

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Torbiel żołądka wielokomorowa (Cystoma multiloculare ventriculi), podał prof. Julian Kosiński. (Dokończenie).— Kilka słów o hipnozie i leczeniu hipnotycznym na zasadzie własnych spostrzeżeń, napisał Adam Wizel. — **Wykłady kliniczne.** O krzywiczy, napisał Seweryn Sterling (Łódź). (Ciąg dalszy.) — **Strzeżenia i wyciągi.** 53. Przyczyna nagłej śmierci niemowląt. 54 Slepota przemijająca u kobiety karmiącej. 55. Przyczynek do nauki o zaburzeniach wzroku u kobiet karmiących. 56. Działanie nasenne chloralozy. 57. Próby leczenia przymiotu surowjca. 58. Poronne leczenie rzeżączki, według metody Janet'a. 59. Oesophagoscopia.— Kilka słów z powodu artykułu D-r H. Straussa p. t. „Przyczynek do techniki otrzymywania zawartości żołądka” (Zur Methodik der Mageninhaltentnahme) podanego w piśmie Therap. Monatshefte r. b. № 3 — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Prof. J. Kosiński — Un cas de tumeur cystique multiloculaire de l'estomac. 2) D-r A. Wizel. — Quelques mots sur l'hipnose et sur la therapie hypnotique fondés sur l'observation personnelle.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str., 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Prof. J. Kosiński — Ein Fall von multilocularem Magencystom. 2) D-r A. Wizel — Einiges ueber Hypnose und hypnotische Therapie auf Grund eigener Beobachtungen.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

Torbiel żołądka wielokomorowa

(*Cystoma multiloculare ventriculi*).

podał **Prof. Julian Kosiński.**

(Dokończenie.—Zob. Nr. 19).

Szczegółowe i ścisłe badanie anatomiczne guza wykazało, iż był to zamknięty worek, składający się z dwóch części: powłoki i zawartości. Powłoka przedstawiała błonę niejednakowej grubości, od 4 do 10 milimetrów, na zewnętrznej powierzchni dość równą i gładką, tu i owdzie noszącą ślady zrostów z błoną surowiczą sieci (*omentis*). Na powierzchni zaś wewnętrznej ściana worka była bardzo nierówna, przecinana i podzielona grzebieniowatymi wyrostkami rozmaitej grubości i szerokości, na liczne zagłębienia niejednakowych rozmiarów. Owe wyrostki wolnymi brzegami swoimi zwrócone do jamy pojedynczej guza, stanowiły resztki całkowitych przegród i świadczyły o istniejących przedtem licznych komorach, z których się torbiel składała. Tak główna powłoka torbieli jak i wyrostki na wewnętrznej jej ścianie będące, były bardzo mocno unaczynione. Zawartość torbieli stanowiła brudno czerwona ciecz wodnista, w której pływały szare złogi włóknikowe, z wplątaniami w wielkiej ilości ciałkami krwi, zarówno czerwonymi jak i białymi, rozpadającymi się, pokurczonymi i pomarszczonymi. Niewątpliwie zawartość owa świadczyła o wylewach krwi do jamy torbieli, z jej ścian powstających. Prof. BRODOWSKI zajął się łaskawie zbadaniem drobnowidzowem przesłanego mu przezemnie preparatu, i wynik jego badań jak i wniosków co do natury torbieli jest następujący: worek na swojej powierzchni zewnętrznej utworzony był z tkanki łącznej zbitej, mającej charakter tkanki włóknistej. W grubości worka, na powierzchni wewnętrznej, jak i w przegródkach, zwróconych do jamy torbieli, przeważa budowa mięsakowata (sarkomatyczna) z nader obfitemi naczyniami krwionośne-

mi. Z tych danych prof. BRODOWSKI wyprowadza wniosek, iż torbiel ta w początkach swojego powstania i rozwoju miała budowę właściwą naczyńkom mięsakowym (*angio-sarcoma*), a dopiero z biegiem czasu wskutek krwawych wylewów miąższowych, powstawały przestrzenie torbielowate, których ściany rozdzielające znikwały i w ten sposób z licznych owych przestrzeni powstawała jedna główna jama napełniona zmienioną krwią, mającą cechy wyżej opisanej cieczy. Zatem właściwa nazwa zajmującej nas torbieli winna być: naczynio-mięsak torbielowaty — *angio sarcoma cysticum*.

Z opisu zabiegu operacyjnego widzieliśmy już stosunek nowotworu do żołądka. Dla oddzielenia torbieli od tego ostatniego, musiałem naciąć błonę surowiczą, przechodzącą z żołądka na ścianę torbieli, odseparowując ją, i następnie torbiel oddzielić od błony mięśniowej żołądka. Nieulegało więc żadnej wątpliwości, że torbiel wzięła swój początek pomiędzy błoną surowiczą i błoną mięśniową żołądka w miejscu wielkiej krzywizny (*curvatura major*) jego; rozrastając się zaś, wchodziła pomiędzy listki tej części sieci, która przechodzi z żołądka na poprzecznice, odpychając tę ostatnią na prawo i na dół, a jednocześnie pociągając żołądek ku dołowi, który zmienił postać swoją do tak niezwykłego kształtu, jak to nasz rysunek pokazuje. Zatem przypadek nasz zaliczyć musimy do torbielowego nowotworu żołądka, który jako taki należy do największych rzadkości pomiędzy torbielowymi nowotworami, znajdującymi się w jamie brzusznej. Zdaje mi się, że żaden dotąd z chirurgów, wykonywujących tak częste dziś operacje brzuszne, nie opisał przypadku podobnego do naszego. Ostatnie (4-te) obszerniejsze dzieło o chirurgii brzusznej GREIG SMITH'a w którym opisane są rozmaite nowotwory, spotykane w narządach brzusznych, nie zawiera ani wzmianki o torbielach, wyrastających w ścianie żołądka. Wprawdzie autor dość skąpo uwzględnia obcą literaturę kazuistyczną, dając natomiast obszernie miejsce angielskiej i amerykańskiej.

Nie można przypadku naszego zaliczać do torbieli, powstających w wielkiej sieci. Dokładny opis, jaki starałem się podać, oraz dołączone ryciny dostatecznie przekonywają, że nie w sieci nowotwór powstał, lecz pod błoną surowiczą żołądka, wprawdzie w tej części jego, gdzie otrzewna z żołądka przechodzi w ową wielką duplikaturę, noszącą nazwę wielkiej sieci czyli *ligamentum gastrocolicum*. Torbiele sieci należą wprawdzie do nowotworów rzadkich, jednak liczne już przypadki tak pierwotnych, jak i wtórnych torbieli były przez chirurgów opisane. Spotykano w sieci torbiele rozmaite i co do ich natury: surowicze, krwawe, mięsakowate i dermoidalne.

Są opisane dwa przypadki mięsaka żołądka, na drodze chirurgicznej usuniętego, lecz te ani pod względem stosunku do żołądka, ani co do zabiegu operacyjnego nie są podobne do naszego przypadku. Z przypadków tych jeden jest opisany przez HINTERSTOISSER'a w „Wiener med. Wochenschr. 1888 r. № 4 i 5 (z kliniki BILLROTH'a), drugi przez HACKER'a operowany i opisany w „Chirurgische Beiträge aus dem Erzherzogin Sophien-Spital“, 1892. W obu tych przypadkach guz mięsakowy (w pierwszym z przeistoczeniem torbielowem) rozwijał się w ścianie żołądka, niszcząc ją, i był usunięty zapomocą resekcji częściowej żołądka i następnej gastrorafii (przyczem w przypadku HACKER'a dwie trzecie żołądka musiano wyciąć). Zejście w obu przypadkach było pomyslnie.

Nieoperowany przypadek mięsaka żołądka i wątroby (*myo-sarcoma*) podany był w „Pamiętniku Tow. Lekarskiego Warszawskiego, 1875, przez profesorów BRODOWSKIEGO i KOSIŃSKIEGO

Kilka słów

o hypnozie i leczeniu hypnotycznym na zasadzie własnych spostrzeżeń,

napisał **Adam Wizel** ordynator kliniki chorób nerwowych i umysłowych.

W artykule niniejszym mam zamiar podzielić się z czytelnikami tą garstką spostrzeżeń, jakie poczyniłem nad hypnozą w ciągu kilkoletniego stosowania jej u chorych. Spostrzeżenia moje nie mogą rościć pretensyi do jakiegoś poważniejszego studyum. Hypnozą specjalnie; ani systematycznie nie zajmowałem się nigdy, stosowałem ją jedynie od czasu do czasu, tak samo, jak się stosuje każdą inną metodę leczniczą, nie kładąc na nią specjalnego nacisku, ani nie dając jej pierwszeństwa przed innymi sposobami leczenia.

Rzecz prosta, że doświadczenie moje nie jest i nie może być wielkie: zbyt krótko wogóle zajmuję się terapią hypnotyczną i w zbyt ograniczonej ilości przypadków terapię tę stosowałem;— a jeżeli mimo to ośmielam się spostrzeżenia swe ogłosić, to odwagę czerpię w tym fakcie, iż literatura nasza lekarska, dotycząca hypnotyzmu, jest nad wyraz uboga. Kilka streszczeń, kilka przekładów, kilka kompilacyi, — oto prawie wszystko, co w literaturze naszej lekarskiej znajdujemy. Przypuszczam, że z czasem, w miarę coraz częstszego stosowania hypnozy, coraz większe zdobędę doświadczenie, co mi pozwoli z coraz większą pewnością o jej wartości leczniczej wyrokować. Na razie zadowalniał się tym skromnym artykułem, który niechaj choć w części zapełni lukę, jaka w naszej literaturze istnieje.

W artykule niniejszym traktować będę hypnozę wyłącznie ze stanowiska lekarskiego, mając na względzie cele czysto praktyczne. Pominę całkowicie analizę psychologiczną zjawisk hypnotycznych, jeżeli zaś czasami poruszę jakąś kwestyę psychologiczną, to jedynie w tym celu, aby ułatwić zrozumienie faktów klinicznych. Artykuł składać się będzie z szeregu następujących po sobie wzajem punktów, ważnych dla każdego, chcącego się zająć terapią hypnotyczną.

Pierwsza kwestya, którą pragnąłbym poruszyć, jest następująca: jakie postacie hypnozy najczęściej otrzymuje się w praktyce?

Wszyscy autorowie, którzy się hypnotyzmem zajmowali, zauważyli, iż prócz somnambulizmu, t. j. najgłębszego snu, istnieją najrozmaitsze inne, lżejsze postacie hypnozy, które „niższymi stopniami“ hypnozy nazwano. Stopnie te w rozmaity sposób charakteryzowano, i każdy z autorów rozmaicie je klasyfikował. FOREL np. podzielił hypnozę na trzy stopnie: 1-szy stopień—senność; 2-gi—lekki sen lub oczarowanie; 3-ci—głęboki sen albo somnambulizm. Inni autorowie przyjmują większą ilość stopni,—tak np. LIÉBEAULT przyjmuje sześć postaci snu, a BERNHEIM aż dziewięć.

Według nas, wszystkie te klasyfikacye, oparte na tej lub innej zasadzie, pozbawione są głębszego znaczenia. Przy hypnotyzowaniu otrzymuje się tyle różnorodnych stanów i objawów, że prawie jest niepodobieństwem ująć je w jakieś ściśle określone kadry. Śmiało rzec możemy, że niema dwóch osób, któreby się całkiem jednakowo w hypnozie zachowywały. Samo się przez się rozumie, że przy takiej chaotyczności i różnorodności zjawisk, przy

takiej ilości indywidualnych odmian jednego i tego samego stanu, trudno o jakiś racjonalny system klasyfikacyjny.

Dziwna rzecz, czemu uczeni tak się ciągle kusili o stworzenie możliwie racjonalnej klasyfikacji postaci hypnotycznego snu. Wszak i w innych dziedzinach zjawisk znajdujemy też samą różnorodność odmian jednego i tego samego stanu, — a mimo to nikt nie usiłuje odmian tych klasyfikować. Wiemy, jak rozmaicie przejawia się histerya. Na najniższym szczeblu widzimy histeryę, przejawiającą się pod postacią jednego jakiegoś objawu (histerya monosymptomatyczna), — na najwyższym t. zw. histero-epilepsyę. Pomiędzy temi krańcowemi postaciami istnieje nieskończona ilość postaci pośrednich, mniej lub więcej poważnych. Czy kto jednak pomyślał o klasyfikowaniu histeryi na „stopnie“? Praca taka byłaby całkowicie płonną. Dla nauki wystarcza, jeżeli przyznać zgodnie z CHARCOT'em, iż prócz typowych przypadków histeryi, t. j. przypadków, w których objawy histeryczne występują najliczniej i w największem natężeniu, istnieje niezliczona ilość przypadków nietypowych, nierozwiniętych, poronnych, — przypadków, w których te lub inne objawy nie występują wcale, albo, jeśli występują, to odznaczają się słabem natężeniem.

Ten sam punkt widzenia należałoby, według nas, zastosować do hypnozy i, zamiast klasyfikować ją na rozmaite „stopnie“, powiedzieć sobie, iż hypnoza, tak samo, jak ten lub ów stan patologiczny, może się przejawiać typowo i nietypowo, t. j. że istnieją postacie klasyczne hypnozy i postacie nietypowe, nierozwinięte, poronne (*formes frustes*).

Po tem, cośmy rzekli, możemy już odpowiedzieć na postawioną wyżej kwestyę, jakie postacie hypnozy najczęściej udaje się otrzymać.

O ile z własnego doświadczenia wnioskować mogę, typowa hypnoza, t. j. somnambulizm zdarza się względnie rzadko, w ogromnej zaś większości przypadków otrzymuje się najrozmaitsze nietypowe postacie hypnozy.

Nie będę się tu wdawał w szczegółowy opis najrozmaitszych odmian nierozwiniętej hypnozy. Powiem tylko słów kilka o tych postaciach, jakie mnie się najczęściej zdarzały.

Jedną z najczęstszych postaci, jaką miałem sposobność spostrzegać, jest następująca: ułożywszy chorego spokojnie i poddawszy mu najrozmaitsze suggestye usypiające, wprowadzam go w stan, cechujący się całkowitą bezwładnością. W stanie tym chory nie może się ruszyć, nie może otworzyć oczu, nie może podnieść ręki ani nogi — jest formalnie przykuty do miejsca. W stanie tym chory często także na pytania nie odpowiada, — stracił jakoby mowę. Żadne jednak suggestye w hypnozie nie udają się. Po przebudzeniu się chory odpowiada, że wszystko, com do niego mówił, słyszał i pamięta. A zatem świadomość miał całkowicie zachowaną.

Niemniej częstą bywa taka postać hypnozy, kiedy chory śpi jeszcze mocniej, świadomość traci zupełnie, po przebudzeniu się nic zgoła nie pamięta, mimo to jednak, śpiąc, żadnych suggestyi nie urzeczywistnia i w „raport“ wprowadzić się nie daje. Sztywności kończyn, katalepsyi, halucynacyi i t. p. wywołać nie jestem w stanie. Podniesiona ręka opada bezwładnie, wmówione halucynacje nie przyjmują się.

Niejednokrotnie też otrzymywałem stan, który się cechuje jedynie znaczną sennością. Choremu ciągle się zdaje, że lada chwila zaśnie, a po przebudzeniu czyni wrażenie osoby wysoce zaspanej.

Oto w najogólniejszych zarysach te postacie, które najczęściej otrzymywałem. Powiadam w najogólniejszych, każdy bowiem z pojedynczych przypadków posiada swe indywidualne cechy, których tu przytaczać nie będę.

Co się tyczy klasycznej hypnozy, t. j. snu somnambulicznego, to ten otrzymywałem zaledwie w znacznej mniejszości przypadków; w tych zaś, w których go otrzymałem, występował on mniej lub więcej jaskrawo.

Zalutując się z kwestyą częstości rozmaitych postaci hypnozy, przejdźmy do innego, ściśle z nią związanego pytania, a mianowicie, o ile sen hypnotyczny pogłębia się i doskonali przez systematyczne powtarzanie hypnotyzacji? Wiadomo powszechnie, że rzadko przy pierwszych próbach hypnotyzowania otrzymuje się tę najdoskonalszą postać hypnozy, do jakiej dany osobnik jest zdolny, — zazwyczaj hypnoza pogłębia się znacznie przy następnych posiedzeniach.

I tak jest istotnie. Przy trzeciej, czwartej próbie efekt otrzymuje się większy, niż przy pierwszych, — z tem wszakże zastrzeżeniem, że doskonalenie się to ma swój kres, po za który hypnoza u danego osobnika, mimo wszelkich z naszej strony usiłowań, nie przechodzi. Sen pogłębia się tylko do pewnego stopnia. Jeżeli u kogo zaraz za pierwszym razem otrzymałem dość silnie rozwiniętą hypnozę, to ta przy następnych próbach może przejść w somnambulizm; jeżeli jednak przy pierwszych próbach dostanę tylko sennosc, to mogę być z góry przekonany, iż przy następnych hypnotyzacjach otrzymam, być może, nieco, a może i znacznie doskonalszy sen, ale somnambulizmu nie wywołam nigdy.

W tem miejscu uczynić muszę nowe zastrzeżenie: rodzaj otrzymanej przemnie hypnozy nie może być bezwzględna miarą podatności danego osobnika do zasypiania. Ja np. mogę otrzymać u danej osoby jakąś głębszą tylko hypnozę, a kto inny wywoła somnambulizm, i naodwrot, kto inny wywoła jedynie jakąś więcej rozwiniętą hypnozę, a ja otrzymam somnambulizm. Hypnoza bowiem jest wypadkową wrażliwości danego osobnika na suggestyę wogóle, oraz tego wpływu, jaki dana osoba hypnotyzująca wywrzeć jest w stanie na danego chorego. Przy jednej i tej samej wrażliwości jeden wywrze wpływ większy, drugi mniejszy. Zależy to często od przyczyn, nie dających się bliżej określić. Fakt ten nie obala bynajmniej twierdzenia, któreśmy wyżej wypowiedzieli. Jakkolwiek rodzaj wywołanej hypnozy jest zależny nie tylko od skłonności osobnika do podlegania suggestyi, ale i od indywidualnego wpływu osoby hypnotyzującej, podatność do hypnozy ma jednak swój ostateczny kres, po za który nie przechodzi nigdy, mimo najlepszych warunków hypnotyzowania.

Praktyczny wniosek, dający się z uwag powyższych wyciągnąć, jest następujący. Ktoś hypnotyzuje chorego, lecz otrzymuje jedynie słabo rozwiniętą hypnozę. Przypuśćmy, że w danym przypadku pożądaną byłaby hypnoza głębsza, lecz lekarzowi hypnotyzującemu nie udaje się silniejszego snu wywołać. W takim razie dobrze uczyni, jeżeli chorego powierzy komu innemu, a ten, być może, większy efekt osiągnie.

Mówiłem wyżej, że w moich przypadkach najczęściej otrzymywałem rozmaite nietypowe, nierozwinięte postacie hypnozy. Ta częstość postaci nietypowych zdawałaby się osłabiać wartość leczniczą hypnozy. Istnieje bowiem szeroko rozpowszechnione mniemanie, iż efekt leczniczy otrzymać można jedynie przy śnie głębokim, i że, im sen jest doskonalszy, tem potężniejszy jest efekt hypnozy.

Mniemanie to jest do pewnego stopnia słuszne. Istotnie, w większości przypadków, siła efektu znajduje się w prostym stosunku do głębokości snu, ale nie zawsze tak bywa. Niejednokrotnie się zdarza, iż przy dość głębokiej hipnozie nie otrzymuje się efektu żadnego, a przy hipnozie słabo rozwiniętej efekt występuje poważny. Powiem więcej, efekt leczniczy udaje się niekiedy otrzymać nawet przy zupełnym braku snu, w stanie najzupełniejszego czuwania chorego. Same zabiegi hipnotyzujące, wsparte słowną sugestją, dają niekiedy ulgę choremu.

Dziwnym napozór wydaje się fakt podobny. Chory nie jest podatny do hipnozy, a jednak okazuje się wrażliwym na sugestye lecznicze. Jak objaśnić podobną sprzeczność? Objaśnienie nie jest trudne. Hipnoza nie jest niczem innym, jak tylko urzeczywistnieniem się pewnych sugestyi (usypiających), zupełnie tak samo, jak efekt leczniczy, któryśmy choremu suggestyjonowali, jest także tylko urzeczywistnieniem się pewnych sugestyi (leczniczych). W jednym przypadku przyjmuje się sugestya snu, w drugim — sugestya poprawy. A że sugestya polepszenia zdrowia może się urzeczywistnić u osobnika, odpornego względem sugestyi snu, wynika to stąd, iż pierwsza jest o wiele prostsza, naturalniejsza i łatwiejsza do urzeczywistnienia, aniżeli druga. Do urzeczywistnienia sugestyi snu potrzeba większej suggestyjności, aniżeli do urzeczywistnienia sugestyi poprawy. Jakżeż często otrzymujemy efekt leczniczy z zastosowania leków obojętnych; niema prawie osoby, któraby nie była zdolną do zrealizowania w pewnych warunkach sugestyi poprawy, gdy jej zalecamy ten lub inny obojętny środek leczniczy. A fakty podobne zdarzają się o wiele częściej, aniżeli podatność do hipnozy. Jak szeroko rozpowszechniona jest wśród ludzi skłonność do podlegania sugestjom leczniczym, najlepszym tego dowodem może być fakt skuteczności w wielu razach homeopaty.

Po tem, cośmy powiedzieli, nie powinno nas dziwić, że niejednokrotnie przy słabo rozwiniętej hipnozie, a niekiedy nawet przy braku zupełnym hipnozy otrzymujemy efekt leczniczy. O wiele godniejszym zastanowienia jest fakt odwrotny, który na szczęście zdarza się dość rzadko, a mianowicie, fakt odporności względem sugestyi leczniczych przy istnieniu dużej podatności do sugestyi usypiających. Mogę tu zacytować przypadek wymiotów histerycznych, których żadną miarą usunąć nie mogłem, mimo dość głębokiej hipnozy, jaką u chorej wywoływałem. O ile miałem sposobność zauważyć, przypadki podobne zdają się mieć miejsce głównie wówczas, gdy chory wskutek długiego, bezowocnego leczenia się stracił wszelką wiarę w uleczalność swej choroby, tak, iż nawet w hipnozie, w której suggestyjność, ogólnie biorąc, jest większa, niż na jawie, zachowuje się on sceptycznie względem sugestyi leczniczych.

Wywody powyższe prowadzą do wniosku, mającego wielkie znaczenie praktyczne. Przy leczeniu hipnozą nie powinniśmy się kusić koniecznie o wywołanie możliwie głębokiego snu oraz nie powinniśmy tracić nadziei, jeśli otrzymujemy hipnozę słabiej rozwiniętą. W wielu razach hipnoza lżejsza całkowicie do celów leczniczych wystarcza. Na potwierdzenie tego, mogę przytoczyć fakt, iż w większości przypadków, w których otrzymałem efekt leczniczy, hipnoza nie była bynajmniej głęboka.

W dalszym ciągu naszego artykułu winniśmy przejść do samej metody wykonywania terapii hipnotycznej. Terapia hipnotyczna nie jest rzeczą łatwą, trzeba mieć pewne doświadczenie, aby mózdz leczyć zapomocą

hypnozy, w przeciwnym razie nie otrzymamy żadnej poprawy, a nawet często, zamiast poprawy, otrzymamy pogorszenie. Nie mam chyba potrzeby dodawać, że kto nie posiada odpowiedniego doświadczenia, ten nawet samej hypnozy nie wywoła.

Wyłożenie ogólnych zasad terapii hypnotycznej przedstawia niezmiernie trudności. Jest to umiejętność, nie nadająca się wcale do teoretycznego opracowania. Każdy poszczególny przypadek wymaga odrębnego zachowania się lekarza. Postępowanie jego winno się modyfikować nie tylko stosownie do suggestyjności, rodzaju hypnozy, jakości choroby i t. p., ale także stosownie do charakteru i inteligencji danego osobnika.

Postępowanie przy stosowaniu hypnozy winno się składać z dwóch momentów: *primo* — zadaniem lekarza jest otrzymać hypnozę; *secundo* — otrzymawszy hypnozę, winien podsunąć te lub inne suggestye lecznicze.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

O KRZYWICY.

Napisał Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 18).

Objawy wtórne. O ile zniekształcenia krzywicowe dosięgają stopnia znacznego, odbijają się w końcu na innych układach. Skrzywienie kręgosłupa i zniekształcenia klatki piersiowej odbijają się na narządach, w tej ostatniej leżących. Przedewszystkiem cierpi rozwój płuc, co się odbić musi na krążeniu, więc z kolei i na sercu. Mała odporność tych narządów pociąga za sobą cały szereg chorób wikłających krzywicę. Zmiany w miednicy odbijają się głównie na ustroju kobiety w opoco,rodzenia. Zmiany w kończynach trwają nieraz przez życie całe, wywołując, pospółu ze skrzywieniami kręgosłupa, kalectwo.

Brak ruchu, przez różno stopnie krzywicy, przez czas krótszy lub dłuższy powodowany, sprzyja wyniszczeniu ustroju. Jeżeli bowiem do rozmięczenia kości, do osłabienia więzów, zniekształceń szkieletu, dołączymy wiotkość i osłabienie mięśni, natenczas zrozumiałem się staję, że wydatnym objawem wtórnym krzywicy jest opóźnienie się chwili, kiedy dziecko samodzielnie siedzieć, wstawać, chodzić jest zdolne; że czasem zaprzestają chodzić te z nich, które w późniejszym wieku krzywicą dotknięte zostały, lub że chód ich staję się niepewnym („kaczkowatym“).

Nie bez wpływu pozostaję stan osłabienia mięśni na niektóre zniekształcenia kośca, które jako objawy samoistne podałem. Tak naprzykład, przy powstawaniu skrzywień kręgosłupa winić należy nie tylko podatność i giętkość kości, lecz i słabość mięśni, które sile ciężenia opór powien w stanie zdrowia stawiają. Dlatego też pewną drobną częścią zmian kośca możnaby zaliczyć do objawów wtórnych krzywicy.

Trudniej jednak zdecydować można, co z zaburzeń nerwowych, przy krzywicy spotykanych, zaliczyć do objawów samoistnych, co zaś do wtórnych?

Przedewszystkiem wyodrębnić należy ból, którego uczucie zdradzają bardzo często dzieci krzywicowe; jest to ból miejscowy, od stanu zapalnego kości zależny; następnie — wyłączyć te objawy nerwowe, które jako neuralgie stosu pacierzowego

powstają wprost dzięki uciskowi mechanicznemu skrzywionego kręgosłupa na pnie nerwowe. Te objawy nerwowe należą bezwarunkowo do wtórnych. Inne jednak, liczniejsze i częstsze, nie dają się wcale mechanicznie wyjaśnić.

Jeżeli uważać krzywicę za zaburzenie ustrojowe, ściśle do tkanki kostnej ograniczono, natenczas objawy nerwowe przy krzywicy zaliczyć wypadnie do objawów krzywicy wtórnych. Mechanizm powstawania ich w ten sposób wtedy objaśnić wypada, że przekrwienie zapalne kości czaszki doprowadza narządy i tkanki sąsiednie, w danym razie opony mózgowia i korę mózgowia, do pewnego stanu wzmożonej wrażliwości. Jest rzeczą naturalną bowiem, że tkanki, zmianom krzywcowym uległe (przekrwienie, nowotworzenie się naczyń, żywe mnożenie się komórek), nie przechodzą nagle i bezpośrednio w tkankę prawidłową. Przeciwnie, obfite unaczynienie i przekrwienie wciąga w kolo zmian chorobowych komórki tkanek najbliższych.

Czy jednak ten stopień przekrwienia, jaki dla kości tak zgubnym się okazuje, jest nim też i dla innych tkanek; czy może być on uważany za powód dostateczny do wyzwalania takich objawów, jakio niżej opiszę,—sprawa to wcale niepewna.

Pomijając bowiem niowielką wydatność zmian anatomicznych, w mózgowiu napatykanych, mamy przeciw prawdopodobieństwu poglądu powyższego dowód w działaniu jednego ze środków farmaceutycznych. Fosfor mianowicie niesłychanie szybko, w wielu przypadkach, usuwa objawy nerwowe przy krzywicy. Gdyby one były tylko wtórnymi, ustąpienie ich zależałoby od poprawy sprawy krzywcowej w tkance kości czaszkowych. Ta jednak ostatnia—o ile poprawie pod wpływem fosforu ulega—ulega jej powoli.

Dlatego słuszniej może objawy nerwowe uważać za objawy samoistno krzywicy, a owo x nieznane w etyologii krzywicy—za działające równolegle na kości i tkankę nerwową. Jeżeli jednak objawy nerwowe w rozdziale o objawach wtórnych zamieszczam, to przedewszystkiem dlatego, że sprawa rozważana nie jest wcale zdecydowana, jednocześnie zaś wszystkie podręczniki objawy nerwowe przy krzywicy wśród wtórnych zamieszczają.

Krzywica nie powoduje chorób mózgowych w ścisłym tego słowa znaczeniu. Porozować może czasem kształt czaszki—wodogłowic, nie jest ono jednak nigdy objawem krzywicy; rzadko nawet wikła krzywicę.

Objawy nerwowe ogólne wyrażają się u dzieci krzywcowych w postaci łatwej pobudzalności, drażliwości psychicznej (łatwy płacz, krzyk, t. z. „napady złości“), snu niespokojnego, przerywanego (przebudzenie się z okrzykiem przestachu), rzucania się we śnie, tarcia głową o poduszkę, bezsenności, przestachu konwulsyjnego przy nagłych wrażeniach dźwiękowych lub wzrokowych, poconia się na czaszce lub na powierzchni całego ciała.

Objawy nerwowe, klinicznie wyodrębnione, krzywicy towarzyszące, stanowią: ogólne drgawki, kurecz głosiń, tężyczka i kiwanka.

Skłonność do drgawek u dzieci, krzywicią dotkniętych, jest faktem powszechnie znanym. Skłonność ta jest wyrażona nie tylko większą częstością drgawek podczas chorób gorączkowych, lecz i bez nich słabe bodźce, nawet podniety fizyologiczne wywołują drgawki całego ciała.

O ile dwojakim jest pogląd na powstawanie objawów nerwowych przy krzywicy wogóle, o tyle też i tu winić można bądź bezpośrednio te szkodliwości, które krzywicę powodują, bądź też przypisywać łatwość drgawek przekrwieniu wtórnemu opon mózgowych, zależnemu od krzywicy kości czaszki.

W każdym jednak razie krzywica jest powodem większości drgawek u dzieci niegorączkujących, a pozorna (74) ich zależność od „zabkowania“ tem się tłumaczy, że zaburzenia w wyrzynaniu się zębów istnieją jednocześnie z drgawkami, ponieważ jedna je przyczyna powoduje: krzywica.

Wybitniejszą rolę, aniżeli drgawki ogólne, grają w obrazie krzywicy pewne skrajzenia ruchów kurczowych w określonych grupach mięśni. W pierwszym rzędzie stoi tu t. z. kurcz głośni (*laryngospasmus*) (75). Najczęstszy obraz kurczu głośni polega na tem, że po kilku krótkich, szybko po sobie następujących wdechach następuje wdech długi, głośny, „piejący“—dziecko przestaje oddychać, zjawiają się objawy bezdechu (*asphyxia*), często z drgawkami mięśni twarzy, przekręcaniem gałek ocznych, kurczowem wyciąganiem palców kończyn dolnych i górnych. Jest to obraz kurczu głośni *sensu strictiori*, kurczu wdechowego ze zwężeniem głośni (*apnoea inspiratoria*).

Czasem jednak widzimy inny obraz. Po kilku coraz to trudniejszych, szybko po sobie następujących wdechach następuje przerwa przy wydechowem ustawieniu klatki piersiowej; jest to bezdech wydechowy (*apnoea expiratoria*).

Oba te rodzaje kurczu głośni i mięśni oddechowych istnieć mogą niezależnie, bądź też naprzemian występować u tegoż samego osobnika. Dłuższe trwanie bezdechu spowodować może śmierć dziecka (76), przyczem groźniejszy jest bezdech wydechowy. Podczas napadu tętno bywa zwykle małe, szybkie, uderzenia serca niemiarkowe; szmerów oddechowych nie słychać; żyły szyi i twarzy napędniają się; czasem bywa mimowolne oddawanie moczu i kału.

Objawy kurczu głośni występują bądź podczas krzyku, płaczu dziecka, bądź po nagłym przebudzeniu się, bądź też przy wstrząsie moralnym.

Na powierzchni zrazów czołowych mózgowia znaleziono określone miejsca, podrażnienie których wywołuje obustronne stulenie się (*adductio*) strun głosowych, czyli zamknięcie głośni (77); znaleziono (78) też pewne określone punkty na powierzchni mózgowia, które, drażnione, wywołują przerwę w oddychaniu przy wydechowem ustawieniu się klatki piersiowej.

Doświadczalne te dane rzucają pewne światło na mechanizm powstawania kurczu głośni. Ośrodki wyżej wymienione są przy krzywicy w stanie nadwrażliwości, przy istnieniu której fizyologiczne nawet bodźce dostatecznie je drażnią, wywołując objawy bezdechu. Bodźce takie mamy przy krzyku, płaczu, kaszlu—w zastoju chwilowym krwi żyłnej w mózgu; przy przebudzeniu się nagłem—w szybkiej zmianie ukrwienia mózgu; przy pobudzeniach psychicznych—w nich samych.

Czy jednak nadwrażliwość ta ośrodków zależy od sąsiedztwa przekrwionych zapalnie kości czaszkowych, jak chcą jedni, czy też jest skutkiem szkodliwości swoistych, krzywicę powodujących, jak chcą inni,—jest rzeczą, nie dającą się dziś ściśle ocenić.

Podniosiono w ostatniej chwili pytanie (79), czy kurcz głośni (jak i inne objawy nerwowe) jest wogóle objawem krzywicy? Kwestya tego rodzaju stoi zupełnie odosobniona, a na poparcie twierdzeń o niezależności objawów nerwowych, przy krzywicy spotykanych, zbyt mało i zbyt blahe przedstawiano dowody, tembardziej, że twierdzenia te stoją ze wszystkimi (80) w sprzeczności.

Inaczej się przedstawia sprawa, czy bez krzywicy niema kurczu głośni? Na zasadzie danych z fizjologii ośrodków nerwowych, należy odpowiedzieć, że teoretycznie istnieć mogą kurcze głośni bez krzywicy, mianowicie przy istnieniu jakichś innych szkodliwości, potęgujących wrażliwość wspomnianych ośrodków nerwowych. Kliniczne jednak doświadczenie zaznacza rzadkość kurczu głośni u dzieci, niedotkniętych objawami krzywicy.

Uważając kurcz głośni za objaw wtórny, od krzywicy kośca zależny, uważa część badaczy objaw ten za skutek zaniku kości czaszkowych (*craniotabes*) (81). W istocie też, w przeważającej liczbie przypadków znajdujemy przy objawach kurczu głośni, obok innych objawów krzywicy, i zanik kości czaszkowych. Ale istnieją przypadki kurczu głośni bez wszelkich, dostępnych dla badania klinicznego, oznak krzywicy kości czaszkowych. Przemawia to znów na korzyść teoryi, która pojmuje zabu-

rzenia nerwowe jako zmiany samoistne, równoległe, lecz niezależne od zmian w kościach.

Tężyczka (82) polega na kurczach tonicznych w kończynach, częściej górnych, niż dolnych. Napady tężyczki cechują się: 1) stałym układem przykurczonych mięśni; 2) jednocześnie występującymi objawami, mniej stałymi, ale do pewnego stopnia patognomonicznymi dla tej sprawy.

Co się tyczy skurczu kończyn, to na górnych widzimy, na obu kończynach równoległe: zgięcie w stawie napięstkowym; palce wielki przygięty do dłoni, pozostało zaś cztery wyprostowane w stawach międzyczłonkowych, zgięte zaś w stawach dłoniopalcowych, przyczem palce: piąty, czwarty i drugi są ku sobie zbliżono i leżą pod trzecim, a cała dłoń przypomina ten kształt, mniej więcej, jaki ma ręka akuszera, wprowadzona do pochwy. Na kończynach dolnych palce też są zgięte w stawach stopopalcowych lub też wyprostowane i jeden od drugiego oddalone; stopa przybiera położenie, jak przy tyłostopiu (*pes equinus*).

Skurcz w kończynach dolnych zdarza się w $\frac{1}{3}$ wypadków tężyczki.

Czasami znajdujemy przygięcia w stawie łokciowym. Nie zawsze też występuje pewna sztywność karku i lekkie tyłozgięcie głowy; rzadziej jeszcze spotykamy pewno napięcie mięśni brzucha, łatwo jednak ustępujące, w przeciwieństwie do wysokiej odporności mięśni w kończynach przykurczonych.

Objawy kurczowe tężyczki występują napadami w ciągu dwu do sześciu tygodni. Pojedynczy napad trwa od kilku minut, godzin—aż do dni kilku, i powtarzać się może mniej lub więcej często. Podczas napadu próby wyprostowania są bolesne, dzieci przytem krzyczą, płaczą, bronią się. Siłą wyprostowano członki wracają do poprzedniego chorobliwego ułożenia, niby sprężyną poruszano.

Świadomość nie jest w czasie napadu zakłócona. Napad, trwający dłużej, nie zostaje przez sen przerwany. (C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

53. Ch. VIBERT. **Przyczyna nagłej śmierci niemowląt.** Aczkolwiek niekiedy rozbiór zwłok wykazuje zmiany dostateczne do wyjaśnienia śmierci nagłej niemowlęcia, to jednakże w praktyce sądowo-lekarskiej takie przypadki stanowią wyjątek. Najczęściej są to dzieci zupełnie zdrowe, które zasnęły w warunkach zwykłych i zmarły we śnie; rozbiór zwłok zwykle daje wyniki całkiem, albo prawie całkiem ujemne. Tak sądzi V. z własnego doświadczenia, opartego na 96 tego rodzaju przypadkach. Powszechnie przypisuje się śmierć tego rodzaju uduszeniu (*asphyxia*), albo zaduszeniu przypadkowemu. Z 96-ciu, tylko 7 przy rozbiórce zwłok przedstawiało cierpienia mniej więcej ciężkie. Wszystkie 96 niemowląt, z wyjątkiem 2, zmarło podczas snu, po największej części w nocy i w łóżku. Że zaś śmierć następowała najczęściej w nocy, niewiadomo wogóle nic pewnego, jakim sposobem niemowlę zmarło. Prawie zawsze dopiero w chwili budzenia lub brania niemowlęcia do piersi, przekonywano się, że ono nie żyje. Wreszcie w kilku przypadkach, w których śmierć nastąpiła w dzień, zapewniano zawsze i stanowczo, że śmierć nastąpiła najspokojniej, bez drgawek i bez wysiłku, tak, że nie można było dokładnie oznaczyć chwili zgonu.

Co się dotyczy przyczyny śmierci, to nie da się ona objaśnić uduśnieniem, a mianowicie zatamowaniem przez przeszkodę mechaniczną przystępu powietrza do płuc, gdyż wywołuje to objawy i zmiany uduszeniu właściwe. Śmierć wtedy jest poprzedzona konaniem, trwającym minut kilka, podczas których występuje czerwonność, sinica twarzy i drgawki ogólne. Rozbiór zwłok wykazuje wtedy przekrwienie płuc, wynaczynienia pod opłucną i t. p. Nic podobnego nie dostrzega się w przypadkach nagłej śmierci, o których mowa. Zdaje się, że niemowlęta umierają

bez konania, całkiem spokojnie zasypiają na zawsze. Zwłoki ich są zazwyczaj niezwykle blade, a zmiany w narządach klatki piersiowej są wprost przeciwne tym, jakie znajduje się po uduszeniu.

Przerost grasicy (*hypertrophia thymi*) jest wprawdzie chorobą niewątpliwie stwierdzoną i cechującą się napadami zaburzenia w oddychaniu, lecz w przerwach wolnych od napadów zdrowie jest zwykle niczem nie zakłócone; napady duszności, trwające zaledwie 1 — 2 minut, cechują się nagle przerwaniem oddychania i drgawkami mniej więcej ogólnymi. Śmierć może stanowić zakończenie takiego napadu, jednakże, ażeby ona miała nastąpić podczas pierwszego napadu, nie jest dostatecznie wykazane. W 45 przypadkach zwracał autor szczególną uwagę na stan grasicy i zaledwie w czterech znalazł jej przerost. Obecnie zwolennicy teorii „dychawicy grasicowej“ (*asthma thymi*) sądzą, że nie ucisk tchawicy przez przerosłą grasicę jest przyczyną śmierci, że dzieci umierają nietylko z zaduszenia, jak raczej skutkiem przerwania działalności serca, na drodze odruchu, którego punktem wyjścia jest ucisk, wywierany przez grasicę na narządy szyi. Wobec tego rozbiór zwłok może dać wyniki całkiem ujemne, albo też nie wykazuje nic innego, jak tylko to, co znajdujemy u niemowląt nagle zmarłych z domniemanego „uduszenia“ przypadkowego. Również i symptomatologia nic nie wyjaśnia. Jak wiadomo, napad „dychawicy grasicowej“ trwa pół — 2—3 minut; cechuje go powstrzymanie oddychania, niekiedy drgawki i sinica twarzy, która wkrótce ustępuje barwie ziemistej. Wprawdzie można przypuścić, że to wszystko, jeżeli napad wystąpi we śnie, odbywa się niepostrzeżenie przez osobę obok dziecka śpiącą, lecz nie można się zgodzić na to, ażeby niemowlę nagle zmarło z dychawicy grasicowej, bez poprzednich napadów i przyczyny wywołującej. W największej liczbie przypadków, zaliczanych do t. zw. „dychawicy grasicowej“, spostrzegano, że napad śmiertelny poprzedza nie jeden, ani dwa, lecz kilka napadów, a nadto, że prawie nigdy śmierć nie następuje we śnie. Jedno tylko, co przemawia na korzyść tej hipotezy, jest obecność przerostu grasicy u niemowląt nagle zmarłych, u których wszelkie inne narządy nie przedstawiają po śmierci zmian żadnych. Wiele jednak osłabia wartość tego dowodu ta okoliczność, że wielka liczba niemowląt nagle umiera wśród zupełnie podobnych warunków, bez przerostu grasicy.

Skurcz przeponowo-głośniowy (*spasmus phreno-glotticus*). Drgawki (*eclampsia*) jako przyczyna nagłej śmierci niemowląt mogłyby dotyczyć tych tylko przypadków, w których śmierć nastąpiła nagle, natychmiast, bez żadnego poprzedniego napadu. Lecz co do tego należy zauważyć, że niepodobna określić w danym razie, czy rzeczywiście śmierć nastąpiła skutkiem drgawek tonicznych mięśni oddechowych. Szybkość, z jaką śmierć następuje, i brak zmian organicznych zdają się przemawiać raczej za tem, że zgon jest następstwem doraźnego powstrzymania różnych czynności układu nerwowego.

Ze względu na to, że śmierć we wszystkich przypadkach nagłego zgonu niemowląt wydarza się we śnie i prawie zawsze wśród warunków, nastęrczających przypuszczenie, że zachodziła przeszkoda w oddychaniu; nadto uwzględniając to, że w większości przypadków rozbiór zwłok nic nie wykazuje, a w innych przypadkach znajduje się wprawdzie oznaki uduszenia, lecz wogóle niedostateczne i niezbyt wyraźne, VIBERT sądzi, że śmierć jest wynikiem mechanizmu następującego: podrażnienie najczęściej zewnętrzne i wywarte na narządy oddechowe wywołuje na drodze odruchowej już to bezpośrednio ustanie wszelkich czynności układu nerwowego, już też powstrzymanie zrazu i głównie czynności narządów oddechowych, nie sprawiające natychmiastowej utraty życia, lecz prowadzące do istotnego zaduszenia. Najczęstszym punktem wyjścia działalności odruchowej jest podrażnienie zewnętrzne narządów oddechowych, albowiem niemowlę najczęściej umiera wtedy, gdy śpi razem w jednym łóżku z osobą dorosłą (najmniej w połowie przypadków ma to miejsce). Przypuszczać tedy należy, że w tym razie część ciała matki lub nianki zatyka usta i nos dziecka, albo, co najczęściej się zdarza, niewątpliwie uciska klatkę piersiową i brzusek jego tak dalece, że hamuje ruchy oddechowe. W innych przypadkach należy przypuszczać, że części ubrania lub pościeli tamują przystęp powietrza, albo też, że krtań i inne narządy szyi zostają uciśnięte przez tasiemki czepczka, zaciągnięte nadmiernie skutkiem zmiany położenia główki. Zresztą jest i to możebne, że niekiedy inny jest punkt wyjścia i że go szukać należy w cierpieniu organicznem; to ostatnie wyjaśniłoby przypadki nagłej i nieprzewidy-

wanej śmierci w przebiegu ostrego nieżytu oskrzeli i innych chorób ostrych u niemowląt.

Wreszcie wiadomo, że niemowlę, duszone ręką zbrodniczą, stawia niejaki opór,—nie umiera w jednej chwili; należy zatem przyjąć jeszcze jedną okoliczność usposabiającą w zajmujących nas przypadkach nagłej śmierci, a mianowicie, szczególną wrażliwość (*vulnerabilitas*) układu nerwowego u śpiących niemowląt, jako wyłączną ich właściwość.

(*Annal. d'Hygiène et de Méd. légale. 1895 N 1*).

J. R.

54. K. HEINZEL. **Slepotą przemijająca u kobiety karmiącej.** Pośród licznych zaburzeniach, wywoływanych u kobiet przez poród i połóg, zdarzają się też przypadki ślepoty lub znacznego upośledzenia wzroku. Najczęstsze są przypadki zapalenia białkomocznego siatkówki, rzadziej zapalenia nerwu wzrokowego i ślepoty pochodzenia mózgowego. Należą tu: ślepotą mocznicową, która już w czasie ciąży wystąpić może, często współcześnie z eklampsją. Przypadki te, przy których bywa i białkomocz, wyróżniają się przez korzystniejsze rokowanie od ślepoty pochodzenia mocznicowego na tle innych spraw nerkowych. Po drugie, znane są amblyopie i amaurozy przed lub po porodzie, którym także nieraz towarzyszą drgawki, ale bez współczesnego białkomoczu, należące prawdopodobnie do rodzaju ślepot zwrotnych (*Reflexamaurose*), dla których przyjmują, że odruch naczynioruchowy od macicy wywołuje zastój w naczyniach mózgu. Wziernik oczny wykazuje w tych przypadkach zastój żylny w siatkówce, a nawet zapalenie nerwu wzrokowego. Wyzdrowienie bywa zupełne. Trzecią kategorię stanowi upośledzenie lub utrata wzroku, w związku z upływem krwi w czasie porodu będące. Podobne przypadki spostrzegamy naprzykład po krwawych wymiotach. Po czwarte, oddawna, bo jeszcze przed odkryciem oftalmoskopu, znane były przypadki amblyopii i amaurozy w czasie karmienia piersią i z niem związkiem mające. Ilość przypadków opisanych jest nieznaczna, a przytem brak w nich badania oftalmoskopowego, szczególnie w początkach upośledzenia wzroku; z tego powodu ciekawy jest przypadek, opisany przez autora. 25-letnia pierwiastka urodziła dziecię prawidłowo, bez żadnych zaburzeń w okresie połogowym. Karmiąc sama, zauważyła w 7-ym tygodniu latanie muszek przed oczami, a wkrótce przy silnym bólu głowy słabnięcie wzroku aż do zupełnej jego utraty. Wynik badania, w parę dni potem dokonanego, był następujący: silnie zbudowana i dobrze odżywiona kobieta. Trudność chodzenia. Narządy wewnętrzne w stanie prawidłowym. W moczu nieco zwiększona ilość kwasu moczowego, ślady białka (może z *lochii*), cukru niema. Żrenice średnio szerokie, prawa na światło nie oddziaływała. Wziernik oczny wykazał obustronne zapalenie nerwu wzrokowego. Oko prawe ślepe, w lewym uczucie światła i projekcja zachowane. Zastosowano leczenie napotne przy pomocy salicylanu sodu. W dwa miesiące później ostrość widzenia prawie całkowita, chora skarżyła się jeszcze na przemijający ból głowy, uczucie ciężkości w nogach i chwilami na widzenie przedmiotów w mgłę niebieskiej. Granica zewnętrzna pola widzenia prawidłowa, dla barw znacznie zwężona. Tętnice siatkówki zwężone, obydwie tarcze nerwu wzrokowego bledsze od prawidłowych: lekki zanik nerwu wzrokowego. Co się tyczy wyjaśnienia pochodzenia zaburzeń wzrokowych u kobiet karmiących, to KNIES i NETHLESHIP widzą przyczynę w ogólnem wycieńczeniu, przewlekłej niedokrwistości, która może powstać w czasie karmienia i służyć za czynnik usposabiający. BERGER przypuszcza, że drobnoustroje mogą zawędrować z części rodnych i wywołać zapalenie narządu wzrokowego; DEVAL oskarża tu zaburzenia nerwowe; HIMLY twierdzi, że *neuritis optica* występuje nie w czasie prawidłowego wydzielania pokarmu, ale przy jego nagłej utracie, podobnie, jak spostrzegamy przemijającą ślepotę w czasie *suppressio mensium*. Ponieważ żadna z tych hipotez nie da się zastosować do wszystkich znanych przypadków, opierając się więc na tem, iż *neuritis optica* wogóle występuje pod działaniem trucizn, jak ołów, arsenik, alkohol, nikotyna, chinina i t. p., i że nowoczesna patologia przyjmuje, że zapalenia nerwów w przebiegu przymiotu i moczówki cukrowej powstają pod wpływem toksycznego działania wytworów przemiany materii, autor przypuszcza, że i w czasie karmienia powstają pierwiastki toksyczne pochodzenia białkowego i że one wywołują sprawę chorobową w nerwie wzrokowym. MOEBIUS i TUILAUR w ten sam sposób tłumaczą pochodzenie połogowych zapaleń nerwów kończyn.

(*Deutschmann's Beitr. z. Augenheilk. XII. styczeń. 1894*).

B. R. G.

55. ROGMAN. **Przyczynę do nauki o zaburzeniach wzroku u kobiet karmiących.**

30-letnia bardzo wątła kobieta, karmiąc dziecko, w dwa tygodnie po porodzie dośtała silnych dreszczów, uczucia zmęczenia, pragnienia i t. d., jednocześnie straciła pokarm. Wówczas przyłączył się bardzo silny ból głowy w części skroniowo-ciemieniowej, mdłości i wymioty. Po paru dniach ból głowy zmniejszył się, a przyszło osłabienie wzroku coraz znaczniejsze. Miesiączka zjawia się w 2 miesiące po porodzie i trwała dwa tygodnie, w tym czasie wszystkie zaburzenia wzmogły się. Chorą autor widział w pięć miesięcy po powstaniu osłabienia wzroku i znalazł obustronne zapalenie nerwu wzrokowego średniego napięcia, a także częściowe porażenie mięśnia prostego zewnętrznego oka lewego i nerwu twarzowego lewego. Skład moczu prawidłowy. Kobieta ta, zamężna od lat siedmiu, zawsze była w nędzy, rodziła pięć razy. Dwoje pierwszych dzieci karmiła bardzo długo, pokarm miała obfity. Karmienie trzeciego dziecka musiała przerwać po miesiącu, drugiego po dwóch miesiącach wskutek utraty pokarmu, wśród zaburzeń podobnych do wyżej opisanych. Pierwszy raz osłabienie wzroku było mniej znaczne i trwało siedm miesięcy, nerw twarzowy również był porażony, ale po stronie prawej. Za drugim razem chora z objawów wzrokowych głównie zauważyła podwójne widzenie, które trwało 5 miesięcy. Autor zastosował salicylan sodu i w dwa miesiące ostrość widzenia w oku lewym podniosła się z $\frac{5}{20}$ na $\frac{5}{6}$, w prawem pozostała bez zmiany $\frac{5}{50}$. Widzenie podwójne ustało. Wziernik oczny wykazał nieznaczne tylko ślady przebytego zapalenia nerwu. W wywodach swych autor skłania się do zapatrywania HEINZL'a, zaznaczając dobre rokowanie w zaburzeniach wzroku u kobiet karmiących.

(*Annales d'Oculistique. wrzesień. 1894.*)

B. R. G.

56. HAŠKOVEC. **Działanie nasenne chloralozy.** HAŠKOVEC stosował chloralozę w czeskiej klinice psychiatrycznej prof. HELLICH'a. Podawał ją zamiast zwykle używanych środków nasennych i uspokajających (makowiec, morfina, woda chloralu, woda amylenu, paraldehyd, duboizyna i hioscyna) 82 chorym (39 kobiet, 43 mężczyzn) w bezsenności w porażeniu postępującem, w ostrych postaciach manii i melancholii, przy bezsenności u alkoholików, w *delirium tremens*, w paranoi przewlekłej, demencji starczej i w stanach popadaczkowych. Lek podawano o 8 wieczorem, przyczem dozorczy starannie zapisywali chwilę uspokojenia się chorego, czas zaśnięcia, przebudzenia, zachowania się podczas snu i po przebudzeniu. Niektórzy chorzy używali chloralozy w przerwach używania innych środków nasennych, co dało możność porównania z nią tych ostatnich. Do kontroli służyły wrażenia i zachowanie się zdrowych, którzy brali chloralozę, dozorców i autora, a także relacje spokojnych, inteligentnych chorych.

Z początku dawano chloralozę w opłatkach i proszkach z cukrem. Że zaś podawana w ten sposób działała słabiej i później, podawano ją następnie w stanie płynnym wyłącznie, podług przepisu następującego: *Chloralosae* 0,2—0,8; *cumarini* 0,01; *saccharini* 0,2; *aqu. dest. ferv.* 100,0, w dawkach od 0,1 — do 1,0. W takiej mieszaninie przykry smak chloralozy zacierał się.

We wszystkich przypadkach podniecenia, rozdrażnienia, spostrzegać się daje działanie uspokajające w 15 do 30 min. po przyjęciu, poczem następuje sen. U chorych spokojnych, cierpiących na bezsenność, sen przychodzi po dawkach 0,4 — 0,8. Ci, którzy w czasie snu mieli drgawki, nic nie wiedzieli o nich po przebudzeniu się i chwaliли sobie głęboki sen. W dwóch przypadkach chloraloza zmniejszała lub usuwała bóle głowy i błyskawiczne bóle wjadowe. W wielu przypadkach przy dłuższym stosowaniu, trzeba było mniejszych użyć dawek do wywołania tegoż skutku. U niektórych młodych maniaków spostrzeżono, że, używając chloralozy, byli wogóle spokojniejsi. Większa część chorych w chwili przebudzenia się i później nie czuła żadnych następstw nieprzyjemnych. W wielu przypadkach łaknienie wzmagało się. Na narządy oddechowe chloraloza żadnego wpływu nie wywierała. Tętno stawało się pełniejsze. Ciężota skóry podnosiła się o 0,4—0,6%. W jednym przypadku niedomykalności i zwężenia zastawki dwudzielnej, chloraloza nie okazała najmniejszego złego wpływu. W moczu składników nieprawidłowych nie znajdowano.

Pod wpływem chloralozy ustaje czynność ośrodków najwyższych, podkorowe zaś i rdzeniowe działają dalej. Wzmoczenie odruchów kolanowych powstaje bądź

drogą wzmożenia czynności ośrodka rdzeniowego, bądź tylko drogą zniesienia wpływów hamujących, pochodzących z mózgu.

Przykrym objawem, który nie pozwala używać chloralozy jako leku nasennego w całym szeregu chorób, są drgawki, zachodzące bądź w czasie snu, bądź po przebudzeniu. Drgawki te—kloniczne lub toniczne—występują zwykle w 2 godziny po zażyciu, niekiedy w 3—4 i później, zajmując bądź mięśnie szyi, twarzy, przepony, bądź wreszcie stając się drgawkami ogólnymi.

Pojawiały się one bądź zaraz po pierwszych dawkach 0,8 — 1,0, bądź po dłuższym używaniu dawek 0,4—0,8. Prawie stale występowały u osób starszych i u paralityków, rzadko u młodych maniaków, i tylko w jednym przypadku przewlekłego alkoholizmu, po dłuższym używaniu. Okoliczność ta, jakoteż i fakt, że u niektórych chorych chloraloza z początku w większych dawkach działała dobrze, dowodzi, że układ nerwowy przywyka do chloralozy, działanie zaś jej narasta.

W czasie drgawek niektórzy chorzy mimowolnie oddawali mocz, w jednym przypadku wystąpił ślinotok. Na niektórych chloraloza szczególnie źle oddziaływała.

Chloraloza może być podawana z pożytkiem tylko młodym, chorobą czynnościową dotkniętym maniakom, epileptykom i alkoholikom; wogóle autor uznaje ją za lek indywidualny. Z wyjątkiem uspokajania maniaków, chloraloza nie okazuje żadnego wpływu na przebieg chorób umysłowych.

Z wyjątkiem wyżej podanych chorób, w innych przypadkach chloraloza nie nadaje się jako środek nasenny, chociaż ma tę wyższość nad morfiną, że łatwiej bywa znoszona, i nad wodanem chloralu, że pozostaje bez wpływu na serce. Działanie jej, jak i innych środków nasennych, winno być wypróbowane w oddzielnych przypadkach. Każdy środek nasenny ma swoich chorych, na których działa dobrze. Największe pochwały ze środków nasennych H. oddaje duboizynie i hioscynie. Co się tyczy chloralozy, należy zaczynać od małych dawek 0,3—0,4, nigdy nie przekraczając 1,0. U melancholików, paralityków, w demencji trzeba używać większych dawek, aniżeli u maniaków. Starsi i mężczyźni wymagają większych dawek. Jeżeli wystąpią objawy zatrucia, nie należy stosować więcej chloralozy, bo wtenczas i po dawkach mniejszych występują drgawki.

H. sądzi, że chloraloza innych środków nasennych z użycia nie wyprze; radzi próbować ją dalej u maniaków i alkoholików.

Wnioski: 1) chloraloza na umysłowo i nerwowo chorych w dawkach 0,2 — 0,4 działa uspokajająco, w większych dawkach 0,4 — 1,0 działa nasennie. Sen występuje w $\frac{1}{2}$ —1 godziny po zażyciu, trwa 3—7 godzin, stosownie do wielkości dawki, choroby i wieku chorego. Należy zaczynać od dawek małych 0,2. Chloraloza znosi czynność ośrodków wyższych, nie wpływa na czynności mleczka i rdzenia przedłużonego; 2) chloraloza nadaje się jako środek nasenny do podawania maniakom, młodym epileptykom i alkoholikom. Nie należy jej podawać ludziom w wieku podeszłym i ludziom cierpiącym na organiczne choroby mózgu (*paral. progress., demen. sen.*). Wtedy po dawkach większych 0,2—1,0 lub po dłuższym używaniu dawek mniejszych 0,4—0,1 występuje zatrucie w postaci drgawek bądź częściowych, bądź ogólnych; 3) chorzy przywykają do chloralozy, działanie jej narasta; 4) na przebieg chorób umysłowych żadnego wpływu nie okazuje. Tylko maniacy, biorąc ją, stają się spokojniejsi; 5) chloraloza dobrze bywa znoszona w płynie i rychlej działa, aniżeli w proszkach. Nie wywiera szkodliwego wpływu na narządy oddechowe, krwiobiegu, trawienia i moczopłciowe.

(Časopis lékařů českých. № 48 i 52 r. 1894).

S. Kossobudzki.

57. A. GILBERT i L. FOURNIER. **Próby leczenia przymiotu surowicą.** Od roku 1891 rozpoczynają się usiłowania leczenia przymiotu wstrzykiwaniami surowicy. Na oddziale prof. FOURNIER'a stosowano w tym celu surowicę psa, dostarczoną przez RICHEL'a i HÉRICOURT'a, a wkrótce potem TOMMASOLI, MAZZA, KOLLMANN i inni powtórzyli te próby, posiłkując się surowicą rozmaitych zwierząt. Otrzymywanych wyników, acz bardzo wątpliwych, za całkowicie chybione jednak uważać nie należy, gdyż i przy stosowaniu tej pierwotnej metody były spostrzegane oznaki polepszenia ogólnego i miejscowego, coprawda, głównie przy współczesnem leczeniu swoistem (FEULARD).

Następnie CELSO PELIZZARI próbował leczyć pierwotne i wtórne objawy przymiotu wstrzykiwaniami surowicy, branej od syfilityków w okresie objawów trze-

ciorzędnych, lecz wyników zachęcających nie otrzymał. Pozostawało więc zwrócić się do prób z surowicą zwierząt uodpornionych. Wprawdzie wszystkie zwierzęta są odporne na zarazek przymiotu, jednakże fakt, że kura, odporna na zarazek tężcowy, może przeciwieź dostarczyć surowicy przeciwtężcowej po uprzednim wstrzyknięciu hodowli laseczników NICOLAIER'a, usprawiedliwiał do pewnego stopnia przypuszczenie użyteczności w analogiczny sposób zastosowanej surowicy do leczenia przymiotu. Niezależnie od autorów omawianego artykułu, a prawie współcześnie, do tego właśnie sposobu zwrócił się MAZZA i RICHET, HÉRICOURT i TRIBOULET, wstrzykując zwierzętom, dostarczającym surowicy, krew syfilityków (nie leczonych) w okresie wysypek i zbierając ją po upływie dni kilku do celów leczniczych. Podawszy dość zadawalające wyniki, opublikowane w trzech przypadkach RICHET'a, HÉRICOURT'a i TRIBOULET'a, przechodzą autorowie do opisu własnych doświadczeń.

Przedewszystkiem powtórzyli próby PELLIZZARI'ego, posilkując się surowicą syfilityków w trzeciorzędnym okresie i wstrzykując ją choremu, znajdującemu się w okresie wtórnym. Surowicy tej wstrzyknęli ogółem 304 ctm. szśc. w ciągu dni 20 (z początku codziennie, potem co 2 lub 3 dni) w dawkach od 20—54 ctm. szśc. (znacznie wyższych, niż PELLIZZARI). Nie spostrzegali przytem żadnych przypadłości, ani miejscowych, ani ogólnych; po pierwszych wstrzykiwaniach zniknęły bóle głowy i kości, a po pięciu wrzód pierwotny zupełnie się zabliznił, wysypka zaś grudkowo-plamista zaczęła znikać.

Próby leczenia surowicą, otrzymaną od zwierząt, którym uprzednio został zaszczerpiony zarazek przymiotu, przedstawiają się w następujący sposób: surowicy dostarczyły: 1) koza i pies, którym wstrzyknięto podskórnice krew, braną od syfilityków w okresie wtórnym; kozie zastrzyknięto w dziesięciu razach w ciągu 50 dni 180 gramów krwi, a psu w ośmiu razach w ciągu 45 dni 170 gramów; 2) koza, której zaszczerpiono pod skórę wydzielinę z dziewięciu szankrów, w przeciągu dwóch miesięcy; 3) pies, któremu w ciągu niespełna trzech miesięcy zaszczerpiono pod skórę wydzielinę z czterech szankrów i dwóch grudek moknących, a oprócz tego zastrzyknięto 120 gramów krwi, z tych 60 grm. do jamy otrzewny.

Przy stosowaniu tych trzech rodzajów surowicy okazało się, że zdają się one posiadać jednakową wartość leczniczą—i po każdym z nich były spostrzegane wyniki pomyślne, lub też żadne.

Z ogólnej liczby 17 chorych, leczonych zastrzykiwaniami, siedmiu przechodziło jednocześnie lub przedtem leczenie swoiste, trudno więc wyprowadzać jakiegokolwiek wnioski z tych siedmiu przypadków. Z pozostałych dziesięciu przypadków, w pięciu uwidoczniła się zupełnie skuteczność zastrzykiwań po wprowadzeniu 8 do 14 ctm. szśc. surowicy. Wobec jednakże sprzecznych wyników, autorowie, na teraz przynajmniej, wstrzymują się od wydania sądu co do wartości stosowanej przez siebie metody.

(*La semaine médicale* N. 22. 1895).

Jan Biron.

58. **Poronne leczenie rzeżączki, według metody Janet'a.** Polega ono na gruntownem przepłukiwaniu cewki moczowej roztworem nadmanganianu potasu (*kal. hypermanganicum*), w stosunku 1 : 4,000—1 : 1000; leczenie to zostało wypróbowane na 370 chorych przez następujących lekarzy: Ch. ANDRY (Toulouse), M. FUERST (Hamburg), KRAFT (Utrecht), KOEHLER (Preblau).

Oto wyniki ich spostrzeżeń: ponieważ celem przepłukiwań metodą JANET'a jest wywołanie ostrego obrzęku błony śluzowej i obfitej wydzieliny wodnisto-surowiczej, przez co giną gonokoki i zostają z ustroju wydalone, przeto metoda ta wskazana jest we wszystkich postaciach i umiejscowieniach rzeżączki—z wyjątkiem bardzo ostrych jej postaci i powikłań.

Przepłukiwania wykonywali wyżej wymienieni autorowie podług przepisu JANET'a, w następujący sposób: po oddaniu przez chorego moczu, oczyszczeniu ujścia cewki moczowej i żołądźci, wprowadza się do cewki, na 1 ctm. głęboko, kankę szklaną, połączoną zapomocą rurki gutaperkowej ze szklanym irygatorem, napełnionym ogrzanym roztworem nadmanganianu potasu. Rurka gutaperkowa powinna być zaopatrzona—tuż przy połączeniu jej z kanką szklaną—kranikiem, po otworzeniu którego plyn dostaje się do cewki moczowej. Stosownie do potrzeby, możemy przepłukać przednią lub tylną część cewki i pęcherz moczowy. Osiągamy to użyciem mniejszego lub większego ciśnienia plynu, przez zawieszenie irygatora na dowolnej wysokości—od $\frac{1}{2}$ do $2\frac{1}{2}$ metra. Aby plyn dostał się do tylnej czę-

ści cewki i pęcherza, powinien irygator stać na wysokości $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ metr. Pomimo jednak tej wysokości, płyn może się niekiedy nieprzedostawać do tylnej części cewki — a to z powodu niepodatności mięśnia zwieracza cewki (*m. compressor urethrae*). Dla usunięcia tej przeszkody chory powinien zrobić usiłowanie oddania moczu, przez odpowiednie wydęcie się; lub też należy mu zastrzyknąć do cewki $\frac{1}{4}\%$ roztwór kokainy. Ilość płynu, potrzebna do jednorazowego przepłukania, zależy od pojemności pęcherza; skoro więc chory poczuje parcie do oddania moczu, dalsze wypełnianie pęcherza powinno być zaniechane. Przecięciowo używa się na jedno przepłukanie 300 — 400 gramów płynu. Przepłukanie, po opróżnieniu pęcherza, może być powtórzone.

Przepłukiwania należy robić w samym początku choroby i w jej okresie podostrym, co 12 godzin — przez dni 2 — 3, następnie co godzin 18, a po 5 — 6 dniach raz na dobę, aż do zupełnego zniknięcia gonokoków w wydzielinie. W razie powrotu ropnej wydzieliny i gonokoków, należy przepłukiwać cewkę nanowo, lecz nie tak często. Według spostrzeżeń wyżej wymienionych autorów, leczenie metodą JANET'a trwa od 6 do 10 dni — w przypadkach świeżych, a w przypadkach podostrych i przewlekłych rzeżączki — 25 do 30 dni.

Wyniki leczenia tą metodą były różne — wogóle bardzo zadawalające (KRAFT), tak, że niektórzy z wyżej wymienionych autorów bardzo gorąco zalecają metodę JANET'a. Jeden tylko FÜRST, pomimo to, że wykazuje 45% wyzdowień po 8 — 30 dniowym leczeniu, nie zaleca metody JANET'a, a to z powodu jej bolesności i złych następstw, jakoto: zapalenia tkanki podśluzowej, nacieczenia ciał jamistych cewki i t. p.

(*Deut. med. Zeit.* 1895. N. 46).

J. M.

59. Th. ROSENHEIM. **Oesophagosopia.** ROSENHEIM przeprowadził w 50 przypadkach badanie przelyku zapomocą wziernika (*oesophagoskop*); przy pewnej wprawie i dokładnej znajomości stosunków anatomicznych udawało mu się zawsze z łatwością wprowadzić przyrząd aż do wpustu żołądka, nie narażając chorych na większe nieprzyjemności, niż przy wprowadzaniu zwykłego zgłębnika. Posiłkował się on w swych badaniach nieco zmienionym przyrządem MIKULICZA. We wzierniku R. dolny koniec rury metalowej jest okrągły, a nie ukośny, co pozwala promieniom światła padać prostopadłe, wskutek czego, siła oświetlenia znacznie się wzmacnia. Brzegi dolnego końca są tępe dla uniknięcia uszkodzenia błony śluzowej; w tym też celu dolny koniec przewodnika zrobiony jest z miękkiej rury gumowej. Na rurze metalowej umieszczona jest podziałka centymetrowa, dla orientowania się, jak daleko przyrząd został wprowadzony do przelyku. Przyrząd wprowadza R. naczczu lub po dokładnem przemyciu żołądka; gardziel i górną część przelyku po za chrząstką obrączkową znieczula odpowiednimi rozczynami kokainy. Chorego umieszcza na krześle ginekologicznem w pozycji leżącej, ze zwieszoną głową i nieco podniesioną miednicą, spoczywającą na oparciu krzesła. Przed wprowadzeniem przyrządu należy przekonać się zapomocą twardego zgłębnika, czy w świetle przelyku niema przeszkód mechanicznych, względnie określić, na jakiej długości przeszkoda się znajduje, aby móżdż wybrać odpowiedniej długości przyrząd. R. używa przyrządy grubości 13 mm. dla mężczyzn i 11,5 mm. dla kobiet; grubsze, zdaniem jego, mogą być szkodliwe, wobec zwężeń fizjologicznych przelyku w okolicy chrząstki obrączkowej, podziałki tchawicy i otworu przelykowego przepony. Odległość wpustu od nasady języka, podług określenia autora na 64 trupach, wynosi 34 — 41 ctm. i takiej też odległości przyrządów używa do swych badań. Przyrząd wprowadza się pod kontrolą wskaziciela lewej ręki po linii środkowej, zbacza się nieco w lewo, gdy koniec przewodnika dosięgnie 3-go kręgu grzbietowego, zresztą w każdym pojedynczym przypadku mogą się nasuwać różne przeszkody, które można przewycięzać odpowiednią zmianą położenia chorego lub też ruchami biernymi odpowiednich części ciała. Przeciwwskazaniem do wprowadzenia przyrządu są wszystkie te zaburzenia i zmiany, przy których i wprowadzanie zgłębnika jest przeciwwskazane, mianowicie: wady serca, rozedma płuc, miażdżycy tętnic, marskość wątroby. Przeszkodą bezwzględna do wprowadzenia przyrządu są skrzywienia kręgosłupa, przeważnie w okolicy kręgów grzbietowych. Dzięki tej metodzie R. był w stanie rozpoznawać nowotwory w bardzo wczesnych okresach i odróżniać złośliwe od obojętnych.

(*Berl. klin. Woch.* 1895. N. 12).

M. Frenkel.

Kilka słów z powodu artykułu D-ra H. Strauss'a p. t. „Przyczynki do techniki otrzymywania zawartości żołądkowej“ (Zur Methodik der Mageninhaltsementnahme), podanego w piśmie Therap. Monatshefte z r. b. № 3.

W r. 1886-ym opisałem w „Medycynie“ № 1-y przyrząd do przepłukiwania żołądka, konstrukcyi K. BERENTA. Przyrząd ten, którego dokładny rysunek tamże podany został, zarówno do celów leczniczych, jak i rozpoznawczych użyć się dający, jest w swem zastosowaniu bardzo praktyczny, powiedziałbym najpraktyczniejszy ze wszystkich, jakie dotąd w powyższych celach były obmyślane. Stanowi on połączenie przyrządu J. ROSENTHAL'a, który pierwszy zastosował kran d w u d r o ż n y, i przyrządu PESCHEL'a, różniącego się od innych tem, że na przebiegu rury, opatrzonej lejkiem (przyrząd HEGAR'a), znajduje się sprężysty balon, zapomocą którego możemy działać wtłaczająco lub aspirująco. Otóż, BERENT oba te czynniki połączył i otrzymał przyrząd, usuwający wszelkie niedogodności. Nie powtarzamy tu opisu szczegółowo. Przypominamy jednak, iż zasada polega na tem, że na przebiegu rury, idącej od naczynia z płynem, przeznaczonym do przepłukania żołądka, i kończącej się zgłębnikiem, do żołądka zapuszczonym, znajduje się dwudrożny kran, bardzo dokładnie wykończony. Drogi (kanały) w kranie stanowią kąt prosty. Gdy ustawienie kranu jest tego rodzaju, że jedna z dróg tych leży na osi wspomnianej rury, płyn z naczynia przez zgłębnik spływa do żołądka; jeżeli zaś zapomocą ręczki nastawimy kran tak, iż ów kanał będzie prostopadły do rzeczonej osi, wytwarza się połączenie między żołądkiem a rurą odpływową, zajmującą położenie prostopadle do pierwszej rury. Ponieważ rura odpływowa ma na swym przebiegu o grubych ścianach balon, przeto, ścisnąwszy wprzód ten balon, a potem rurę odpływową poniżej balonu, wytwarzamy aspirację, skutkiem czego płyn natychmiast odpływa z żołądka. Jeżeli się zdarzy, iż otwory zgłębnika, na dnie żołądka spoczywającego, ulegną zatkananiu przez szczątki pokarmów, można, zacisnąwszy palcami najprzód rurę odpływową poniżej balonu, a następnie ścisnąwszy sam balon, zgłębnik od zatykających otwory pokarmów uwolnić i drożność jego natychmiast przywrócić.

Używając przyrządu tego przeszło już od lat dziesięciu, przekonałem się o jego praktyczności. Działa on pewno, a siła wciągająca i wytłaczająca balonu jest całkiem dostateczna.

Tymczasem w artykule, którego tytuł w nagłówku podałem, D-r STRAUSS, powracając do niedogodnego, a dawniej używanego przyrządu HEGAR'a, dodaje do tegoż dwa balony (RICHARDSON'a), a to w tym celu, aby w razie zatkania zgłębnika pokarmami można je było wydaląć. Autor twierdzi, że zwykły balon jest do tego celu niedostateczny, bo za mało ma siły tłoczącej. Przyrząd swój zbudował S. w ten sposób, że na przebiegu rury, łączącej lejek ze zgłębnikiem, umieścił rurę szklaną kształtu litery T. Z każdym ramieniem owej litery T. łącząca się rura elastyczna zaopatrzona jest w odpowiedni zaciskacz. Gdy dwa zaciskacze, na ramieniu poziomem się znajdujące, są otwarte, istnieje połączenie między lejkiem, a żołądkiem. Jeśli zgłębnik zatka się pokarmami, zaciskacz od strony lejka się zamyka, a od strony balonów, z ramieniem pionowym się łączących, otwiera. Uciskając, jak w zwykłym rozpylaczu, pierwszy balon, zgęszczamy powietrze w drugim, a to działa tu jako siła wypychająca.

Otóż, inowacya to całkiem zbyteczna i bynajmniej przyrządu nie upraszczająca; bo najprzód: przyrząd ten ma te niedogodności, co przyrządy dawne, gdyż do napełnienia lejka trzeba pomocnika, raz lejek ten unoszącego, to znowu go obniżającego, nie zaś tak, jak w przyrządach o zbiornikach wody stałych, przy których pomocnik wcale nie jest potrzebny; powtóre, operować tu musimy z 3-ma kranami, kiedy jeden zupełnie może wystarczać; nadto kran, umieszczony pomiędzy zbiornikiem, a pierwszym jego połączeniem (z ramieniem poziomem rury T), jest absolutnie niepotrzebny i niewiadomo, w jakim celu dodany. Siła zwykłego balonu w przyrządzie BERENTA jak wspominaliśmy, jest całkiem do wydalenia zatykających zgłębnik pokarmów dostateczna.

Jeżeli S. motywuje pożytek podobnego urządzenia możliwością wypełnienia żołądka powietrzem, w celach rozpoznawczych, to po cóż łączyć owe balony z przyrządem do przepłukiwania żołądka i na tej drodze technikę samych przepłukiwań uniedogodnić, kiedy one wprost ze zgłębnikiem żołądkowym połączyć się dadzą? Można by je również połączyć w tym celu z rurą odpływową przepłukiwacza BERENTA. Dośćby było wylot rurki od balonów zakończyć drewnianym lub kauczukowym stożkiem, któryby się dał do odpływowej rury przyrządu BERENTA zastosować.

Aczkolwiek sprawa, którą tu poruszyłem, teoretycznie nie należy do zbyt ważnych, z punktu praktycznego jednak godną jest zaznaczenia, chociażby z tego względu, aby ktoś przyrządem STRAUSS'a złudzić się nie dał i próżnego wydatku na jego kupno nie robił. Chodziło mi także o to, aby wykazać, jak niemcy mało na naszą literaturę uwagi zwracają, pomimo tego, że jeżeli nie z oryginałów, to ze sprawozdań mogliby z niej korzystać. Jestem pewny, że S. o przyrządzie BERENTA nie wiedział, gdyż w przeciwnym razie byłby pomysł swój z pewnością zmodyfikował.

H. Dobrzycki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— W № 13-ym „Medycyny“ z r. b. w dziale drobniejszych wiadomości (str. 267) podana została krótka notatka z pracy Docenta W. SOBIERAŃSKIEGO p. t. „Nowsze badania nad farmakologią żelaza“, pomieszczonej w 1-ym i 2-im № „Nowin Lekarskich“ z r. b. Korzystając obecnie z okazji poruszenia sprawy farmakologii żelaza na XIII zjeździe internistów niemieckich w Monachium, zwracamy uwagę, iż prof. BUNGE, jako główny referent tego przedmiotu, w wykładzie swym doszedł do tych samych wniosków, co W. SOBIERAŃSKI, mianowicie: że stosowanie przetworów żelaza w lecznictwie wkracza w granice suggestyjnej terapii. Dodamy tu przy sposobności, iż umieszczony na końcu wspomnianej notatki znak zapytania nie miał zamiaru obniżania wartości poglądów i badań W. SOBIERAŃSKIEGO, lecz użyty był przez referenta w celu zaznaczenia wątpliwości, czy fakty, przez W. S. zdobyte, wystarczają całkowicie do bezwzględного odrzucenia dawnych poglądów i przyjęcia nowych, tak zasadniczo im przeciwnych.

— RICHER i HÉRICOURT podają 2 przypadki złośliwych nowotworów, wyleczonych surowicą zwierząt (psów i osła), którym zastrzykiwano wyciąg z mięsaka kostnego. W pierwszym przypadku R. i H. mieli do czynienia z powrotnym, mięsakiem włóknistym, operowanym przed pięćmioma miesiącami. Mięsak ten, wielkości małej pomarańczy, pod wpływem 120 ctm. szc. surowicy szczepionych zwierząt, zastrzykiwanej w przeciągu 40 dni po 3 ctm. szc., zmniejszając się stopniowo, znikł prawie bez śladu, przy czem ogólny stan chorej szybko się poprawił. W drugim przypadku, rozpoznanym klinicznie jako rak żołądka, guz, wielkości dużej pomarańczy, wyczuwalny w dolnej części okolicy nadbrzuszonej, pod wpływem 64 ctm. szc. surowicy, zastrzykiwanej w przeciągu 18 dni, tak szybko się zmniejszał, że po upływie tego czasu nie dawał się wyczuć. Jednocześnie chory zyskiwał na wadze i ogólny stan jego znacznie się poprawił. Według autorów, gdyby nawet rozpoznanie w drugim przypadku było mylne, pierwszy przemawia bardzo wyraźnie za skutecznością nowego środka. (Semaine médicale № 23. 1895). Wł. P.

— ZANDER zbadał około 1000 chorych pod względem częstości znajdowania wewnątrzaków; w miarę potrzeby robił 3 — 5 — 10 drobnowidzowych preparatów z kału chorych i doszedł do następujących wyników: 1) wewnątrzaki natypykamy zarówno u zdrowych, jak u chorych w tym samym prawie stosunku (25%); 2) najczęstszym z nich jest włosogłówka (*trichocephalus dispar*) — 14%; dalej glista (*ascar. lumbricoides*) — 9%, brzozdogłowiec szeroki (*botriocephalus latus*) — przeszło 3%, w końcu tasiemiec (*taenia solium*, t. *mediocanellata*) — 0,5% i *oxyuris vermicularis* czyli glistnica robaczkowa — 0,4%; 3) na wsi częściej znajdujemy wewnątrzaki, niż w miastach; 4) największa odsetka wewnątrzaków wypada na Królestwo Polskie — włosogłówka i glista; brzozdogłowiec spotyka się częściej w guberniach północnych i nadbaltyckich (Kurlandya i t. d.); 5) najczęściej znajdujemy wewnątrzaki u chorych ze złem ogólnem odżywianiem, niedokrwistych i gnilcowych; 6) ani gorączka, ani pobyt w szpitalu, ani leczenie środkami wewnętrznymi nie wywierają wpływu na częstość zjawiania się włosogłówki lub wpływ ten bywa bardzo nieznaczny; 7) podczas obecności włosogłówki w kiszkiach, spostrzegamy zaparcia stołca, przy głście — rozwolnienie jest częstym objawem, brzozdogłowcom zaś często towarzyszy zaparcie naprzemian z rozwolnieniem. (Dysertacya. Petersburg).

G.

— LEGRAIN stosował u chorych na tyfus wysypkowy surowicę krwi ludzi, którzy przebyli już tę chorobę i znajdowali się w okresie zdrowienia. L. zastrzykiwał ją tylko w cięższych przypadkach we wzrastających dawkach po 2, 4, 6, 10 i 20 ctm. szc. Ciepłota opadała zawsze, odpowiednio do zastrzykniętej dawki, przytem nie zaraz, lecz we 3 godziny po zastrzyknięciu; *maximum* spadku następowało po 15 godzinach; we 24 godziny ciepłota znowu się podnosiła, lecz opadała po nowej dawce. W przypadkach głębokiej śpiączki i osłabienia ustępowały te objawy po zastrzyknięciu 10 ctm. szc. surowicy. Tylko w jednym przypadku wystąpiło wyraźne skrócenie choroby, po zastrzyknięciu bowiem 14 ctm. szc. czwartego dnia choroby gorączka już nie powróciła. W innych przypadkach, gdzie leczenie rozpoczęto 6—8 dnia choroby, surowica wywierała jedynie wpływ dodatni, obniżając ciepłotę i miarkując ciężkie objawy zatrucia. Podczas epidemii śmiertelność wynosiła 25%; z 39 przypadków LEGRAIN'a, z których w dwunastu najcięższych zastrzykiwano surowicę, tylko jeden zakończył się śmiercią. (Soc. de Biol. 1895. 19. I.).

— STODART-WALKER otrzymał doskonałe wyniki przy leczeniu *polyneuritidis periphericae* zastrzykiwaniami podskórnymi strychniny. Środek ten wywoływał prawie natychmiastowe polepszenie, swobodę ruchów dowolnych, a czucie powracało nader szybko. Strychnina była stosowana trzy razy dziennie, z początku po pół miligrama, później stopniowo podnoszono dawkę do dwóch milligr. (Wien. med. Presse. 1895. № 3).

Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następującą wiadomość: surowica przeciwbłonicza warszawska z Pracowni Bakteryologicznej D-rów O. BUJWIDA i Wł. PALMIRSKIEGO została już puszczone w obieg. Cena flaszeczki, zawierającej 1000 jednostek uodparniających, wynosi rs. 1. Surowicę tę można nabywać po oznaczonej cenie w aptece Wendy i Wiorogórskiego, przy ul. Krakowskie Przedmieście № 45 w Warszawie.

— Zaopatrywanie miasta w porze letniej w sztuczny lód, wyrabiany z wody przekropionej i sterylizowanej, stanowi jedno z najważniejszych wymagań zdrowotnych. Na fabryce, któraby miała za przedmiot wyrób takiego higienicznego lodu, dotąd miastu naszemu zbywało. Za pożyteczne więc uważać należy, iż firma W. Kijok lód taki wyrabia na wielką skalę, zwłaszcza, iż cena jest dostępna, gdyż funt lodu z wody przekropionej i sterylizowanej wynosi kopiejkę (blok 60-cio funtowy 60 kopiejek). Szpitalom robi się znaczne ustępstwo. Fabrykę tę zwiędzić warto.

— Pamiętnika Fizyograficznego, wydawnictwa wielce pożytecznego, ściśle naukowego i starannie redagowanego, wyszedł tom XIII. Wzorem lat dawnych, cały materiał rozdzielony został na 3 części: meteorologii z hydrografią, geologii z chemią, oraz botaniki z zoologią. Na szczególniejszą uwagę zasługują systematycznie podawane wykazy meteorologiczne, dokonywane w 31 stacjach meteorologicznych, znajdujących się w Królestwie i częścią w ziemiach przyległych. Jest to cenny materiał, z którego w przyszłości będziemy mieli dokładniejsze pojęcie o meteorologii i klimatologii krajowej. Tom obecny nader kosztownie wydany został, gdyż zawiera oprócz pięciu pięknych tablic litograficznych, dwie chromolitograficznie wykonane sekcye (drugie dwie będą dodane do tomu następnego) mapy geologicznej gubern. Lubelskiej przez prof. TREJDOSIEWICZA. Gruntowne to wydawnictwo zasługuje ze wszech miar

na poparcie; tymczasem na liście przedpłaconych widzimy zaledwie sto dwadzieścia kilka nazwisk. Cena pamiętnika bajecznie niska, bo 5 rubli. W Niemczech lub Francji najniższa cena wydawnictw podobnych wynosi 30—40 marek lub 50 franków.

— D-r Pistor odnośnie do ostatniego międzynarodowego zjazdu higienistów w Buda-Pesze, jak również i co do zjazdów międzynarodowych lekarskich wogóle, zwraca uwagę komitetem urządzającym, aby mniej uwzględniano zabawy i rozrywki na tych zjazdach, przez co cel zjazdów prędzej będzie osiągnięty. Być może, będą one mniej liczne, lecz za to nauka będzie przedewszystkiem uwzględniana, a nie zabawy; w ostatnich bowiem czasach zjazdy międzynarodowe zaczęto uważać jako podróże dla przyjemności, podczas których można cośkolwiek i pod względem wiedzy specjalnej skorzystać. P. oprócz tego uważa za niewłaściwe zapomocą zbytnich reklam i ogłoszeń ściąganie nadmiernej ilości członków zjazdów międzynarodowych.

— Prof. chemii w Berlinie FISCHER otrzymał drogą syntetyczną kofeinę.

— **Zmarli.** W dniu 4 b. m. zmarł w Radomiu wskutek raka żołądka kol. Jan Tworkowski, lekarz zakładów górniczych w Przysusze, w wieku lat 35. Zmarły cieszył się dużym uznaniem jako lekarz zdolny i sumienny, odznaczał się przytem pracą, która utrzymywała go na wysokości nauki współczesnej. Przedwczesna śmierć stanęła na przeszkodzie urzeczywistnieniu zamiaru, z jakim się nosił oddawna, założenia w Przysusze szpitala dla chorych fabrycznych. Jako człowiek i kolega pozostawił on najlepsze wspomnienia.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego: 1.) Zbadać ostateczne produkty rozkładu białka i węglowodanów przy i bez dostępu tlenu, wywołane przez jedną ze znanych, a dotąd pod tym względem nie zbadanych bakterii chorobotwórczych. 2.) Sprawdzenie poglądów Horbaczewskiego na powstawanie kwasu moczowego z nukleiny. 3.) Zmiany anatomiczne przy chronicznem kataralnem zapaleniu dróg oddechowych (lub jednego z ich odcinków). 4.) Zapalenie kataralne płuc z punktu widzenia anatomo-patologicznego i bakteryologicznego. 5.) Zbadać doświadczałnie zmiany w siatkówce oka (retina) pod wpływem otrucia fosforem. 6.) Histologia *portionis vaginalis uteri* z względniemi zmianami zależnymi od wieku, począwszy od okresu zarodkowego, a skończywszy na uwładzie starczym. 7.) Zbadać zmiany anatomiczne wywołane przez długotrwałe działanie na organizm toksyn *staphylococcus aureus*. 8.) Rozstrzygnąć doświadczałnie kwestyę dotychczasowo sporną, czy ciśnienie krwi tętniczej powiększa się (*Landois, Marey*), lub też czy takowe zmniejsza się (*Basch, Frey, Lenzmann*) w okresie silnego wydychania, a mianowicie w doświadczeniach *Valsalwy*. 9.) Znaczenie Prof. Szokalskiego dla nauki o zmyśle mięśniowym. 10.) Zaslugi Prof. Szokalskiego dla nauki o uczuciu barw. 11.) Morfologiczny i chemi-

czny stan krwi w zapaleniu nerek: stosunek pomiędzy jakościowem i ilościowem wydziałaniem się białka w moczu i składem chemicznym krwi *resp.* surowicy krwi w tej chorobie.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 Marca 1896 r. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z powyższych 11-tu tematów, wyznacza się nagroda rs. 300. Takich nagród na rok 1895/6 jest dwie. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Wszystkie prace na desłane być mogą w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała № 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsc ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach, zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1895/96 zawakuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. *D-ra* **WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO**, dla młodzieży, poświęcającej się nukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu mają: *a)* imienia Koczorowskich, *b)* Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej *Stanisława Chilewskiego*, w Galicyi zamieszkali, *c)* *Strojeccy*, synowie po *Adolfie Strojcekim* i ich następcy, *d)* *Lechowscy*, synowie i ich następcy po *Kacprze Lechowskim*, *e)* w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzeczone stypendya, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała № 7) najpóźniej do dnia 15 września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym, i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały, *D-r Brodowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1895/96 wakować będzie stypendyum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. **IGNACEGO GOŁĘBIEWSKIEGO**, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym, i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały, *D-r Brodowski.*

Od Redakcyi.

Z powodu wyjazdu redaktora „Medycyny“ kol. **Dobrzyckiego** do Sławuty, wszelkie listy: dotyczące spraw naukowych, artykułów dla „Medycyny“ nadsyłanych i. t. d., winny być adresowane do kol. **M. Sadowskiego**, Krakowskie Przedmieście № 7 w Warszawie.

Sprostowanie. Na str. 412, w wierszu 12 od góry, zamiast „z opowiadania kol. *D.* wiadomo mi“ powinno być „z opowiadania kol. *Dz.* wiadomo mi“.

WYDAWCA **Dr. L. Guranowski.**

REDAKTOR odpowiedzialny **Dr. H. Dobrzycki.**

Дозволено Цензурою. Варшава, 4 Мая 1895 г

Druk **K. Kowalewskiego**, Warszawa, Mazowiecka 8.