

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 33.

Warszawa d. 19 (6) Sierpnia 1905 r.

T. XXXIII.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —  
                  { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Kilka uwag o teoriach odporności. Podał W. Mutermilch. (Ciąg dalszy). — Spostrzeżenia kliniczne nad przebiegiem sporadycznego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Opisał d-r J. Poczobut. — Wykłady kliniczne. O rokowaniu i leczeniu ciężkich postaci nerwicy. Spraw. Wł. Chodecki. (Dokończenie). — Streszczenia i wyciągi 57. Zapobiegawcze stosowanie przetworów sporyszu w czasie porodu. 58. Adrenalina w krwotokach macicznych. 59. Angor ventris. Przypadek śmierci wśród omdlenia w przebiegu colitidis mucosae (colite mucomembraneuse). 60. Spostrzeżenia terapeutyczne. 61. Przyczynę do miejscowego znieczulania chlorkiem etylu i chlorkiem metylu. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — List otwarty do redakcyi „Medycyny“. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

### „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. MUTERMILCH — Quelques remarques sur les théories de l'immunité. 2) D-r J. POZOBUT — Observations cliniques sur le décours de la meningite cérébrospinale sporadique.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

### „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. MUTERMILCH — Einige Bemerkungen über die Immunitätstheorien. 2) D-r J. POZOBUT — Klinische Beobachtungen über den Verlauf der sporadischen Genickstarre.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

### KILKA UWAG O TEORIACH ODPORNOŚCI.

Podał

Wacław Mutermilch.

Kand. n. przyr.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 32).

Według BORDET'a rola fiksatorów, które uczony ten nazywa ciałami uczulającymi (*substances sensibilisatrices*), jest analogiczna do roli zapraw w farbieństwie; jak zaprawa, osadzona

na włóknie, umożliwia ufarbowanie go odpowiednimi barwnikami, tak samo, według BORDET'a, i fiksator, łącząc się z protoplazmą bakteryi, ułatwia działanie cytazy na nie.

W odporności względem bakteryi ważne znaczenie obok tworzenia się swoistych przeciwciał i ich roli pośredniczącej pomiędzy cytazą a mikroblem — przypisuje M. jeszcze żywotności fagocytów, wykazując, że, jak z jednej strony czynnik, paraliżujący żywotność fagocytów (np. środki znieczulające), zmniejszają sto-

pień odporności, tak — z drugiej — wszelkie środki, wzmagające czynność fagocytów, zwiększają jednocześnie odporność organizmu, w niektórych zaś przypadkach, mianowicie gdy fagocyty posiadają chemotaksę ujemną względem danych mikroobów, główny wynik szczepienia polega według M. na zamianie chemotaksy ujemnej na dodatnią.

Ramy nauki o odporności doznały znakomitego rozszerzenia z chwilą, gdy poznano, że organizmy można na drodze szczepienia uodpornić nie tylko przeciw mikroobom, lecz i przeciw całemu szeregowi innych ciał, a mianowicie przeciw ciałkom krwi, plemnikom, komórkom wątrobowym, nerkowym, nabłonkowym, przeciw rozmaitym płynom ustrojowym, jak np. mleku, dalej fermentom, wreszcie przeciw toksynom bakteryjnym i niebakteryjnym.

Jeśli pozostawimy toksyny tymczasem na boku, ponieważ, jak zobaczymy dalej, wymagają one oddzielnego rozpatrzenia, to sprawa uodparniania organizmów przeciw wszystkim wymienionym wyżej ciałkom przedstawia się zupełnie analogicznie do uodparniania przeciwko bakterjom. Wszędzie bowiem mamy do czynienia w stanie odporności nabytej z współdziałaniem 2 substancji: jednej swoistej, wytwarzanej w nadmiarze dzięki szczepieniu organizmu ciałem obcym, drugiej — banalnej, której ilość przez uodparnianie nie zwiększa się. Wogóle powiedzieć można, że zawsze, ilekroć do organizmu zwierzęcego wprowadzimy podskórnie lub do jamy otrzewny obcy materiał komórkowy, to ustrój będzie reagował na to w ten sposób, że pocznie produkować w danych warunkach ciała, które łącznie z fermentem normalnie w organizmie się znajdującym, posiadają własność niszczenia komórek, jakie były użyte do szczepienia. Nabywaną w ten sposób własność zawdzięcza organizm, jak wspomnieliśmy, współdziałaniu 2 substancji, które w sumie można nazwać ogólnie *cytotoksynami*. Według M. czynne są w danym przypadku szczególnie

makrofagi, które, chwytając wprowadzone komórki, trawią je wewnątrz swego ciała, przyczem następuje nadprodukcja i wydzielenie wewnątrz odpowiednich fiksatorów. Podczas gdy makrocytaza jest jedna dla danego gatunku zwierzęcego i działa trawiąco na komórki pochodzenia zwierzęcego, bez wyboru; fiksatory są różne i ściśle swoiste; te fermenty pomocnicze, ułatwiające reakcję fagocytarną i trawienie wewnątrzfagocytowe, otrzymują różne nazwy zależnie od tego, czem dany organizm był szczepiony, a mianowicie, nazywają się one hemofiksatorami (dla krwinek), spermofiksatorami (dla plemników), leukofiksatorami (dla leukocytów), nefrofiksatorami (dla komórek nerkowych), hepatofiksatorami (dla komórek wątrobowych) i t. d.

Zarówno makrocytaza, jak i wyliczone powyżej fiksatory są zdaniem M. pochodzenia fagocytowego; różnice pomiędzy makrocytazą i powyższymi fiksatorami są te same, jakie istnieją pomiędzy mikrocytazą a fiksatorami bakteryjnymi.

Punkt wyjścia dla prac, które doprowadziły do tak znakomitego rozszerzenia naszych wiadomości, dotyczących się powstawania przeciwciał, stanowiły klasyczne badania BORDET'a: przez kilkakrotne wstrzykiwanie świnie morskiej do jamy brzusznej krwi króliczej surowica krwi świnki nabierała własności intensywnego rozpuszczania *in vitro* czerwonych ciałek krwi króliczej, podczas gdy normalna surowica krwi świnki morskiej własności tej prawie w zupełności jest pozbawiona.

DUNGERN stwierdził później doświadczalnie, że przez szczepienie organizmu jednego zwierzęcia krwią innego tworzą się w dużej ilości tylko hemofiksatory, podczas gdy ilość drugiego składnika hemolizyny: cytazy, powiększeniu nie ulega. W stosunku do surowicy normalnej surowica uodporniona różni się jedynie obecnością fiksatorów.

Według EHRlich'a i MORGENROTH'a w rozpuszczaniu krwinek przez surowicę normalną czynne są również dwie substancje; badania odpowiednie uczonych tych skierowane były przeważnie przeciwko zapatrywaniom BUCHNER'a, według którego hemolizyna surowicy normalnej, zwana przez niego aleksyną, jest ciałem pojedynczym, odpowiadającym cytazie. Doświadczenia EHRlich'a i MORGENROTH'a dowodzą, że różnica pomiędzy surowicą normalną a uodporną jest natury jedynie ilościowej; powiększeniu przez szczepienie ulega tylko ilość amboceptorów (fiksatorów), podczas gdy ilość komplementu (cytazy) pozostaje bez zmiany. To samo zupełnie zdaniem wspomnianych badaczy dotyczy i bakteryolizyn. Własność bakteryobójcza surowicy normalnej (odkryta przez FODOR'a i NUTALL'a oraz BUCHNER'a) opiera się również zdaniem szkoły EHRlich'a na współdziałaniu 2 substancji; w surowicy uodpornionej zwiększa się tylko ilość odpowiedniego amboceptoru. Jeżeli zwrócić uwagę z jednej strony na to, że charakter specyficzny posiada według mniemania większości uczonych jedynie fiksator, i że działanie bakteryo- i hemolityczne surowicy normalnej polega na współdziałaniu fiksatora i komplementu, z drugiej zaś strony, że działania te surowicy normalnej są powszechne, silnie zaś specyficzne własności pojawiają się dopiero w surowicy uodpornionej, to wniosek z tego może być ten tylko, że już w normalnej surowicy muszą obok komplementów czyli cytaz istnieć — co prawda w ilości o wiele mniejszej, aniżeli w surowicy uodpornionej — najróżnorodniejszego typu fiksatory, odpowiadające różnym kategoriom bakterii i komórek. EHRlich nie waha się wyciągnąć tej konsekwencji, mówiąc<sup>6)</sup>: „Mimowoli zniewoleni jesteśmy wyobrazić sobie, że w stosunkach normalnych odżywiania komórki

ulega stale odrywaniu (od protoplazmy) znaczna ilość prostych i złożonych ogniw bocznych, które następnie — same lub łącznie z komplementami — wykonywają swe działanie specyficzne. Dlatego też surowica normalna obfituje w niezwykle dużą ilość tego rodzaju substancji, które można nazwać ogólnie haptynami<sup>7)</sup>. Treść zdania powyższego stanie się lepiej zrozumiałą, gdy wyłożymy poniżej główne zasady, na których się opiera hipoteza ogniw bocznych EHRlich'a.

Wspominaliśmy wyżej, że sprawa odporności przeciw toksynom przedstawia pewne cechy odrębne; poglądy M. są tutaj o wiele mniej stanowcze, aniżeli w dziedzinie odporności przeciw ustrojom komórkowym. W tym ostatnim przypadku powstanie stanu odpornego polega na wytworzeniu w organizmie szczepionym swoistych przeciwciał, zwanych ogólnie cytotoksynami. W odporności przeciw toksynom mamy do czynienia ze zjawiskiem — że tak powiem — wyższego rzędu; punktem wyjścia bowiem w danym razie są gotowe już toksyny, i uodpornianie organizmu sprowadza się do wytworzenia pewnych substancji swoistych, posiadających własność zobojętniania toksyny; substancje te nazywamy antytoksynami. Jeśli toksyny bakteryjne, jak np. toksynę tężcową lub błoniczą, oraz toksyny pochodzenia roślinnego i zwierzęcego, jak np. rycynę, abrynę, jad wężowy i t. d. wogóle ciała trujące, wywołujące wytwarzanie swoistych przeciwciał, postawimy w jednym rzędzie z cytotoksynami, to antytoksyny należałoby rozpatrywać równolegle z owymi przeciwciałami, które są wytwarzane wskutek szczepienia organizmu cytotoksynami; okazało się bowiem, że wszystkie rodzaje cytotoksyn mogą służyć do wytwarzania swoistych przeciwciał antycytotoksyn. BORDET, EHRlich i MORGENROTH pierwsi dowiedli tego dla hemolizyny, wykazując, że przez traktowanie organizmu zwierzęcego innymi gatunkami surowicy, działającymi hemolitycznie, wytwarzają się antyhe-

<sup>6)</sup> P. Römer. Die Ehrliche Seitenkettentheorie und ihre Bedeutung für die medizinischen Wissenschaften. (Wiedeń, 1904), str. 228.

molizyny, które *in vitro* chronią od rozpuszczania czerwone ciała krwi; okazało się dalej, że zdolność do tworzenia antycytotoksyn posiada ją niezależnie od siebie oba składniki cytotoxyn, a więc zarówno cytaza, która powoduje wytwarzanie antycytazy, jak i fiksator, wywołujący powstawanie odpowiedniego antyfiksatora. Powyższe uwagi wystarczają, ażeby usprawiedliwić wyrażenie nasze, że w tworzeniu i działaniu antytoksyn mamy do czynienia ze zjawiskiem niejako wyższego rzędu w porównaniu do zjawiska prostszego, jakim jest odporność względem komórek, polegająca na tworzeniu odpowiednich cytotoxyn; różnicę powyższą uważałem za stosowne zaakcentować w tym celu, ażeby uczynić zrozumiałą większą chwiejność poglądów w tej dziedzinie odporności.

Zagadnienie odporności przeciw toksynom redukuje się do rozwiązania następujących kwestyi: sposobu i miejsca tworzenia się antytoksyn oraz mechanizmu działania ich na toksyny.

Według opinii MIECZNIKOW'a antytoksyny powstają z toksyn. Jest prawdopodobne — mówi on — że antytoksyny w znacznej przynajmniej części są niezem innym, jak pewnego rodzaju modyfikacją toksyny, utworzoną przy pośrednictwie pewnych elementów tkankowych, przyczem produkt ten przechodzi później do krwi<sup>1)</sup>.

Głównym obrońcą poglądu tego jest BUCHNER. M., nie przesądzając tej kwestyi, broni jednakże poglądu BUCHNER'a, sądząc, że w ten sposób najłatwiej jest zdać sobie sprawę ze swoistości antytoksyn. „Ponieważ w obecnym stanie nauki — mówi M. — niemożliwe jest stanowcze rozstrzygnięcie problemu tego, i wobec tego, że hipoteza o transformacji (toksyny w antytoksynę) najlepiej zdaje się wyjaśniać specyficzność działania antytoksyn, posiada ona niezaprzeczone prawo być wziętą pod uwagę w tym

samym conajmniej stopniu, jak jakakolwiek inna hipoteza<sup>4)</sup>. Najlepszym dowodem niesłychanie daleko posuniętej specyficzności antytoksyn jest okoliczność, że substancjami tych (jak np. antytoksyny błonicy) nie jesteśmy w stanie skonstatować żadną inną metodą, jak tylko w ten sposób, że niweczy ona trujące działanie odpowiednich jądów toksycznych (np. jadu błonicy).

Podobnie jak w walce organizmu z mikroorganizmami, i tutaj przypisuje MIECZNIKOW leukocytom rolę przodującą. Z pomiędzy wszystkich innych komórek leukocyty są najbardziej odporne na działanie toksyn; dzięki swej dużej wrażliwości, czego dowodzi spostrzegana zwykle silna hiperleukocytoza krwi pod wpływem iniekcji toksyn, pochłaniają one jady toksyczne i niszczą je wewnątrz swego ciała, czem chronią od zatrucia bardziej szlachetne i mniej odporne tkanki. M. sądzi, że leukocyty są równocześnie produktorami antytoksyn, choć tymczasem tego stwierdzić jeszcze się nie udało z pewnością, przyczem główną w tym względzie rolę przypisuje on makrofagom; pogląd powyższy oparty jest głównie na obserwacji, że w razie zarażenia organizmu bakteriami, stającymi się zdobyczą makrofagów (np. dzumą ludzką), wytwarzają się we krwi obficie odpowiednie antytoksyny, podczas gdy wprowadzanie gatunków bakterii, pochłanianych przez mikroorganizmy, nie wywołuje tworzenia się antytoksyn, lecz jedynie odpowiednich bakteriolizyn.

(C. d. n.).

<sup>1)</sup> E. Mietschnikoff. L. c. str. 396.

## Spostrzeżenia kliniczne nad przebiegiem sporadycznego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych.

Opisał

D-r Józef Poczobut

w Łucku na Wołyniu.

Na wiosnę r. b. miałem możność spostrzeżenia kilkunastu przypadków sporadycznego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, czyli tężca, albo według nowej nomenklatury drętwicy karku.

Wszystkie te przypadki odznaczały się wielką różnorodnością w przejawach i natężeniu, począwszy od bardzo ciężkich postaci ostrych, a skończywszy na bardzo lekkich, przelotnych formach, któremi się odznaczał koniec epidemii tej choroby. Opis pojedynczych przypadków zacznę w tym porządku, w jakim się one dostawały pod moją obserwację.

I. Jankiel Rozmaryn, 12 lat, mieszka w ciasnej, brudnej izdebce, otoczonej cuchnącymi wyziewami wychodków.

7. IV. wieczorem, wróciwszy z łaźni do domu, dostał nagle dreszczów, rozłamania całego ciała, bólu głowy i krzyża, wymiotów, położył się do łóżka. W ciągu nocy niepokój, bredzenie, podrzucanie rąk i nóg, wreszcie senność, przytomność jednak była zachowana.

Na drugi dzień rano 8. IV. nieprzytomność zupełna, parokrotne drgawki. W południe po raz pierwszy zobaczyłem chorego i znalazłem stan następujący: chory nieprzytomny, pogrążony w głębokiej śpiączce, oczy niedomknięte, źrenice nierównomiernie rozszerzone, prawa szersza od lewej, nie reagują na światło. Głowa cokolwiek odrzucona w tył, usta i zęby zamknięte, z łatwością jednak dają się otworzyć. Podczas badania, przy dotykaniu rozmaitych okolic ciała, chory wydaje przytłumione jęki, nie otwierając powiek. Po podaniu do ust wody, na-

stąpiły wymioty. Ciepłota \*) 38,8° pod pachą, 39,4° w stolcu, tętno powyżej 120, bardzo słabe, ledwo wyczuwalne, zdaje się, przerywane (intermittens). Nie mogąc na razie zdać sobie sprawy z obrazu chorobowego, jaki miałem przed oczyma, ograniczyłem się wstrzyknięciem pod skórę kamfory w eterze, którą zawsze noszę z sobą. W parę godzin potem, przypomniawszy sobie wzmiankę w pismach codziennych o zjawieniu się na Szląsku drętwicy karku, zaszedłem powtórnie do mego chorego dla zrobienia ostatecznego rozpoznania. Tętno 120, daje się zliczyć, pełniejsze. Chory leży na prawym boku, odwrócony od światła, nieprzytomny, na głośne wołanie nad uchem otwiera oczy. Źrenice w tym samym stanie, co i pierwej. Głowa zwrócona w tył i na prawo, co najlepiej uwydatnia się przy próbie posadzenia chorego; kark sztywny, kręgosłup i mięśnie grzbietowe wrażliwe przy dotykaniu. Skurecz kończyn dolnych przemijający. Próba LASEGUE'a — wyciąganie wyprostowanej dolnej kończyny i zginanie jej w stawie biodrowym — wywołuje silny ból. Dermografia występuje wyraźnie, ale na krótki czas. Znieczulenie skórne na całym ciele, refleksy kolanowe i podeszwowe zachowane, te ostatnie nawet zwiększone. Zaparcie stolca, mocz oddaje pod siebie. Zaleciłem *ung. CREDÉ* do wcierania w kark i kręgosłup, a *Natr. salicyl. per os* lub *per anum*. Tegoż dnia wieczorem ciepłota 37,8° pod pachą, 38,1° w stolcu, przytomność wraca chwilami, a wtedy skarży się na ból w czole i w skroniach, karku i w krzyżu.

9. IV. Trzeci dzień choroby; przytomność wróciła, ból karku i kręgosłupa mniejszy, nadczułość skórno-mięśniowa po całym ciele. Tu i owdzie rozrzucone po skórze pojedyncze czerwone plamy nieokreślonej postaci, wyprysku na

\*) Ciepłota 38,8° p. p. oznacza mierzenie pod pachą, 39,4° w stolcu

Do tego celu używam jednego i tego samego ciepłomierza, który naprzód zakładam pod pachę na 10—12 min., a potem *in anum* na 3—4 min. lub odwrotnie.

wargach nie zauważyłem. Mocz oddaje prawidłowo, po ławatywie było jedno wypróżnienie, przyjmowanie pokarmów i polykanie prawidłowe, język obłożony.

Ciepłota rano 38,4° pod pachą, 38,6° w stolcu; wieczorem 38,3° pod pachą, 38,1° w stolcu.

10. IV. Ciepłota 36,8° pod pachą, 37,1° w stolcu.

11. IV. Ciepłota rano 37,7° pod pachą, 38,0° w stolcu; wieczorem 37,7° pod pachą, 38,1° w stolcu. Chory może już siadać na łóżku, bóle głowy i krzyża nieznaczne, szum w uszach, słyszy i widzi dobrze, przelotne bóle w stawach.

12. IV. 6 dnia chory wstał, zapędziłem go jednak na parę dni do łóżka. W parę tygodni potem widziałem go w dobrym stanie zdrowia i nie znalazłem u niego żadnych śladów przebytej groźnej choroby.

II. Dziewczynka Ch. Kr., 10 miesięcy, obserwowana w końcu marca, mieszka w domu, zbudowanym na palach nad stojącą wodą; kilka dni temu porzucona przez własną matkę, zbiegła do Ameryki, dostała rozwolnienia, potem wymiotów, do których dołączyła się nieprzytomność i senność. Ciepłota *in ano* 37,0°. Leży bezwładnie, główka przechylona w tył. Źrenice nierównomiernie rozszerzone, oddech przerywany, przypominający typ CHEYNE-STOKES'a, brzuch zapadnięty, polykanie utrudnione. W tym czasie nie miałem na myśli drętwy karku i dla tego przypisałem objawy mózgowie u tej chorej gruźliczemu zapaleniu błon mózgowych, zrobiłem złe rokowanie, o czym uprzedziłem otoczenie, zaleciłem tylko wanny ciepłe i *Natr. jodat.* wewnątrz.

Na 3 dzień ciepłota 37,2° *in ano*. Dziecko mniej sennie, otwiera oczy, źrenice reagują na światło, wymioty ustały, a natomiast wystąpiło zaparcie stolca, pije chętnie mleko. Podczas badania zauważyłem wrażliwość karku i kręgosłupa, dermatografię. Na 6 dzień choroby, odwiedziwszy chorą po raz trzeci, ku wielkiemu memu

zdziwieniu znalazłem ją prawie zupełnie zdrową; pozostało tylko zaparcie stolca. Ponieważ tegoż dnia dostałem pod obserwację N. I, więc dopiero teraz zmienić mogłem pierwotne rozpoznanie i nazwać przebyłą pomyślnie chorobę zapaleniem sporadycznym błon mózgo-rdzeniowych.

III. Sruł Fiszer, 10 lat, mieszka za miastem w nowej ubogiej chatce bez podłogi. Początek choroby 17. IV. nagły: ziębienie, ból głowy, wymioty, które go odrazu zwały do łóżka. Na 5 dzień stracił przytomność i mowę, przywołany lekarz rozpoznał tyfus. Pierwszy raz widziałem chorego 6 dnia choroby 22. IV. Ciepłota 38,0° pod pachą, 38,3° w stolcu, tętno 56—60, nierównomierne, oddech 24, głęboki, czasem urywany, oczy na pół przymknięte, nieprzytomny, pogrążony w śpiączce, nie słyszy, na bardzo głośny jednak krzyk nad uchem na chwilę podnosi powieki, nie widzi, źrenice zwężone, leniwie oddziałują na światło. Chory leży na jednym lub drugim boku, po ułożeniu go na wznak powoli stara się powrócić do bocznej pozycji. Posadziwszy chorego przy obcej pomocy, widzimy, że głowa zwisa naprawo i w tył, nachylona naprzód, wywołuje ból w karku, kręgosłup wyprostowany, przy opukiwaniu bolesny. Postawiony na nogi na podłodze, głowę i kręgosłup trzyma w poprzedniej pozycji, nogi rozstawione drżą i uginają się pod ciężarem ciała (skurez zginaczy kolana). Dermografia wybitnie występuje, ale i prędko znika. Zniesienie czucia bólowego. Refleksy kolanowe zniesione, stopowe ledwo, a podeszwowe wyraźnie występują, brak objawu BABIŃSKIEGO. Usta i zęby przymknięte, język obłożony, płyn, podany do ust, po pewnej chwili swobodnie przetyka. Brzuch umiarkowanie zapadnięty, mocz od dzisiejszej nocy oddaje pod siebie, od kilku dni zaparcie stolca. Zaleciłem lód na głowę, wcieranie *ung. CREDÉ* wzdłuż kręgosłupa, a *natr. salicyl.* wewnątrz. Tegoż dnia pod wieczór wezwani prze-

ze mnie dwaj koledzy potwierdzili rozpoznanie *Mening. cerebro-spinalis*. Ciepłota 38,2° *in ano*. Wymioty były raz jeden w ciągu dnia.

23. IV. Ciepłota wieczorem 37,9° pod pachą, 38,15° w stolcu; tętno 76—88, *dicrotus, intermittens*. Na skórze wysypka, rozrzuciona pojedynczymi grupami, podobna do *erythemę* — wyprysku na wargach nie zauważyliśmy. Znieczulenie skórne (bólowe) wszędzie, z wyjątkiem karku i kręgosłupa. Odruchy tylko podszwo-we zachowane. Żrenice średnio oddziałują na światło, nastryknięcie głębokich naczyń spojówki oczu, zez. Wymioty ustały, połyka źle. Zaleciłem lawatywy odżyweze i ciepłą wannę.

24. IV. 8 dzień choroby. W dzień zrobiono ciepłą wannę, po przeniesieniu chorego na prześcieradło, w ciągu kilku minut, w pół godziny potem zauważono cichy, powierzchowny oddech, który na kilka sekund ustał zupełnie, sądzono więc, że chory zmarł. Ciepłota 38,4° pod pachą, 38,6° w stolcu, tętno 86—96. Zauważyłem kilka razy zupełne przestanki w oddechu, trwające 5—8 sekund, podczas których tętno 80, poczem oddech 30, następnie doszedł do 24, jak wczoraj, a tętno znowu 90—96. Śpiączka głęboka, nie połyka zupełnie.

25. IV. 9 dzień. Ciepłota rano 38,4° pod pachą, 38,7° w stolcu; wieczorem *in ano* 38,5°. Tętno 80—88, oddech 30, bez przestanków tak, rano, jak i wieczorem. Żrenice rozszerzone, *conjunctivitis*. Brzuch wciągnięty, wychudnięcie postępuje. Inne objawy te same, co poprzednio.

26. IV. 10 dzień. Wieczorem ciepłota 38,4° pod pachą, 38,9°, tętno 100, oddech 32, prawidłowy. Żrenice rozszerzone *ad maximum*, zmętnienie prawej rogówki, zez wyraźny. Przez cały dzień i podczas mojej bytności dały się zauważyć bezładne ruchy w kończynach dolnych, połączone ze zginaniem i rozginaniem stawów, ruchy te są przedzielone chwilami zupełnego spokoju, rzadziej występują na twarzy i na prawej górnej kończynie, na lewej zaś widać pora-

żenie, obrzęk dolnej części lewego przedramienia i stawu napięstkowego. Lawatywy odżyweze.

27. IV. 11 dzień. Ciepłota wieczorem 38,5° pod pachą, 38,8° w stolcu; tętno 116—120, oddech 24—30 z przestankami. Bezładne ruchy te same, co i wczoraj, porażenie lewej górnej kończyny zwiększa się, niedowład i w lewej dolnej kończynie. W płucach żadnych zmian. W sercu świszczący ton na mostku.

28. IV. 12 dzień. Wychudnięcie straszne. Mimowolne skurcze mięśni twarzy z zaczerwienieniem policzków, a podobne skurcze mięśni kończyn słabsze i rzadsze, wyraźne porażenie lewej dolnej kończyny. Odleżyny na pośladkach. Zmętnienie i owrzodzenie rogówki obydwóch oczu postępuje. Połykanie ustało zupełnie. W dolnych płucach zastoinowy niezbyt oskrzeli. Ciepłota wieczorem 38,3° *in ano*, tętno 136—140, słabe, *intermittens*, oddech 26—30. Mocz, zebrany przypadkowo, nie zawiera białka; brak diazoreakcyi.

29. IV. wieczorem przy postępującem wychudnięciu i z przestankami w oddechu nastąpiła śmierć bez objawów drgawek na 13 dzień choroby.

IV. Florow Piotr, 6 lat, mieszkanie bardzo ubogie, wilgotne, bez podłogi, przebywał krzywiec. W nocy z 29 na 30. IV. niespokojnie spał, rzucał się na posłaniu i miał gorączkę niewielką.

30. IV. o godz. 11 rano wystąpiło ziębienie, ból głowy, wymioty, nieprzytomność, kilkakrotne konwulsye, gorączka zwiększyła się. Widziałem go późnym wieczorem. Ciepłota 38,1° pod pachą, 38,6° w stolcu, tętno 116—120. Przy podniesieniu chorego głowa opada w tył i na lewo; o wrażliwości na ucisk kręgosłupa sędzić nie można z powodu znieczulenia skóry i ogólnego obezwładnienia. Mocz i stolec oddaje pod siebie. Żrenice rozszerzone, ale oddziałują na światło. Połyka źle. Brzuch wzdęty wskutek poprzedniego kataru kiszki, towarzyszącego

krzywicy. Zaleciłem opróżniającą lawatwę i *Natr. salicyl.* w lawatwie.

1. V. Drugi dzień choroby. Ciepłota w południe  $38,2^{\circ}$  *in ano*. Tętno podczas ruchu 136, w spokoju 120, oddech 40. Nad ranem zaczęła wracać przytomność, tak, że lekarstwo dawano *per os*. Przytomność niezupełna, wyraz twarzy przestraszony, położony na łóżku, natychmiast zasypia. Skarży się na ból głowy i karku, przy dotykaniu doń krzyczy, kręgosłup nie bolesny. Źrenice szerokie, zachowują reakcję. Więcej nie odwiedzałem chorego, z ust ojca dowiedziałem się, że na trzeci dzień przytomność wróciła zupełnie, i chłopiec był uważany za zdrowego, odwiedziwszy go jednak 11. V. przekonałem się, że w ciągu tego czasu miewał halucynacje, np. widział w pokoju krowę, kaczki, świnię, które odpędzał od siebie, zapomniał nazwy niektórych przedmiotów, ma i dotąd przytępiony słuch, chodzić nie mógł, gdyż chwiały się na nogach. Bredzenie trwa i teraz, gdy ze snu obudzi się, mówi wyraźniej, ale wyraz twarzy pozostaje smutny i przygnębiony, widzi dobrze. Stan ogólny zadawalający. W końcu maja według słów ojca chłopiec był uważany za zupełnie zdrowego.

V. Jankiel Poticha, lat 15, zamieszkały w ciemnym pokoju w domu, położonym nad błotnistą rzeką, o kilkanaście domów dalej od chorej N. 11. 21. V. czując się już niezdrowym, odbył podczas upału daleki spacer przez miasto do zamiejskiego ogrodu, gdzie odpoczywał na gołej ziemi. Tu poczuł ból głowy i ogólne osłabienie, z wielkim wysiłkiem wrócił do domu i położył się do łóżka, skarżąc się na ogólny niepokój, mdłości; ból głowy zwiększył się, wystąpiło bredzenie i senność. W braku lekarza przywołany felczer przypisywał wspomniane objawy to grypie, to znowu tyfusowi i zdążył w ciągu niespełna 2 dni zastosować cały arsenał najrozmaitszych leków, jak: kalomel, rycynę, mag. bism., fenacet, kofeinę, digital i inne, chory jednak potrafił znieść bez wielkiego uszczerbku dla swego zdrowia wszystkie te eksperymenty far-

maceutyczne. Na trzeci dzień choroby, 23. V. wieczorem, zobaczyłem chorego. Ciepłota *in ano*  $37,7^{\circ}$ , tętno około 80, miarowe; chory niespokojny, pobudzony, obraca się z jednego boku na drugi, to przysiada na łóżku, to znowu na niem się kładzie, nieustanne bredzenie. Ciągłe kloniczne skurcze mięśni twarzy, czoła i szyi, wskutek czego powstają dziwaczne ruchy ust, marszczenie czoła, skurcz powiek i podnoszenie uszu. Te same bezładne ruchy, tylko w mniejszym stopniu, dają się zauważyć i na kończynach. Według opowiadania ojca podobne mimiczne skurcze na twarzy z mniejszym tylko napięciem występować miały i w stanie zdrowym podczas silnego podrażnienia lub pobudzenia. Źrenice miernie zwężone. Nieznaczną wrażliwość przy dotykaniu karku, a bardzo wielką kręgosłupa. Skarży się na ból czoła i skroni, *anxietas praecordialis*, bezsenność. Dermografia, nadczułość skórna. Wszystkie odruchy wzmożone, objawu BABIŃSKIEGO nie ma.

24. V. Ciepłota  $37,4^{\circ}$  w południe, a wieczorem  $37,2^{\circ}$  *in ano*. Wyprysku na wargach nie zauważyłem, natomiast na skórze widać nieokreśloną bliżej wysypkę. Psychiczne objawy te same, co wczoraj, jak również nadczułość kręgosłupa i całego ciała. Światłowstręt, zawrót głowy, i dlatego przy chodzeniu chwieje się. Brak apetytu, język obłożony. Zażywa *natr. bromat*.

25. V. Piąty dzień. Ciepłota  $37,6^{\circ}$  (*an.*), tętno 80, nie miarowe. Noc bezsenna, bredzenie mniejsze. Inne objawy te same. Wieczorem naturalny sen 10—12 godzin. Zaleciłem wanny i wcieranie *ung. CREDÉ*, antypiryna.

26. V. Ciepłota  $37,2^{\circ}$  pod pachą,  $37,3^{\circ}$  w stolcu, tętno 84. Bóle głowy, karku i kręgosłupa zwiększyły się. Leży głową na dół albo na boku. Antypiryna bez skutku na ból głowy. Objaw LASEGUE'a. W nocy wskutek bezsenności dałem 1,0 trionalu, po którym nastąpił 3-godzinny sen.



27.V. Siódmy dzień. Po wannie nastąpiło uspokojenie ruchów kończyn, na twarzy pozostały one bez zmiany. Brzuch zapadnięty. Brak odruchów kolanowych. Wieczorem ciepłota 37,0° (an), tętno 88—90, *intermittens*.

28. V. Ósmy dzień. Południe, ciepłota 37,0° (an). Tętno 80—84. Stan ten sam.

29. V. Ciepłota an. 37,1°, tętno 84. Po trianalu spał całą noc. Bredzenie ustało, mimiczne ruchy twarzy znacznie słabsze. Na pośladkach wskutek leżenia *erythema*. Zaparcie stolca. Na noc wanna, po której sen w ciągu całej nocy.

31. V. Jedenasty dzień choroby. Ciepłota an. 37,6°, tętno 76, miarowe. Ból głowy ustał, przytomność zupełna. Porażenie niezupełne mięśni karku, gdyż nie może głowy ani naprzód, ani w tył dobrze nachylić. Wszystkie bezładne ruchy ustały. Sen dobry, apetyt lepszy. Stolec prawidłowy.

3. VI. Czternasty dzień. Głowę porusza swobodnie, chodzi po pokoju i czuje się zdrowym.

VI. Kulich Anna, przywieziona do mnie ze wsi, 4½ lat. Początek choroby 16 dni temu

nagły. Chora, według opowiadania matki, będąc zupełnie zdrową, raptem stała się jakby nieżywą, gdyż wystąpiły następujące objawy mózgowe: utrata przytomności, drgawki ogólne, zez, utrata mowy, przytem główki prosto utrzymać nie mogła. Na czwarty dzień choroby zjawily się wymioty, które powtarzały się kilkakrotnie, na piąty dzień znowu drgawki i pogorszenie stanu ogólnego. Przez cały czas trwania choroby było zaparcie stolca.

8. V. Stan obecny: mowa niewyraźna, źrenice zwężone, chociaż oddziaływają na światło, sluch przytępiony, jakkolwiek wycieku z uszu nie było, a błony bębenkowe są w normalnym stanie. Porażenie z przykurzeniem w lewej górnej i dolnej kończynie — *pes varus*, porażenie w prawej dolnej mniej zaznaczone — chora w ciągu choroby przebytej bardzo schudła, obecnie zaczyna nabierać ciała. Więcej jej nie widziałem.

(D. n.)

## WYKŁADY KLINICZNE.

Prof. d-r OPPENHEIM.

### O rokowaniu i leczeniu ciężkich postaci nerwic.

Sprawozdawca dr. med. WŁ. CHODECKI.

(Dokończenie. — Zob. N. 32).

Przypadek II. Pani A. żona kupca, lat 42, nie obciążona dziedziczną skłonnością do cho-

rób nerwowych. Jako młoda panienka cierpiała na uporczywe bóle krzyża, zwłaszcza w czasie miesiączkowania, a następnie po dłuższym chodzeniu. W 20 roku życia wyszła za mąż, i małżeństwo było szczęśliwe. Wkrótce po narodzeniu się pierwszego dziecięcia chód stał się utrudniony. Już po przejściu nieznaczonej przestrzeni zjawiały się dokuczliwe bóle w krzyżu i kończynach dolnych. Bóle te wzmagaly się ciągle, tak iż wkrótce chora nie mogła wychodzić z domu. W początku r. 1890 chora

przestała zupełnie chodzić i siedzieć i została przykutą do łóżka, a każda zmiana położenia ciała sprawiała jej dotkliwe bóle. Z początkiem zaś r. 1891 była skazana na obcą pomoc, albowim i ręce odmawiały usług. Do tego przylączyły się objawy poważnego rozstroju nerwowego, niezadowolenie i często uczucie strachu i przygnębienia.

*Status praesens.* Chora leży skulona w łóżku; odżywianie jest bardzo nędzne, cera twarzy żółto-błada, cały jej wyraz zdradza cierpienie i znaczny stopień przygnębienia.

Na zapytanie chora podaje, że nawet mowa sprawia jej trudności i połączona jest z kurczowymi bólami w gardle i piersiach. Także patrzenie i słuchanie powoduje bóle albo nieprzyjemne uczucia w oczach, głowie lub nawet całym ciele.

Przyjmowanie pokarmu jest również utrudnione, albowiem po jedzeniu występują bóle w okolicy żołądka, krzyża i w głowie, a nadto bicie i niepokój w okolicy serca. Do tego dołącza się często swędzenie całego ciała i wysypka podobna do pokrzywki (*urticaria*).

Badanie obiektywne nie wykryło zmian żadnych w zakresie nerwów mózgowych. Oddziaływanie źrenic na światło bardzo żywe; oprócz tego istnieje znaczna nadczułość siatkówki (*hyperaesthesia retinae*). Ruchy gałek ocznych, szczęk, ust odbywają się powoli, ale bez objawów niedowładu (*paresis*). W kończynach możemy skonstatować pewne napięcie mięśni, bez przykurczenia jednak; jest to raczej u nieruchomiennie członków z obawy bólu.

Przy próbie ruchów biernych chora jęczy z bólu.

Przy ucisku na mięśnie, kości i nerwy, — nie doznaje szczególnych wrażeń. Odruchy ścięgniste są w kończynach górnych wzmożone. Ruchy czynne są zredukowane do *minimum*; ręce nie wykonywają pracy żadnej.

Poruszenia grzbietu są również bardzo ograniczone.

Chora może tylko z wielkim trudem podnieść się z łóżka, unikając przytem wszelkiego obrócenia się, sprawia jej to bowiem dotkliwe bóle. Kończyny dolne są zgięte w stawie biodrowym i kolanowym, stan odżywiania mięśni odpowiada ogólnemu. Wyraźnych zaników

mięśni nie ma; badanie elektryczne wykazuje stosunki normalne.

Napężenie mięśni w kończynach dolnych jeszcze wyraźniejsze, aniżeli w górnych. Przy najmniejszej próbie ruchu chora doznaje gwałtownych bólów.

Odruchy ścięgniste są w kończynach dolnych silnie wzmożone, ale bez kurczów klonicznych.

Czucie wszędzie prawidłowe, pęcherz funkcyjonyje normalnie.

Co się zaś tyczy stanu duchowego naszej chorej, to jest ona dosyć inteligentna i nie cierpi na idee błędne. Dokuczają jej tylko często idee natrętne, połączone z przykrem uczuciem strachu i uderzeniem potów. Do tego dołączają się częste bóle i zawroty głowy. Nastroj umysłu jest po większej części przygnębiony.

Rozpoznanie w tym przypadku nie przedstawiało takich trudności, jak w poprzednim. Ponieważ mogliśmy wyłączyć chorobę kręgosłupa i układu mięśniowego, pozostawało nam tylko cierpienie typu *akinesia algera*.

Ponieważ chora nie chciała udać się do sanatorium, trzeba było leczenie przedsięwziąć w domu.

Chora została tak samo izolowana, i opieka nad nią powierzona inteligentnej pielęgniarsce, rozumiejącej dobrze naturę cierpienia. Wielkie trudności w tym przypadku przedstawiała sprawa żywienia chorej, albowiem czynność przewodu pokarmowego sprawiała jej bóle i inne nieprzyjemne objawy. Potrawy trzeba było tak wyszukiwać, by pracę trawienia i wchłaniania zredukować do *minimum*.

W pierwszych tygodniach miano głównie na względzie podniesienie odżywiania chorej.

Początkowo po każdym posiłku występowały jeszcze bóle, bicie serca i pokrzywka, ale objawy te traciły na natężeniu. Chora zyskała w przeciągu 5 — 6 tygodni 8 funtów na wadze, tak iż kwestyę odżywiania chorej uważać można było za rozwiązaną.

Chora i w tym przypadku pouczoną została o naturze cierpienia i przestrzeżoną, by się nie oddawała myślom o niem, co mogłoby tylko wpłynąć ujemnie na przebieg choroby. W chwili napadu myśli natrętnych powinna była oddać

się rozmowie z pielęgniarką lub czytaniu i pisaniu.

I tutaj dla usunięcia zeszywnień mięśni autor posługiwał się gimnastyką leczniczą, a następnie aparatami. Stosowano również gimnastykę w kąpieli ciepłej, z leków zaś arszenik w postaci *solut. Fowleri*. Po upływie 6 miesięcy chora mogła opuścić łóżko. Wkrótce przyszło do krótko trwającego nawrotu, ale następnie polepszenie posuwało się ciągle naprzód, i chora wyzdrowiała zupełnie.

Przypadek III. Pani C. lat 30. W rodzinie jej matki zdarzyły się przypadki chorób umysłowych; do 13 roku życia była zupełnie zdrowa. Wtedy po gwałtownem wstrząśnieniu moralnem zaczęła doznawać napadów strachu i niepokoju, lekarz wyraził obawę, że może uleźć chorobie umysłowej. Wywarło to wpływ głęboki na jej nastrój psychiczny, i odtąd zaczęła cierpieć na przygnębienie, dręczona smutnymi myślami o grożącej jej chorobie umysłowej. Nie mówiła przytem chora nigdy nikomu o przyczynach tego przygnębienia duchowego; myśli te natrętne połączone były zawsze z uczuciem strachu i niepokoju w okolicy sercowej (*anxietas*).

Chora nasza nie znosiła samotności, musiała zawsze mieć kogoś około siebie; twierdzi, że samotność jaknajgorzej oddziaływała na jej nastrój umysłu.

Parę razy strach i rozpacz u chorej wywołały *tadlium vitae*.

Dotychczasowe leczenie preparatami bromu, makowca (*opium*), hidroterapia i masaże nie wywarły wybitniejszego skutku.

Badanie dokładne chorej wykryło, że oprócz napadów strachu istniały u niej jeszcze inne objawy nerwowe: ucisk i ból głowy, szum w uszach, uczucie wielkiego osłabienia, zwłaszcza rano, i nieprawidłowe wypróżnienia. W sferze psychicznej można było skonstatować wysoki stopień przygnębienia; często występowały przykre myśli natrętne, płoszące nawet sen, tak iż chora w ostatnich czasach zupełnie straciła siły. Rozwinął się też znaczny stopień małokrwistości i wadliwego odżywiania.

Autor zażądał naprzód od chorej, by zawsze zupełnie szczerze i otwarcie spowiadała się ze swych dolegliwości i trapiących ją myśli.

To swobodne wypowiedzianie się oddziaływało na chorą nader uspakajająco.

Oprócz tego należało energicznie zwalczać osłabienie i małokrwistość. W tym celu autor zastosował kurację tuczającą nieco zmodyfikowaną: chora odpoczywała przed i po każdym posiłku, a dwa razy dziennie spacerowała po godzinie.

Napady strachu, które tak dokuczały chorej, autor zwalczał wytrwale preparatami makowca, gorącymi kąpielami ręcznymi, gimnastyką oddechową (*Ziehen*) i t. d.

W przeciągu 5—6 tygodni chora zyskała 8 funtów na wadze, wygląd stał się świeższym, uczucie osłabienia i wyczerpania przeszło; napady strachu jednak, obawa choroby umysłowej istniały w dalszym ciągu.

Dla zwalczenia tych przykrych psychicznych objawów autor położył nacisk na pracę umysłową i fizyczną naszej pacjentki. Uważał on za konieczne dla osoby, obdarzonej tak wysokim polotem umysłu, wybór zajęcia, któreby wzbudzało w niej prawdziwe zainteresowanie i dawało zadowolenie moralne.

Po wielu bezowocnych próbach autor przekonał się, że chora interesuje się żywo sprawami dobroczynności, że chciałaby zająć się opieką i wychowaniem ubogich dzieci. Zaczęła też pracować w tym kierunku, szła ubranka dla biednych i opuszczonych dzieci, kupowała dla nich książki, odwiedzała je w mieszkaniu. Nowe zajęcie pochłonięło chorą naszą w zupełności, tak, iż nie miała czasu na oddawanie się smutnym i przygnębiającym myślom.

Znikła również i obawa samotności, tak, iż chora sama przebywała w pokoju, sama spała i t. d.

Autor zalecił teraz chorej sport, jazdę konną, grę w tenisa, jazdę na rowerze, co znakomicie oddziaływało na nastrój psychiczny chorej, która teraz żyje wyleczona całkowicie, oddana pracy i miłosiernym uczynom.

Przypadek IV. Pan L. adwokat, lat 48, syn podagryka i diabetyka. Przed 7—8 laty uległ silnym wzruszeniom moralnym z powodu ciężkiej choroby swej żony. Przed 5 laty uległ napadowi ciężkiej dyspepsji nerwowej i kardialgii, które po opuszczeniu domu ustąpiły. Po trzech miesiącach zjawił się przykry ból w pra-

wej nodze, który przywołany lekarz rozpoznał jako *ischias*, zalecił ciepłe kąpiele i rozmaite *antineuralgica* i *nervina*, które pozostały jednak bez skutku. Pytany o radę, jeden wybitny neuropatolog zalecił elektroterapię, masaż, i kąpiele kwasowęglowe. Wszystkie te środki, jak i kąpiele w Wiesbaden i Teplitz nie wywarły wybitniejszego skutku. Wykonane naciąganie nerwu kulszowego (*n. ischiadicus*) przyniosło ulgę na 1/4 roku, ale następnie bóle wróciły z dawną siłą.

Chory przyszedł, wsparty na kiju, po poradę do autora.

Przy badaniu okazało się, że muskulatura prawej kończyny dolnej jest szczuplejsza, aniżeli lewej, o właściwym jednak zaniku (atrofii) mięśni mowy być nie może.

Oddziaływanie elektryczne jest prawidłowe.

Odruchy ścięgniste są na obu kończynach dolnych nieco wzmożone. Objawów kurczowych (spastycznych) nie ma. Zwróciło to również uwagę autora, że chory, który ciągle jęczał w domu z bólu, zapomniał zupełnie o nim, gdy autor rozmawiał z nim o innych rzeczach. Wogóle przy odwróconej na inny przedmiot uwadze chorego o bolesności wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego (*n. ischiadicus*) nie mogło być mowy.

Ruchy czynne prawą kończyną dolną są do pewnego stopnia ograniczone, osłabienia jednak rzeczywistego nie można było skonstatować w żadnej grupie mięśni.

Czucie zupełnie prawidłowe.

Odruchy ścięgniste w kończynach górnych wzmożone. W wyciągniętych rękach zauważyć się daje lekkie drżenie (*tremor*)

Nerwy czaszkowe prawidłowe.

Pod względem psychicznym uderza nadzwyczajna wrażliwość chorego, który skarży się na napady strachu i sen niespokojny.

Puls nieco przyspieszony, i łatwo bardzo, zwłaszcza przy podrażnieniu psychicznym, występuje *arytmia cordis*.

Ogólne wrażenie, jakie chory uczynił na autorze, było, że ma do czynienia z silnie rozwiniętą neurastenią, do której, wskutek ciągłej koncentracji uwagi na własne wrażenia dołączyła się tak zwana przez autora „*psychalgia*

*cruris*” t. j. ból czysto psychicznego pochodzenia.

Autor zalecił naprzód choremu hidrotęterapię. Ta wywarła bardzo pomyślny wpływ na stan ogólny chorego, bólów jednak nie usunęła. Wtedy autor uciekł się do psychoterapii, która w tego rodzaju bólach zawsze prawie daje doskonale wyniki.

Autor wytłómaczył choremu, że dotkliwy ból w prawej nodze jest wynikiem chorobliwie zwróconej uwagi na tę część ciała i ciągłej samoanalizy, i że leczenie ma za zadanie odwrócić uwagę chorego od wrażeń bolesnych, wychodzących z prawej kończyny dolnej. Na pierwszym posiedzeniu autor demonstrował choremu, że przy napięciu uwagi na prawą kończynę dolną uczuwał on najłżejsze dotknięcie pendzelkiem elektrycznym, gdy przy zajęciu rozmową nie odczuwał go prawie wcale.

Na następnych posiedzeniach autor stosował lekkie podrażnienia dotykowe pendzelkiem elektrycznym na prawej nodze, gdy ręce były pogrążone w gorącej wodzie. Dalej jako podrażnienia, odwracającego uwagę chorego, autor używał szczotki elektrycznej na rozmaite części ciała, na chorą nogę zaś — stosował ukłucia igłą. Nakoniec po 4—5 tygodniach autor mógł osłabić znacznie siłę prądu faradycznego, a ukłucia szpilką na prawej nodze nie były odczuwane przez chorego. Do tego autor dołączył jeszcze stosowanie ruchów biernych prawą kończyną dolną, ucisk na punkty bolesne i t. d. Wewnątrz z powodu zakłóconego snu chory doświadczał *kali bromat*.

Pacjent uspokoił się znacznie, odzyskał spokojny sen, a po 6—7 tygodniach przeszły zupełnie i bóle, od których chory nasz dotychczas jest wolny.

Przypadek V. Pan E. K. literat, lat 40.

Ojciec umarł na gruźlicę. Matka cierpiąca przez wiele lat na uporeczywą migrenę (*hemikrania*).

Chory nasz odznaczał się od dzieciństwa bardzo drażliwym temperamentem. Od lat 5-u cierpi na gwałtowne bóległowy, wzmagające się jeszcze przy pracy umysłowej. Główne siedlisko tego bólu jest naokoło oczu, skąd rozszerza się na całą czaszkę. Akoholu chory nasz wcale nie używa, już bowiem małe ilości napo-

jów spirytusowych potęgują znacznie te męczące bóle głowy.

Na inne dolegliwości pacjent się nie skarży, tylko sen jest zakłócony, albowiem dotkliwy ból już go budzi o 5 ej rano. Przed 4 laty chory cierpiał na niestrawność nerwową (*dyspepsia nervosa*).

Środki, stosowane dotąd: fenacetyna, antypiryna, chinina, salipiryna, arszenik, morfina, preparaty bromu, elektroterapia, hidroterapia, masaż głowy, nie skutkowały albo przynosiły nieznaczną ulgę. Najlepiej jeszcze zrobił choremu pobyt w górach, ale raz tylko, gdyż następna kuracja klimatem górskim nie przyniosła już prawie żadnej ulgi.

Chory jest w rozpaczy, ponieważ w ostatnich czasach nie może umysłowo pracować.

Badanie chorego nie dało żadnych wyników pozytywnych. Nie można było wykryć cierpienia, służącego za podstawę tak uporczywym bólom głowy.

Gdy chory udał się po poradę do autora ten zalecił naprzód franklinizację, a gdy ta pozostała bez skutku, pod róz morską. Ostatni środek przyniósł chwilowo znaczną ulgę, ale wkrótce, przy pracy umysłowej zwłaszcza, bóle wróciły z dawną siłą.

Autor uciekł się do starego środka, a mianowicie założył choremu z a w ł o k ę na karku i podtrzymywał w niej ropienie.

Już w pierwszym tygodniu nastąpiła znaczna ulga, a po 5—6 tygodniach ból zniknął zupełnie, i chory wrócił do pracy umysłowej.

Autor zwraca w końcu uwagę, że nawet w tych cierpieniach, w których *psyche* jest źródłem choroby, sama tylko psychoterapia nie prowadzi do pożądanego celu. Nie mówimy tutaj o hipnozie, która nie była stosowana w przytoczonych przypadkach, ale o wpływie duchowym na chorego, zapewnieniu o wyleczalności cierpienia i uświadomieniu o jego naturze i t. d.

Mało jest takich chorych, dla których wystarcza słowo lekarza i jego wymaganie, by chory przewyciężył się, zapanował nad sobą, aby wywołać w nastroju psychicznym zmianę, prowadzącą do wyleczenia. Większa część tych neurasteników wymaga koniecznie leczenia, które jednak musi mieć za podstawę *psychoterapię*. Oprócz tego jednak trzeba uczynić zażość i innym wskazaniom. Kwestya o d ży w i a n i a gra często bardzo ważną rolę. W tych przypadkach, w których pewne grupy mięśni były przez długi czas nieczynne, należy konsekwentnie zastosować gimnastykę i ćwiczenia, by usunąć zwioteczenie i osłabienie mięśni.

Nadto cytowane przypadki są bardzo pouczające i pod innym względem, wskazują bowiem wyraźnie, jak ważną rolę gra chorobliwa obserwacja i ciągła samoanaliza w powstawaniu bólów, napięcia i przykurzeń mięśni. Usunąć ją jest ważnym zadaniem terapeutycznym w neurastenii, histeryi etc., gdzie ciągle powstają nowe symptomy pod wpływem ciągłej uwagi na własne ja.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

57 Fritz PRÜSMANN. Zapobiegawcze stosowanie przetworów sporyszu w czasie porodu.

PRÜSMANN zaleca podawanie sporyszowych przetworów jeszcze przed urodzeniem się dziec-

ka, jeżeli tylko jest obawa krwotoku porodowego. Krwotoki porodowe, powstające wskutek niedowładu mięśni macicznych, wyczerpują chorą, narażają ją na niebezpieczeństwo zakażenia (zaniedbanie wymagań aseptyki z powodu po-

śpiechu). Regeneracya krwi przy niedostatecznym odżywianiu odbywa się bardzo wolno. Ukryta gruźlica może łatwo wybuchnąć w osłabionym organizmie.

Dotychczas stosowano sporysz dopiero po odejściu łożyska, albowiem obawiano się, że skurez całej macicy wpływa na nieprawidłowe oddzielenie się łożyska, a częściowy skurez ujścia wewnętrznego może utrudnić wprowadzenie ręki, o ileby zochodziła potrzeba sztucznego oddzielenia łożyska. Wiemy, że sporysz, podawany w okresie rozwierania się szyi, może wywołać skurez tężcowy macicy z następczemi powikłaniami. Tymczasem sporysz, zastosowany w okresie wydalania łożyska, podnosi jedynie napięcie mięśni macicznych nie tylko w czasie skurezu, lecz i w czasie pauzy, t. j. wtedy, kiedy otwarte naczynia najwięcej krwawią; oprócz tego skraca czas trwania pauzy i przyspiesza wydalanie łożyska.

PRÜSMANN nie widział przypadku skurezu dolnego odcinka macicy, utrudniającego ręczne wydalanie łożyska, a wywołanego przez podawanie sporyszu. Natomiast obserwował częste przypadki takiego skurezu wskutek długiego masowania macicy.

Stosując ergotyne, możemy po upływie  $\frac{1}{2}$  godziny wydalić łożysko sposobem CREDÉ, bez uprzedniego masowania. Gdyby nawet nastąpił skurez ujścia wewnętrznego, to po lekkim zachloroformowaniu lub po zażyciu 10—15 kropeł trae opii, możemy wprowadzić do jamy macicy 2—3 palce i uciskając dno macicy ręką wydalić łożysko.

Ażeby ergotyne zaczęła działać w stosowanym czasie, trzeba ją dać na 10—15 minut przed ukończeniem porodu, u pierwiastek działanie następuje później niż u wieloródek. Autor stosuje 15% roztwór *Ergotin. aquos. bis depurat* z dodaniem paru kropeł *ac. carbolic.* Wstrzykuje się w okolicę *glutaeorum* 2—4 szpryce, zawsze tam, gdzie możemy oczekiwać braku kurczliwości macicy. Przy porodach nieoperacyjnych w czasie przerywania się główki; przy kleszczach — bezpośrednio przed nałożeniem kleszczy; przy porodach pośladowych w czasie rodzenia się tułowia. Zmniejszenie się niebezpieczeństwa wtórnych poporodowych krwotoków pozwala na częstsze stosowanie kleszczy przy porodach ze stałymi bólami.

PRÜSMANN zaleca więc ergotyne zapobiegawczo: 1) przy wszystkich zabiegach operacyjnych; 2) przy porodach bliźniaczych; 3) przy *Hydramnion*; 4) przy macicy wielojamowej; 5) przy mięsakach; 6) przy słabych bólach; 7) jeżeli po poprzednich porodach były poporodowe krwotoki; 8) przy ciąży cesarskiej w chwili rozpoczęcia operacji.

(München. med. Woch. N. 2. 1905).

Maryan Wilczyński.

58 STEINSCHNEIDER. **Adrenalina w krwotokach macicznych.**

Autor, zachęcony dobrym wynikiem po zastosowaniu adrenaliny w dwóch przypadkach *epistaxis*, zastosował ją w 3 przypadkach krwotoków macicznych.

I. Chora 35 lat. III para, od 2-eh lat bardzo obfite 10—14 dni trwające miesiączkowanie, zjawiające się często po 8-dniowej pauzie. Stosowano *hydrastis*, *stypticinum*, *ergotinum*, gorące szprycowania i dwukrotne wyskrobanie bez rezultatu. Macica mało powiększona, miękka, szyja gładka, blada; nieznaczna śluzowa wydzielina. Adneksa normalne. Na trzeci dzień obfitej miesiączki zastosowano gorące irygacje i wytarcie jamy macicy watą, owiniętą na zgłębniku PLAYFAIR'a i zmoczoną roztworem adrenaliny CLIN z Paryża. Wata pozostała w macicy 3 minuty. Krwawienie ustało natychmiast i nie powtórzyło się. Na drugi dzień pendzlowanie powtórzone. Następna miesiączka po 32 dniach trwała tylko 3 dni.

II. Pani O. 32 lat, przed 2-ma laty sztuczne poronienie, od tego czasu bardzo silne krwawienia. Wszystkie środki i skrobanie nie dały żadnego rezultatu. Macica mało powiększona, twarda, lecz bez miejscowych stwardnień lub zgrubień (*myoma*), szyja gładka, blada; wydzielina śluzowa. Adneksa wolne.

Trzeciego dnia obfitej miesiączki zastosowano adrenalinę, jak w pierwszym przypadku, z równie dobrym wynikiem.

III. Pani P. 48 lat. Od roku nieprawidłowa, przyspieszona miesiączka. Wypróbowano wszystkie środki oprócz skrobania, nie otrzymano żadnego wyniku. Macica powiększona, bez miejscowych stwardnień; szyja gładka, wydzielina szklista. Adneksa wolne. Po nastąpieniu bardzo obfitej miesiączki, autor, zachęcony p owodzeniem w poprzednich przypadkach,

zastosował tę samą procedurę, i krwawienie ustało zupełnie, chociaż nie powtórzono wycierania na drugi dzień.

STEINSCHNEIDER wątpi, ażeby adrenalina mogła być zastosowana z równie dobrym skutkiem w przypadkach krwawień powstałych wskutek nowotworów, lecz zaleca wypróbowanie tego środka w przypadkach krwawień, nie mających poważniejszego anatomo-patologicznego podkładu, tembardziej że zastosowanie tej metody nie grozi żadnem niebezpieczeństwem.

(München. med. Woch. Nr. 2 1905).

Maryan Wileczyński.

59 A. JOURNEAULT. Angor ventris. Przypadek śmierci wśród omdlenia w przebiegu colitidis mucosae (colite muco-membraneuse).

Niejednokrotnie już notowane były przypadki nasilen *colitidis mucosae*, które stawały się źródłem rozmaitych zaburzeń zwrotnych, a zwłaszcza opuszkowych. POTAIN w r. 1887 notuje duszność, zawrót głowy, drżenie, objawy jakoby przejściowej niedomykalności zastawki trójdzielnej, oraz dusznicę bolesną. MATHIEU spostrzegał przy nasileniach takich objawy ogólnego niedomogi, omdlenia, mdłości.

Takież przypadłości zaznacza ROBIN.

Autor sądzi, że przypadki nagłego zgonu w przebiegu *colitidis mucosae*, w braku innych danych, należałoby chyba postawić w zależności od owych zaburzeń bulbarnych — sądzi że istnieje *angor ventris*. Dla poparcia takiego przypuszczenia przytacza dwa przypadki.

I. Kobieta lat 72, cierpiąca stale na niestrawność, zaparcie stolca oraz dotknięta lekką postacią *colitidis mucosae* — w 18 godzin po przyjęciu środka przeczyszczającego, który zresztą nie wywołał pożądanego skutku — znalazła na łóżku swoim martwą. Sądząc z wyrazu twarzy, ułożenia członków i t. d., można było przypuszczać, że spokojnie spała. U widzianej przypadkowo na kilka godzin przedtem przez lekarza, stwierdzić się jedynie dał pewien niepokój, podniecenie, tętno, od lat już nieco nieregularne, było takie, jak zwykle; obrzęków, białkomoczu, objawów dusznicy bolesnej nie było, — wogóle nie dało się zauważyć nic takiego, coby pozwalało przewidywać zejście tak nagłe.

II. U kobiety lat 53, zmęczonej morską podróżą, cierpiącej na niestrawność, zaparcie stolca oraz dotknięta *colitidis mucosae*, — stwierdzono nagłe zaostrzenie się *colitidis*, zaznaczające się żywym bólem wzdłuż okrężnicy, zwłaszcza w okolicy *flexurae coli sin.* i wzdłuż *coli descend.*; — gorączki nie było; lekkie wzdęcie brzucha — brak objawu (w punkcie) Mac BURNLEY'a. Ogólne niedomaganie, uczucie zimna, białkomoczu brak. Po zastosowaniu irygacji wydalone zostały nieliczne kawałki twardego kału oraz nieco kłębow skrzepłego śluzu (*pseudo-membranes*). W dwanaście godzin — licząc od początku się przypadłości — tętno dotąd prawidłowe zaczęło stawawać się nieregularnem i słabo wyczuwalnem. Chora w ciągu dnia kilkakrotnie mdlała, na ciało zimne wystąpiły poty, wreszcie śmierć, która nastąpiła w czasie silnego napadu omdlenia (*syncope*) — położyła kres cierpieniom chorej — (po 36 godzinach).

Ponieważ w przypadkach powyższych oględzin pośmiertnych nie dokonano, niemożliwym jest na zasadzie danych, li tylko za życia otrzymanych, określić przyczynę śmierci. Jeśli jednak wziąć pod uwagę, że omdlenia słabsze (*lipothemia*) lub silniejsze (*syncope*), trwające niekiedy długo — ostatnio obserwowano przypadek, trwający minut 20 — następujące pod wpływem kurczowej perystaltyki kiszek, poprzedzającej posuwanie się i wydalanie mas kałowych i śluzowych, nie rzadko się zdarzają w przebiegu, *colitidis mucosae*, to czyż nie należałoby przypuszczać, że zaburzenia te bądź to o charakterze cięższym, bądź też występując u osobników z innych względów już mało odpornych (jak w I-ym przypadku *endocarditis*, w II-im zmęczenie), mogą spowodować śmierć na modłę *anginae pectoris*?

Kończąc pracę swą, autor wyraża życzenie ażeby lekarze, którzyby mieli sposobność dokonywania sekeyi w przypadkach analogicznych, chcieli wypowiedzieć swoje zdanie, czy przyjęcie przezeń „*Angor ventris*” wydaje się im usprawiedliwionem, nadto zaznacza, że rozstrzygnięcie tej kwestyi w sensie twierdzącym miało by poważne znaczenie dla rokowania i skłoniło zarazem do poszukiwania oznak, na zasadzie których możnaby w pewnej mierze określić, w jakich warunkach choroba względnie niby tak

nie groźna, jak *colitis mucosa*, może się kończyć w sposób omawiany tak niepomyślnie.

(Archives Gener. de Medecine Nr. 1 1905 r.)

F. Gr.

60. SIGEL. Spostrzeżenia terapeutyczne.

Doświadczenia autora dotyczyły własności terapeutycznych niektórych nowych preparatów. Rezultat doświadczeń następujący:

1) P e g n i n a — ferment, ścinający mleko i przeto uprzedzający ścinanie się mleka w żołądku. Do ostudzonego do 32° litra mleka dodaje się łyżkę pegniny. W parę minut mleko się ścina; wtedy należy je dobrze wstrząsnąć. Autor rekomenduje preparat w *achylia*, *gastritis et ulcus ventriculi*.

2) P n e u m i n a otrzymuje się przy działaniu formaldehydu na kreozot. Żółty proszek — stosuje się w dozach 0,5 — 3—4 razy dziennie w tuberkulozie. Polepsza ogólne samopoczucie.

3) H e t o l. O stosowaniu iniekcji hetolu autor wyraża się oględnie. W jednym tylko przypadku widział zadziwiającą poprawę, wstrzykując co drugi dzień stopniowo  $\frac{1}{2}$ —1 mgr.

4) R o d a g e n — sproszkowane mleko zwierząt, którym uprzednio wycięto gruczoł tarczowy. Do 10 gr. *pro die*; stosowany w *morbis Basedowii* nie daje, według autora, dodatnich rezultatów.

5) A t o x y l — w chorobach krwi w 20% rotworze daje wyniki dość dobre. Autor zaczął wstrzykiwania od 2 podziałek PRAWATZ'a i dochodził do 0,2.

6) T h e o c i n a jest według autora dobrym środkiem moczopędnym. Działanie jej na żołądek można usunąć przy stosowaniu w postaci czopków po 0,3.

7) V e r o n a l w dozach 0,25—0,5 działa wybornie bez ubocznych zjawisk.

8) T r i g e m i n a (Pyramidon + Chloralhydrat) jest środkiem przeciweuralgicznym.

Doza 0,5—1,5 *pro die*. Nie działa ujemnie na serce: pyramidon zwiększa ciśnienie, a chloralhydrat zmniejsza.

9) M e s o t a n, jak *antirheumaticum*, wywołuje często *dermatitis*. Należy stosować w połączeniu z ichtyolem lub oliwą.

10) R h e u m a t i n — środek dobry, lecz drogi.

11) Mączka owsiana, zalecana przez NORDEN'a w ciężkim *diabetes*, znalazła w autorze stronnika. Należy w ciągu 2 tygodni codziennie stosować 250 gr. mączki, 250 gr. masła i 100 gr. roboratu. Potem należy przejść stopniowo do normalnej kuracji dyabetycznej.

(Berliner klinische Wochenschrift. N. 1).

Stein.

61. K. FISCHER. Przyczynek do miejscowego znieczulania chlorkiem etylu i chlorkiem metylu.

FISCHER proponuje dla miejscowego znieczulania mieszanie chlorku etylu i chlorku metylu, znaną w handlu pod nazwą „Anästhol D-r Speier“ i sprzedawaną w rurkach z automatycznym zamknięciem. Po za małymi operacjami, które można wykonywać pod znieczulającym działaniem Anästholu, FISCHER zaleca stosowanie Anästholu do szycia krwawiących ran. Osiągamy przez to zupełne znieczulenie w czasie szycia, a prócz tego rana przestaje krwawić, i szycie stwardniałej skóry jest łatwiejsze, gdyż, tracąc elastyczność, skóra nie wymyka się z pod igły. Tym sposobem można zaszywać rany nawet blisko od oka, naturalnie, po uprzednim zawiązaniu oka. Zresztą FISCHER zaleca zawiązanie oczu przy każdej operacji, szczególnie u dzieci, gdyż ma to wielki wpływ na spokojne zachowanie się chorego.

(Die Therapie der Gegenwart. N. 1. 1905).

Marjan Wileczyński.



## Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Lipsku d-r KÖSTER przedstawił 39-letniego „artystę” wędrownego, dotkniętego całkowitem zupełnem znieczuleniem. Osobnik ten, cieszący się zupełnem zdrowiem, uległ podczas przedstawienia cyrkowego urazowi potylicy przed dziewięciu laty, który jednak nie wpłynął ujemnie na ogólny stan zdrowia. Dopiero w trzy miesiące po tym wypadku, kiedy podczas bójki otrzymał cios kijem w głowę, zauważył, że pomimo znacznej siły uderzenia nie czuł żadnego bólu. Teraz zaczął „badać” swe ciało i przekonał się, że nigdzie nie czuje bólu nawet wtedy, kiedy wkłuyał igłę na znaczną głębokość. Odtąd objaw ten chory zaczął wyzyskiwać jako zawód, pokazując się publicznie. W roku ubiegłym poddał się operacji na ramieniu i nie czuł wcale bólu. Należy dodać, że chory stale nadużywa wyskoku. Badanie wykazało, że osobnik wzrostu średniego jest zbudowany atletycznie; w narządach wewnętrznych nie znaleziono żadnych zmian patologicznych. Odruchy ścięgnowe dosyć żywe, pole widzenia nie zwężone. Nie znaleziono żadnych zmian histerycznych, prócz znieczulenia ogólnego zupełnego. Chory przebija sobie kończyny grubymi igłami, wbija sobie igły w brodawkę piersiową, nogi, ręce, tułów, nie czując żadnego bólu. Przy napięciu mięśni igły te, o ile nie zostały zatrzymane przez kości, wychodzą z ciała i dają się łatwo usuwać. Czucie dotykowe i mięśniowe jest wszędzie zachowane; prąd przerywany bez względu na stopień jego natężenia, jest odczuwany, jako dotknięcie. Czucie temperatury jest również zachowane; chory doskonale odróżnia ciepło od zimna, natomiast wrzątek i ciepłą wodę odczuwa tylko, jak ciepło. Mówca cierpienie to nazwał „*hysteria posttraumatica monosymptomatica*”, jedyny zaś objaw tej choroby stanowi znieczulenie ogólne i zupełne. Przypadek ten przypo-

mina inny podobny, przedstawiony w tem samem towarzystwie przed dwoma laty. Tam również istniało takie samo znieczulenie, lecz w szerszym zakresie, gdyż obejmowało czucie temperatury.

Na tem samem posiedzeniu d-r STEINERT wygłosił odczyt o zanikach mięśni w przypadkach porażenń ośrodkowych, a zwłaszcza porażenia połowicznego pochodzenia mózgowego. Praca ta stanowi wynik studyów, przeprowadzonych nad 68 odnośnymi chorymi, z których 17 autor miał możność sprawdzić anatomicznie. Przypadki badane, porażenia połowiczne mózgowo, każą wnosić, że porażeniom ośrodkowym podobnie, jak obwodowym, towarzyszy zanik mięśni i to przeważnie ręki. Zaniki są rozmaite, obejmują zwykle wszystkie grupy mięśni dotkniętej kończyny. Co się tyczy stopnia zaniku, to zdaje się, że w wielu przypadkach najbardziej ucierpiałły mięśnie barku i drobne dłoni. W przypadkach lekkich porażenia połowicznego zaniki nie mogą być wykazane klinicznie. Rzecz naturalna, że najbardziej rozległe zaniki spotykamy po ciężkich porażeniach połowicznych. Mięśnie o napięciu słabem (hipotoniczne) wogóle łatwiej ulegają zanikowi, niż mięśnie o napięciu wzmożonem (hipertoniczne), spastyczne, albo znajdujące się w stanie przykurczenia. Jeżeli meżmiemy przypadek porażenia połowicznego, kiedy noga nie uległa porażeniu zupełnemu, to mięśnie kończyny ulegają zanikowi wysokiego stopnia w tych wszystkich przypadkach z powikłaniami (np. wiađ rdzenia), w których przewodnictwo pomiędzy ośrodkiem i neuronem obwodowym zostało utrudnione. To samo powiedzieć można i o tych przypadkach, kiedy uszkodzeniu ulegną przewody ruchowe zstępujące, nie objęte pęczkiem piramid (extrapyramidale Bahnen). Zaniki rozwijają się wtedy bardzo szybko, nawet w pierwszych dwóch ty-

godniach. Pobudliwość elektryczna bywa zwykle upośledzona. Pozatem prelegent spostrzegł często pomiędzy 3-im a 10-ym tygodniem zwolnienie zkurezów mięśni pod wpływem podrażnienia bezpośredniego prądem galwanicznym; zjawisko to było przejściowe i najczęściej występowało na mięśniach drobnych dłoni, za zasadę jednak poczytywane być nie może i powinno być starannie odróżniane od odczynu zwyrodnienia; natomiast odczyn myasteniczny spotyka się prawie stale. Badanie mikroskopowe, wykonane w miesiąc po wypadku, przekonało, że źródło zaniku stanowią zmiany we włóknach mięsnych; polegały one zwykle na zwyrodnieniu tłuszczowym. Ten przyrost tłuszczu udało się raz stwierdzić za pomocą odczynu chemicznego; prócz tego spostrzegano jednocześnie jak gdyby zwężenie włókien mięsnych i powiększenie się liczby jąder. W przypadkach starych stłuszczenia nie znajdowano, natomiast włókna mięsne były jakby zanikłe, liczba zaś jąder była znakomicie powiększona. Pnie nerwów obwodowych nie ulegały zmianom wybitnym; w rogach przednich rdzenia spotykano w przypadkach starszych zmniejszenie się liczby i wielkości komórek zwojowych, w przypadkach zaś świeżych strona chora niczem nie różniła się od zdrowej.

O sposobie działania i o granicach wpływu surowic przeciwdrobnoustrojowych miał odczyt d-r SOBERNHEIM w towarzystwie lekarskiem w Hali n. S. Treść wykładu stanowiły wyniki badań mówcy, dokonanych przy udziale d-r JABKOWITZ'a, a skierowanych ku wykryciu przyczyn niedostatecznej siły leczniczej surowic uodparniających. Wiadomo, że nie wszystkie surowice posiadają obok własności ochronnych wybitne działanie lecznicze, jak np. surowica przeciwpłonicza i przeciwteżcowa. Jeżeli wziąć pod uwagę dwie najlepiej wystudowane surowice, jak przeciw cholery i przeciw tyfusowi, to łatwo przekonać się, że każda z nich, wstrzyknięta w celach zapobiegawczych, działa leczniczo bardzo niepewnie i w dodatku przez czas bardzo krótki. Obie więc obok wybitnego działania zapobiegawczego posiadają bardzo słabą siłę leczniczą. Według poglądów dawniejszych wadę tę przypisywano brakowi działania antytoksycznego, na skutek czego zwierzęta zakażone ulegają wpływowi jadu nawet wtedy, kiedy

dzięki zastrzyknięciu dużych dawek surowicy leczniczej drobnoustroje swoiste uległy zabiciu. W ostatnich czasach WASSERMANN stawia tę sprawę inaczej. Według niego surowice lecznicze dlatego nie działają w kierunku pożądanym, że ustrój zwierzęcia, zakażonego podczas walki z bakteriami, traci stopniowo cały swój zapas t. zw. „komplementu” i dlatego w końcu staje się niezdolnym oddziaływać w odpowiedni sposób na „amboceptor”, zawarty w surowicy leczniczej. Ta więc w podobnych przypadkach będzie pozbawiona wszelkiego działania i dlatego nie zabije drobnoustrojów, którymi zwierzę zostało zakażone. Za pomocą doświadczeń odpowiednich udało się stwierdzić słuszność poglądu powyższego odnośnie do surowicy tyfusowej i zdobyto dowody niewątpliwe, że za pomocą jednoczesnego dodania „komplementu” pod postacią surowicy wołowej normalnej można podnieść wartość leczniczą surowicy. Mianowicie okazało się, że zwierzęta, leczone wyłącznie tylko surowicą przeciwyfusową, ginęły prawie tak szybko, jak i te, które użyte były do kontroli, gdy tymczasem wszystkie świnki morskie, którym obok surowicy przeciwyfusowej wstrzykiwano jeszcze normalną surowicę bydłą (t. j. Amboceptor + Komplement), pozostały przy życiu. Do własnych doświadczeń prelegent używał szczepionek cholery, wstrzykując je świnkom morskim do jamy otrzewnej. Jako surowicy leczniczej użyto starszej surowicy przeciwocholerycznej, która stała się nieczynną przez długie przechowywanie z dodatkiem karbolu lub ogrzanie do 70° C. Jeżeli do zakażenia zwierząt brano dosyć dużo ( $\frac{1}{4}$  do 1 uszka) starszej, lecz dosyć mocnej hodowli laboratoryjnej, to wyniki najzupełniej potwierdzały wygłoszone przez WASSERMANN'a zdanie co do surowicy przeciwdurowej i dowiodły wyższości leczenia kombinowanego (Amboceptor + Komplement), t. j. z dodatkiem surowicy normalnej bydłowej. Co się tyczy przeciagu czasu, po upływie którego wstrzykiwania lecznicze pozostawały bez skutku, to dla obydwu metod był on prawie jednakowy. Ścisłe pomiary czasu przekonały, że leczenie kombinowane (Amboceptor + Komplement) dawało dobre wyniki nawet wtedy, kiedy stosowano je o pół godziny później, niż samą tylko surowicę ochronną, lecz po upływie dłuższego czasu i jeden i drugi spo-

sób postępowania dawał wyniki bezwarunkowo niepomyślne. Oczywiście wchodzi tu w swe prawa działanie jadu, a, o ile można było wnosić z dalszego przebiegu doświadczeń, należy przypuszczać, że gromadzenie się w ustroju zabijającej dawki jadu przypada na ten sam czas, co i wyczerpanie się zapasu „Komplementu”. Następny szereg doświadczeń nie dał wyników stałych. Tym razem na jedno zakażenie używano  $\frac{1}{10}$  uszka świeżej bardzo złośliwej hodowli przecinka cholerycznego. Zasługuje na uwagę, że w podobnych razach udawało się ocalić zwierzę, kiedy wstrzykiwano surowicę w późnych względnie okresach choroby, około 4—5 godzin po zakażeniu bez względu na to, czy używano czystej surowicy ochronnej, czy z dodatkiem surowicy bydłowej. Zgadza się z tem i rezultaty badań drobnowidzowych wysięku, branego z jamy otrzewny bezpośrednio przed i po zastosowaniu surowicy leczniczej. Okazało się mianowicie, że ostatnia zawsze powodowała rozpuszczenie się wibrionów, któremu towarzyszyły znane zjawiska, tak dokładnie po raz pierwszy opisane przez PFEIFFER'a. Te różnice pozorne pomiędzy wynikami pierwszego i drugiego szeregu badań polegają, zdaje się, na niejednakowych warunkach zakażenia. Wszak stosując hodowle starsze, mało jadowite, do wywołania zakażenia śmiertelnego należało używać dużych ilości hodowli, wskutek czego ustrój zwierzęcy był poprostu przepelniany drobnoustrojami; tymczasem stosowanie hodowli świeżych, bardzo złośliwych, sprowadzało śmierć już po bardzo małych ilościach ich, lecz znacznie później, skutkiem tego, że dalszy ich rozwój i wytwarzanie się pierwiastków trujących w ustroju postępowało powoli i stopniowo. Dzięki więc takiemu postępowaniu, ustrój zwierzęcy nie tracił odrazu swej zdolności odczynowej, jak to miało miejsce w przypadku pierwszym, i miał możność dopełniać zużyte ilości „Komplementu” stopniowo w miarę ubywania i używania się tegoż. A zatem w tych warunkach siła lecznicza surowicy zawodziła nie z powodu braku „Komplementu”, to też nie mogła być wzmocniona za pomocą sztucznego dodania tegoż, lecz traciła swe znaczenie wtedy, kiedy w ustroju zebrała się zabójcza ilość jadu. Aczkolwiek przeniesienie bezpośrednio wyników doświadczalnych na zwierzętach do warunków, panujących w ustro-

ju ludzkim jest ryzykowne, jednak prelegent chciałby wnieść, że w przebiegu sprawy zakażonej u człowieka działanie surowicy leczniczej bywa niewystarczające nie na skutek zmniejszenia się ilości „Komplementu” w ustroju, lecz raczej głównie z powodu zbyt wolnego wytwarzania się tegoż. Zgodnie z dawno już głoszonym przez EHRLICH'a poglądem, należałoby w celu wzmocnienia siły leczniczej surowicy swoich wybierać do uodparniania takie gatunki zwierząt, których amboceptory w ustroju ludzkim napewno ulegają uzupełnieniu.

Bardzo ciekawy odczyt d-ra E. FRAENKEL'a: „O urazowie zamknięciu światła tętnicy wieńcowej” wypełnił posiedzenie sekcji biologicznej towarzystwa lekarskiego w Hamburgu. Według mówcy serce należy do narządów, dosyć rzadko podlegających zabiegom chirurgicznym. Z tego względu sądzi, że przypadek, którym chce zająć słuchaczy, powinien zasługiwać na uwagę. Mężczyzna 49-letni w pół godziny po zamachu samobójczym był przywieziony do szpitala. Znalaziono w czwartym lewym międzyżebżu, tuż przy linii przymostkowej, ranę postrzałową z poczerniałymi od prochu brzegami. Istniały objawy ciężkiego krwotoku wewnętrznego i lewostronnej odmy powietrznej (*pneumothorax*). Należało przypuszczać, że nastąpiło uszkodzenie serca, i dlatego odsłonięto osierdzie, które było pokryte dużym skrzepem krwi. Lekarz, który udzielał pomocy, sądząc, że kula musiała tylko powierzchownie zadrasnąć przedsionek lewy, nałożył przez osierdzie trzy szwy katgutowe w okolicy przedsionka lewego, następnie otworzył osierdzie, lecz znalazł tam tylko mały skrzep krwi. Wobec tego zasztyto ranę postrzałową w płucu lewym i nałożono opatrunek. W ciągu pierwszych dwóch dni stan chorego był zadowalający, tętno 84, pełne i mocne; następnego dnia stan chorego pogorszył się nagle, i nastąpiła śmierć. Badanie zwłok wyjaśniło, że śmierć spowodował naciek zapalny w płacie górnym płuca prawego. Najciekawszy jednak był stan serca. Tu na powierzchni przedniej komory lewej w gałęzi górnej wieńcowej, która odchodzi od gałęzi przedniej, znalaziono zakrzep na przestrzeni jednego ctm.; zakrzep ten zupełnie wypełniał światło naczynia i powstał podczas zakładania szwu przez osierdzie i ścianę serca w ten sposób, że nie

katgutowa ucisnęła mocno naczynie. Serce nie było wcale uszkodzone; znaleziono tylko tuż po nad brózdą wieńcową powierzchowną ranę przedsiionka lewego o brzegach poszarpanych. W ścianie komory lewej znaleziono zmiany głębokie, odpowiadające zgorzeli bezkrwawej, które objęły komorę lewą i oszczędziły tylko wąski pasek na jej przedniej i tylnej powierzchni w pobliżu podstawy serca. Nie uległa również zmianie część, sąsiadująca bezpośrednio z przegrodą międzykomorową, jak również sama przegroda. Ku tyłowi zgorzel posunęła się na połowę lewą ściany przedniej, gdzie kończy się linią zygzakowatą wzdłuż połowy prawej ściany tylnej. Komora prawa pozostała zupełnie zdrową. Ściana tętnicy, wypełnionej przez zakrzep, zarówno jak i prawa tętnica wieńcowa były bardzo wątłe. Przypadek ten jest pouczający dla wielu względów. Pod względem anatomo - patologicznym stanowi on jaskrawy przykład zmian, jakie powstają w mięśniu serca wskutek niedrożności tętnicy wieńcowej. Daje on bardzo ciekawy obraz, jak szybko mięsień serca ulega zmianom zwyrodniającym, i jak obszerna jest przestrzeń

uległa nakrobiozie w przeciągu trzech dni. Ze względów czysto anatomicznych zasługuje on na uwagę, ponieważ poucza nas o obszarze, który obejmuje gałąź tętnicza, odchodząca od gałęzi zstępującej tętnicy wieńcowej lewej, a zaczerpnięta tuż przy samym początku. Obszar ten, jak widać, rozciąga się na całą prawie powierzchnię komory lewej, o czem zresztą była mowa wyżej.

Pod względem klinicznym przypadek nasz poucza, jak mało objawów daje tak rozległe cierpienie mięśnia sercowego. W ciągu pierwszych dwóch dni po operacji tętno było zupełnie prawidłowe, a wszak już wtedy mięsień sercowy był znacznie zmieniony, i w dodatku zmiany powstały w tej części jego, która wykonywała znaczną pracę. Zdaje się, że zjawisko to zależało od zupełnej sprawności tętnicy wieńcowej prawej. Nakoniec dla chirurga posiada on znaczenie niezaprzeczone, ponieważ wykazuje, jak ostrożnie traktować należy najdrobniejsze rozgałęzienia tętnic wieńcowych, a przy nakładaniu szwów, jak ostrożnie postępować należy w pobliżu poprzecznej przegrody serca.

K. Z.

## List otwarty do Redakcji „Medycyny“.

*Szanowny Redaktorze!*

W N. 28 Waszego pisma, w odpowiedzi na list Z. KRAMSZTYKA, autor życiorysu prof. MIKULICZA popełnił błąd chronologiczny w sprawie kliniki chirurgicznej krakowskiej. W starej klinice po MIKULICZU pracował prof. RYDYGIER przez dwa lata, a 16 lat temu t. j. w 1889 roku na jesieni nastąpiło otwarcie nowo-zbudowanego gmachu dla kliniki. W tej już nowej kli-

nice prof. RYDYGIER przed 16 laty zapoczątkował pierwszy zjazd chirurgów polskich.

Gmach ten do dzisiaj stoi, a prof. KADER uczynił tylko ulepszenia dla celów aseptycznych, co jest naturalnem ze względu na postęp w tym kierunku. Prosząc o zamieszczenie tych paru słów wyjaśnienia, pozostaję z poważaniem

*A. Gabszewicz*

*14 sierpnia 1905 r.*

## Wiadomości bieżące.

— „Russkij Wracz” donosi, że w ministerium oświaty specjalna komisja zajęta jest o pracowaniem nowej ustawy uniwersyteckiej, której projekt ma być wniesiony na jesienną sesję Rady Państwa. Według nowej ustawy nie tylko profesorowie, ale i rektor i dziekani będą wybieralni. Z lekarzy przyjmują udział we wspomnianej komisji towarzyszy ministra oświaty LUKJANOW i profesor uniwersytetu warszawskiego SZCZERBAKOW.

— Wszyscy lekarze ziemscy powiatu Putiwskiego odmówili udziału w komisjach sanitarnych według prawa 11 sierpnia 1903 r., za co zostali przez Putiwski ziemski zarząd powiatowy uwolnieni od obowiązków. Z tego powodu wspomniany zarząd powiatowy otrzymał następujące zawiadomienie: „Oddział Kurski wszechrosyjskiego związku lekarzy, dowiedziawszy się o konieczności porzucenia służby przez wszystkich lekarzy ziemskich powiatu Putiwskiego i aprobując w zupełności ich postępek, żąda, aby Zarząd Putiwski wszelkimi sposobami dał możliwość powrotu lekarzom do powiatu Putiwskiego. W przeciwnym razie należy spodziewać się, że żaden lekarz nie przyjmie służby w powiecie Putiwskim, i ludność z winy Zarządu pozostanie bez pomocy lekarskiej”.

(Russkij Wracz N. 29.)

— Biuro oddziału Moskiewskiego wszechrosyjskiego związku lekarzy wysłało do Kamyszyńskiej ziemskiej rady lekarskiej następujące pismo z powodu administracyjnego uwolnienia od obowiązków akuszerki ziemskiej p. Jankielewicz: „Dowiedziawszy się z N. 148 gazety „Russkija Wiedomosti” o nowym oburzającym fackie samowoli administracyjnej, której ofiarą padła w powiecie Kamyszyńskim akuszerka Jankielewicz, biuro Moskiewskiego oddziału wszechrosyjskiego związku lekarzy prosi o wyrażenie p. Jankielewicz współczucia... i zarazem zawiadamia Kamyszyńską radę lekarską, że zamiary władzy administracyjnej w gubernii Moskiewskiej, dążące do samowoli względem personelu lekarskiego, skłoniły tenże

personel do uchwał następujących: 1) jeżeli względem któregoś z lekarzy gub. Moskiewskiej za odmowę przyjęcia udziału w komisjach sanitarnych według prawa 11 sierpnia 1903 r. będą przedsięwzięte środki represyjne, to lekarze całej gubernii obowiązują się solidarnie porzucić służbę (jednogłośnie); 2) jeśli którykolwiek z lekarzy gub. Moskiewskiej będzie drogą administracyjną, bez sądu, skazany lub uwolniony od służby, to lekarze całej gubernii obowiązują się solidarnie porzucić służbę (wszyscy przeciwko 6-iu)”. Uchwały te zakomunikowane zostały wszystkim Zarządom ziemskim i Radom lekarskim gub. Moskiewskiej i noszą podpisy członków całej ziemsko-lekarskiej organizacji gubernii. (Russkij Wracz N. 29).

„Russkij Wracz” w N. 29 pisze: Dla czytelników naszych, dobrze obeznanych z całym szeregiem przypadków biurokratycznej samowoli administracyjnej i uwalniania bez podania motywów znajdujących się na służbie rządowej osób stanu lekarskiego, ciekawa będzie wiadomość, że 27 czerwca została Najwyżej zatwierdzona przez Radę Państwa nowa Ustawa o przestępstwach służbowych. „Zgodnie z nową Ustawą, powiada „Russkoje Slowo“, zniesiony został sławetny punkt 3, według którego władza mogła osobiście dać dymisyę każdemu urzędnikowi bez podania motywów, a urzędnik, według artykułu 789 Ustawy o służbie, nie tylko nigdzie żadnej skargi podawać nie mógł, ale i Senat rządzący i kancelarya do przyjmowania próśb na Najwyższe imię nie mogły nawet przystąpić do rozpatrzenia takiej skargi. Rada Państwa skasowała ten artykuł, który dawał powód do wielokrotnych nadużyć, szczególnie na prowincyi, i zarazem dała każdemu urzędnikowi możliwość skarżenia wyroków wszelkich komisji, które będą decydowały o usunięciu urzędników ze służby. Obecnie żaden urzędnik nie może być dymisyonowany z rozporządzenia władzy, lecz sprawa każdego musi być rozpatrywana w specjalnych instancjach. Sprawy o przewinienia służbowe urzędników 4-ej,

5-ej i 6-ej klasy rozpatruje Senat rządzący, przy czym postanowienia Senatu podlegają Najwyższemu zatwierdzeniu. Co się tyczy urzędników klasy 8-ej i niższych, jakoteż niektórych urzędów klasy 6-ej i 7-ej, to dochodzenie dyscyplinarne w sprawie ich przewinień należy do instancyi specjalnych albo pod przewodnictwem towarzysza ministra i 3-ch członków według Najwyższego rozporządzenia, albo też, jeżeli

sprawa dotyczy władz gubernialnych, to pod prezydencją wicegubernatora i 4-ch wyższych urzędników. Każdy oskarżony urzędnik ma prawo bronić się osobiście, a nie przez adwokata. Nowa Ustawa wejdzie w życie jednocześnie z nowym Kodeksem karnym”.

„Ale czy prędko to nastąpi?” zapytuje „Russkij Wracz”.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 200, imienia Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1909 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1905 r. do 31-go grudnia 1908 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1905, 1906, 1907, 1908 i w ciągu stycznia 1909 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upowaznienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego: *W. Kosmowski*.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. Romualda PŁASKOWSKIEGO przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia

1 kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 roku bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną, w braku prac, odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia ropraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rb. 500. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie” (ulica Niecała N. 7), z zachowaniem, co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t.j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac, w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upowaznienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski*.