwrócić, ażeby mózdz spokojnie zasnąć i noc prze-  
spać. Bardzo często zrywać się musi w nocy dla oddania nagromadzonego  
w nadmiernej ilości płynu. Zwykle część płynu wylewa się we śnie na podu-  
szkę. Płyn jest biało-żółtawy, mętny, gęsty, ciągnący się, często z domieszką  
strawy.

Przez cały niemal czas trwania swej choroby chory poddawał się lecze-  
niu, ale bezskutecznie. Jeden z lekarzy radził mu, żeby sobie usta zatykał  
i tym sposobem zapobiegał wracaniu się pokarmów: chory robił to nawet  
w przeciągu kilku miesięcy, ale wreszcie zmęczyło go to bardzo („piers mu  
rozsadzało“), a skutku nie odniosło. Przez dłuższy czas leczył się też sondo-  
waniem przetyku, później zgłębnik nie chciał już przejść. Od roku, kiedym  
go znowu nauczył przeprowadzać zgłębnik przez przeszkodę, regularnie co-  
dziennie niemal się sonduje i wprowadza przez sondę zupę i inne napoje, któ-  
rych innym sposobem przelknąć nie może. (Niejakiś czas leczył się w od-  
dziale d-ra KRAJEWSKIEGO: tam go chloroformowano, i, jak słyszał, zgłębnik,  
który przedtem nie przechodził, przeszedł z łatwością). Do mnie chory zgło-  
sił się po raz pierwszy d. 30. X. 1899 r. i pozostawał w mojej obserwacji do  
stycznia 1900 r. Przez cały rok go nie widziałem, zjawił się dopiero przed  
tygodniem. Stan jego obecny nie różni się wcale od zeszlorocznego, wystar-  
czy więc, jeśli doniosę o wynikach mego badania ówczesnego, które teraz  
skontrolowałem i potwierdziłem.

(D. n.).

## Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu.

Napisał

**Szymon Kossobudzki.**

b. lekarz ziemski w gub. Orłowskiej.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 14).

W przypadkach niezbyt posuniętych i nie powikłanych ilość rzężeń  
wilgotnych się zmniejsza, z wilgotnych robią się suchemi i w 3 miesiącu giną.  
Stępienie ustępuje (znika) bardzo rzadko. Chory doświadcza uczucia po-  
prawy, nocne poty giną, kaszel staje się rzadszy, plwocina skąpsza i z rop-  
nej staje się śluzową. Niekiedy kaszel robi się suchym, męczącym wsku-  
tek kurczenia się tkanki łącznej; obok tego niektórzy doświadczają goście-  
wych bólów w plecach. Łaknienie poprawia się. W czwartym tygodniu  
ilość laseczników zmniejsza się, waga ciała wzrasta. Przy skłonności do  
krwotoków należy być ostrożnym i długo używać małych dawek. Jeżeli  
wystąpi krwioplucie, należy mniej więcej na 4 dni przerwać kurację. Naj-  
trudniej ustępuje gorączka; najlepszym na nią środkiem jest czyste powie-  
trze i zupełny spokój w łóżku. LANDERER przytacza 119 przypadków, które  
dzieli na 4 grupy:

1). postacie łżejsze, bezgorączkowe, niepowikłane, bez widocznych  
rozpadowych zmian—40 przypadków. Z tych u 22 przy końcu leczenia  
nie znaleziono laseczników w plwocinie.

2) bardziej posunięte, bez większej gorączki, z objawami rozpadowymi lub bez nich — 38 przypadków; z tych jedno wyzdrowienie, jedna znaczna poprawa, a w obu przypadkach laseczniki znikły w płwocinie. W 10 przypadkach nastąpił dobry stan i laseczników w płwocinie nie było, w 6 — powróciła zdolność do pracy, w 20 poprawa w małym stopniu.

3) postaci ciężkie — 15 przypadków; 5 zmarło, 2 wyzdrowiało, u 8 wynik nieokreślony.

4) suchoty galopujące — 17 przypadków, zmarło 2, znaczna poprawa w 5 przypadkach, poprawa ze zniknięciem laseczników w płwocinie w dwóch przypadkach.

LANDERER stosował hetol i w gruźlicy innych narządów. W gruźlicy kiszek i przewlekłej gruźlicy otrzewny zauważył bardzo dobre rezultaty, z wyjątkiem przypadków daleko posuniętych. Zauważył pewne polepszenie i w chorobie ABISSON'a co do zabarwienia skóry i zniknięcia laseczników gruźliczych w płwocinie. W gruźlicy narządów moczopłciowych wyniki były najmniej udane.

W leczeniu gruźlicy kości i stawów LANDERER stosował oprócz żylnych i miejscowe zastrzykiwania, ale tylko tam, gdzie nie było ropienia, ponieważ zdaniem jego, hetol, wywołując leukocytozę, sprzyja ropieniu. Ażeby jednocześnie wywierać i działanie przeciwnie, LANDERER połączył cynamonian sodu z krezolem i stosował tak zwany przezeń hetokrezol. Z pomocą tego środka można prędko otrzymać wyleczenie tam, gdzie ogniska nie są otwarte, gdzie niema przetok. Gruźlicę gruczołów chłonnych, jeżeli niema ropienia, leczyć można z dobrym wynikiem zastrzykiwaniami do żył.

W gruźlicy skóry, na przykład w wilku, stosowano zastrzykiwania miejscowe w same gruzelki; wyleczenie postępowało z głębokich warstw. W gruźlicy mózgu i opon mózgowych wyniki ujemne. (LANDERER). Wnioski LANDERER'a są następujące:

Kwas cynamonowy dla osób zdrowych jest nieszkodliwy w dosyć szerokich granicach. Za to u suchotników wykazuje energiczne działanie. We krwi sprowadza wielojądrową, eozynofilową leukocytozę. W sprawach gruźliczych wywołuje tworzenie się dokoła i w samych ogniskach gruźliczych wału z tkanki łącznej z następczym zbliznowaceniem. Zastrzykiwania do żył są nieszkodliwe, mogą wyleczyć znaczną część przypadków wewnętrznej gruźlicy i mają wyższość nad zastrzykiwaniami podskórnymi. Leczenie należy zacząć jaknajwcześniej, aby nie dopuścić do rozwoju ciężkich częstokroć nieuleczalnych postaci.

W r. 1899 ŁOWCKI (20) leczył w ambulatoryum prof. SZAPIRO 8 suchotników przychodnich, zastrzykując im pod skórę dwa razy na tydzień po 0,1 do 0,6 ctm. sz. 2 1/2% wyjałowionego roztworu cynamonianu sodu.

Wyniki były następujące:

- 1) Poty w czasie kuracyi zmniejszały się i zupełnie ustępowały;
- 2) prawie wszyscy chorzy zyskiwali na wadze;
- 3) ilość laseczników w płwocinie zmniejszała się;
- 4) płwocina z ropnej stawała się śluzową;
- 5) kaszel się znacznie zmniejszał;
- 6) jeżeli płuca dotknięte były na niewielkiej przestrzeni i gorączka była nieznaczna, to poprawa podmiotowa i przedmiotowa następowała stosunkowo prędko;

7) u osób z bardziej obszernymi zmianami poprawa występowała powolnie;

8) na suchoty galopujące leczenie dobrego wpływu nie miało.

W tymże roku HOFF (21) w poliklinice prof. STOFELA' i w Wiedniu stosował w gruźlicy płuc wewnętrznie kwas cynamonowy z arsenikiem. Mając pod obserwacją przeszło 100 chorych, niejednokrotnie przy prawidłowym stanie nerek uzyskał korzystne wyniki. FRAENKEL (22) przypisuje mniejszą wartość leczniczą kwasowi cynamonowemu w gruźlicy płuc.

W naszej literaturze mamy obszerny artykuł K.ROKIEWICZA (23). K. stosował hetol do żył co 2--4 dni w dawce od 0,0005, zwiększając za każdym razem dawkę w miarę sprzyjających okoliczności o 0,005. W razie podniesienia się ciepłoty ciała do 38,2, krwioplucia lub innych zaburzeń leczenie przerywano. Ogółem leczono 43 chorych, z których 25 dostawało hetol tylko do żył, 18 prócz tego brało podskórnice kwas arsenowy. Zabieg sam znoszony był dobrze i nigdy żadnych powikłań nie spowodził. Leczenie rozpoczynano, znalazłszy laseczniki w płwocinie.

Rozpatrując swoje przypadki, K. znajduje 1 wyleczenie (2,3%), znaczne polepszenie przy stosowaniu hetolu w 5 przypadkach, znaczne polepszenie przy stosowaniu hetolu i arseniku w 6 przypadkach, co razem stanowi 25,6%, nieznaczne polepszenie w 9 (23,2%), pogorszenie i śmierć w 48%. W tych ostatnich razach zmiany było daleko posunięte, i inne środki (krezotal, krezot krezalbina, ichtyol) pozostały także bez skutku.

K. uznaje wyższość bezwarunkową stosowania samego hetolu (30,2% korzystnych wyników) nad stosowaniem hetolu i arseniku (16,5% korzystnych wyników).

Okres wstrzykiwań wynosił od 10—do 132 dni, liczba zastrzykiwań od 5—46, najwyższa jednorazowa dawka przeciętnie 0,01, raz tylko jeden 0,015.

W 46,7% chorzy znosili zastrzykiwania z większą lub mniejszą korzyścią, w 53,4% znosili źle ze względu na przebieg, a nie na sam zabieg.

Leczenie, o ile dawało dobre wyniki, przejawiało się w pierwszych dwóch tygodniach zwiększeniem wagi ciała, wzmocnieniem łaknienia, ogólną rzeźkością, znaczniejszą energią życiową, ustąpieniem potów i dreszczów, ustaniem biegunki, zmniejszeniem się względnie ustąpieniem rzężeń w płucach.

Z objawów ujemnych zanotować się dało uczucie pieczenia w całym ciele, a niekiedy i bólu w piersiach. Ogólne podniecenie układu nerwowego, jakie można było zauważyć prawie w każdym przypadku, przemawia przeciw stosowaniu hetolu do żył u kobiet przed miesiączką.

K. spostrzegał czasami nagle i niespodziane pogorszenie się nawet po małych dawkach, które chorzy znosili doskonale. W tych razach przy oględzinach pośmiertnych stwierdzano uogólnienie się gruźlicy drogą naczyń krwionośnych.

K. zaleca hetol śródżylnie tylko w początkowych okresach gruźlicy w dawkach małych (*maximum* do 0,005). Według niego nie jest to lek swoisty lecz pośredni, wywołuje on zamianę ognisk gruźliczych na tkankę włóknistą, podniesienie energii życiowej ustroju i znikanie różnych pobocznych przykrych objawów, może więc służyć do leczenia gruźlicy, ale wpływ jego jest przemijający i krótkotrwały.

Działanie śródżylnie hetolu przypomina tuberkulinę, odczyn miejscowy, ogólny, czasem rozmiękczenie ognisk gruźliczych i uogólnianie się sprawy gruźliczej w ustroju drogą naczyń krwionośnych.



W Berlińskim Stowarzyszeniu medycznym d. 14. III. b. r. EWALD (24) mówił o leczeniu gruźlicy płuc hetolem. Stosował śródżylnie zastrzykiwania w coraz większych dawkach, dochodząc najwyżej do 0,015 dziennie. W ciągu ostatniego roku leczył 25 chorych, z których 11 nie miało gorączki, 10 miało dłuższe okresy bezgorączkowe, 4 gorączkowało bezustannie. Leczenie trwało od 18—do 316 dni. Zdawało się niekiedy, że hetol wzmacnia skłonność do krwioplucia, częściej można było zauważyć senność. Na ciepłość i poty nocne wpływu nie wywierał. Pomyślny skutek bez zarzutu okazał się w 4 przypadkach, 5 wykazało polepszenie, 6 pozostało bez zmiany, w 10 przypadkach choroba się rozszerzyła. Ostateczny sąd swój o działaniu hetolu EWALD wyraził w sposób następujący: „Chociaż wyniki moich doświadczeń nie równają się wynikom LANDERER'a, to jednak nadal będę stosował hetol, bo uważam go w każdym razie za lek nieszkodliwy, a godny badań.“

W dyskusyi, która się wywiązała, zabrał głos LANDERER (24), opierając się na blisko 800 przypadkach stosowania hetolu z dobrym skutkiem. Lek ten czasem wzmacnia skłonność do płucia a na gorączkę i poty nie rzadko ma wpływ niezaprzeczalny. Senności zbytniej nie spostrzegał. 36 przypadków leczył poliklinicznie, i w tych hetol tak samo działał znakomicie.

TABIAS (24) sądzi, że sposób LANDERER'a jest nieszkodliwy, polepszenie czasem jest widoczne, ale hetol nie jest środkiem swoistym.

HANSEMANN (24) pokazał preparaty mikroskopowe z gruźliczych królików, leczonych i nieleczonych hetolem, wykazujące, że gruzelki pod wpływem leku przetwarzają się w tkankę włóknistą.

FRANK (24) stosuje hetol od 1½ roku i w porównaniu z innymi sposobami ma wyniki bardziej korzystne, zachęcające do dalszych badań, hetol uważa za środek nieszkodliwy.

Jak widzimy, materiał do oceny działania cynamonianu sodu i wogóle kwasu cynamonowego w gruźlicy płuc jest dosyć obfity, wyniki otrzymane mniej więcej zachęcające. W r. 1897, kiedy zacząłem stosować ten środek, spostrzeżeń było znacznie mniej.

Przystępując do podania własnych spostrzeżeń, muszę przedewszystkiem opisać sposób i okoliczność zastosowania.

Cynamonian sodu — t. zw. hetol—*natrium cinnamylicum purissimum* jest to biały, czasem trochę żółtawy, krystaliczny proszek, słonawy, niekiedy z lekkim smakiem cynamonu, bardzo dobrze rozpuszczający się w gorącej wodzie, znacznie gorzej w zimnej. Roztwór ma pewien nieznaczny charakterystyczny zapach, ale nie wiem, czy to zależy od niezupełnego oczyszczenia preparatu, czy od innych przyczyn. Cynamonian sodu, który otrzymałem z fabryki MERCK'a w Darmsztacie zawsze był żółtawy i dawał roztwory nie zupełnie czyste, tak, że trzeba je było filtrować. Oprócz tego stosowałem cynamonian sodu, przysłany mi przez skład apteczny FERREIN'a w Moskwie niewiadomego mi pochodzenia: ten był bielszy i dawał roztwory czystsze. Zazwyczaj cynamonian sodu stosowałem w 5% lub 10%\*) roztworze, robiąc zastrzykiwania pod skórę dołów podobojczykowych na przemian.

---

\*) Wielu autorów podaje, że cynamonian sodu nie dają roztworów ponad 5%. Z własnego doświadczenia wiem, że można otrzymać i 10% roztwory. Prawda, że jeżeli stoją w zimnem miejscu, to mętnieją i wytwarzają osad krystaliczny hetolu. Po lekkim ogrzaniu roztwór robi się znowu przezroczystym.

Jak to czytaliśmy, zastrzykiwania do żył mają być bez porównania skuteczniejsze, ale wobec nawału pracy lekarza ziemskiego, nie znajdowałem czasu do własnoręcznego wykonywania codzien tego rękoczynu, wymagającego idealnej czystości. Zastrzykiwania podskórne nie przedstawiają niebezpieczeństwa i można je było powierzyć felczerowi.

W dalszym ciągu mówić będę tylko o zastrzykiwaniach podskórnych, i wyniki tej pracy tylko do nich się odnoszą. Przystępując do stosowania środka nowego, nie znanego, stosowanego w względnie małych dawkach i jakoby wywierającego mocne bardzo działanie, trzeba mieć pewne podstawy farmakologiczne.

Otóż w dostępnej mi literaturze udało mi się znaleźć bardzo mało wskazówek w tym względzie. Podług HUSSEMANN'a 5—6,0 kwasu cynamonowego żadnych zaburzeń nie sprowadza, a podług DRASCHE'go, kwas cynamonowy działa drażniąco, podobnie jak kantarydyna i tiozinamina, ponieważ zawiera w swym składzie kwas akrylowy. W moczu występuje po części sam przez się w postaci kwasu hippurowego.

Przerobiłem więc kilka doświadczeń z królikami i kociętami, zastrzykując im pod skórę, w tkankę płucną i podając wewnętrznie cynamonian sodu. Doświadczenia te, prowadzone dalej przeze mnie w pracowni profesora E. PRZEWOŚKIEGO, stanowić będą przedmiot oddzielnej pracy, i tutaj ich omawiać nie będę, tembardziej, że nie są jeszcze zupełnie skończone.

Dotychczas jednak widzę, że cynamonian sodu jest to środek mało trujący, albowiem u kotów, świnek morskich, królików sprowadza śmierć przy zastrzyknięciu pod skórę dopiero w ilości mniej więcej 1,0 na kilogram żywej wagi.

Dawki takie wywierają działanie przedewszystkiem na układ nerwowy, zmiany w narządach wewnętrznych makro- i mikroskopowe są tutaj nieznaczne. Przenosząc te dawki na człowieka, należałoby przypuszczać, że przy 50 kilo wagi śmierć sprowadziłoby mogło zastrzyknięcie 50,0 cynamonianu sodu. Pojedyncze, dziesięć razy mniejsze dawki znoszone bywają przez zwierzęta bezkarnie i bez zaburzeń widocznych.

Przy stosowaniu dawek mniejszych przez czas dłuższy, doprowadzamy zwierzęta do śmierci i znajdujemy wybitne zmiany makro i mikroskopowe w wewnętrznych narządach, ale dzieje się to bardzo wolno, i dawki używane w tych razach były prawie 10 razy większe od maksymalnych dawek, stosowanych przeze mnie u ludzi.

Zastrzykiwań podskórnych używałem przez dwa lata. Między chorymi wyboru nie robiłem, lecząc wszystkich bez wyjątku.

Muszę tu zauważyć, że w większości przypadków do szpitali dostaje się materyał najniewdzięczniejszy, mianowicie suchotnicy w ostatnich okresach.

Wieśniak, póki starczą siły, nie porzuca chaty i pracy i w ostateczności już wstępuje do szpitala. Ale nawet dostawszy się do szpitala, nie długo w nim pozostaje. Jeśli prędko nie znajduje wyraźnej poprawy i ulgi, wraca do domu i żadne namowy nie są go w stanie zatrzymać.

W rzeczywistości przyczyna tego kryje się nie w braku zaufania do pomocy lekarskiej, bo przyznać należy, że ludność wielkorosyjska w guberniach obdarzonych samorządem, a więc mających wcale niezłe urządzoną pomoc lekarską, chętnie zwraca się do lekarza.



Przyczynę upatrywać należy z jednej strony w mnóstwie warunków bytowych i ekonomicznych, wymagających w domu obecności członków rodziny, z drugiej w pewnem fatalistycznym zapatrywaniu się na życie zgodnie z przysłowiem „czto sużdieno, tawo nie minowat“, i w skutek tego w biernem poddawaniu się zrządzeniom losu czy opatrności.

Chorzy moi zajmowali trzy duże i widne sale, ale wobec stałego przepełnienia, szczególnie w porze zimowej, i złego urządzenia wentylacji, warunki bynajmniej nie były sprzyjające. Warunki te w porze zimowej pogarszały się w skutek zamięłowania ludu wielkorosyjskiego do gorąca w chatach i zakorzenionej obawy przeziębienia się. W obec tego chorzy przy 16 stopniach R. już się skarżyli na zimo, a żadne tłumaczenia nie mogły ich skłonić do przewietrzania częstego sal.

Wszyscy chorzy, o ile nie stawał na przeszkodzie stan narządów trawienia, otrzymywali ogólną porcyę, czyli na dzień 2 funty razowego chleba, 1 funt mięsa (surowego), pół funta kaszy z okrasą, rosół, barszcz, zupę perłową i często pół litra mleka. Jeżeli nie było szczególnych powikłań, chorzy prócz cynamonianu sodu brali morfinę, kodeinę, proszki DOWER'a, bromoform z *Ol. Pinii pumilionis*, olejkiem cynamonowym lub nalewką kozłkową. Niektórzy dostawali po łyżce tranu. Przy krwiopłuciu *Extr. fl. Hydrastis Canad.*

Ważono chorych co tydzień (zresztą nie wszystkich) z zachowaniem jednakowych warunków. Krew dla braku czasu badano u kilku niesystematycznie. Z tegoż powodu badanie płwociny wykonano u niektórych tylko.

W ten sposób leczyłem 38 osób.

Z tych 14 nie można przyjmować pod uwagę, ponieważ znajdowały się pod obserwacją przez czas krótki: przebyły w szpitalu 5—20 dni, dostawszy 3—10 zastrzyknięć, w których było 0,125—1,5 czystego cynamonianu sodu.

Chorzy byli w wieku od 16 do 49 lat, połowa z nich miała krwiopłucie lub krwotoki płucne, 2 miało biegunkę, 6 mocną duszność, 13 silne poty w nocy, u 3 mocno wyrażony *h. phthisicus*, 9 chorych miało ciepłotę wieczorową 39° i wyżej, 2—38° i wyżej; tylko 3 chorych było z ciepłotą prawidłową. Ci ostatni byli w szpitalu przez tydzień. 10 chorych miało mocne zajęcie jedno lub obustronne górnego płata płuc; 1 chory z rozpadowymi objawami. Trzej ostatni, którzy jak to już zaznaczyłem byli w szpitalu przez 7 dni — przedstawiali postacie lżejsze: w jednym przypadku był niezbyt wierzchołkowy, w dwóch słabe zgęszczenie wierzchołka.

Z tego widać, że chorzy tej grupy, nawet znajdując się przez czas dłuższy w szpitalu, przedstawiali mało danych co do poprawy (z wyjątkiem trzech), ponieważ były to wszystko postacie bardzo ciężkie. Bliższe szczegóły, dotyczące tej grupy, czytelnik znajdzie w dołączonej tablicy Nr. 1. (gdzie wymieniono ważniejsze objawy \*).

Historie choroby niektórych chorych przytaczam poniżej.

Nr. 18. L. K. 35 lat. 3. IV. 1897. Budowa i odżywianie dobre. Kaszle od roku, w nocy się poci, krwiopłucia nie było. Stępienie w lewym wierzchołku, oddech nieokreślony, trochę krepitacyi i subkrepitacyi. W prawym wierzchołku oddech zaostrozony. Ciepłota prawidłowa. Morfina 0,005 — 3 razy dziennie i co drugi dzień po 0,025 *Natr. cinnam.* w 5% roztworze.

\*) UWAGA. Gorączkę zaznaczono taką, jaką chorzy mieli przed zastrzykiwaniami. Na drugiej tablicy (patrz na końcu pracy) pomieściłem dane co do 24 pozostałych chorych, leczonych dłużej.

8. IV. Zrobiono 3 zastrzyknięcia. Ciepłota wieczorami podnosiła się do 38,7°.

28. IV. Zrobiono 15 zastrzyknięć. Od 25. IV. przestał gorączkować wieczorami; zresztą i przedtem ciepłota podnosiła się tylko wieczorami (rano najwyższa przez cały czas była 37,3) i nie przenosiła 38,4—38,7°, a były nawet dni, że gorączki nie było. Kaszel mniejszy. Przestał się pocić. W lewym wierzchołku rzężenia wilgotne średniobańkowe, krepitacyi nie słychać.

4. V. Ciepłota prawidłowa; w nocy się nie poci; kaszel nieznaczny; stępienie jak i poprzednio, oddech w lewym wierzchołku zaostrozony, rzężeń nie słychać.

Plwocina nie była badana.

W danym przypadku było bez wątpienia nacieczenie gruźlicze górnego lewego płata.

Poprawy nie ośmielam się stawiać w związku z leczeniem. Użyto 0,5 *Natr. cinn.* w 20 zastrzykiwaniach.

Wróciwszy do domu, K. po jakimś czasie zaczął kaszlać, chudnąć, słabnąć i w pół roku zmarł.

Nr. 19. K. P-ow włościanin 37 l. Po raz pierwszy zwrócił się do mnie do ambulatoryum 13. VI. 1897. Znalazłem wtenczas nieżyt w lewym wierzchołku, leczył się ambulatoryjnie; dostawał kreozot, proszki Dower'a, kodeinę, ale polepszenia nie było; zaczął kaszlać coraz bardziej, chudnąć, tracić siły. Przytrafiło się i krwioplucie. W obec tego wszystkiego zapisał się do szpitala 8. X. 1897 r.

9. X. Wzrost dobry, budowa dobra, odżywianie nędzne, osłabienie wielkie. Silny kaszel, brak łaknienia, poty. Bratowa ma gruźlicę płuc (Nr. 24). Niewielkie stępienie w lewym wierzchołku, oddech zaostrozony, od czasu do czasu krepitacye. Wieczorem gorączkuje (38,2) Dano: *Codeini* 0,02 — 3 razy dziennie. *Natr. cinnamyl.* po 0,05 i *Ol. Jecor. Asell.* po 15,0 codzień.

17. X. Ciepłota od czasu do czasu podnosiła się wieczorami do 38—38,2. Wystąpiło mocne krwioplucie, które przeszło po kilku dniach stosowania *Extr. fluid. Hydr. Canad.* Z tyłu do połowy łopatki słychać dużo rzężeń wilgotnych średnio pęcherzykowych i krepitacyi, to samo z przodu powyżej obojczyka. Ogólny stan niezły.

28. X. Od 18 do 25 wieczorami 38—38,5° — a nawet były dni, że i zrana ciepłota była podwyższona. Znacznie mniej rzężeń.

30. X. Znowu krwioplucie. W obec tego zaprzestano stosować *Natr. cinnamyl.* Podano kreozotal po 5,0 dziennie, kodeinę, *Extr. fl. Hydr. Canad.* i tran rybi.

17. XI. Od 1 do 4 chory wieczorami gorączkował do 38—38,5, potem przez kilka dni ciepłota była prawidłowa i znowu od 11— do 15 kilka niewielkich wahań gorączkowych. Stan ogólny niezły. Waga ciała 151½ f. Wżył 120,0 kreozotalu. Powrócono do hetolu po 0,05 codzień.

2. XII. Kaszle mało, plwociny, ropnosłuzowej niewiele bez śladów krwi. Nie poci się, na wadze zyskał 2½ f. Ciepłota prawidłowa.

7. XII. Ciepłota prawidłowa, nie poci się, czuje się znacznie silniejszym. Utył trochę, na wadze znowu zyskał 2¼ f. Cera zdrowsza. Niewielkie stępienie w lewym wierzchołku *in fossa supraclavic. et supra spinam.* Oddech w tych miejscach zarówno, jak i niżej do połowy łopatki, prawie pęcherzykowy. Rzężeń średniobańkowych bardzo mało. Wypisał się z polepszeniem.

Od 4. XII. do 7. XII. zastrzykiwano po 0,1.

Do marca 1898 r. czuł się znośnie, tak, że nawet nie szukał porady. W początkach marca mocne krwioplucie, które ustąpiło po wyżyciu 15,0 *Extr. fluid. Hydr. Canad.*

W ciągu marca trzy razy jeszcze przychodził do ambulatoryum; przepisano rozcieranie piersi terpentyną, proszki DOWER'a i krople z *T-ra Convall. maj.*, *Bromoform*, *Ol. Terebint. ad usum inter. aa 10,0*, *Ol. Cinnamomi 3,0*; 3 razy dziennie po 25 kropel.

(C. d. n.).

## WYKŁADY KLINICZNE.

(Patrz Nr. 11 „Medycyny“).

### IV.

DEITWEILER (Cronberg-Falkenstein). „Kilka uwag w sprawie leczenia suchot płucnych za pomocą spoczynku i leżenia na powietrzu“.

Znakomity twórca metody leczenia suchot płucnych za pomocą spoczynku i leżenia na powietrzu opisuje okoliczności, w jakich ona powstała, i przytacza zdania o niej wielu wybitnych fachowych kolegów. Szybkie i szerokie rozpowszechnienie pozyskała sobie metoda dla tego, że była oparta na łatwo przemawiających do przekonania podstawach fizjologicznych. Każde napięcie mięśnia pociąga za sobą utratę białka z ustroju — im przeto mniej będziemy mieli ruchu, tem mniejsze będzie i zużycie materji — to też w trwających chorobach wszelka praca mięśniowa jest przeciwwskazana. Po za tem wskutek takiej pracy i serce bywa do cierpienia wciągane — wszystkie stany anemiczne i gorączkowe powinny być leczone za pomocą spoczynku, głównie z powodu zwiększonego w tych razach wchłaniania.

Po tym wstępie przechodzi autor do sposobu stosowania swojej metody i powiada, że niezbędna jest dla niej z przodu na rozcież otwarta, a z góry, z tyłu i z boków zabezpieczona od wiatrów „leżalnia“, zwrócona do słońca, którego promienie nie powinny jednak w ciągu dłuższego czasu padać prosto na głowę. Osobne krzesła do leżenia, wprowadzone w zakładzie w Falkensteinie, zapewniają chorym możliwie wygodną pozycję z zupełnie odpoczywającymi mięśniami. Na takim krześle chory może spoczywać, czytać, pisać i rysować, nie potrzebując się do tego naginać i przeszkadzać czynności oddechowej i krążeniu krwi. Nowo wstępującym chorym należy zawsze wyperswadować obawę świeżego i cokolwiek więcej powietrza, trzeba im zalecić oddychać z zamkniętymi ustami i przykrywać się taką ilością kołder, by mieli przyjemne uczucie ciepła, ale nie gorąca, gdyż ostatnie z łatwością powoduje poty. W takich warunkach obawa naszego średnio i północno-europejskiego klimatu jest zupełnie pozbawiona podstawy — chłód w tym razie stanowi prawdziwie pożądany, przyjemny i podniecający czynnik — chorzy prawie bez wyjątku czują się znacznie lepiej przy 10—15° C. niżej zera, niż przy 20—25° C. po nad niem. W ciągu pierwszych dni leczenie powinno się zaczynać od kilku godzin przed i po obiedzie, w braku poprawy należy je szybko zwiększać, nakazując leżeć aż do wieczora, a później od samego śniadania do wieczora. W ten sposób każdy chory w ciągu 3 do 4 dni przywyka do leżenia, które autor, jako zasadę stosuje od 8 lub 9 rano do 9 lub 10 wieczór, z wyjątkiem godzin przeznaczonych na jedzenie i spacer.



Kilka uwag w tej sprawie poświęca autor lekarzom, którzy, holdując w zasadzie jego poglądom, błędnie je sobie tłumaczą. Chodzi tu głównie o to, czy za wiele spoczynku nie przynosi szkody zarówno ustrojowi, jak i choremu narządowi. Ostatnimi czasy w niektórych zakładach i sanatoriach chorych z bardzo nawet umiarkowanymi podwyższeniami ciepłoty ciała tygodniami całymi trzymają w łóżku, starając się i pracą mięśniową i czynność oddechową ograniczyć do *minimum* na tej jakoby podstawie, że i niewielkie, nawet podniesienie tych czynności zwiększa nacieczenie, przyspiesza rozpad, rozrywa nowowytworzoną tkankę, a przez to daje powód do dalszego przenikania laseczników, powiększania się gorączki i łatwiejszego wchłaniania toksyn. Dowodzą, że zapalenie jakiegokolwiek narządu wymaga przedewszystkiem absolutnego spokoju, i przytaczają pomyślnie wyniki, otrzymywane za pomocą spokoju w gruźlicy stawów. Zapominają jednak o tem, że wielka zachodzi różnica pomiędzy stawem a płucami. Staw niema żadnego innego celu, jak tylko zapewnienie ustrojowi możliwości ruchu, gdy tymczasem płuca odgrywają niezmiernie ważną rolę, służą do wymiany gazów i nie mogą być ani jednej minuty w spokoju, jeżeli chodzi o utrzymanie przy życiu ustroju, czynność ich przeto nie powinna spadać po za przeciętną miarę, ale musi być utrzymywana w pewnych szerokich granicach, tembardziej, jeżeli część tego narządu jest zajęta chorobą. Co więc pozostaje zdolne do sprawowania czynności, to powinno być w odpowiedniej mierze do pracy wciągane. Zapominają o tem ci, którzy każde głębsze oddychanie poczytują za szkodliwe. Nadto, jeżeli prawdą jest, że obfita w CO<sub>2</sub> krew działa bakterjobójczo, to w płucach, niszcząc chore tkanki, niezawodnie przyczynia się ona do przenoszenia się mikrobów do sąsiednich na pół zdrowych tkanek i zatrzymuje ich odnowę— każda bowiem część narządu, która straciła energię i siłę obrony, staje się pastwą wroga. Z drugiej znów strony nie ulega wątpliwości, że podniesiona działalność narządów oddechowych, forsowna ich gimnastyka, silne ruchy ciała na wszystkich nowych zapalno wysiękowych sprawach, jakoteż i w znajdujących się w początku rozpadu lub okresie wstecznego rozwoju, przedstawiają poważne niebezpieczeństwo. Unikamy go przez zalecenie spoczynku. To też chorzy z wysoką gorączką, nowymi krwotokami, raptownym rozpadem tkanki, z zapaleniem płuc i opłucny i t. d. kwalifikują się bezwzględnie do łóżka. Tak jednak, jak to obecnie coraz częściej się zdarza, że chorych z małemi nawet podwyższeniami ciepłoty ciała tygodnie i miesiące trzymają w łóżku, wyczekując zablźnienia, postępowanie takie, zdaniem autora, jest szkodliwe zarówno dla chorego narządu, jako też i dla ustroju, a głównie dla psychicznej jego strony. Przytem, wobec niedostatecznych naszych środków rozpoznawczych, jak trudno jest ściśle oznaczyć okres występowania zablźnienia. Płuca suchotnika przedstawiają różnolity obraz: gdy w jednym ich miejscu mamy zablźnienie, to w sąsiedztwie napotykamy początek rozpadu, a dalej znowu sprawy zapalne i wysiękowe. Wszystkich tych spraw nie jesteśmy w stanie powstrzymać za pomocą okna otwartego na rozcież.

TURBAN wyrzeka się leczenia za pomocą spoczynku, jeżeli chorzy w ciągu dłuższego czasu wykazują, jako *minimum* ciepłoty 37,7°—37,8°, autor zaś w sprawach przewlekłych idzie jeszcze dalej, a mianowicie, skoro krzywa ciepłoty w ciągu 10 do 14 dni pozostaje na jednej wysokości, radzi chorym porzucać krzesła do leżenia, a przebywać na świeżem, wolnem od pyłu, dymu i mikrobów powietrzu. Również zaleca to i takim chorym, którzy do południa lub do samego wieczora mają zwolnienia gorączki; jeżeli jednak na krótko przed tem przez ciągłe mierzenie ciepłoty przekonamy się, że istnieje u nich pewne stałe jej podwyższenie, to możemy z pożytkiem próbować pokoju lub łóżka. Nierzadko przy

takiem przejściu od ruchu do spoczynku spostrzegać można szybkie ustępowanie gorączki, która dotąd opadać nie chciała.

Miejscowe i ogólne szkodliwości, którym chorzy mają podlegać przy porzucaniu przez nich łóżka i wychodzeniu odrazu na powietrze, zdaniem autora, są przecenione. Również przeceniana jest i możliwość rozciągania lub rozrywania się chorego miejsca, jako też i graniczących z niem zdrowych tkanek płuc przez głębokie ruchy oddechowe. Rozumowania zaś co do zwiększania się wysięku, przyspieszania rozpadu i wchłaniania powstały dla tego, że chorzy często nadużywali nierozsądnych sportowych ćwiczeń, nie znajdujących się w żadnym stosunku ani do ich choroby, ani do siły ich serca.

W każdym więc okresie, według autora, a nawet podczas leżenia, chory powinien w ciągu  $\frac{1}{4}$  lub  $\frac{1}{2}$  godziny wykonywać do 10—12 głębokich ruchów oddechowych, silniejszym zaś chorym należy zakładać powolne i stopniowe ćwiczenie się w chodzeniu po równinie, a nawet po górach, w ten sposób osiągamy odpowiedniego stopnia wymianę gazów.

We wszystkich przewlekłych sprawach zapalnych i rozpadowych, stosując energicznie spoczynek, więcej przynosimy szkody, niż pożytku. Tego samego zdania są HOFFMANN, BIEDERT i inni, gdy mówią:

„Musimy pamiętać, że mamy przed sobą sprawę, która w swoich początkach najłatwiej może się uleczyć przez sprawy wsteczne; części chore muszą być wydalone lub otorbione, by dla otoczenia nie były szkodliwe; cel ten osiąga się nie przez małą, ale przez energiczną czynność życiową sąsiadujących zdrowych tkanek — niema więc żadnej racji starać się możliwie długo utrzymać w ustroju części chore — im prędzej ustrój się od nich uwolni, tem dla niego lepiej — przychodzimy tedy do wniosku, że w suchotach płucnych metoda oszczędzania narządów oddechowych nie może być pożyteczna. Są przypadki, w których jest ona niezbędna, jak np. krwotoki płucne, ale główną zasadą postępowania powinno być ćwiczenie, bezustanne ćwiczenie”.

Autor chciał choć pobieżnie wypowiedzieć się przeciwko na tak szeroką skalę stosowanej obecnie metodzie oszczędzania, której sam dał początek, gdyż obawia się, że niewątpliwa jej wartość wskutek dogmatycznego uogólnienia może być mocno w przyszłości zachwiana. Widzi niebezpieczeństwo w tem, że racjonalna na ogół zasada naukowa staje się aksyomatem i żąda od lekarzy w każdym poszczególnym przypadku zarówno własnego sądu, jako też i prawidłowej jego oceny, nadmieniając, że jest to bardzo trudne zadanie.

## V.

SCHULTZEN (Berlin). **Ćwiczenia czynności oddechowych w leczeniu suchot płucnych.**

Gdy DETTWEILER, Herman WEBER, WALDENBURG, TURBAN i wielu innych gorąco przemawiają za ćwiczeniami narządów oddechowych w leczeniu suchot płucnych, to BREHMER, CORNET, VOLLAND i inni stosowanie tego pomocniczego środka poczytują za szkodliwe. Dla tego to i odnośne piśmiennictwo jest w tym względzie nader ubogie, a i te nieliczne prace, jakie o ćwiczeniach traktują, opierają się więcej na rozumowaniach teoretycznych, niż na praktyce. Autor, lecząc w sanatorium Grabowsee około 500 chorych, miał możność wypróbowania tego środka w praktyce, a wyniki podaje do wiadomości ogółu. Zaznacza, iż idzie tu tylko o ćwiczenia czynne, gdyż doświadczenia z ćwiczeniami biernymi, jako to wdychaniem zgęszczonego powietrza, pneumatycznymi kamerami i t. d. wykazały wątpliwą ich wartość.

Najprostsze i najłatwiej zrozumiałe ćwiczenie w celu prawidłowego oddychania osiąga się za pomocą powolnego chodzenia pod górę po drodze, umiarkowanie się wznoszącej, i przy dobrym, poprawnym trzymaniu ciała; ta postać ćwiczeń, jako najodpowiedniejsza, powinna być stale wybierana. Lecz tam nawet, gdzie ukształtowanie ziemi daje możliwość do tego rodzaju spacerów, nie są one w użyciu, gdyż chorzy bardzo tylko niewielką część dnia mogą spacerom poświęcać, a niektórzy, wogóle, nie chcą wcale wchodzić pod górę. Dla tego to autor obmyślił dla nich inne ćwiczenia, składające się z głębokiego i powolnego wdechu i ze wzmocnionego wydechu. Takie głębokie ruchy oddechowe powinny być wykonywane bez postronnej podniety tak, jakby głębsze westchnienia, jednocześnie należy trzymać ciało swobodnie, ze zwieszonymi rękami, i nie czynić żadnego sztucznego przestanku pomiędzy wdechem i wydechem. Jeżeli oddychanie nosem jest prawidłowe, to ćwiczenia powinny się odbywać z zamkniętymi ustami. Trwać mogą cały dzień, z początku w ciągu  $\frac{1}{2}$  godziny 2 do 6 razy, a później tyleż razy w ciągu kwadransa — podczas spaceru należy się dla nich zatrzymywać na miejscu.

Zręczniejsi chorzy po nabraniu wprawy wykonywają je i podczas leżenia na powietrzu. Przy wykonywaniu odzież nie powinna nigdzie uciskać, w razie wiatru należy się od niego odwracać, a w razie zimnego i zanieczyszczonego powietrza lub zbytowego rozgrzania ciała należy ćwiczeń zaprzestać.

Aczkolwiek wymienione ćwiczenia wydają się bardzo proste, to jednak, by przyniosły pożądaný skutek, trzeba chorych praktycznie ich nauczyć, a nad wykonywaniem mieć ciągłą baczność.

Jeżeli wskutek długiej lub płaskiej klatki piersiowej, złego trzymania ciała, nieodpowiedniego podziału siły mięśni oddechowych lub innych jakich przyczyn owe proste ćwiczenia nie prowadziły do celu, to wtedy autor zalecał czynne podnoszenie ramienia i ręki w górę aż do głowy, połączone z wdychaniem i opuszczanie tych części ciała, połączone z wydechaniem. Znaczne polepszenie czynności osiągnąć można było również i za pomocą powolnego odwracania naczad ręki rozpostartej naprzód.

By i niedostatecznie rozszerzające się części płuc przyjmowały udział w czynności oddechowej, zalecał autor podczas ćwiczeń pewne zmiany w położeniu ciała, wobec np. zmniejszonej zdolności rozszerzania się jednego wierzchołka — mocne zginanie ciała i głowy z lekko zwieszoną ręką w przeciwną stronę, a przy niedostatecznym rozszerzaniu się dolnej części płuca — tę samą pozycję, ale z ręką z odpowiedniej strony założoną na głowę.

Stosowane były także i różnorodne postaci ćwiczeń gimnastycznych tak, jak je podają podręczniki gimnastyki.

Cwiczenia zalecane były nie tylko tym chorym, którzy wykazywali złe trzymanie ciała, nieudolne oddychanie, niedostateczne rozszerzanie się płuc, ale każdemu choremu, u którego po dokładnem zbadaniu nie znajdowano żadnych przeciwwskazań.

Przeciwwskazania te są: gorączka, wielkie osłabienie, znaczne rozmiękczenie i rozpad tkanki płucnej, ostre sprawy zapalne, szybko postępujące rozprze-strzenianie się miejscowych zmian gruźliczych, bardzo obfita wydzielina, powstające albo też dawniejsze wielkie jamy w płucach, świeże zapalenia opłucny i większe wysięki, krwotoki płucne, choćby najmniejsze, owrzodzenia krtani, choroby krwi lub też powikłania ze strony innych narządów, wreszcie niespodziewanie podczas ćwiczeń występujące zaburzenia, które można było przypisać ćwiczeniom.



Jednym słowem, nadają się do ćwiczeń chorzy z niezbyt rozwiniętą chorobą; w Grabowsee, choć materyał nie zawsze w tym względzie bywał pomyślny, oddawało się ćwiczeniom 65% do 75% chorych.

Skutki ćwiczeń były następujące. Złe trzymanie ciała, osobliwie klatki piersiowej, stawało się lepsze i swobodniejsze, przyśpieszone i nieudolne przedtem oddychanie, głównie w wierzchołkach płuc, stawało się głębszem i powolniejszym, dolna część płuc przesuwiała się energiczniej, katary tych części znikaly, odkastywanie stawało się lżejsze, a męczący kaszel się zmniejszał, wreszcie ćwiczenia wywierały pomyślny wpływ i na czynność serca.

W końcu swej pracy zbija autor zarzuty przeciwników i dochodzi do wniosku, że ćwiczenia narządów oddechowych w leczeniu suchot płucnych są wielce wartościowym środkiem pomocniczym i powinny być stosowane u każdego chorego, u którego nie znajdujemy przeciwwskazań.

(*Zeitschr. für Tuberkulose und Heilstättenwesen. 1 Band. 2 i 4 Heft*). Stan. Łagowski.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 5 marca r. b.

TREŚĆ: 1) L. KRAUSE — przedstawienie: a) chorego po gastroenterostomii, b) dziecka z wrodzoną amputacją goleni. 2) J. BORZYMOWSKI — przedstawienie przyrządu do podawania ligatur. 3) T. HEIMAN — „O cholesteatomacie ucha“ (z demonstracją preparatu).

1) Kol. KRAUSE a) przedstawił chorego 25-letniego mężczyznę po operacji gastroenterostomii z powodu zwężenia odźwiernika.

Chory od półtora roku począł doznawać uczucia silnego palenia w okolicy żołądka i uczucia silnej kwaśności zwłaszcza po jedzeniu. Nigdy nie wymiotował, łaknienie dobre. Przy obmacywaniu żołądka w górnej części widać było ruchy robaczkowe. Przy napelnieniu powietrzem dno żołądka można było wypukać na 4 palce poniżej pępka. Po próbnem śniadaniu w zawartości znaleziono wolny kwas w znacznej ilości — 43, ogólną kwaśność — 86. K. wobec tego rozpoznał bliznowate zwężenie odźwiernika. Istotnie po otwarciu jamy brzusznej znalazł odźwiernik w kształcie guza twardego i gładkiego z głęboką brózdą bliżej żołądka. Gastroenterostomii dokonał sposobem WOELFLER'a. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Badanie zawartości żołądka, dokonane w 16 dni po operacji po śniadaniu próbnem, wykazało ilość wolnego kwasu solnego 36.

b) Kol. KRAUSE przedstawił trzymiesięczne dziecko, które urodziło się z brakiem połowy prawej goleni (*amputatio spontanea cruris dextri*) oraz ze niekształceniem palców u lewej rączki. Na prawej stopie była syndaktylia i brak koniuszczków u palców.

2) Kol. BORZYMOWSKI przedstawił przyrząd do podawania ligatur. Wobec następujących wad dzisiejszego podawania ligatur, 1) ligatury podaje zwykle felczer, za którego aseptykę operator nigdy ręczyć nie może, 2) ligatury wloką się najczęściej po serwecie lub skórze chorego, 3) przy odbieraniu ligatur zużywa się dużo ruchów, czasu i odrywa się oczy od pola operacyjnego, 4) operujący, mając pęk ligatur w ręce, nie rozporządza wszystkimi jej palcami, — przyrząd kol. B., składający się z gumowej przepaski z przymocowaną doń szpulką z ligaturami ma następujące zalety: 1) znacznie skraca czas podwiązywania naczyń, ponieważ czyni zbytecznem podawanie ligatur przez osobę drugą, rozwijanie ich i odcinanie; 2) umożliwia aseptykę ligatur, gdyż przechodzą one tylko przez kil-

ka palców operującego, 3) pozwala nie odrywać oczu od pola operacyjnego, 4) operujący, nie oddając rąk przyrządu, rozporządza wszystkimi palcami swych rąk.

3) Kol. T. HEIMAN wygłosił rzecz „o cholesteatomacie ucha” i demonstrował odpowiednie preparaty. (Rzecz ta drukowana będzie w naszym piśmie).

W dyskusyi kol. RZĘTKOWSKI zapytuje, czy łaseczniki gruzlicze i komórki olbrzymie znajdowano we wspomnianych przez prelegenta przypadkach jedynie w cholesteatomatach.

Kol. HEIMAN odpowiada, iż często stwierdzano wtedy gruzlicę ogólną.

Kol. STEINHAUS uważa cholesteatomaty za prawdziwe nowotwory we wszystkich przypadkach. Chroniczne zapalenia ucha to tylko tło dla tych nowotworów. Morfologicznie wszystkie cholesteatomaty są identyczne: są to zawsze epidermoidy w sensie BOSTKEM'a. Czy nabłonek wielowarstwowy znalazł się w niewłaściwym miejscu wskutek zбочeń rozwojowych, czy też wskutek spraw zapalnych, to na budowę nowotworu zupełnie nie wpływa. Obecność w cholesteatomatach komórek olbrzymich była powodem, że przypuszczano związek tych nowotworów z gruzlicą. Bliższe badania jednak wykazały, że owe komórki olbrzymie to „Fremdkörperriesenzellen” z nekrofagami, t. j. komórkami, wchłaniającymi wytwory przemian wstecznych i nekrozy tkanek. Łaseczniki KOCH'a znajdowano tylko w gruzlicy ogólnej.

Kol. GURANOWSKI twierdzi, że w uchu środkowym bywają zarówno prawdziwe cholesteatomaty, jak i t. zw. pseudocholesteatomata. Zależy to od tego, w jakiej części ucha środkowego odbywa się sprawa chorobowa. Badania licznych autorów, zwłaszcza HABERMANN'a, wykazały, że cholesteatomat ucha powstaje w przeważnej liczbie przypadków przy zajęciu przez sprawę chorobową górnego odcinka jamy bębnekowej, t. j. attyki i przedziurawieniach błony SCHRAPNEL'a. W przypadkach tych łatwo może wrastać naskórek z bieżegów przedziurawionej błony lub z przewodu słuchowego do attyki i na obnażonej błonie śluzowej się rozrasta. Jeżeli przytem istnieje ziarnina, zwięzająca otwór w błonie SCHRAPNEL'a, wtedy naskórek łatwo się w jamie zatrzymuje i doprowadza do wytworzenia mas uwarstwionych. Przypadki niby pierwotnych cholesteatomatów w kości skalistej (LUCAE'go, URBANTSCHITSCH'a i innych) nie są dość przekonujące. Co się tyczy leczenia, to G. zgadza się z prelegentem, że, gdy niema groźnych objawów, to można nie spieszyć się z operacją radykalną, zwłaszcza u osób starszych, gdzie wytwarza się stwardnienie kości, zabezpieczające od szerzenia się sprawy na jamy czaszkowe. Niekiedy wykonywamy operacje radykalne tylko na wyraźne żądanie chorego w celu usunięcia przewlekłego ropienia.

W odpowiedzi kol. STEINHAUSOWI prelegent zaznacza, że, gdyby przyjął wszystkie cholesteatomaty w uchu za nowotwory pierwotne, byłoby ich zbyt dużo, i twierdzi jeszcze raz, że najczęściej stanowią one wynik przewlekłych spraw ropnych w uchu środkowym i w znaczeniu anatomicznem, nie klinicznem, nie posiadają wszystkich cech prawdziwych nowotworów.

Zdaniem prelegenta, kol. GURANOWSKI pogląd BEZOLD'a przypisuje HABERMANN'owi. BEZOLD nawet każdy otwór w błonie SCHRAPNEL'a uważa za oznakę cholesteatomatu. Nie zgadza się prelegent, by wyskrobanie zacyfku (*atticus*) wystarczyło do wyleczenia cholesteatomatu. Nagromadzenie się nabłonka skutkiem *otitis desquamativa* nie stanowi jeszcze cholesteatomatu. W końcu prelegent przypomina, że pierwotnych cholesteatomatów w kości skroniowej notowano w literaturze nie dwa, lecz siedm.

Posiedzenie z dnia 19 marca r. b.

TRZESCI: 1) R. BERNHARDT — przedstawienie chorego ze świerzbiączką, jako przyczynkę do patogenezy tego cierpienia; 2) Fr. NEUGEBAUER — przedstawienie dwóch preparatów anatomicznych przepukliny sznurka pępkowego (*hernia umbilicalis*) — oraz rysunek trzeciego spostrzeżenia analogicznego; 3) St. MUTERMILCH — przedstawienie płynu mlecznego (*chylus*), otrzymanego z opłucny. 4) H. ODERFELD — przedstawienie chorej po dokonanej operacji *cholecystostomia transhepatica*. 5) St. KORCZYŃSKI — „Ciekawe objawy hipnozy u historyka“ (z demonstracją).

1) Kol. R. BERNHARDT przedstawił chorego ze świerzbiączką (*prurigo*), jako przyczynkę do patogenezy tego cierpienia. Chory mężczyzna lat 20, w drugim roku życia przeżył ostre porażenie dziecięce (*poliomyelitis anterior acuta*), bezwład i zanik dotknął prawą kończynę górną. W 8 roku życia wystąpiła świerzbiączka na kończynach dolnych i na górnej lewej; kończyna górna prawa zupełnie wolna od wysypki i świerzbiączki. Spostrzeżenie to dowodzi, że świerzbiączka nie jest ani nerwicą czuciową, ani czystą nerwicą naczynioruchową, a raczej należy do nerwic odżywczych. Zniszczenie ośrodków odżywczych w szarej istocie rdzenia uniemożliwiło w danym przypadku powstanie wysypki na porażonej kończynie.

2) Kol. Fr. NEUGEBAUER przedstawił dwa preparaty anatomiczne przepukliny sznurka pępkowego (*hernia funiculi umbilicalis*) oraz rysunek trzeciego spostrzeżenia analogicznego. Spostrzeżenia te z powodu ich rzadkości i ciekawości będą opisane w prasie naszej przez mówcę.

3) Kol. St. MUTERMILCH przedstawił płyn mleczny, otrzymany z prawej opłucny u dziewczynki pięciomiesięcznej, która przed trzema tygodniami uderzyła się w prawy bok. Od tygodnia stwierdzono obecność płynu w prawej opłucnie, który wypuszczono za pomocą przyrządu POTAIN'a. Płyn w ilości 115 ctm. sz. ma kolor mleka, pozbawiony jest woni, z odczynem alkalicznym. Ciężar właściwy—1017. Skład chemiczny płynu—tłuszcz, białe ciała krwi i pojedyncze czerwone krążki. Był to więc *hydrothorax chylosus*, który należy odróżniać od *hydrothorax chyloformis*. Ponieważ płyn wylał się do prawej opłucny, musiała przeto pęknąć jakaś gałąź przewodu piersiowego. Przypadek ten będzie ogłoszony szczegółowo przez kol. KRAUSHARA do którego ambulansu matka z dzieckiem się zgłosiła.

4) Kol. H. ODERFELD przedstawił chorą po dokonanej *cholecystostomia transhepatica*. O. przypomina, iż przed pół rokiem przedstawiał podobny przypadek. Obecna chora od pewnego czasu gorączkowała i skarżyła się na ból w prawym dole biodrowym. Przedmiotowo stwierdzono guz nieruchomy, niebolesny. Przekłucie próbne wykazało czystą ropę. Przy laparotomii natrafiono na płat wątroby, sięgający do *spina ilei ant. sup.*, a pod płatem zrośnięty z nim guz z ropną zawartością. Wahano się pomiędzy zropiałym bąblowcem wątroby a zapaleniem ropnem pęcherzyka żółciowego. O. żegadłem PACQUELIN'a przeciął na grubość 5 ctm. tkankę wątroby, opróżnił ropień, w którym znalazł kilkanaście kamieni żółciowych. Chora wyzdrowiała. Podobne postępowanie uważa więc O. za możliwe i dozwolone.

5) Kol. KORCZYŃSKI Stanisław mówił „o ciekawych objawach hipnozy u historyka“ i przedstawił chorego, którego uśpił.

Zaznaczywszy najpierw ważność sugestyi w stosunku lekarza do pacjenta i to, że hipnoza jest tym stanem świadomości, który potęga sugestyi najbardziej uwydatnia, prelegent przeszedł do historii choroby przedstawionego następnie pacjenta.

N. lat 29, buchalter, pod względem neuropatycznym mocno obciążony. U. 15 roku życia mocno nadużywał napojów wyskokowych. W 25 roku życia dostał



po raz pierwszy napadu ogólnych drgawek z zupełną utratą przytomności, które w ciągu tego roku kilkakrotnie się powtarzały. W roku zeszłym (1900) we wrześniu, chory, będąc w Wiedniu, znowu nagle dostał podobnego napadu ogólnych drgawek, i „Pogotowie” tamtejsze odwiozło go do „Szpitala ogólnego”. Tam stwierdzono: *vitium cordis, embolia cerebri, hemiplegia sinistra*. Chory przez dwa tygodnie nie mógł mówić, jak twierdzi, dla tego, że nie mógł poruszać językiem, który ciągnęło mu wprawo. Twarz miał również przeciągniętą wprawo. Mowa po paru tygodniach wróciła. Potwierdzenie tego szpitalnego rozpoznania KOPCZYŃSKI otrzymał od kol. ELZHOLZ'a z Wiednia. Choremu zabroniono się poruszać, i chory leżał w szpitalu do końca stycznia, t. j. 4 miesiące, nie będąc w stanie poruszać lewą ręką i lewą nogą. Przy końcu stycznia r. b. chorego przywieziono do Warszawy, do szpitala św. Ducha. Biorąc pod uwagę: 1) zupełny brak objawów spastycznych po stronie porażenia — odruchy ścięgnięte po obu stronach były zupełnie jednakowe, 2) brak wszelkich zaburzeń ze strony nerwu twarzowego i podjęzykowego, 3) zaburzenia czucia po stronie lewej o charakterze czynnościowym, 4) osłabienie zmysłu wzroku, słuchu i smaku po stronie lewej, K. rozpoznał porażenie połowiczne pochodzenia histerycznego (*hemiplegia hysterica*) bez żadnego związku z istniejącą u chorego wadą serca. Z początku choroby miał on *spasmus glosso-labialis*, który często podobnym porażeniom towarzyszy, a który przy powierzchownym badaniu sprawia wrażenie lewostronnego porażenia twarzy. Przez tydzień jeszcze w szpitalu chory nie mógł absolutnie poruszać lewą ręką i lewą nogą. Następnie pod wpływem sugestyi hipnotycznej chory po trzech posiedzeniach począł chodzić i poruszać lewą ręką zupełnie prawidłowo.

Okazało się, że chory jest osobnikiem, niezwykle podatnym do sugestyi i bardzo łatwo zapada w głęboki sen. K. podczas hipnozy wywoływał łatwo przykurczenia, bezwłady, katalepsję, halucynacje wzrokowe, słuchowe, smakowe, halucynacje ujemne, najrozmaitsze afekty, halucynacje posthipnotyczne. Co się tyczy afektów, to wystarczyło wywołać część ruchów ekspresyjnych, charakteryzujących dany efekt, ażeby inne ruchy same dalej się kojarzyły. Wystarczało np. ułożyć ręce, jak do modlitwy, a cała twarz nabierała wyrazu rozmodlenia. Z ciekawszych objawów zasługują na uwagę: 1) t. zw. podług KRAFFT-EBING'a „odtworzenie dawniejszych osobowości”: choremu poddaje się, że jest kilkoletniem dzieckiem, a wtedy ten w rozmowie odpowiednio się zachowuje; 2) pod wpływem sugestyi pod zwykłą zmoczoną w wodzie bibułą wystąpiły po 20 godzinach zaczerwienienie, obrzęk i pęcherzyki z płynem surowicznym; 3) pod wpływem sugestyi K. otrzymywał zwolnienie i przyspieszenie tętna z 76 do 112 na minutę. Z tych objawów K. podczas posiedzenia demonstrował obecnym na chorym w stanie hipnozy katalepsję, przykurczenia, bezwłady, afekty z niezwykle wyrazistą mimiką, rozmaite halucynacje *intra*—i *post*—hipnotyczne, nadczułość i zupełne znieczulenie w tem samym miejscu.

W dyskusyi kol. FLATAU sądzi, że zwykle zjawiska psychiczne, występujące w hipnozie, są zbyt dobrze znane, aby warto było ponownie zwracać na nie uwagę. Większą wartość naukową mogłyby posiadać badania ścisłe nad zmianami somatycznymi w stanie hipnozy (zmiana tętna i t. p.). Co się tyczy znaczenia terapeutycznego hipnotyzmu, to trzeba być w stosowaniu tego środka bardzo wstrzemięźliwym i uważać go za *ultimum refugium*.

Kol. WISŁOCKI zaznacza, iż winniśmy wdzięczność kol. KOPCZYŃSKIEMU za przypomnienie w Towarzystwie naszym o hipnozie i jej leczniczym znaczeniu. Widzieliśmy również przekonujący dowód skuteczności sugestyi hipnoty-

czej. Sądząc z zapowiedzi, kol. WISŁOCKI spodziewał się zobaczyć coś nowego np. z dziedziny ideoplastyki, t. j. wpływu sugestyi na zmiany anatomiczne. Tymczasem oglądał objawy, co do istnienia których nie wątpi nie tylko żaden lekarz, lecz nawet i szerokie masy publiczności. Służyły one jako demonstracye na wykładach CHARCOT'a, BERNHEIM'a i BERILLON'a, pokazywali je setki razy rozmaici hipnotyzerzy. W naszym Towarzystwie przed kilkunastu laty pokazywał je słynny DONATO i powtarzał kol. M. BRUNER. Z uwagi na łatwość symulacyi przejawów w sferze czuciowej, ruchowej i emocyjnej doświadczenia tego rodzaju winny być robione w warunkach ścisłej naukowej kontroli, do czego nie nadają się liczne zebrania. Zresztą w chwili obecnej największy interes dla medycyny przedstawia wpływ sugestyi na zmiany somatyczne. W końcu kol. WISŁOCKI zwraca uwagę, że głębokie postacie hipnozy np. letarg, gdzie uśpiony nie reaguje na wpływy zewnętrzne, nie jest polem do sugestyi. Najlepiej nadaje się do tego somnambulizm lub lekkie stany snu hipnotycznego.

Kol. KORYBUT-DASZKIEWICZ zaznacza, że przypadek, przedstawiony przez prelegenta, jest bardzo ciekawy choćby z tego powodu, że u chorego istniały objawy, które utrzymywały lekarzy szpitalnych w Wiedniu w przekonaniu, że mają do czynienia z porażeniem połowicznym z powodu zatoru. Co się tyczy objawów hipnozy, demonstrowanych na chorym przez prelegenta, to są one oddawna znane i zupełnie podobne do nich wywoływał kol. KORYBUT-DASZKIEWICZ przed kilkunastu laty na swoich medyach. Dla wyłączenia możliwej w danym przypadku symulacyi ze strony chorego, co jest tu zresztą mało prawdopodobne, kol. KORYBUT-DASZKIEWICZ radzi robić większe przekłucia i odpowiednio do sugestyi otrzymywać lub nie krew z rany. Świadkiem podobnych doświadczeń był mówca przed kilkunastu laty.

Kol. BRIGMAN zapytuje, czy chory, przedstawiony przez prelegenta, nie był już poprzednio gdziekolwiek hipnotyzowany. Jak na tak krótki czas, jest on zbyt dobrze wytresowany. Zresztą próby z objawami „somatycznymi“ wypadły mniej pomyślnie. Następstwa wrzekomych wezykatoryi pojawiły się na drugi dzień, przez ten czas chory pozostawał bez kontroli, symulacyi więc nie da się z pewnością wyłączyć. Najlepiej próby takie przeprowadzać w szpitalu, pod ścisłą kontrolą, ale z drugiej strony niekorzystnie tu oddziałują nieuniknione demonstracye przed lekarzami, studentami, które pouczają chorego co do oczekiwanych objawów. W ogólności wszelkie podobne doświadczenia hipnotyczne wpływają ujemnie na stan chorego, powiększając jego sugestyjność i czyniąc z niego prawdziwe „medyum“. O ile zatem nie są one związane z celem terapeutycznym, należy ich możliwie unikać. Ale i pod względem leczniczym można uważać hipnotyzm jako *ultimum refugium*, które stosować należy dopiero po wyczerpaniu wszelkich innych środków, zwłaszcza różnych postaci sugestyi maskowanej (elektryzacya, masaż, Paquelin i t. p.). W przedstawionym przypadku również, zdaniem B., gdyby sposoby te konsekwentnie przeprowadzone zostały, hipnotyzm okazałby się zbyt cennym.

Kol. LUBLINER podnosi sprawę afonii hysterycznej i trudności jej leczenia.

Kol. ZIELIŃSKI zaznacza, iż halucynacye posthypnotyczne odznaczają się brakiem wyrazistości.

W odpowiedzi kol. WISŁOCKIEMU kol. KOPCZYŃSKI zaznacza, iż podług klasyfikacyi FOREL'a chory jego zapada w trzeci stopień hipnozy, w sen głęboki albo somnambulizm. Za tem przemawia amnezja po przebudzeniu i zjawiska posthypnotyczne. Wreszcie klasyfikacye stanu hipnozy są bardzo nieścisłe, nieustalone

Kol. BRIGMANOWI kol. KOPCZYŃSKI daje następujące wyjaśnienia:

1) Chory, jak podaje, nigdy nie był hipnotyzowany. Jest on nie „wytresowany“, lecz niezwykle podatny do sugestyi; podobną podatność, jak dziś, chorey wykazywał już na pierwszym posiedzeniu, kiedy robione były podobne badania kontrolujące. W ciągu kilku tygodni obcowania z chorym K. przekonał się, że jest to osobnik wysoce suggestyjny, niezrównoważony, i ani cienia symulacyi u niego nie spostrzegał.

2) Że próba ze zmianą tętna wypadła niepomyślnie, K. czyni to zależnem od zbyt krótkiego jej trwania (1—1½ minuty). K. otrzymywał podobne zmiany dopiero po 5—10 minutach sugestyi. O tem, że nie były to podmiotowe złudzenia, zaświadczyć mogą koledzy, wreszcie kontrolował je przedmiotowo zegarek. Próby z mniemanami wezykatoryami K. czynił dwukrotnie i za każdym razem z pomyślnym wynikiem. Trzeba było czekać 20 godzin i więcej. Świadczy to, że zmiany somatyczne, ten najbardziej jaskrawy wpływ sugestyi, nie tak łatwo występują i wymagają dłuższego ześrodkowania myśli na danej okolicy ciała. Chory pozostawał wprawdzie w szpitalu bez ścisłej kontroli, lecz do przypuszczenia symulacyi nie mamy najmniejszych powodów, gdyby chorey owe miejsce na szyi zdrapał, byłyby ślady zdercia naskórka, tymczasem był to czworokąt, zupełnie odpowiadający kwadratowej bibułce, obrzmiały, czerwony z kilkoma pęcherzykami, wypełnionymi płynem surowicznym.

3) Demonstracye podobne K. wykonał tylko kilkakrotnie wobec kolegów lekarzy i studentów, a hipnozę stosuje w celu leczniczym, głównie chcąc odzwyczaić chorego zupełnie od nadużywania napojów wyskokowych, i jak dotychczas, z pomyślnym wynikiem. Nazywanie hipnozy „*ultimum refugium*“, zdaniem K., nie jest słuszne. Jako dowód może służyć i nasz chorey. Z pięciomiesięcznego porażenia nie mogła go wyleczyć i maskowana suggestya (franklinizacya i t. p.), a tymczasem już w pierwszym seansie hipnotycznym chorey mógł nieco poruszać sparaliżowaną ręką. W sen chorey zapadał odrazu.

Kol. FLATAUOWI kol. KOPCZYŃSKI odpowiada, że demonstrował chorego: 1) dla wykazania ważności rozpoznania, 2) dla przypomnienia o ważności czynnika sugestyi w terapii, 3) jako osobnika niezwykle podatnego na suggestyę i 4) dla trzech niezbyt często spotykanych objawów (odtworzenie w hipnozie poprzednich osobowości, zmian odżywczych, zmian w tętnie). Na zarzut, że zmiany w tętnie zależęć mogły od wywołania afektu, prelegent odpowiada, iż możliwość tę uwzględnił, choremu podczas hipnozy nakazał wtedy bezwzględny spokój, i że istotnie na twarzy chorego nawet śladu jakiegoś afektu nie można było zauważyć. Tak więc zmiany w tętnie prelegent uważa nie za pośrednie, wywołane przez afekt, lecz za bezpośrednie, wywołane przez suggestyę. W końcu prelegent przypomina, że zdolność przyspieszania i zwalniania tętna na jawie posiadają niektóre wyjątkowe osoby, do tych należał np. znany fizyolog WEBER.

*St. Kopczyński.*

## KORRESPONDENCYA „MEDYCINY“.

*Praga Czeska 31 marca, 1901 r.*

Po długiej przerwie, bo ośmnastoletniej, odbędzie w maju (25 do 29) bieżącego roku w Pradze III zjazd czeskich przyrodników i lekarzy.

Pod każdym względem różni się on będzie od dwu poprzednich. Oba zjazdy, urządzone pod wodzą profesora toksykologii i farmakoterapii D-ra K., CИНОПОНСКИЙ'ego, miały charakter bardziej zacieśniony, familijny, czemu sprzyjała niewielka liczba zaproszonych; obecny zaś ma daleko szerszy zakres i w ogóle\*dobrze się zapowiada.



Komitet organizacyjny, pod przewodnictwem znanego profesora anatomii patologicznej, D-ra J. HLAVY, od paru miesięcy już pracuje gorliwie i dokłada wszelkich starań, by zjazd ten, poza odzwierciedleniem ośmnastoletniej pracy naukowej Czechów i postępu wiedzy przyrodniczo-lekarskiej, odpowiedział i innym jego celom, a mianowicie: by dał im puls do rozbierania zagadnień naukowych, wymagających pracy wspólnych sił, i przyczynił się do nawiązania i utrwalenia bliższych stosunków między pojedynczymi pracownikami na polu naukowym.

Komitet, dla ułatwienia nie—Czechom przyjmowania czynnego udziału w zjeździe, wypracował specjalny paragraf ustawy, pozwalający każdemu na wygłaszanie odczytów, podawanie wniosków i dysputowanie w jego ojczystym języku.

Uczestnikami zjazdu mogą być ci wszyscy, co interesują się w ogóle wiedzą przyrodniczą i lekarską, a będą przyjmowali udział w posiedzeniach sekcji, jako słuchacze i widzowie jedynie, zarówno jednak z członkami zjazdu mogą należeć do wycieczek naukowych, zabaw i otrzymywać wszelkie druki zjazdowe.

Doskonałym magnesem dla tych, co fachowo zajmują się daną specjalnością, jak i dla amatorów, są bogate treścią sekcye, których jest 10: sekcya I biologiczna obejmuje: anatomię, botanikę, embryologię, fizyologię, zoologię, chemię fizyologiczną, histologię, teoretyczną pasorzytologię; sekcya II matematyczno-fizyczna — elektrotechnikę, fizykę, geodezyę, matematykę, mechanikę, meteorologię; III sekcya lekarska — ogólną i doświadczalną patologię, anatomię patologiczną, histologię patologiczną, bakteriologię lekarską, choroby wewnętrzne, psychiatryę, choroby dzieciinne, medycynę sądową, balneologię; IV sekcycę chirurgiczną tworzyć będzie ogólna i specjalna chirurgia, akuszerya, ginekologia, choroby oczu, uszu, nosa, laryngologia, dermatologia, syfilidologia, dentystryka; na V higieniczno-demograficzną sekcycę złożą się: medycyna i techniczna higiena, fizyczne wychowanie, demografia i socjologia; na VI chemiczną — chemia teoretyczna i praktyczna; sekcya VII mineralogiczno-geograficzna obejmuje: mineralogię, geologię, paleontologię, prehistorię, geografję, etnologię, etnografię; na VIII farmakologiczną i farmaceutyczną złożą się: farmakologia, farmakognozja, farmacja, chemia, farmaceutyczna, toksykologia; sekcya IX jest specjalnie agronomiczna, X — weterynaryjna.

Każda poszczególna sekcya ma dwóch przewodniczących; przy niektórych zaś urządzone będą specjalne wystawy.

Komitet prosi wszystkich, pragnących przyjąć jakikolwiek udział w zjeździe bądź w charakterze członków czynnych, bądź uczestników, o wczesne zgłaszanie się do generalnego sekretarza zjazdu D-ra Doc. A. VESELY'ego, Praga I Nábřeží 14. Składka wynosi pięć reńskich, a należy ją przestać na ręce skarbnika — Doc. Karel PERR KHENL, Praga II Myšliková 3.

Przedewszystkiem pożądanę jest, aby panowie lekarze i przyrodnicy przedłożyli wcześniej swe referaty (najpóźniejszy termin miesiąc przed otwarciem zjazdu), co jest potrzebne do ułożenia szczegółowego programu posiedzeń każdej sekcji.

Że liczba uczestników będzie pokaźna, można być pewnym wobec tego, iż po za samym zjazdem zwiedzenie i poznanie dokładne niektórych miejscowych klinik, dobrze prowadzonych, przedstawia wiele korzyści.

Dalszy ciąg programu zjazdu podam w następnym liście.

*Przemysław Rudzki.*

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— MENGE w Lipskiem Tow. akuszerijnem dnia 16 lipca r. z. demonstrował 3 pesarya MAYER'a oraz polipowaty włókniak maciczny wielkości blisko pięści, równocześnie znalezione w pochwie 50-letniej kobiety. Lekarz założył chorej wskutek jakoby opadnięcia macicy kółko MAYER'a gumowe 9 ctm. średnicy. Ponieważ po jakimś czasie dolegliwości powróciły (włókniak na szypule osadzony przez światło wianka opuścił się niżej do pochwy), chora sądziła, że wianek zgubiła. Z polecenia lekarza, który jej wtedy nie badał, akuszerka wprowadziła do pochwy drugi wianek duży MAYER'a. Ta sama rzecz powtórzyła się jeszcze raz; sądząc że i ten wianek zgubiła, chora kazała akuszerce założyć nowy wianek. Wtedy to powstał uraz włókniaka, zjawily się krwawienia, bóle i cuchnące odchody. Chora wtedy udała się do lekarza, który usunął jeden wianek MAYER'a, wymacał włókniak, do którego nóżki nie mógł dojść, zdecydował potrzebę operacji i chorą skierował do d-ra MEN-

GE'go. Dopiero MENGE znalazł powyżej w pochwie dwa poprzednio założone wianki czyli krążki MAYER'a na guzie osadzone, przeciął jeden i drugi, a po usunięciu ich z łatwością mógł dojść do szypuły włókniaka, którą przekuł i podwiązał dwiema nitkami, a po odcięciu guza przypalił żegadłem PAQUELIN'a. Częściowe wycisnienie dna macicy wyrównało się samowolnie. Wyzdrowienie szybkie. (Trudno uwierzyć, aby takie „horrenda“ dziś jeszcze mogły się zdarzać, już nie mówiąc o tem, że np. u nas w Warszawie pomimo wszelkich starań usilnych nie udało się referentowi z handlu i praktyki wyrugować krążków gumowych MAYER'a, których niebezpieczne działania referent uwydatnił w obszernej kazuistycie *abusus pessarium* w roku 1893 w „Pam. Warsz. Tow. Lek.“ p. 164—184, 330—394, 707—817, oraz w odczytach przez VOLKMAN'a pierwotnie wydawanych: NEUGEBAUER „Sündenregister der Scheidenpessarien“ 1897. Nr. 198).

F. N.

### Wiadomości bieżące.

— W ostatnich czasach lekarze często zalecali chorym kąpiele kwasowęglane sztuczne. Kąpiele takie przyrządzano i u nas, ale trudność cała polegała na tem, że kwas węglany wytwarzał się odrazu i prędko się ulatniał. Dziś, zawdzięczając firmie technicznej panów inżynierów WŁODARKIEWICZ i SIEKLUCKI, otworzono w naszym mieście w Zakładzie kąpielowym przy ulicy Książęcej pod Nr. 4 kąpiele kwasowęglane, gdzie w odpowiednio urządzonych wannach, odpowiednio do poszczególnych wskazań lekarskich można będzie normować ilość i siłę działania kwasu węglanego. Byłoby bardzo do życzenia, aby i nasze zakłady lecznicze np. w Ciechocinku, Nałęczowie i t. p. jaknajprędzej zaopatrzyły się w podobne przyrządy, a bardzo wielu chorych uniknie nieraz uciążliwej dla nich i kosz-

townej podróży za granicę, w kraju bowiem lekarze znajdą kąpiele aczkolwiek sztuczne lecz nieraz zupełnie skuteczne dla swoich pacjentów.

— Według ostatnich obliczeń w Austrii jest 10,579 lekarzy, w samym Wiedniu zaś 2443.

— Biuro Sanitarne w Chicago obliczyło, że zawdzięczając stosowaniu surowicy przeciwbłonicznej w ciągu ostatniego 5-cio lecia uratowano w tym mieście 4500 dzieci.

— VIII międzynarodowy zjazd przeciw alkoholizmowi odbył się w roku bieżącym w Wiedniu w czasie od 9 do 14 kwietnia.

— IV zjazd niemieckiego Towarzystwa ginekologicznego odbywać się będzie w Giessen od 29 maja do 1 czerwca r. b.

## ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od  
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za  
opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie  
od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

## Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr. 22).

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH  
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

# D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

*przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.*

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

## Towarzystwo „KARMEŁ” Warszawa

WYŁĄCZNA SPRZEDAŻ DLA CAŁEJ ROSSYI

PALESTYNSKICH

**naturalnych win i koniaków**

KANTCER GŁÓWNY

Nalewki Nr. 21, telefonu Nr. 1433.

MAGAZYNY

- 1) Gęsia Nr 11, telefonu 1433.
- 2) Graniczna Nr. 2, telefonu 1473.
- 3) Praga, Targowa Nr. 33.



# Fabryki Farb

DAWNIEJ

## Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

**Arystol**

Stosowanie: czysty lub z Acid. bor. pulv. albo jako maść 5%.

**Mleko—Somatoza.**

(Lacto Somatose)  
zawiera 5% Tanniny w połączeniu organicznem.

**Creosotal**

wolny od działania żrącego i trującego.

**Heroina**

zastępuje morfinę.

**Protargol**

Organiczny związek srebra zastępuje doskonale AgNO<sub>3</sub>, nie drażni i nie tworzy osadu na błonie śluzowej.

**Lycetol**

(Winian dimetalpiperazyny)  
Łatwo podzielny, o przyjemnym smaku, niehygroskopijny.

**Epicaryna**

dla użytku weterynar.

**Lozofan**

**Kwas salicylowy. Salicylan sodu. Analgen.**

**Phenacetyna Bayer Aspiryna**



**Somatoza**

związek białkowy, łatwo rozpuszczalny bez smaku i zapachu.

**Duotal**

Najczystszy prep. guajakolu.

**Chlorek heroiny**

łatwo rozpuszczalny w wodzie zastępujący morfinę.

**Tannigen**

Zamienia tanninę, rozszczepia się w kislkach przez co nie psuje apetytu.

**Hedonal**

**Tetronal**

**Epicarina**

Tannopin i Tann. weter.

zastępuje zupełnie kwas salicylowy i salicylan sodu, nie drażni żołądka i zostaje bez rozkładu przyswojona.

**Żelazo—Somatoza**

(Ferro-Somatose)  
Zawiera 2% żelaza w połączeniu organicznem łatwo przyswajalnym. Bez smaku, łatwo rozpuszczalna.

**Europen**

zastępuje jodoform w małej chirurgii.

Stosowanie: czysty lub z aciborie. pulv. aa. p. w maści 5—10%.

**Jodotyryna**

działająca substancja gruczołu tarczycowego.

**Salophen**

zamiast kwasu salicylowego i jego soli, bez zapachu, zupełnie nieszkodliwy, wolny od wszelkich ubocznych działań.

**Piperazyna**

**Trional**

**Sulfonal**

**Salol**