

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *Stanisław Orłowski*. O hypnotyzmie leczniczym—str. 901. II. D-r *Walery Giedgowd*. O odczynie dwuazotowym—str. 909. III. *Maurycy Bornstein*. Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego—str. 915.

IV. **Dział sprawozdawczy:** I. *Chirurgia*. 363. *Lieblein*. W sprawie rozszerzania od tyłu zwożeń zapalnych odbytnicy. *Schloffer*. Wykluczenie drogą operacyi zwożeń zapalny odbytnicy—str. 923. 364. *Roediger*. Przyczynę do statystyki raków języka—str. 924. 365. *Kütner*. Rana kłóta trzustki, wyleczona szwem—str. 925. II. *Choroby krtani, gardła i uszu*. 366. *Rosenberg*. Wyciąg z nadnercza w chorobach nosa i krtani—str. 926. 367. *Jurasz*. Obrzęda gardzieli i jamy nosogardzielowej—str. 927. 368. *Jacobson*. W kwestyi leczenia „suchych“ cierpień ucha środkowego—str. 928. 369. *Calamida i Citelli*. Sródbłoniak i gruźlica jamy nosowej—str. 929. 370. *Compaired*. Znaczy krwotok po przecięciu błony bębenkowej—str. 929. 371. *De Carli*. Przyp. zawrotów głowy pochodzenia nosowego—str. 930. 372. *Ferreri*. Zapalenie ropne ucha środkowego w przebiegu ozeny—str. 930. 373. *Killian*. Krótkie wskazówki w kwestyi badania przetyku, tchawicy i cskrzeli za pomocą bezpośrednich metod—str. 930. III. *Choroby weneryczne*. 374. *Bockhart*. Ueber die Merkurialbehandlung der Tabes-Kranken—930. 375. *Fermi*. Praktyczny sposób zapobiegania rzeżączce—str. 931. 376. *Marcus*. Nowy sposób leczenia rzeżączki—str. 932. IV. *Wiadomości terapeutyczne*: od № 377—394 str. 934. *Kronika bieżąca*—str. 937. *Zmarli*—str. 939. *Ogłoszenia*.

Sommaire du Nr. 22. I. D-r *St. Orłowski*. L'hypnotisme dans la médecine—p. 901. II. D-r *W. Giedgowd*. Sur la réaction diasotique—p. 909. III. D-r *M. Bornstein*. Sur la neurasthenie et premiers périodes du paralysie progressive—p. 915.

I. O HYPNOTYZMIE LECZNICZYM.¹⁾

Podał

D-r med. *Stanisław Orłowski*

Ordynator szpitala Ewangelickiego w Warszawie.

Od lat wielu wśród różnych gałęzi wiedzy biologicznej pokutuje kwestya, nad którą zdaje się wiekowe jakieś ciężce przekleństwo. Jest to nauka o hypnotyzmie. Rzec można, że w dziwnej tej dziedzinie brakuje miejsca na badanie bezstronne, na sądy obiektywne: zaraz zaczyna się polemika gwałtowna, namiętna. A spór, z gruntu teoretycznego na grunt praktyczny przeszczepony, jeszcze głębiej puszcza korzenie, jeszcze bujniej się rozrasta i pleni.

¹⁾ Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. w dniu 4-yim listopada 1902 r.

Nie też dziwnego, że co do metody leczniczej, na zjawiskach hypnotycznych opartej, rozeszły się zdania tak daleko, częstokroć na wręcz przeciwnych stając biegunach. W świecie lekarskim, szczególnie wśród tych jego przedstawicieli, którzy z upodobania, obowiązku lub innych pobudek, nowych prądów w medycynie ignorować nie mogą, zarysowały się wyraźnie dwa wrogie obozy—zwolenników i przeciwników hypnoterapii.

Wymiana zdań przybrała wkrótce charakter walki gorączkowej, stronnej, z powagą nauki bynajmniej nie liczący; fałszywą nutą zgrzytnęły w niej nieraz echa porachunków osobistych, uprzedzeń ad hominem; nie brakło insynuacji brzydkich, oskarżeń o obskurantyzm, zaśmiedziały rutynizm, wreszcie o złą wolę z jednej, o szarlataneryę i wyzyskiwanie zaufania z drugiej strony.

Z biegiem jednak czasu—przegrzmiały gromy, rozbudzone namietności ucichły—zaczął się okres ustępstw wzajemnych.

Nieprzejednani przeciwnicy hypnotyzmu leczniczego spostrzegli się, że w swym sceptycyzmie zbyt zaszli daleko, że bezwzględne zaprzeczenie lub roźmyślnie zamilezanie faktów oczywistych obalić nie zdoła. I szermierze nowej metody ochłonęli nieco: pod trzeźwiącym wpływem rozczarowań i niepowodzeń rozproszył się optymizm wygórowany, rozwiały się mrzonki różowe o panaceum, które omal że nie wszystkie ludzkości cierpienia usunąć miało.

Przekonano się również raz jeszcze, że gdy chodzi o metodę leczniczą, spory teoretyczne nie dowiodą niczego i nie nauczą nikogo.

Myśl, w teorii najpiękniejsza, obleczona w czyn, okazać się może tworem bezkrwistym, niedołącznym, poronionym. O jego wydolności życiowej rozstrzygnąć mogą li tylko badania praktyczne.

To też w ostatnich latach energia badaczy w tym właśnie płynęła kierunku. W całym szeregu prac poważnych, na znacznej ilości ścisłych spostrzeżeń klinicznych opartych, postawiono kwestyę hypnotyzmu leczniczego na tory właściwe, oczyszczono ją z balastu niepotrzebnego, a częstokroć i szkodliwego. Z wyjaśnieniem zakresu działania, wskazań i przeciwwskazań, z udoskonaleniem techniki i metodyki, upadły dowodzenia o rzekomem niebezpieczeństwie zabiegu, o złych jakoby jego następstwach.

Zwolna, lecz stale rosło koło zwolenników nowej metody psycho-terapeutycznej, odpowiednio szczyptał coraz bardziej obóz przeciwników, dziś już w jego łonie pozostała nieliczna garstka tych, których żadne dowody przekonać nie mogą.

Na naszym widnokregu naukowym ta walka i burza wązkim zaledwie przesunęła się pasem. Przed laty kilkunastu i u nas ze-

brały się chmury, spadło nawet gromów kilka, szczególnie, gdy do świata lekarskiego niepowołane wtargnąć chciały żywioły. A było to w okresie kształtowania się racjonalnej hypnoterapii, w zaraniu jej życia. Po żywej wymianie myśli i poglądów, po dość silnem starciu się zdań martwa nastąpiła cisza. Zamącić jej nie zdołało żadne echo rozwoju i doskonalenia się nowej metody. W przeciągu ostatnich lat 10 w Towarzystwie naszym o hypnetyzmie była mowa obszerniej nieco zaledwie raz jeden mianowicie w roku zeszłym z powodu odczytu kol. K o p e c z y ń s k i e g o (1). Właściwie jednak prelegentowi chodziło głównie, jak z samego widać tytułu, o zdemonstrowanie „ciekawych objawów hypnozy u histeryka“, terapii hypnotycznej dotknął on zaledwie mimochodem, tylko w dyskusji poświęcono jej parę ogólnikowych, bliżej nie motywowanych uwag.

I w naszym piśmiennictwie lekarskiem z tego okresu dziedzina omawiana zupełnym leży odłogiem. Milczenie głucho przerywa tylko przed 7-miu laty kol. W i z e l (2) swemi kilku słowy o hypnozie i lezeniu hypnotycznym na zasadzie własnych spostrzeżeń. Króciutki ten artykuł, nie rozszczępający pretensji do studjum poważniejszego, zawiera jednak wiele trafne, choć luźne nieco uwagi o technice i wskazaniach hypnoterapii. Następnie przed 3-ma laty kol. A b r a m o w i c z (3) podzielił się z czytelnikami Gazety Lekarskiej swemi spostrzeżeniami nad lezeniem alkoholizmu za pomocą hypnotyzmu.

Wreszcie w odczycie klinicznym D-r a D u n i n a (4) o zasadach leczenia neurasteni i histeryi—metodzie hypnoterapeutycznej poświęcono miejsca dość dużo. Jeśli dodamy do tego artykuł kol. H i g i e r a (5) o pewnem powikłaniu hypnozy, o którym jeszcze mówić będziemy, spostrzeżenia kazuistyczne kol. Ś w i t a l s k i e g o (6). kol. J a s i e ń s k i e g o (7), wreszcie podręcznik H i r s c h a (8), tlómaczony przez W i z l a—to wyczerpiemy absolutnie wszystko, co literatura nasza z ubiegłego dziesięciolecia w zakresie hypnoterapii posiada. Przyznać należy, że dorobek to bynajmniej nie bogaty.

Z tego też względu uważam podniesienie kwestyi hypnotyzmu leczniczego w naszym Towarzystwie za zupełnie usprawiedliwione.

Rzeczoną metodę stosuję od lat wielu, bynajmniej nie wyłącznie, względnie do innych metod leczniczych nawet nie nazbyt często. Mimo to jednak zebrał mi się stosunkowo dość bogaty materiał, który obecnie opracowuję i do porządku przyprowadzam; uzupełnienie jednak działów niektórych sporo jeszcze zapewne zajmie czasu.

Do pracy obszerniejszej, na materyale tym opartej, dzisiejszy mój odczyt stanowi tylko notatkę wstępną. Cel jej jest dwojaki: najpierw podzielić się z Kolegami Szanownymi paru wnioskami, wy-

snutemi z własnych spostrzeżeń, powtóre przedstawić choćby tylko w głównych zarysach rezultaty, otrzymane na tem polu przez badaczy zagranicznych.

Rad będę, jeśli uda mi się w ten sposób przyczynić choć w niewielkiej części do oświecenia tej kwestyi, szczególnie zaś do rozwiania poglądu fałszywego na znaczenie hipnotyzmu w terapii, poglądu, który u nas utrzymał się jeszcze z czasów względnie odległych, z epoki głośnych doświadczeń w Salpêtrière.

Aby wszelkich nieporozumień uniknąć, na wstępie zaznaczyć winienem, że pod nazwą hipnotyzmu leczniczego rozumiem wyłącznie tylko *metodę suggestyjną*, t. j. dążenie do usunięcia cierpienia, lub jego objawów za pomocą sugestyi, poddanych w stanie hipnotycznym.

Zastosowanie sugestyi w lecznictwie jest również dawnem, jak i cała sztuka lekarska, czyli że sięga czasów przedhistorycznych.

W dziejach lecznictwa przesuwiają się, jak w kalejdoskopie, nieprzejrzane szeregi rozmaitych metod kuracyjnych, wszelkich środków sekretnych lub sympatycznych, w których jedyną podstawę działania, niekiedy zdumiewającego, stanowiła wiara w ich skuteczność—to jest suggestya. Do kategorii tej należy legion cały metod, cieszących się uznaniem i dziś jeszcze. Że wymienię tylko homeopatję, medycynę Mattei'ego, metodę księdza Kneipp'a, wreszcie metaloterapię (Burq'a), magnetoterapię etc., etc.

Jakżeż często i w granicach naszej, sankcyonowanej medycyny zatrzymujemy się ze zdziwieniem przed działaniem wprost cudownem jakiegoś środka obojętnego, jakiegoś niewinnego zabiegu hydro- lub elektroterapeutycznego!

Mając do czynienia z cierpieniami nerwowymi, spotkać się można z podobnemi miłemi niespodziankami szczególnie często.

Pamiętam kiedyś do kliniki chorób nerwowych w Moskwie przywieziono na mój oddział 18-toletniego gimnazystę, sparaliżowanego wskutek uderzenia piorunu. Jak się jednak z opowiadania otaczających okazało, piorun uderzył w drzewo, chłopiec zaś stał o parę kroków opodal; z przerażenia upadł on na ziemię; gdy go podniesiono, nogi miał zupełnie bezwładne i w takim stanie przywieziono go do Moskwy. Istotnie chłopca wniesiono na rękach, nogami wykonywał on wprawdzie słabe ruchy, ale utrzymywać się na nich nie był w stanie. Dodałem chłopcu otuchy zapewnieniem, że wkrótce wróci do zdrowia, że cierpienie, które wskutek działania elektryczności po-

wstało, da się również za pomocą tej samej siły usunąć—następnie umieściłem go na fotelu maszyny statyczno-elektrycznej. Maszyna ta ogromnej wielkości, poruszana za pomocą specjalnego, dość bałaśliwego motoru wodnego—wywarła na wyobraźnię pacyenta wrażenie nadzwyczajne; doszło ono do szczytu, gdy jeszcze, za zbliżeniem elektrody, z nóg chłopca posypał się cały snop wstrząsających i bolesnych iskier. Drżący i blady ze wzruszenia, zawołał on, że czuje, jak mu wraca władza w nogach. Istotnie po 10 niespełna minutach podniósł się z fotelu i o własnych siłach przeszedł parę razy po pokoju. Elektryczność go uzdrowiła!

Zresztą, pomijając już takie jaskrawe przykłady, lekarz-psycholog na każdym przekonywa się kroku o roli, jaką wyobraźnia we wszystkich kuracjach odgrywa. Któż z nas nie wie o potędze dobrego słowa, które w znękany umysł chorego nieco nadziei wlewał i tu przecież czynnikiem działającym jest tylko sugestya.

W zasadzie więc myśl o działaniu psychicznem w lecznictwie nie jest ani nową, ani nieznaną. Wiedziano o wpływie umysłu na ciało, korzystano z tego wpływu niekiedy, ale dorywczo, jakby od niechcienia, najczęściej nie zdając sobie nawet z tego sprawy. Lecz zarzut zrobić należy sztuce leczniczej, że z czynnikami tak potężnymi, jak uczucie, wyobraźnia i wola chorego—liczyła się ona mało, lub je zgola ignorowała.

Ując te czynniki w karby właściwe, wyzyskać ich wpływ na funkcje cielesne w kierunku najbardziej dla ustroju pożądanym, wreszcie usuwać tą drogą zaburzenia chorobowe—oto cel i zadanie psychoterapii, względnie najważniejszej jej gałęzi: leczenia sugestją w stanie hypnotycznym.

Jako odłam wiedzy powstała psychoterapia zaledwie w ostatniem dwudziestoleciu ¹⁾. Ojcostwo jej należy się słusznie D-rowsi Liébeault. Ten zapoznany, przez swych najbliższych nawet wyśmiewany entuzyasta, pół życia poświęcił pracy nad ukochanym przedmiotem. Lecz po za granice cichego wiejskiego ustronia, po za koło obszerne wdzięcznych, lecz ubogich pacjentów, nie byłyby się wydostały wyniki tej pracy, gdyby nie prof. Bernheim, dyrektor kliniki wydziałowej w Nancy. Przekonawszy się naocznie o wartości terapii

¹⁾ Rys historyczny, obejmujący genezę i rozwój omawianej nauki, znajdzie czytelnik w mej pracy p. t. „Hypnotyzm i sugestya“ (Biblioteka Dzieł Wyborowych 1902, kw. IV). Ztamąd również zaczerpniętą jest część uwag treści ogólniejszej.

suggestyjnej, wprowadził on ją do kliniki i w pomnikowych swych pracach, na ścisłych badaniach opartych, podniósł nową metodę do stopnia nauki. Rozwinęły i ugruntowały ją badania całej plejady uczonych, wśród których nie brak nazwisk, opromienionych aureolą sławy wszechświatowej. Ze wspomnę tylko profesorów: Forela, Krafft-Ebing'a, Wundta, Obersteiner'a i wielu, wielu innych.

Jeśli dziś jeszcze nauka ta nie ma tak szerokiego zastosowania, na jakie zasługuje, to dlatego zapewne, że trzeba mieć sporo odwagi, aby zerwać z tradycją i rutyną, opuścić wygodny, utarty gościniec dla drogi zaledwie wytkniętej i od niedawna dopiero przez oficjalną wiedzę tolerowanej.

Tymczasem na drodze tej zrobiono tak wiele, że powodzenie to zachęcić winno. Ogromne kliniki psychoterapeutyczne Bernheim'a w Nancy, Wetterstrand'a w Sztokholmie, van Renterghem'a w Amsterdamie przedstawiają dane statystyczne, nad którymi zastanowić się warto.

Tu już cyfry mówią same za siebie.

Dla przykładu przytoczę tylko tablicę obejmującą wyniki leczenia w słynnej i doskonale urządzonej klinice van Renterghem'a (9) z okresu przeszło 10-letniego (od początku maja 1887 r. do końca czerwca 1897 r.). Wszystkich chorych było 1577—kobiet i mężczyzn prawie porówno. (Patrz tabl. na str. 907.)

Działanie hipnotyzmu leczniczego w jego zastosowaniu praktycznym opiera się na dwóch głównych czynnikach, w bliskim stojących związku: na suggestjach leczniczych i samym śnie hipnotycznym.

Znaczenie tych części składowych nie jest jednakowem: istotnem jądrem zabiegu są *syggestye lecznicze*, za pomocą których staramy się cierpienie, a właściwie pojedyncze jego objawy usunąć. Pamiętać bowiem trzeba, że terapia suggestyjna jest przede wszystkim objawową: nawet uleczenie radykalne osiąga się zwykle drogą zwalczania poszczególnych zaburzeń chorobowych. Jeśli zaburzeń tych jest dużo (cierpienia wielobjawowe, z którymi ma się do czynienia najczęściej), to nigdy nie należy wszystkim odrazu walkę wypowiedać—doświadczenie bowiem uczy, że dążność do realizowania suggestyi leczniczych jest odwrotnie proporcjonalną do ich liczby (Löwenfeld) (10). Wybiera się wówczas na początek bądź taki objaw, który choremu wydaje się najuciążliwszym, bądź taki, który na zasadzie naszych dawniejszych spostrzeżeń poddaje się suggestyi najłatwiej. To osta-

**Klinika psychoterapeutyczna
Van Renterghem'a
1887—1897.**

Wyniki leczenia	Cierp. ukt. nerwowego				Inne choroby						
	Liczba ogólna	%	Cierp. organiczne	Nerwice	Cierp. umysłowe	Cierp. neuropatyczne	Nerwobóle	Zab. czynnościowe w cierp. wewnętrzn.	Zab. czynnościowe w cierp. zewnętrzn.	Blednica, zab. menstr.	Znieczul. chirurgiczne
Bez rezultatu	269	17	33	88	46	42	26	19	13	1	0
Lekkie polepszenie	265	16	25	83	27	59	23	38	7	3	0
Znaczne polepszenie.	402	26	16	188	36	60	61	26	10	2	31 ¹⁾
Uzdrowienie	478	31	2	176	38	107	89	32	7	14	13 ²⁾
Nie wiadomo	163	10	14	52	32	38	17	5	3	2	0
O G Ó L N E	1577		90	587	179	306	216	120	40	22	16
Oporni	113	7	6	43	25	23	12	1	2	0	1
Lekki sen	628	40	42	214	88	140	100	23	14	6	0
Głęboki sen	649	41	38	240	61	109	80	85	22	9	5
Somnambulizm.	187	12	4	90	5	34	24	11	2	6	10

¹⁾ Znieczulenie niezupelne.
²⁾ Znieczulenie zupelne.

tnie jest wielkiej doniosłości—nawet bowiem drobne powodzenie osiągnięte przy pierwszych próbach, wzmacnia zaufanie pacyenta do metody leczniczej, a tem samem potęguje jego suggestywność w całej dalszej kuracji.

Treść i sformułowanie sugestyi zależy w każdym danym wypadku od istoty cierpienia, a więcej jeszcze od indywidualnych właściwości samego cierpiącego. Dla dzieci, dla osób o charakterze biernym, uległym, a także dla pacjentów, stojących na niższym stopniu rozwoju umysłowego, wystarcza najczęściej suggestya krótka, dobitna, wypowiedziana tonem katerycznym. Przeciwnie u ludzi inteligentnych, samodzielnych—narazić się można w ten sposób na fiaseco sromotne: chcą oni rozumieć, czego się od nich wymaga i narzucić sobie arbitralnej suggestyi nigdy nie pozwolą.

Doniosłego też jest znaczenia w hypnoterapii zasada, wprowadzona głównie przez Grossmanna (11); suggestye powinny być zawsze motywowane i w granicach możności, przedstawione jako następstwo logiczne tej lub owej przyczyny (powinny być „plausibel“ jak Niemcy mówią). Zamiast więc twierdzić, dajmy na to, że ból, na który się pacjent skarży, zniknie po hypnozie, należy obrać drogę nieco pośrednią: wywołać np. istotnie pewną zmianę w percepcyi bólu przez lekkie mięsienie danego obrębu, lub przez nałożenie ręki ciepłej, potem dopiero poddawać stopniowe zmniejszanie się bólu. Podobne sposoby urozmaicać można do woli. Dodać jeszcze należy, że bynajmniej niezbędnem nie jest motywowanie niezaprzeczenie i bezwzględnie logiczne, owszem, wobec wzmózonej suggestywności w hypnozie, najczęściej wystarczają tylko pozory logiczności.

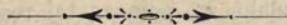
Zadaniem najpierwszem hypnoterapii jest *usunięcie bólów* i pod tym względem mamy w suggestyi środek nie mniej potężny, niż narkotyki, nie mówiąc już o tem, że nie zutruwa on ustroju. Niektórzy badacze do obecnej jeszcze chwili są zdania, że tą drogą usunąć się dają tylko bóle czynnościowe, potocznie zwane „nerwowemi“. Pogląd to zgola niesłuszny. Podział na bóle organiczne, na zmianach anatomicznych oparte i na czynnościowe—jest podziałem sztucznym. W istocie bowiem ból, bez względu na swe pochodzenie, jest zawsze uczuciem czysto podmiotowem; utrzymuje się ono o tyle, o ile dostęp do sfery psychicznej, jeśli się tak wyrazić można, jest wolnym. Wiadomo przecie, że gdy umysł jest całkowicie przez ideę jaką pochłonięty, wrażenie bólu fizycznego, nawet, zdawałoby się, najsilniejszego, przez próg świadomości nie przestępuje. Na polu bitwy żołnierz nie wie nieraz, że ciało jego jest ciężkimi okryte ranami; walczy on zapamiętale, póki go upływ krwi o ziemię nie powali.

Na zasadzie analogicznej opiera się słynna metoda Kanta: przez odwrócenie uwagi pokonywać swe uczucia chorobowe. Wskrzesił ją w dobie najświeższej Oppenheim, stosując ją do leczenia psychicznego nerwobólów.

Nie ulega wątpliwości żadnej, że i bóle organiczne (wskutek zapalenia, urazu, bóle porodowe i t. p.) poddają się sugestyi, o ile w ogóle dany osobnik na sugestyę okazuje się wrażliwym.

Zwalczanie bezsenności, braku apetytu, ogólnego osłabienia rozmaitych zaburzeń czynnościowych—wszystko to leży w zakresie działania sugestyi leczniczych. W ogóle powinny one wywierać wpływ kojący, dodawać choremu otuchy i energii, usuwać z jego umysłu wszelkie przykre lub szkodliwe wyobrażenia, słowem doprowadzić do dobrego samopoczucia, zarówno fizycznego, jak i moralnego.

(D. c. n.)



II. O ODCZYNNIE DWUAZOTOWYM

(*diazoreakcyi*).

(Rezultat badań, dokonanych na 533 chorych).

Podał

Walery Giedgowd

(z Józówki gub. Ekaterynosławskiej).

Diazoreakcyę odkrył Ehrlich już w roku 1882, lecz dopiero w ostatnich latach zaczęto się nią bardziej zajmować.

Odczynnik do tej reakcyi należy mieć zawsze świeżo przyrządzony z podanych niżej dwóch rozczynów, które w mych pracach jeszcze po upływie roku dawały dobre wyniki. Rozczyny te są następujące:

I	{	Ac. sulfanilici 2,0	II	{	Natrii nitrosi 0,5
		Ac. muriatici 50,0			Aquae destill. 100,0
		Aquae destillatae ad 1000,0			

Na 98 części pierwszego bierze się 2 części drugiego, dodaje się drugie tyle moczu i około $\frac{1}{8}$ amoniaku, mieszaninę skłócić należy, póki nie wystąpi piana; mocznik będzie czerwony, a decydującą jest

barwa pianki:—czerwona lub różowa. Rezultat będzie wątpliwy przy moczu czerwonym, a pianie tylko żółtej.

Badania moczu u 100 zdrowych wykazywały barwę moczu pomarańczowożółtą lub żółtą, a pianę żółtawą lub też białą.

Diazoreakcyja występuje tylko w moczu patologicznym, najczęściej w chorobach zakaźnych (tyfus brzuszny i plamisty, odra, gruźlica), w innych zdarza się rzadko. Ze środków lekarskich naftalina, przyjęta do wewnątrz w ilości 0,18, daje diazoreakcyję (doświadczenia nad sobą). Burghard (Berl. Kl. Wochenschrift, Nr. 38, r. 1899) podaje, iż diazoreakcyję dają również T-ra Opii simplex, Extr. Cascarae Sagradae i Extr. Hydr. Canad. W moich badaniach te środki nie dawały typowej reakcyi, użyte zaś w znacznych dawkach (1—2 krople wyciągu na 1 ctm. sz. moczu) wywoływały odczyn niewyraźny. Lecz Burghard nie sądzi, żeby fakt ten posiadał znaczenie praktyczne, ponieważ też środki, zażyte do wewnątrz, diazoreakcyi nie dają. Może by się udało za pomocą tej reakcyi rozpoznać zatrucie makowcem?

Ważniejszem mi się wydaje odkrycie Burghard'a, iż garbnik i kwas gallusowy, przyjmowane 3 razy na dzień po 0,1; jak również tannalbina, tannigena (3 razy po 0,5), również 200,0 Decocti fol. Uvae Ursi usuwają już istniejącą w moczu diazoreakcyję. Inne środki, zawierające garbnik (Decoct. Chinae, Species diuret., Species pectoral., wino czerwone) usuwają odczyn Erlicha tylko przy dodaniu ich wprost do moczu (według Burghard'a, prawdopodobnie, z powodu nieznacznej ilości garbnika).

Ze środków, nie zawierających garbnika, czasami usuwają odczyn Erlicha jodwasogen i jodyna, przyjmowane dowewnątrz; leczani Natrium, ani kali jodatam nigdy tego skutku nie wywołują. Dalej Burghard przyszedł do wniosku, iż garbnik wchodzi w połączenie z diazoreagentami nie w kiszkiach i nie we krwi, lecz wprost w moczu, a to z następujących powodów: 1) czynniki, usuwające reakcyę, dają z odczynnikami Erlicha żółtoburą reakcyę, 2) do usunięcia zarówno słabej, jak i wyraźnej diazoreakcyi nie trzeba różnych ilości garbnika; 3) garbnik i jod wpływają również na zniknięcie reakcyi naftalinowej i makowcowej; 4) odczynniki, usuwające diazoreakcyę, przy dodaniu do aldehydu, powstrzymują wystąpienie reakcyi aldehydu, którą otrzymujemy za pomocą Ac. sulfanilici + Ac. muriat., Natr. nitros. + alkalia. (Berl. Kl. Wochenschrift: Nr. 38, r. 1899).

Istota reakcyi nie jest znaną, zdania pod tym względem pa-nują rozmaite. Sam Erlich mniemał, iż diazoreakcyja jest zależną

od pewnych pochodnych fenolu, lecz badania Brieger'a nie stwierdziły tego. Nie utrzymała się teoria Jaksch'a o zależności diazoreakcyi od kwasu acetoctowego, który spotyka się w moczu w chorobach zakaźnych. Breving w r. 1886 przypuszczał, iż produkty rozpadu tkanek lub komórek ropnych wywołują diazoreakcyę. Dołgów w r. 1896 znalazł pewien składnik, który powodować ma omawiany odczyn: Jest to substancya organiczna, zawierająca azot, (podwójne połączenie z kwasem siarczonym), produkt patologicznej wymiany materyi wskutek rozpadu białka uorganizowanego. Diazoreakcyja, według tegoż Dołgowa, stanowi manometr procesu rozkładowego w organizmie. Dołgów utrzymuje, iż napięcie odczynu idzie równoległe do krzywej ciepłoty, Büting i Michelis z tem się nie zgadzają: Moje badania również tego twierdzenia nie popierają. 5) Walenty Jeż (Der Abdominaltyphus, 1897, str. 94) mniema, iż diazoreakcyę wywołują trucizny, wyrabiane przez bakterye, lecz zmienione już w przejściu przez organizm.

6) Geisler („Wracz“, 1898 r. Nr. 9, str. 244) mieszał hodowle laseczników tyfusowych i ropotwórczych z wodą przekroploną i diazoreakcyi nie otrzymywał; tą drogą przyszedł on do wniosku, iż ani te, ani owe laseczniki per se odczynu Erlicha nie dają. Badał Geisler potem odżywki, na których laseczniki wytwarzają trucizny swoiste i też otrzymał wyniki ujemne. Przy doświadczeniach z mikroproteinami (otrzymywanymi przy rozpadzie bakteryi) diazoreakcyi również nie było; z tego wynika, iż ani bakterye, ani ich trucizny, ani też produkty ich rozpadu odczynu Erlicha nie wywołują. Dalej, Geisler znalazł, iż bulion *mięсно-peptonowy* daje ten odczyn wtedy, kiedy ani świeży sok mięsny, ani pepton, ani też cukier gronowy, który wytwarza się z węglowodanów przy otrzymywaniu bulionu, jak również mocz diatetyków, zawierający cukier, diazoreakcyi nie dają. Ztąd więc wynikałoby, iż diazoreakcyja jest zależną nie od peptonu i cukru, tylko od innych substancyi, wytwarzających się podczas przyrządzania bulionu *mięсно-peptonowego*; z drugiej zaś strony, ponieważ hodowla laseczników tyfusowych na bulionie, zawierająca również i produkty wymiany materyi tych laseczników, daje słabszą reakcyę, niż czysty pepton buljonu, to należy przypuszczać, iż laseczniki rozkładają część substancyi, wywołujących odczyn Erlicha.

Obecnie Geisler zbija twierdzenie Breving'a i Dołgowa, że diazoreakcyja zależy od rozpadu tkanek; bo wszak nie zawsze ona tam występuje, gdzie się odbywa wzmożony rozpad białka uorganizowanego: w gruźlicy diazoreakcyja nie stoi w związku z rozległością

zmian gruźliczych, w tyfusie brzuszny nie zawsze mamy diazoreakcyę, we włóknikowem zapaleniu płuc diazoreakcyi niema, chociaż mamy tu niezawodny rozpad; w wadach serca diazoreakcyja występuje, chociaż jest rzeczą wątpliwą, czy rozpad białka jest tutaj większy, niż w wymienionych chorobach. W białaczce (Moraczewski) wymiana materji bywa upośledzoną, jednak w tej chorobie diazoreakcyja częstokroć występuje. Porównywając choroby, które dają odczyn Erlicha, z temi, które go nie dają, Geisler czyni go zależnym od leukocytozy i towarzyszącej jej leukolizy. Tyfus i odra przebiegają bez leukocytozy, a diazoreakcyę dają; włóknikowe zaś zapalenie płuc reakcyi nie daje, chociaż przebiega z leukocytozą. Odwrotnie zaś, w przypadkach tyfusu bez diazoreakcyi Geisler znajdował hyperleukocytozę; a w przypadkach pneumonii z diazoreakcyą widział hypoleukocytozę, a hypoleukocytoza w pneumonii uważaną jest za signum mali ominis, jak również i diazoreakcyja. Geisler przychodzi do wniosku, iż diazoreakcyja stanowi rezultat wzmożonego rozpuszczania się białych ciałek we krwi chorych. Na potwierdzenie tego przytacza doświadczenia Beud'a: w tyfusie brzuszny gruczoly chłonne pracują nadmiernie, a jednak ilość białych ciałek nie tylko nie wzrasta, lecz nawet się zmniejsza, oraz opiera się na doświadczeniach Botkin'a, który utrzymuje, iż hypoleukocytoza w tyfusie zależy wprost od wzmożonego rozpuszczania się białych ciałek we krwi, podczas gdy we włóknikowem zapaleniu płuc rozpuszczanie to jest znacznie upośledzone. Żeby usunąć nieporozumienie, powstające z tego, iż w białaczce i w pewnych przypadkach gruźlicy z diazoreakcyą bywa zwiększona ilość białych ciałek, Geisler wyjaśnia, iż w tych chorobach jednocześnie ze wzmożonym rozpuszczaniem białych ciałek występuje i zwiększone wytwarzanie tychże. Krew zaś w białaczce obfituje w zasady nukleinowe (ksantyna, hypoksantyna, guanina), a mocz w kwas moczowy, co wskazuje na wzmożony rozpad białych ciałek krwi.

Wychodząc z założenia, że diazoreakcyja zależną jest od substancji, zawartych w białych ciałkach, Geisler zaczął badać ciałka ropne w zapaleniu miedniczek, w płwocinie tuberkulików i ropnem zapaleniu oskrzeli, i rzeczywiście otrzymywał diazoreakcyę. Wobec tego Geisler zajął się rozstrzygnięciem kwestyi: jaka mianowicie część białych ciałek wywołuje diazoreakcyę? Substancje nukleinowe i inne składniki białych ciałek dały wynik ujemny, płyn z kanału mózgowego, wysięk w zapaleniu opłucny, krew i jej białe i czerwone ciałka, surowica krwi u chorych tyfusowych również dały wynik ujemny, podczas gdy reakcyę Erlicha otrzymał w moczu. Ztąd

Geisler wyprowadza wniosek, iż diazoreagenty wytwarzają się w nerkach z produktów rozpadu białych ciałek; a w płwocinie ropnej, w zawartości jam, w ropnym moczu substancje te wytwarzają się pod wpływem bakterji.

Ostateczne wyniki Geisler'a są następujące:

1) Diazoreakcja w moczu zależy od wzmożonego rozpuszczania się białych ciałek we krwi (leukocytolysis).

2) Diazoreagenty nie znajdują się we krwi, lecz pozostają w nerkach podczas przejścia wspomnianych produktów przez nerki.

Przechodzę teraz do przytoczenia wyników własnych moich badań nad diazoreakcją. Chorych badałem 533, a zdrowych 100 osób; ogółem dokonałem 4593 analiz: Typhus abdom. 202 przypadki—2860 analiz, Typhus exanthem. 30 przypadków—154 analizy, Tuberc. pulmon. 33 przyp. — 500 analiz, Pneumonia crouposa 91 przyp. — 318 analiz, Malaria 64 przyp.—128 analiz, Febris recurrens 35 przyp.—120 analiz, innych chorób 98, a analiz 264, u zdrowych 100 analiz.

Typhus abdominalis. Typowa diazoreakcja występuje po raz pierwszy najczęściej między 5 i 8 dniem choroby; po 15 dniach wystąpiła tylko w 2 przypadkach, z tych w jednym na 20 dzień. Co do czasu trwania, to, im dłużej trwa diazoreakcja, tem dłużej ciągnie się tyfus; im dłużej występuje diazoreakcja, tem dłużej po jej zniknięciu pozostaje podniesioną ciepłota ciała. Prawa ta nie stosują się do długotrwałych postaci tyfusu, ponieważ w takich przypadkach diazoreakcja znika wielokrotnie, a długie trwanie tyfusu zależy nie od procesu tyfusowego, a od innych przyczyn i od powikłań. Przy nawrotach tyfusu znów zjawia się i diazoreakcja. Co do natężenia tejże, to ze swych badań mogę wyprowadzić wniosek, że, im słabszą jest diazoreakcja, tem i tyfus, prawdopodobnie, będzie trwał krócej (pominąwszy powikłania i nawroty). Niemogę jednak powiedzieć odwrotnie, ponieważ czasami bardzo wyraźna reakcja znikała bardzo prędko, a tyfus również prędko się kończył. Co się tyczy temperatury, nie udało mi się zauważyć żadnej zależności; również trudno wykazać związek odczynu dwuazotowego z częstością tętna, chociaż mam to wrażenie, iż w bardziej przewlekłych tyfusach tętno podczas trwania diazoreakcji bywa rzadsze, aniżeli po jej zniknięciu; a odwrotnie bywa w tyfusach krótkotrwałych. Stosunek diazoreakcji do różyczki (roseola) udało mi się stwierdzić w nielicznych (25) tylko przypadkach, ponieważ w pozostałych niemogłem spostrzegać od początku do końca jednego lub też drugiego objawu, a nadto podczas epidemii, kiedy czyniłem swoje spostrzeżenia, wysypka nie była częstą i stałą. Z badań moich przyszedłem do wniosku, iż: 1) wysypka

wystąpiła później, niż diazoreakcja, lecz jeszcze podczas jej trwania w 19 przyp. na 25 (76%); przytem opóźniała się o 1, najwyżej o 8 dni, średnio o 4—5 dni, 2) 4 razy (16%) wysypka zjawiała się w 1—4 dni po zniknięciu diazoreakcji; 3) tylko 2 razy na 1 dzień przed diazoreakcją. W przeważnej ilości przypadków 1-ej kategorii wysypka trwała 1—5 dni dłużej, niż reakcja; w przypadkach 3-ej kategorii wysypka znikła o 6—7 dni wcześniej, niż diazoreakcja. Diazoreakcja jest objawem bardziej stałym w tyfusie, aniżeli wysypka; w spostrzeganych przezemnie 2 epidemiach wysypka była tylko w 35% przypadków, a diazoreakcja w 82% przypadków. Choćż zejść śmiertelnych miałem dość dużo, lecz w niektórych przypadkach u ciężko chorych trudno było zebrać dosyć moczu do reakcji, i ci umierali nieraz wprzód, zanim zdążyłem wykonać reakcję. Jednak miałem 21 przypadków ze skrętnie notowaną diazoreakcją, z tych w 12 dokonałem badania pośmiertnego. Wyniki są następujące: w przypadkach śmierci podczas trwania diazoreakcji — było ostre obrzmienie gruczołów solitarnych i blaszek Peyera, rzadziej rozpad miejsc nacieczonych, a proces tyfusowy zajmował przestrzeń od 2 do 3,70 m. We wszystkich przypadkach śmierci po ustaniu diazoreakcji wrzody były już zabliznione, lub też jeszcze się zablizniały, a sprawa tyfusowa zajmowała mniejszą znacznie przestrzeń: od 1,60 m. do 50 ctm. Wyjątek był tylko w jednym przypadku.

W pierwszej kategorii przypadków przyczyny śmierci szukać należy w infekcji; innych przyczyn nie znaleziono.

W drugiej kategorii — sprawa tyfusowa lub się skończyła, lub też miała się ku końcowi, a śmierć nastąpiła od różnych powikłań. W przypadkach śmiertelnych podczas trwania diazoreakcji były wyraźne objawy zakażenia ogólnego: bredzenie, przyćmienie świadomości, suchy, bury język, drżenie ogólne, śmierć następowała szybko. Przypadki zaś, w których śmierć nastąpiła po ustaniu diazoreakcji, trwały znacznie dłużej i ostateczną przyczyną śmierci były: krwotok lub pneumonia.

Wnioski ogólne ze swych spostrzeżeń, dotyczących tyfusu brzuszno-ego, wyprowadziłbym następujące:

- 1) Diazoreakcja występuje w tyfusie brzuszno-ym w 82% przypadków.
- 2) Najczęściej zdarza się między 5 i 8 dniem choroby.
- 3) Im dłużej trwa reakcja, tem dłużej trwa i tyfus.
- 4) Im dłużej trwa diazoreakcja, tem dłużej po jej ustaniu trwa gorączka.

5) Im mniej wyraźną jest diazoreakcja, tem i tyfus, prawdopodobnie, będzie trwał krócej, lecz nie odwrotnie.

6) Przy nawrotach tyfusu diazoreakcja występuje ponownie.

7) Diazoreakcja jest bardziej stałym objawem w tyfusie, aniżeli wysypka.

9) Diazoreakcja zjawia się podczas rozlanego nacieczenia narządu limfatycznego w przewodzie pokarmowym i podczas rozpadu miejsc nacieczonych; z ustaniem sprawy tyfusowej i po zabliźnieniu wrzodów tyfusowych znika i diazoreakcja.

10) Diazoreakcja stanowi objaw, właściwy tyfusowi brzuszemu, lecz nie spotyka się przy powikłaniach tyfusu.

(D. n.)

III. RÓZPOZNANIE RÓŻNICZKOWE NEURASTENII I PIERWSZYCH OKRESÓW BEZWŁADU POSTĘPUJĄCEGO.

(Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. w d. 15/IV 1902 r.)

Napisal

Maurycy Bornstein.

(Ciąg dalszy).

Objawy somatyczne.

Na pograniczu psychicznych i somatycznych znajdują się następujące objawy, napotymane zarówno w neurastenii, jak i w pierwszych okresach postępującego bezwładu: bezsenność i zaburzenia mowy.

W celach rozpoznania różniczkowego mieć należy na uwadze następujące dane. Bezsenność neurastenika nigdy nie bywa tak uporeczywą i tak niezależną od warunków zewnętrznych (wzruszenie, dyetetyka), jak u paralityka. Jeżeli człowiek w wieku i warunkach życiowych, usposabiających do bezwładu postępującego, cierpi na długo-trwałą, nie dającą się zwalczyć żadnymi środkami bezsenność, to należy już pomyśleć o możliwości istnienia w danym przypadku bezwładu. Takie podejrzenie oczywiście powziąć można tylko wobec innych jeszcze objawów, uprawniających je poniekąd. Podejrzenie to nabie-

ra jeszcze więcej cech prawdopodobieństwa, jeżeli dowiadujemy się o pacjencie, cierpiącym na tak uporeczywą bezsenność, że często zasypia podczas dnia przy robocie lub w wesołym towarzystwie. Bezsenność w neurastenii, jak już zaznaczyliśmy, nie bywa zazwyczaj tak długotrwałą i uporeczywą, i chory jest w stanie zawsze opanować się, jeżeli czasami w nieodpowiednim miejscu lub w niestosownej chwili napada go chęć drzemki. Co do zaburzeń mowy zaznaczyć należy, że w początkach bezwładu postępującego występują one zrazu nie jako utykanie na zgłoskach i przestawianie ich (Silbenstolpern), charakterystyczne dla dalszych okresów tej choroby, a wprost polegają najczęściej na tem, że chory mówi, jakgdyby miał „kaszę w ustach“ („Brei im Munde“—Schüle); pozatem zaś zjawiać się mogą w początkowych okresach bardzo krótkotrwałe ataki afazy¹⁾.

W neurastenii również zdarzyć się mogą zaburzenia w mowie, lecz posiadają one jednak inny charakter. Tutaj mamy do czynienia przeważnie z trudnością pewnego rodzaju przy wymawianiu niektórych sylab, z przeciąganiem samogłosek, z łykaniem części słowa; pozatem przy pewnej wprawie i dobrych chęciach ze strony lekarza można w takim przypadku stwierdzić, jeżeli chodzi nb. o inteligentnego neurastenika, że chory nasłuchał się i naczytał o bezwładzie postępującym, obawia się, że grozi mu ta choroba i pod wpływem autosugestyi wynajduje u siebie zaburzenia w mowie (Timofejew²⁾). Prócz mowy napotykamy dość często zaburzenia w piśmie: staje się ono drżącym, oddzielne litery są nierówne, jedne kreski bywają za grube, inne znów za bardzo wyciągnięte; dalej litery, zgłoski, wyrazy bywają wypuszczane, poprzestawiane i t. d. Zauważyć jednak należy, że zazwyczaj zaburzenia w piśmie występują dopiero w późniejszych nieco okresach choroby (Oppenheim). I neurastenikowi zdarza się, że na skutek wyczerpania umysłowego opuści literę, wyraz, że przestawi go lub zamieni, ale błędy stąd powstałe zauważy i poprawi, gdy tymczasem paralytyk zupełnie ich sobie nie uświadamia. W pewnym poniekąd związku z zaburzeniami mowy stoi napotykane w pierwszym okresie bezwładu drżenie języka i mięśni twarzy. Prestow, mianowicie, twierdzi, że dla tego okresu choroby charakterystycznym jest właśnie drżenie, któremu ulegają mięśnie, biorące udział w akcji mowy. Faktem jest jednak, że spotkać się można w tym

¹⁾ König. Ueber passagere Sprachstörungen bei progr. Paralyse. Allg. Zeit. f. Psych. 1892.

²⁾ A. Timofejew. Matierjały po diagnostykę progressiw. paralicza. Obozrenie psichjatrii 1900.

okresie bezwładu i z drżeniem w górnych kończynach, t. j. tam, gdzie bywa drżenie i w neurastenii. Drżenie bywa niestałe, nieprawidłowe o średniej lub wyższej nieco, niż średnia, częstości wahań. Dla neurastenika charakterystycznym jest drżenie szybkie, wibracyjne, które napotykamy przeważnie w kończynach górnych, a również t. zw. drżenie włókienkowe, dotyczące najczęściej m. orbicularis oculi et oris, m. interosseus I i t. d., przytem zauważyć należy, że drżenie to zwykle się wzmacnia pod wpływem wzruszenia. Objaw ten nabiera poważniejszego znaczenia w rozpoznaniu bezwładu tylko wtedy, kiedy występuje po jakimś ataku apoplektycznym w tej mianowicie części ciała, która uległa naskutek tego ataku porażeniu (Hoche). Wogóle zaznaczyć w tem miejscu należy, że t. zw. pseudopadaczkowe i pseudoapoplektyczne ataki, które dość często zdarzają się w pierwszych okresach bezwładu postępującego są jednym z tych nielicznych objawów, które już prawie stanowczo przechylają szalę rozpoznania na korzyść tego ostatniego, bowiem, jak wiadomo, w neurastenii oczywiście miejsca mieć nie mogą. Dotyczy to tylko postaci typowej tych ataków, bowiem czasami w hysteroneurastenii zdarzyć się mogą jednostronne drgawki, napady zawrotów głowy, czasowe zaburzenia mowy, t. j. poronne postaci ataku apoplektycznego. Intensywność tych ataków w pierwszych okresach bezwładu bywa rozmaita: polegać one mogą jedynie na lekkim krótkotrwałem zamroczeniu świadomości, które przemija, nie pozostawiając żadnych śladów lub też na ciężkich atakach z porażeniami następczemi. Ten rozmaity stopień intensywności dotyczy również ataków pseudopadaczkowych, które zdarzają się nawet częściej od pierwszych. Z innych zaburzeń w sferze ruchowej, które mają charakteryzować wczesne okresy bezwładu postępującego, Joffroy¹⁾, jako najważniejsze, wymienia nierównomierność źrenic i brak odczynu na światło i przystosowanie, a Hoche²⁾ i Thomsen³⁾ również przedewszystkiem zwracają uwagę na objawy oczne: pierwszy na zwężenie i nierównomierność źrenic oraz na brak odczynu na światło, drugi zaś pozatem jeszcze na przemijające porażenia w mięśniach gałki ocznej. Co się tyczy specjalnie odczynu źrenic, to według Redlich'a⁴⁾, istnieją trzy kategorie paralityków: 1) w pewnej ilości przypadków odczyn na światło jest z obu stron zachowany; 2) w dużej ilości przypadków

1) Joffroy. Difficulté du diagnostic de la paralysie générale en début. (Ref. w Archiw. psychiatrii 1897).

2) L. c.

3) L. c.

4) Redlich. Zur Casuistik der reflektor. Pupillenstarre bei p. P.

brak odczynu po obu stronach, wreszcie po 3) w nieznaczej ilości przypadków istnieje różnica w zachowaniu się obu źrenic: podczas gdy jedna już na światło nie reaguje, w drugiej odczyn ten jeszcze jest zachowany; bywa to, według Moëli'ego w 10% przypadków. Thomayer¹⁾ na podstawie 17.000 przypadków przychodzi do wniosku, że brak odczynu na światło zdarza się w 50% przypadków bezwładu postępującego. Moëli znalazł na 4000 chorych umysłowych 492 razy zwrotną nieruchomość źrenic, z tego zaś na bezwład postępujący przypadało 421 przypadków, t. j. 45.5%. Według Thomsen'a objaw ten może istnieć 10 lat przed wybuchem bezwładu.

Nierównomierność źrenic zdarza się, według Uthoffa, o wiele częściej w bezwładzie, niż we władzie. Oczywiście, że, o ile daje się stwierdzić zwrotna nieruchomość jednej lub obu źrenic, to rozpoznanie różniczkowe pomiędzy bezwładem a neurastenią musi wypaść na korzyść pierwszego, co się zaś tyczy nierównomierności źrenic, to nie może ona być miarodajną sama przez się, wobec braku innych objawów, bowiem bywają ludzie z wrodzoną nierównomiernością źrenic, a niektórzy autorowie uważają nawet ten objaw za oznakę zwyrodnienia czyli, że innymi słowy, bardzo często napotkać go możemy u ludzi obarczonych dziedzicznie, a więc i u neurasteników.

Z innych objawów ocznych, spotykanych w bezwładzie postępującym, posiadają na równi z nierównomiernością źrenic decydujące znaczenie w rokowaniu: porażenie mięśni ocznych (jednostronna ophthalmoplegia interna, porażenie zewnętrznej gałki ocznej lub jedno i drugie aż do zupełnego porażenia — ophthalmoplegia completa); dalej stwierdzone przez dawnego asystenta Kraft-Ebing'a S. Kornfeld'a nieprawidłowo—koncentryczne zwężenie pola widzenia w postaci sektorów dla barwy białej, a często bardzo wybitniej jeszcze dla barwy zielonej i czerwonej (jak w władzie); następnie zdarzyć się może we wczesnych okresach bezwładu przekrwienie tarczy wzrokowej i nieznaczące zapalenie nerwu wzrokowego (neuritis optica), opisane przez Uthoffa lub nieznaczny obrzęk siatkówki wokół tarczy z zamglonemi jej granicami i wrzecionowatemi rozszerzeniami naczyń siatkówki, szczególnie tętnic (retinitis paralytica Klein'a, oedema peripapillare Gałęzowskiego²⁾); wreszcie niezbyt rzadko już we wczesnym bardzo okresie bezwładu (szczególnie w t. zw.

¹⁾ Cyt. u Kowalewskiego l. c.

²⁾ Cyt. u O. Schwarza. Die Bedeutung der Augenstörungen für die Diagnose der Hirn- und Rückenmarkskrankheiten, 1898.

Taboparalyse, napotyamy zanik nerwu wzrokowego (*atrophia nervi optici*), i jako wyraz subiektywny tych zmian zwiększające się wciąż osłabienie siły wzroku, które może jednak iść niezupełnie równolegle z natężeniem sprawy anatomicznej w nerwie wzrokowym.

W neurastenii albo nie mamy żadnych zmian w narządzie wzrokowym, albo są one natury zupełnie odmiennej, wyływające z nadwrażliwości, a najeczęściej z szybkiego wyczerpywania się nerwu wzrokowego.

Zwiększona wrażliwość objaśnia nam takie objawy neurasteniczne, jak unikanie rażącego światła, włókienkowe drgania w mięśniu orbicularis palpebrarum, drżenie powiek podczas zamykania oczu (objaw *Rosenbach'a*) i t. d. Jako objaw wyczerpania występuje w neurastenii t. zw. *asthenopia neurastenica*, polegająca na tem, że przy względnem zmęczeniu wyczerpuje się bardzo prędko narząd przystosowywania wzroku do odległości (*Accomodationsapparat*): zarysy przedmiotów się zacierają, występuje uczucie bólu w oczach, uczucie swędzenia skóry na czaszce i potęguje się uczucie ucisku w głowie, tak często napotymane w neurastenii. (W tem miejscu zaznaczyć wypada, że w początkowych okresach bezwładu o wiele częściej chorzy skarżą się na rzeczywisty ból głowy, zależny od podrażnienia nerwu trójdzielnego, aniżeli na ucisk, który stanowi właśnie charakterystyczną skargę neurasteników). Co do zmian w polu widzenia zauważyć należy, że w neurastenii bywa ono przeważnie normalne, tylko w nielicznych przypadkach granice dla barwy białej i kolorowych bywają chwiejne i chwilami znika z pola widzenia przedmiot próbny (t. zw. oscylujące pole widzenia *Willbrand'a*)¹⁾: wszystko to są objawy wyczerpania.

Co dotyczy sfery odruchowej, zwracać należy baczną uwagę na zachowanie się odruchów kolanowych. Brak ich stały, stwierdzony wielokrotnie, stanowi przemawia za bezwładem, a przeciwko neurastenii, o ile istnieją inne jeszcze objawy, bowiem pamiętać zawsze należy o tem, że brak odruchów kolanowych może być w wyjątkowych wypadkach wrodzoną anomalią. Kiedy odruchy kolanowe są wzmożone, co bywa prawie zawsze w neurastenii, a zdarza się często w bezwładzie, zwrócić należy uwagę w celu zużytkowania tego objawu w kierunku rozpoznawczym na stan napięcia mięśni w kończynach dolnych. W bezwładzie postępującym widzimy tak często wzmożone odruchy kolanowe z tego względu, że zajęta bywa zwykle

1) Schwarzl. c.

w tej chorobie droga piramidalna w rdzeniu, a wtedy powinniśmy również mieć wzmoczenie napięcia mięśniowego w kończynach dolnych czyli t. zw. objawy spastyczne. Jeżeli tego niema, to samo wzmoczenie odruchów kolanowych nie posiada dla bezwładu żadnego poważnego znaczenia rozpoznawczego. Niektórzy autorowie, nie zdając sobie dokładnie sprawy, skąd pochodzi wzmoczenie odruchów kolanowych w bezwładzie, popełniają właśnie błędy w tym względzie. Tak np. Verhoogen¹⁾ sądzi, że do najistotniejszych objawów poczynającego się bezwładu należy wyraźne wzmoczenie odruchów kolanowych.

Zarówno ten, jak i drugi objaw, uważany przez tego autora wspólnie z poprzednim za miarodajny w rozpoznaniu początków bezwładu (a mianowicie specyficzny wyraz twarzy na skutek porażenia górnej gałązki nerwu twarzowego), nie mają nic specjalnie charakterystycznego.

Co się tyczy zaburzeń uczuciowych, to zarówno w cerebrastenii jak i w pierwszych okresach bezwładu napotyamy prawie jedne i te same zaburzenia subiektywne: najrozmaitszego rodzaju parestezye, bóle reumatyczne w nogach, newralgie twarzy, ból głowy, migrenę i t. d. Jako wskazówkę rozpoznawczą pamiętać jedynie należy, że neurastenii, jak to powiedzieliśmy już wyżej, właściwem jest raczej uczucie ucisku w głowie, niż prawdziwy ból, zaś migrena ma raczej przemawiać za pierwszym okresem bezwładu, aniżeli za neurastenią. Zdarza się niekiedy, że migrenie towarzyszy porażenie zupełne wszystkich gałązek 3-ej pary nerwów czaszkowych, czyli występuje t. zw. *migraine ophthalmique*, opisana po raz pierwszy przez Charcot'a²⁾, który też pierwszy zwrócił uwagę, że objaw ten napotyamy we wczesnym okresie bezwładu postępującego. Charcot opisał również specyficzne zaburzenia uczucia, polegające na drętwieniu członków połowy ciała w kolei, odpowiadającej uszeregowaniu ośrodków uczuciowych w korze mózgowej i nazwał ten objaw epilepsie sensitive, Sémon³⁾ zaś wykazał, że może on być jednym ze zwiastunów zbliżającego się bezwładu. O ile w cerebrastenii obiektywnie żadnych zaburzeń w sferze uczuciowej stwierdzić się zazwyczaj nie daje, w pierwszych okresach bezwładu postępującego możemy napotkać rozmaite

¹⁾ Verhoogen. Le diagnostic précoce de la paralysie générale progressive. Ref. w Neurolog. Centralbl. 1899.

²⁾ Charcot. Sur un cas de migraine ophthalmologique. Progr. Médical. 1890.

³⁾ Sémon. L'épilepsie sensitive et la paralysie générale. Progrès. Médic. 1890.

anomalie. Tak Marandon de Montyel stwierdził zaburzenia w czuciu dotykowym i bólowem¹⁾, polegające na ich stopieniu, czasami na wzmożeniu, a niekiedy na opóźnieniu w percepcyi. Zdarzają się zaburzenia w czuciu bólowem bez analogicznych zmian w dotykowym.

Prócz zaburzeń ściśle nerwowych zdarzają się w pierwszych okresach bezwładu postępującego inne zmiany somatyczne, które mogą czasami przechylić rozpoznanie w tę lub inną stronę. Tak np. Moravcik²⁾ wskazuje na dość znaczne czasami wahania w temperaturze ciała, a mianowicie jej podnoszenie się do 39—40°, podczas czego paralityk czuje się subiektywnie zupełnie dobrze. W neurastenii, anomalii w ciepłocie ciała nie bywa, jeżeli abstrahować od niezmiernie rzadkich przypadków t. zw. febris nervosa. W narządach trawiennych występują czasami bez jakiegokolwiek widocznej przyczyny zaburzenia w postaci biegunki lub zaparcia, wzmożony ślinotok i t. d. Dalej, Fürstner³⁾ wykazał, że w pierwszych okresach bezwładu waga ciała pada, czego nie bywa zwykle w neurastenii, o ile nie występują w niej komplikacje w postaci stałego braku łaknienia (Anorexia) lub ciężkich zaburzeń żołądkowych (neurasthenia gastrica).

Ilość moczu u paralityków bywa zawsze wzmożona, często nawet dochodzi do poliuryi; mocz ich zawiera często w pierwszych okresach choroby dużo soli fosforowych; natomiast w neurastenii częściej napotykamy wzmożoną ilość moczanów i soli szczawiowych (Krafft-Ebing).

Poświęciliśmy dużo miejsca wyszczególnieniu objawów somatycznych, musimy jednak podkreślić to, cośmy już raz pobieżnie zaznaczyli, że nie mają one dla naszej kwestyi tak rozstrzygającego znaczenia, jakby się to na pierwszy rzut oka zdawać mogło, a często mogą one nawet w błąd wprowadzić. Jeżeli mamy przed sobą człowieka lat średnich, który przechodził przymiot i prócz wybitnych objawów neurastenicznych znajdujemy jeszcze inne, wskazujące na organiczne cierpienie mózgu (np. nierównomierność źrenic, ich zwrotna nierucho-

¹⁾ Marandon de Montyel. a) Du sens tactile étude chez les mêmes malades aux trois périodes de la paral. gin. Arch. de neur. 1898. Cyt. u Kowalewskiego. b) Du sens algésique étude chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique, 1898.

²⁾ Moravcik. Ueber Initialsymptome der P. p.

³⁾ Fürstner. Ueber das Verhalten des Körpergewichts bei Psychosen. Neurol. Centralbl. 1889.

mość, wzmożone odruchy kolanowe z wzmożeniem napięciem mięśniowym), to na podstawie tych ostatnich nie mamy jeszcze prawa rozpoznawać pierwszego okresu bezwładu, bowiem zdarzają się przypadki, że są to objawy przymiotu mózgowego¹⁾, który wywołał u danego osobnika stan neurasteniczny (t. zw. parasyfilityczna neurastenii Fournier'a). Régis w swej pracy „*Neurasthenie et la paralysie générale*“ (1897. Nancy) dzieli neurasteników-syfilityków na dwie kategorie: na neurasteników-nerwowców i na neurasteników mózgowców. Pierwsi, to według niego, ludzie o temperamentie nerwowym, u których przymiot wy dobył jakby na jaw ukryte lub wzmógł istniejące już przedtem objawy neurasteniczne, którzy raczej obawiają się bezwładu postępującego lub czynią nawet wrażenie paralityków, ale nie wykazują żadnego objawu tej choroby. Drudzy—to ludzie, których przodkowie cierpieli na przyływy krwi do głowy lub miewali ataki apoplektyczne, którzy na skutek syfilisu dostali neurastenii, ale neurastenii specjalnej, „bardziej mózgowej, niż nerwowej“ z całym szeregiem objawów ocznych, z zaburzeniami mowy, zmianami w sferze odruchowej i t. d. Sądzymy, że ta klasyfikacya Régis nie na wiele się przyda, jeżeli chodzi o rozpoznanie różniczkowe, bowiem i ci neurastenicy-syfilitycy, którzy należą do jego pierwszej kategorii, choć nie pochodzą z rodziny apoplektyków, również wykazywać mogą objawy mózgowego cierpienia, a jednak nie mieć bezwładu postępującego. I często w takich razach musimy długo obserwować, analizować każdy szczegół, i jednak pozostawić rozpoznanie w zawieszeniu, dopóki psychika chorego nie wykaże jakiegoś rysu, który ostatecznie przechyli szalę rozpoznania na stronę bezwładu.

Dlatego też najgłówniejszą jest rzeczą zdawać sobie dokładnie sprawę z całokształtu psychiki chorego lub analizować szczegółowo jej poszczególne przejawy i na tej podstawie budować rozpoznanie: jakiś objaw organicznej choroby mózgowej bywa często tylko potwierdzeniem lub poparciem tak ugruntowanego rozpoznania, lecz sam przez się może wcale kwestyi nie rozstrzygać.

Régis sądzi, że o ile stwierdzić się daje, u danego chorego neurastenię konstytucjonalną, t. j. taką, która pochodzi z lat dziecięcych i jest jakgdyby drugą jego naturą, to można prawie z wszelką pewnością odrzucić myśl o bezwładzie. A jednak pamiętać należy, że zda-

¹⁾ Według Oppenheim'a, Uthoff'a, Rumpfa i in. może np. zwrotna nieruchomości źrenic na światło pozostać jedynym objawem przebytego kiedyś przymiotu mózgowego.

rzają się takie przypadki, gdzie bezwład postępujący bardzo nieznacznie, prawie niewidzialnie, skrada się ku takim chorym — i one dają właśnie dla lekarza nieprzezwyciężone prawie trudności rozpoznawcze (Timofejew). (D. n.)

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

363. Victor Lieblein. W sprawie rozszerzania od tyfu zwężeń zapalnych odbytnicy. Herman Schloffer. Wykluczenie drogą operacji zwężeń zapalnych odbytnicy. (Beiträge zur klinischen Chirurgie. Band XXXI, Heft 3)

30-letnia chora miała na 4 ctm. powyżej zwieracza odbytnicy zwężenie lejkwate, przepuszczające zaledwie czubek wskaziciela; próby wprowadzenia rozszerzacza zwykłego (bougie) doprowadziły do perforacji kiszki, poczem dla zamknięcia otworu wykonano laparotomię. Ponieważ rezekeya części jelita zwężonej wydawała się teraz koniecznością, na przebiegu okrężnicy wstępującej wykonano jako zabieg przedwstępny kolostomię; na rezekeyę jednak wypadło czekać wobec przedłużenia się objawów zapalnych, jak bóle mocne, odpływ krwi i ropy z rectum itp. W tym stanie rzeczy autor postanowił zastosować rozszerzanie wsteczne — od strony odbytu sztucznego — w sposób następujący: do odcinka odprowadzającego przesunięto długą nitkę jedwabną z ciężarkiem, drugi koniec podwiązki umocowano plasterem lepkiem na skórze brzucha, a dla wzmocnienia ruchów robaczkowych wprowadzono do kiszki purée z kartofli oraz wodę gorzką. Jakoż po upływie dwóch godzin koniec nitki z przywiązaniem doń ciężarkiem wyłonił się z odbytnicy; teraz do drugiego końca nitki autor przymocował tasiemką dren, który, dzięki ostrożnemu pociąganiu za ciężarek udało się przewlec przez jelito grube, poczem pozostawiono dren w miejscu zwężenia kiszki stolcowej na 6-godzinny przeciąg czasu. Ostatnie rozszerzyło się o tyle, że można było wprowadzać teraz bougie od strony odbytu i pozostawiać je w rectum na 24—48 godzin. W końcu przewężenie, przepuszczające zrazu koniuszeczek wskaziciela, rozluźniło się znacznie, cały bowiem wskaziciel przesunął się przez nie bez bólu. Wobec takiego wyniku odbytu sztuczny zamknięto i pacjentka w stanie zadowolniającym opuściła szpital.

Po niejakiem czasie, na skutek niedbalstwa chorej, nie zjawiającej się wcale na dylatacyę następcze, otrzymano nawrót zwężenia

wraz z objawami podrażnienia otrzewny. Postanowiono zatem usunąć cierpienie drogą operacyi. W przebiegu laparotomii przekonano się, że większa część odbytnicy zlepiała się z tylną ścianą miednicy i z macicą na przestrzeni aż do linea innominata, że jedynym więc wyjściem może być tylko wykluczenie części tej drogą zespolenia bocznego kątnicy esowatej z jelitem stolcowem (sigmoideorectostomia), przyczem spojono odcinki guzikiem Murphy'ego. Ponieważ bóle nie ustawały a nadto po upływie dni ośmiu wytworzyła się przetoka powyżej anastomozy, wycięto pod kierunkiem palca guzik zespalający, jako źródło ucisku, tenotomem; niebawem wylała się duża ilość mas kałowych, poczem bóle zmniejszyły się, niewielki jednak otwór spojenia zwęził się, a na każdą próbę rozszerzenia chora odpowiadała gorączką i objawami podrażnienia otrzewny. Ostatecznie, objawy te ustąpiły same przez się. W chwili wypisywania się operowanej stwierdzono, co następuje: stan ogólny niezły, otwór zespalający, okolony przez twarde i ostre brzegi, przepuszcza wskaziciela, działanie kiszek udaje się wywołać tylko pod wpływem środków czyszczących; co do wykluczonej części odbytnicy, miejsce, rozszerzane dawniej, zwęziło się obecnie jeszcze bardziej.

K. Niedzielski.

364. K. Roediger. **Przyczynę do statystyki raków języka.**
(Beitr. zur klin. Chirurgie. XXXI Band. 11 Heft).

W klinice prof. Czerny'ego w Heidelbergu w ciągu 3-letniego okresu czasu (1888—1900) spostrzegano 31 przypadków raka języka. Wiek chorych, mężczyzn przeważnie (25 p.p.), wahał się pomiędzy 37 i 80 rokiem, najczęściej pomiędzy piątym i szóstym latem dziesiątkiem, chorymi byli głównie mieszkańcy miast (61,3%). Z czynników etyologicznych autor przytacza drażnienie zębami zepsutymi (11 przyp.), 5 chorych byli namiętymi palaczami, 5-ciu przyznało się w wywiadach do przymiotu, w 5 spostrzeżeniach znaleziono nadto łuszczycę (psoriasis) języka, 2 razy rak rozwinął się na podłożu z brodawczaka, w jednym przypadku cierpienie należało przypisać podrażnieniu natury chemicznej, w jednym—mechanicznej. Obciążenie dziedziczne stwierdzono u 2 chorych, w 6 przypadkach przyczyny nie wykryto.

Objawem swoistym dla raka języka jest wczesne powstawanie bólów, które istnieją nie tylko na miejscu guzika lub owrzodzenia, lecz nader często szerzą się po szczękę dolnej i podniebieniu, tam zaś, gdzie guzik zwyrodnia brzegi boczne języka, chory doznaje nieraz bólów w uchu i w potylicy. Bóle uszu, dokuczające choremu nocą zwłaszcza, tłumaczy się przejściem podrażnienia z nerwu językowego na nerw licowy za pośrednictwem struny bębenkowej (chorda tympani); w ten sposób wyjaśnia się również jeden z wczesnych i częstych objawów—wzmózone wydzielanie śliny.

Nowotwór w mowie będący zauważa się najczęściej (60,7%) na lewej połowie języka. Dojrzałe zupełnie owrzodzenie rakowate wygląda, jak następuje: dno owrzodzenia jest nierówne, guzowate, z głę-

bokiemi szczelinami i pęknięciami, z zagłębieniem, mającem nieraz wygląd krateru; tamże widzimy zazwyczaj lepki, ropny, brudny, nieraz cuchnący nalot, zmieszany z resztkami pokarmu w stanie rozkładu; wałkowane, podminowane, nieprawidłowe brzegi mają w razach niektórych spoistość chrząstki. Jak przekonano się pod drobnowidzem, były to raki o typowym nabłonku płaskim, z dość wyraźnie zarysowaniem zrógowaceniem. Przerzuty w narządach dalszych napotymano tu bardzo rzadko, daleko częściej stwierdza się je w sąsiednich gruczołach chłonnych i w śliniankach; naciek gruczołów znaleziono ogółem w 22 przypadkach.

Dla usunięcia nowotworu wykonywano: 1) operacye od strony jamy ustnej żegadłem, nożem lub nożyczkami z uprzedniem podwiązaniem tętnicy językowej lub bez; 2) operacyę sposobem Langenbeck'a lub, wreszcie, sposobu tego 3) modyfikacyę. Jeżeli zabieg wykonywano przez usta, okres pooperacyjny wolny był od powikłań i już po upływie 2—3 dni operowani mogli odżywiać się per os. W tych razach, w których uskuteczniano rękoczyn metody L. za pomocą żegadła, leczenie następcze trwało przeciętnie 28 dni i dało 20% zejść niepomysłnych; to ostatnie otrzymano 2 razy w przypadkach, gdzie stosowano skalpel lub nożyczki, w spostrzeżeniach pozostałych kuracya nie przewyższała dni 20. Zmienioną metodę Langenbeck'a podejmowano w obec guzów wielkich przy jednoczesnem istnieniu przerzutów w gruczołach; zmarł jeden osobnik, operowany w ten sposób.

Odsetka śmiertelności, zaznaczona w statystyce autora, wynosi 13,3 i mniejszą jest o 2,1 w porównaniu z okresem dawniejszym (1878—1888). Zauważono, że wyniki rękoczynów, dokonywanych żegadłem, brzmią najpomysłniej, choć dotyczą przypadków najcięższych. Przebieg okresu pooperacyjnego bywa tu, wprawdzie, nieco dłuższy, wolnym jednak jest za to od gorączki, występowania obrzęku i krwotoków wtórnych.

K. Niedzielski.

365. H. Küttner. **Rana kłota trzustki, wyleczona szwem.** (Beitr. zur klin. Chirurgie. XXXII Band. 1 Heft).

Przypadek autora zasługuje na uwagę z tej przyczyny, że po raz pierwszy zastosowano tu szwycie zranionej trzustki. Operowany, 24-letni mężczyzna, uderzony został kindżalem w górną lewą połowę brzucha i już po upływie minut 15 przyjęty był do kliniki. Prócz wyniotów i obfitego krwawienia z rany znaleziono wypadnięcie żołądka, okrężnicy poprzecznej oraz pokrytych siecią pętli jelita cienkiego, zbrukanych resztkami jadła. Pod lekką narkozą eterem ranę przedniej ściany żołądka pochwycono w klamp Doyen'a, przemyto i odprowadzono do wewnątrz wypadające jelita, poczem wykryto na wątrobie niewielkie, mało broczące naciecie. Poszukując dalej innych źródeł krwawienia, znaleziono w więzcie żołądko-wątrobowym (lig. hepato-gastricum), ranę, po której rozszerzeniu znaleziono dalej uszkodzoną na całej niemal długości trzustkę, z której ocalał jedynie

szeroki na 1 ctm., mostek u górnego brzegu narządu. Na gruczoł nałożono trzy szwy z katgutem, a krwotok żylny z tylnej powierzchni trzustki opanowano gazą, którą wypełniono również i worek sieciowy. Prócz uszkodzeń powyższych stwierdzono jeszcze nacięcie ósmego żebra z lewej strony. Zasztyto dalej ranę żołądka, po zdjęciu zeń klampra i narząd odprowadzono na miejsce właściwe.

Rana powłok zewnętrznych zaczynała się w odległości 10,5 ctm. na lewo od pępka, skąd na długości 5 ctm. przebiegała ku górze; kierując się potem na lewo i ciągnąc zygżakiem wzdłuż łuku żebrowego, kończyła się poniżej wyrostka mieczykowatego na 3 ctm., na lewo. Po wprowadzeniu do jamy brzusznej tamponu, zeszyto niedoszczętnie warstwy brzucha, pozostawiając na zewnątrz końce gazy w dolnym i górnym odcinkach rany.

W ciągu trzech dni następných stan chorego wzbudzał obawy, potem, wszelako, ustały gorączka i zapaść. Okres pooperacyjny, zakończony wytworzeniem się ropnia podprzeponowego, zakończył się, pomimo to, pomyślnie i już po upływie dni 18 operowany wstał z łóżka. Wyzdrowienie po czterech tygodniach.

Otwarte rany trzustki napotyka się klinicznie bardzo rzadko, w znacznej bowiem większości razy zejście niepomyślnie na skutek gwałtownego krwotoku nie daje na siebie czekać. W danym przypadku rannego uratowały pomoc spieszna i niezwykle korzystny dlań kierunek rany bez zranienia tętnicy głównej, górnej tętnicy krezkowej, naczyń śledziony lub nerek. Dodać należy, że z trzustki lało się tu, jak z gąbki, tak, że o podwiązaniu naczyń nie mogło być mowy. W tym stanie rzeczy, jedynie skuteczne mogło być tylko wytamponowanie lub zeszytie, przyczem nie wkłócano igły zbyt głęboko w tkankę gruczołu, aby nie przebić przebiegających za narządem górnej tętnicy krezkowej i innych naczyń ważniejszych.

K. Niedzielski.

II. Choroby krtani, gardła i uszu.

366. Prof. Rosenberg. **Wyciąg z nadnercza w chorobach nosa i krtani.** (Berliner Klin. Wochenschrift № 26, 1902).

Z preparatów wyciągu z nadnercza, jako to: Suprareninum, Extr. suprarenale solubile, Adrenalinum Epinephria, ten trzeci, według autora okazał się najskuteczniejszym, chociaż i pierwsze nie pozostawały bez działania. Adrenalina przedstawia się jako żółtawy, kryształiczny proszek, prędko utleniający się na powietrzu, i dlatego lepiej używać go w rozcieńczeniu 1—1000—5000. Autor przeprowadził swoje badania z adrenaliną w roztworze 1:1000. Co się tyczy sposobu użycia, autor zakładał do nosa tamponiki z waty, zmoczonej tym płynem. Po upływie 1/2—1 minuty następowała zupełna bladeść błony śluzowej nosa, o ile była ona obrzmiała i zaczerwieniona; nos wyglądał jakby się składał tylko z kości, pokrytej białym nalotem.

Działanie wyciągu tego jest daleko energiczniejsze i przenika głębiej, niż kokaina. Znieczulenia zupełnego nie bywało, jak przy kokainie, ale w każdym razie zmniejszenie czucia dało się zauważyć i dlatego też autor dla celów operacyjnych używa obu środków jednocześnie. Adrenalina, jak powiada sam autor, nie może bynajmniej zastąpić kokainy, lecz bezwarunkowo dopełnia jej działanie. Środek ten, według autora, znakomicie ułatwia badanie wnętrza nosa. Nietylko przestrzenie jamiste, ale i cała błona śluzowa staje się zupełnie bezkrwistą, czego przy kokainie nie otrzymujemy. Przy wysmarowaniu adrenaliną muszli środkowej jesteśmy dzisiaj w stanie obejrzeć dokładnie kanał nosowy środkowy bez uciekania się, jak dotychczas, do rękoczynu operacyjnego na muszli i możemy naocznie skonstatować, z którego miejsca przy obecności wycieku ropnego z nosa wydostaje się ropa.

Z punktu widzenia leczniczego adrenalina daje daleko lepsze rezultaty, niż kokaina, gdyż trwają one dłużej (do 1—2 godzin) i to we wszystkich przypadkach obrzmienia błony śluzowej nosa, szczególnie ostrych (Coryza vasomotoria). Dzięki też zmniejszeniu się obrzmienia, w empyemacie jam nosowych ropa ma łatwiejszy odpływ. Najgłówniejsze zaś znaczenie adrenalina ma w zabiegach operacyjnych. Wykonawszy znieczulenie kokainą i wysmarowawszy nos adrenaliną, jesteśmy w stanie wykonywać wszelkie rękoczyny operacyjne bez utraty kropli krwi, a ma to przytem jeszcze i to znaczenie, że krew nie zalewa nam pola operacyjnego. Co się tyczy krwawień pooperacyjnych, nie są one większe, niż dotychczas, jakby się zdawać mogło. Dla zabezpieczenia się od nich autor, po wykonaniu operacji, daje miejsce przypala krysztalkiem Arg. nitr., tamponuje nos. Przy epistaxis działanie adrenaliny jest takie same.

Przy silnych obrzmieniach i przekrwieniu strun głosowych wystarcza wlanie paru kropel, aby wywołać zupełną bladłość i zniknięcie obrzmienia. Działanie to nie występuje przy głębokich nacieczeniach i tym sposobem adrenalina służyć może jako środek rozpoznawczy, czy w danym przypadku mamy do czynienia ze zwyczajnem obrzmieniem nieżytowem, czy też z nacieczeniem. Także dobre usługi oddaje adrenalina w obrzęku krtani na gruncie gruźliczym. Przy podawaniu A. do wewnątrz w tabletkach po 0,3 gr. (4 razy dziennie) w przypadkach analogicznych (a szczególnie w febrze siennej i katarze ostrym) działanie występowało również, ale znacznie słabiej.

Alfred Heiman.

367. Prof. A. Jurasz. **Obrażenia gardzieli i jamy nosogardzielowej.** (Podręcznik Laryngologii Ac. Heymann'a).

Gardziel dzięki swojej budowie anatomicznej jest bardzo rzadko wystawioną na wpływy szkodliwe, mogące wywołać obrażenia jej tkanek, szczególnie zaś to dotyczy jamy nosogardzielowej, która posiada zupełnie kostne ściany.

Najczęstszą przyczyną obrażeń bywają ciała ostre lub ostro

kańczaste, przedostające się do gardzieli podczas łykania lub oddychania przez usta lub nos, a nawet przez ucho. Dzieci, które przez zabawkę kładą sobie do ust noże, widelce i inne przedmioty, przez jaki bądź nieszcześliwy wypadek (upadnięcie etc.) wypychają sobie przedmioty te głęboko do gardzieli. Nieostrożne obchodzenie się z bronią palną, w wielu wypadkach w zamiarze samobójstwa, prowadzi także do ciężkich obrażeń gardzieli, często śmiertelnych. Że umysłowo chorzy pod wpływem manii kaleczą sobie gardziel, niejednokrotnie też zauważono. Nieumiejętne lub nieostrożne zachowanie się lekarza podczas operacji w gardzieli, szczególnie przy nakładaniu tonsillotomu u pacjentów niespokojnych często też sprowadza obrażenia.

Daleko rzadziej zdarzają się obrażenia, wywołane zzewnątrz, niż na drodze naturalnej przez usta lub nos. Do tych przypadków należą uszkodzenia, wywołane w zamiarze samobójstwa przez narzędzia ostre, przyczem przy przecięciu górnej części szyi obrażone zostają nie tylko skóra i mięśnie szyjowe, ale i gardziel.

Co się tyczy postępowania lekarskiego, w pierwszej linii zapobiedz trzeba niebezpieczeństwu, grożącemu życiu i dlatego w silnym krwotoku należy natychmiast podwiązać przecięte naczynia resp. Carotis, przy duszeniu się podczas oddychania wykonać tracheotomię i to jaknajprędzej, gdyż wiadomo, że niewielka z początku duszność pod wpływem obrzmienia, coraz więcej się wzmaga. Później należy zająć się leczeniem rany. Brzeży jej winno być, o ile można, zeszyte i oprócz tego zastosować należy środki antyseptyczne do płukania gardła, inhalacji duszu nosowego etc. Przy trudności w łykaniu i towarzyszących jej bólach dawać się winno lód, lody owocowe etc. Jeżeli łykanie jest wykluczone, odżywiać chorego należy przez sondę lub za pomocą klizm odżywczych.

A. Heimann.

368. Prof. Jacobson. W kwestyi leczenia „suchych“ cierpień ucha środkowego, szczególnie za pomocą zgłębnika uciskowego (federnde Drucksonde) (Klin. Vorträge etc. Red. Prof. Haug).

Jak przed 10 laty, tak i teraz J. jest wielkim zwolennikiem stosowania w suchych chronicznych katarach ucha środkowego zgłębnika uciskowego Lucae'go. Sposób ten, pomimo że wynalazca bardzo go zalecał kolegom po fachu, nie znalazł przychylnego przyjęcia. Jedni twierdzili, że stosowanie zgłębnika tego jest zbyt bolesne dla cierpiących, inni zaś wręcz go odrzucili, wychodząc z tego założenia, że ucisk na krótki wyrostek w nieznacznym tylko stopniu wpływa na poruszanie się kosteczek wyrostek, ten bowiem leży zbyt blisko osi poprzecznej młoteczka i kowadelka. Inni znowu nie otrzymywali dodatnich rezultatów przy tym sposobie. Jacobson zaś, jak Lucae i paru innych autorów, stosując bądź tylko zgłębnik uciskowy, bądź w kombinacji z innymi metodami leczniczymi, dochodzili w wielu przypadkach do bardzo dobrych rezultatów, jako to słuch w wielu razach znacznie się poprawiał i szumy

uszu dużo się zmniejszały. J. rozpoczyna leczenie t. z. suchych katarów ucha środkowego od przedmuchiwania i przechodzi, jeżeli nie widzi polepszenia, do stosowania zgłębnika uciskowego, poczem znowu natychmiast ucho przedmucha. Jeżeli rękoczynny te pozostają bez rezultatu, przechodzi do masażu wibracyjnego, przyczem, jeśli i to nie pomaga, przed masażem stosuje cewnik lub zgłębnik uciskowy.

Widoczne, że chodzi tu nie o samo tylko używanie zgłębnika uciskowego, na co i J. zwraca uwagę, lecz o skombinowanie różnych metod leczniczych z przewagą stosowania zgłębnika uciskowego. Przy bezradności, w obliczu której się znajdujemy w wielu ciężkich cierpieniach ucha, polegających na chronicznym zapaleniu kosteczek (z ankylozą), powinniśmy wypróbować wszystkie sposoby, uważane jako nieszkodliwe. Dlatego J. zaleca także i ten sposób leczenia.

A. Heiman.

369. Calamida i Citelli. „**Sródbłoniak i gruźlica jamy nosowej**“ („Endotelioma della fossa nasale con tuberculosi“). *Archivis italiano di otologia, rinologia e laringologia* v. XIII—2 F. 1902).

Bardzo rzadkiem bywa połączenie raka z gruźlicą w jednym i tym samym narządzie. Między innymi odnośnie do przelyku przypadki takie ogłosił Cordua i Hamburger, w krtani zaś Crone i Baumgarten, wreszcie autorzy powyższej pracy — w nosie u 67 letniej chorej. Co się tyczy związku przyczynowego, to istnieją 2 hipotezy: według jednych (Zenker, Baumgarten etc.) ma tu miejsce inwazyja łasieczników gruźliczych przez zniszczone sprawą rakowatą tkanki, inni natomiast autorowie (Hamburger, Steinhäuser etc.) uważają sprawę gruźliczą za pierwotną, usposabiającą do rozwoju raka. W przypadku swoim Calamida i Citelli również przypuszczają ostatnią hipotezę.

Dr. Jan Sędziak.

370. Compaired. „**Znaczny krwotok po przecięciu błony bębenkowej**“ (Considerevole emorragia consecutiva ad una miringatomia).
Ibidem.

Niezmiernie rzadki ten przypadek dotyczył 23-letniej chorej, dotkniętej w następstwie influenzy ostrem zapaleniem ucha środkowego. Po rozięciu błony bębenkowej wystąpił gwałtowny krwotok, z trudnością dający się powstrzymać po kilku godzinach dzięki tamponadzie przewodu słuchowego zewnętrznego, oraz uciskowi tętnicy szyjowej.

Autor przypuszcza w tym przypadku anomalię anatomiczną (gałązka tętnicy sześcokowej górnej wewnętrznej, lub szyjowej wewnętrznej).

Dr. Jan Sędziak.

371. De Carli. „Przypadek zawrotów głowy pochodzenia nosowego“. (Un caso di vertigine riflessa dal naso). Ibidem 3 F.

Zawroty głowy pochodzenia nosowego (nerwice zwrotne) nie należą do rzadkości. W przypadku jednak autora znamienne było niezwykle natężenie tego objawu: zawrót, połączony z upadkiem na ziemię (jakkolwiek bez utraty przytomności), nudnościami i wymiotami. Przyczyną było nagromadzenie strupów w jamach nosowych, jako następstwo nieżyty przewlekłego zanikowego. Strupy te—jako ciała obce, wywoływały drażnienie, zakończeń nerwu trójdzielnego, które to drażnienie za pośrednictwem splotu Mackel'a udziało się nerwom naczynioruchowym śródczaszkowym. Usunięcie strupów za każdym razem usuwało zawroty. *Dr. Jan Sędziak.*

372. Ferreri. „Zapalenie ropne ucha środkowego w przebiegu ozenu“. (Le otiti medié purulente nell'ozena) Ibidem.

1-y Gradenigo w r. 1896, a zwłaszcza Lacroix zwrócili uwagę na powikłanie cuchnącego nieżyty nosa zapaleniem ropnym ucha środkowego. Ferreri na 430 chorych na ozenu w 41 przyp. t. j. w 9,69% notował zajęcie ucha (27 kobiet i 14 męż.), mianowicie 20 razy zapalenie przewlekłe, 12 przekrwienie przewlekłe, wreszcie 9 razy selerosis ucha środkowego. W 7 przyp. autor przeprowadził badania bakteriologiczne ropy usznej, przyczem w 6 znajdował stale jeden rodzaj: bacillus mucosus ozena. *Dr. Jan Sędziak.*

373. Killian. „Krótkie wskazówki w kwestyi badania przełyku, tchawicy i oskrzeli za pomocą bezpośrednich metod“. (Short hints for examining the oesophagus, trachea and bronchi by direct methods). Journal of laryngology, rhinology and otology. № 10—1902).

Interesująca praca, opatrzona wielu rysunkami. Rozpoczyna ją autor od oesophagoscopii, podając szczegółów wskazówki co do pocy chorych oraz instrumentów. Wspomniałszy w paru słowach o metodzie Kirstein'a (badanie bezpośrednie krtani), rozpatruje autor kolejno górną i dolną bezpośrednią tracheoskopię i bronchoskopię, podając rysunki odpowiednie. *Dr. Jan Sędziak.*

III. Choroby weneryczne.

374. M. Bockhart. Ueber die Merkurialbehandlung der Tabes-Kranken. (Monatsh. J. prakt. Dermat. Band XXXIV, Nr. 1).

Przed 20 mniej więcej laty zapatrywano się na wiał rdzenia jako na zwykłą postać trzeciorzędą przymiotu i leczono rtęcią bez

względem na okres choroby. Leczenie takie nie tylko nie dawało wy­ników dodatnich, ale nadto często szkodziło nawet. Obecnie nikt już nie stosuje rtęci w ostatnich okresach władu, natomiast w początkach choroby, nawet już przy rozpoczynających się zaburzeniach w koor­dynacji ruchów, rtęć może przynieść korzyść nie małą. Na zasadzie własnego doświadczenia z lat 13 autor sprzeciwia się stanowczo ener­gicznemu leczeniu rtęcią, radzi natomiast zastąpić je leczeniem małe­ni dawkami rtęci, powtarzaniem atoli częściej. Według autora, należy przeprowadzić leczenie w sposób następujący: dać 20 — 25 wcierań szaruchy po 2,5—3,0 i zrobić przerwę, zwłaszcza, jeżeli chory zaczy­na tracić na wadze i źle się czuje. W czasie leczenia chory zażywa 4—5 razy tygodniowo kąpeli ciepłej: 25 — 26° R, ponieważ kąpiele zimne lub gorące źle wpływają wogóle na przebieg choroby. Chory powinien mało używać ruchu, spać, lub przynajmniej leżeć w łóżku po 10 godzin w nocy i po 2 godziny za dnia, zaniechać palenia pa­pierośw i użycia napojów wysokowych. Jeżeli wcierania dla ja­kichbądź powodów zastosować się nie dają, można zamiast nich zrobić 20 — 25 zastrzyknięć sublimatowych: 0,01 *pro dosi*. Leczenie takie należy powtarzać przez kilka lat z rzędu. Na zakończenie podaje autor krótką wiadomość statystyczną o 95 chorych, leczonych opisa­nym tu sposobem. Wyniki w większości przypadków były nadspon­dziewanie dobre: jeżeli się nie udawało wstrzymać całkowicie roz­woju choroby, to w każdym razie postęp jej stawał się powolniej­szym.

Fr. G-yć.

375. Claudio Fermi. **Praktyczny sposób zapobiegania rzeżączce.** („Praktische Methode der Prophylaxis des Trippers“. Dermatologische Zeitschrift. Bnd. IX, Heft 1—2, 1902).

Pomimo, że w tytule mowa o zapobieganiu, w artykule mamy rzecz o leczeniu świeżych przypadków rzeżączki.—Istotnie praktycznie leczenie rzeżączki powinno, zdaniem autora, odpowiadać następującym wymaganiom: a) powinno być skuteczne, bezbolesne, zapobiegające powikłaniom, trwające możliwie krótko; b) nie powinno przeszkadzać choremu w jego zajęciach; c) powinno być łatwe do zastosowania; d) nie być kosztowne.—Sposób heroiczny, a odpowiadający wyż wy­liczonym wymaganiom, składa się z dwóch części: 1) należy usunąć gonokoki i pierwiastki toksyczne z cewki moczowej przez dokładne jej przemywanie i 2) należy podnieść odporność błony śluzowej cewki, ażeby powstrzymać rozwój objawów zapalnych.—Zadanie pierwsze daje się osiągnąć przez przemywanie, które, aby odpowiadało celowi, ma być dokonywane w sposób następujący: szprycę gumową, mającą postać gruszki, o końcu kościanym, pojemności 100—200 cem. napełnić płynem, mającym służyć do przemywania. Można użyć do tego: kal. hypermang. 1:5—4000, Ichthyol 10—20%, najlepiej zaś protar­gol 2—3%. Wsadziwszy następnie koniec szprycy do cewki i pod­niósłszy pracę ku górze, nacisnąć gruszkę, później zaś, opuściwszy pracę ku dółowi, uwolnić szprycę od ucisku: płyn ponownie wróci

z cewki do szprycy. Przez powtarzanie takiej manipulacji w ciągu 5—10 minut możemy dokładnie przemyć cewkę, nie zużywając więcej nad pierwotnie wziętą ilość leku. Zastrzega się, że płyn użyty do pierwszego przemycia lepiej jest wylać i do następnych posługiwać się świeżym, a przemywanie takie w ciągu dnia należy powtórzyć trzykrotnie. Zadanie drugie, t. j. usunięcie zapalenia daje się osiągnąć w również prosty sposób: należy owinać prącie w płótno cienkie lub gazę, w wiele warstw ułożone i kilka razy w ciągu dnia zlewać to owinięcie wodą zimną. Za pomocą tego zabiegu osiągamy: a) spadek ciepłoty, b) szybkie ustąpienie objawów zapalnych. Autor zapewnia, że, stosując metodę swoją przez szereg lat, otrzymywał zawsze wyniki najpomyślniejsze, leczenie zaś trwało zwykle nie dłużej nad 6 — 12 dni, o ile chory zachowywał przytem ściśle przepisy dyetyetyczne.

Fr. G-yć.

376. Albert Marcus. Nowy sposób leczenia rzeżączki. (Dermatol. Zeitschrift 1902, VIII).

Ziarniki Neisser'a rozwijają się najlepiej w ciepłocie między 24° — 39°C. Temperatury wyższe działają zabójczo na ten drobno-ustrój i tem dają się objaśnić liczne spostrzeżenia kliniczne, że objawy trypra zmniejszają się, a nawet całkiem znikają u chorych długo i silnie gorączkujących. Powyższe dane bakteryologiczne i spostrzeżenia kliniczne naprowadziły na myśl leczenia trypra gorącymi kąpielami i wstrzykiwaniami do cewki moczowej gorącej wody, częste jednak kąpiele gorące są bardzo dla chorych uciążliwe, a wstrzykiwania gorącej wody są nadzwyczaj bolesne. Autor obmyślił i zbudował przyrząd, który nazwał „Ogrzewaczem kanału moczowego“. Ogrzewacz stwarza warunki miejscowego podniesienia ciepłoty i z teoretycznego i praktycznego punktu widzenia zdaje się odpowiadać wszystkim wymaganiom racjonalnego leczenia rzeżączki. Przyrząd składa się z rurki stalowej, z jednego końca ślepo zakończonej. Objętość i długość przyrządu odpowiada pojemności i długości przedniej cewki moczowej u mężczyzn, a że pojemność cewki różną jest u różnych osobników, należy przeto mieć kilka przyrządów różnej grubości według skali Charriera'a.

Wewnątrz przyrządu umieszczony jest drut spiralnie skręcony a między drutem i wewnętrzną ścianką rurki umieszczona jest odpowiednia warstwa materiału izolacyjnego, który warunkuje równomierne ogrzewanie przyrządu. Drut połączony jest z baterią elektryczną lub akumulatorem, a reostat pozwala nam z matematyczną ścisłością podnosić lub obniżać temperaturę, którą mierzymy termometrem, znajdującym się wewnątrz przyrządu.

Widzimy więc, że źródłem ciepła w danym przyrządzie jest elektryczność, którą możemy najzupełniej dowolnie miarować.

Użycie przyrządu jest następujące: iż po oddaniu moczu przez chorego i po dokładnem oczyszczeniu główki członka i zewnętrznego otworu cewki jakimkolwiek płynem dezynfekcyjnym, wprowadzamy

uprzednio wyjąłwiony i posmarowany wyjąłwionym tłuszczem przyrząd do cewki. Początkowo wprowadzamy możliwie cienki numer przyrządu, aby jak najmniej drażnić obrzmiąłą błonę śluzową cewki i uprzednio ogrzewamy przyrząd do 37°—37,5°C.

Jeżeli zastosować powyższe warunki, to chory prócz lekkiego swędzenia żadnych bólów nie odczuwa.

Temperaturę co 2 minuty stopniowo podnosimy o 1°C i w ten sposób dochodzimy do 45°—58°C, utrzymując ją przez 1/2—1—1 1/2 godziny, a w tym względzie kierujemy się wrażliwością chorego, obniżając temperaturę i skracając posiedzenie.

Autor leczył w ten sposób 20 przypadków ostrego trypra, a że przebieg leczenia we wszystkich był jednakowy, historia jednego chorego dostatecznie obrazuje przebieg pozostałych.

Chory zgłosił się z wydzieliną z cewki na 10-y dzień po podejrzanem spółkowaniu, przyczem skarżył się na silne palenie przy oddawaniu moczu, na bolesne naprężanie członka i ból w gruczołach pachwinowych. Chory zaraził się po raz pierwszy. Z zaczerwienionego i obrzękłego wylotu cewki pokazywała się obfita ilość żółtejropy. Pierwsza część moczu mętna, druga — zupełnie przezroczysta. Badanie drobnowidzowe wykazało dużą ilość tryprowych ziarników. Przystąpiono do leczenia: 1-y dzień—wprowadzenie przyrządu niebolesne, chory zniósł dobrze w ciągu 25 minut ogrzewanie do 55°C. Podczas działania przyrządu — brak bólu, podrażnienia i parcia na moc. Chory sam mówi o uspokajającym działaniu ciepła. Na drugi dzień rano stwierdzono, że zaczerwienienia cewki niema, wydzieliną znacznie mniejsza, naprężenia członka rzadsze i mniej bolesne, ziarniki w mniejszej ilości, a wprowadzenie przyrządu zupełnie niebolesne. Ogrzewanie do 55°C w ciągu 30 minut. Po południu zrobiono drugie ogrzewanie do tej samej temperatury w ciągu 35 minut.

Trzeciego dnia zrobiono jedno ogrzewanie również do 55° w ciągu 40 minut. Znaleziono poł drobnowidzem małą ilość ziarników. Czwartego dnia zrobiono dwa razy ogrzewanie do 55°C przez 35 minut i do 50°C przez 40 minut, tę samą manipulację powtórzono piątego dnia i szóstego, a badanie drobnowidzowe wykazało nieobecność ziarników tryprowych.

Siódmego dnia chory zmuszony był wyjechać, a kiedy zjawił się po upływie trzech tygodni, stwierdzono zupełne wyzdrowienie.

Reszta przypadków w ten sposób leczona przebiegała zupełnie analogicznie. W każdym z nich już po jednorazowym posiedzeniu zaukiły objawy podmiotowe i palenie przy moczeniu stawało się mniejsze, a naprężenia członka i nocne zmyzy rzadkie i mniej bolesne. Wydzieliną zmniejszała się i robiła się rzadsza, również zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej, stawały się mniejsze. W żadnym z obserwowanych przypadków rzeżączka nie przeszła na tylną cewkę i w żadnym nie było nawrotów, jak również przez wyżej opisany zabieg nie była nigdy uszkodzona błona śluzowa cewki.

Im sprawa chorobowa miała silniejsze napięcie, tom ogrzewanie robiono dłużej, przytem nie stosowano żadnych wewnętrznych i zewnętrznych leków.

Przeciętny czas trwania leczenia wynosił osiem dni, ale autor ma nadzieję, że rzeżączkę tym sposobem usunąć będzie można jeszcze prędzej i przypuszcza, że jego metodę z pożytkiem będzie można zastosować i w przewlekłej rzeżączce, a mianowicie w ziarninie i w łącznotkankowych zgrubieniach błony śluzowej.

Tak przedstawia się ów sposób leczenia trypra. Czy on rzeżywiście będzie tak cudownym, jak go opisuje autor przesądzać dziś trudno. Wobec tego jednak, że oparty jest na naukowych podstawach, że jest względnie łatwy do zastosowania, że jest w stosowaniu niebolesny i nie wywołuje powikłań, stoi on o całe niebo wyżej od całego szeregu sposobów częstokroć bardzo ryzykownych, polecanych w celu poronnego leczenia trypra i dlatego ze wszech miar zasługuje na wypróbowanie. Autor w końcu pracy podaje swój adres (Monachium, plac Karola № 6) i zaznacza, że chętnie udzielać będzie kolegom ustnie czy piśmiennie wszelkich objaśnień.

Edmund Kurella.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

377. (jz) **Bronchitis chron.**

Men zaleca w tem cierpieniu wdychanie chlorku amonu in statu nascendi. Przypominamy, że w r. 1888 tę samą metodę zalecał u nas Drzewiecki.

378. (jz) **Dyetetyka.**

Lehman w Arch. f. Hyg. badał znaczenie rozdrabniania i gotowania pokarmów na ich strawność. Jako materiału używał jaj, mięsa, sera, jabłek, kartofli, marchwi. Według badań jego, rozdrabnianie pokarmów oddziaływało silnie na ich strawność, istnieje nawet wybitna różnica między rąbaniem na 1 mm. cząstki a zmiażdżeniem na drobniejsze. Gotowanie szczególnie wpływa na pokarmy roślinne. Sacharyzacya pokarmów gotowanych jest 5 razy większa, niż surowych, sacharyzacya rozdrobnionych bardzo pokarmów 20 razy większa, niż grubo krajanych. Przez gotowanie drobnosiekanych pokarmów można podnieść sacharyzację o 30—100 razy.

379. (jz) **Haemophilia.**

Wallis zaleca w hemofilii calcium chloratum, który w wypadku uporeczywego krwawienia po wyrwaniu zęba po 8 dniach dał mu dobre wyniki. (B. m. j. 5)

380. (jz) **Hämol-Kobert.**

Furst w D. m. Zg. (67) ogłasza badania nad działaniem hemolu na krew. Preparat ten znoszony dobrze nawet przez chorych z wrzodem żołądka ilość hemoglobiny zwiększała się z 29 do 51, ilość cz. c. kr. z 2,800000 do 4,300000 w 1 m. sz. w ciągu kilku tygodni.

381. (fg) **Herpes tonsurans.** G. Th. Jackson zaleca do leczenia *herpetis tonsurantis*, choroby, jak wiadomo, bardzo uporeczywej, jod z gęsim szmalcem [4,0 : 30,0]. Szmalec gęsi odgrywa w tych razach bardzo ważną rolę, gdyż posiada własności przenikania głęboko w skórę, dzięki czemu z łatwością pociąga tam za sobą jod. Jeżeli mamy leczyć skórę na głowie, smarujemy miejsca dotknięte

cierpieniem maścią dwa razy dziennie do czasu wystąpienia stanu zapalnego i obrzęku skóry; poczem stosujemy maść już tylko raz na dobę. Po 2—3 tygodniach włosy na miejscu dotkniętem cierpieniem wypadają, ale wkrótce odrastają nowe; na tem kończy się leczenie. Wrywanie włosów jest tu zbyt szkodliwe. Sam zabieg sprawia choremu ból niezbyt dotkliwy tylko przy kilku pierwszych zastosowaniach. Rzecz się ma gorzej, gdy leczymy chorobę na skórze twarzy (w brodzie, wąsach): bóle bywają wtedy o wiele silniejsze, a obrzęk skóry dosięga niekiedy takiego stopnia, że zmusza nas do przerwania leczenia. Stosujemy wtedy przez kilka dni oliwę z kwasem salicylowym (3%). Skoro podrażnienie skóry przemienie, wracamy do leczenia jodem. Pomyślny wynik niewątpliwy.

382. (fg) *Lupus*.

Seatchard poleca wypróbowany przez siebie sposób leczenia wilka zyczejnego (*lupus vulgaris*). Przypadek dotyczy chorego, dotkniętego pomienionem cierpieniem na znacznym obszarze skóry. Przedewszystkiem usunął autor strupy, odmoczywszy je w pierw oliwą, następnie miejsca dotknięte cierpieniem przypalił formaliną [formalini, gliccerni aa]. Po dwóch tygodniach na miejscu owrzodzeń otrzymał blizny. Kilka wykwitów, które rozwinęły się później i budziły podejrzenie co do charakteru swojego, przypalił autor powtórnie i w ciągu całego roku nie zauważył nawrotu choroby. Dla złagodzenia bólu radzi autor miejsca, przeznaczone do wypalenia, posypać przedtem ortoforem.

383. (jz) *Natrum bivoracicum*.

Gerhard na zasadzie badań własnych i dawnych Rubner'a

zaleca w leczeniu odtłuszczającym użycie natri bivoracici po 0,5 grm. 3 r. dz. Środek ten działa w ten sposób, że wywołuje zwiększenie wchłaniania tłuszczów. Współcześnie należy stosować dietę odtłuszczającą i nie przekraczać dawki, gdyż występują wtedy objawy uboczne. (T. d. Gegenwart. VI).

384. (jz) *Natrum cacodylicum*.

Mendel zaleca podskórne, a nawet śródżylnie stosowanie tego środka w dawkach do 0,2 grm. pro die w anemii, chlorosis, gruźlicy, cukrzycy, chorobach skórnych i nerwowych. Dawkę stopniowo powiększać należy. (Th. M. 4).

385. (jz) *Ol. ricini*.

Jako corrigens zaleca O b r a z c o w następującą mieszaninę:

Rp. *Ol. ricini* 30

Menth. 0,5

Tr. jodi gutt. X

w wodzie gorącej; dla dzieci:

Ol. ricini 10,0

Mentholi 0,01

Tr. jodi gutt. 1.

386. (jz) *Perdynaminum*.

Leyden zachwala środek ten jako krwiotwórczy, dobrze wchłaniający się i przyjmowany chętnie przez chorych. Według badań Leydena i Langgarda nad królikami, środek ten wywołuje już w ciągu 11 dni zwiększenie ilości hemoglobiny we krwi o 33%—77% i przez czas długi nawet po usunięciu środka ilość ta pozostawała na tej wysokości. (Th. M. VIII).

387. (jz) *Rad. Ipecacuanhae*.

Kober i Lowin na zasadzie badań odnośnych radzą zarzucić użycie środka tego do wewnątrz skutkiem osłabiającego działania na serce, natomiast zalecają dla wywołania wymiotów i wykrztu-

szania płukanie z extr. fluid. lub nalewki. (Th. M. 8).

388. (jz) **Sirolin i Thiocol.**

Fuks ogłasza badania nad tiokolem w gruźlicy w W. kl. Rund. (21/22); środek ten stosował w opłatkach lub tabletkach po 0.5 p. d. i 3—6 gr. pro die., sirolinę natomiast per se łyżeczkami od kawy. Chorzy znosili dobrze te środki i przy użyciu nie było żadnych działań ubocznych. Gorączka ustępowała po dniach kilku, poty nocne po 2—3 dniach, pobudzenie kaszlowe zmniejszało się lub znikało, płwocina wydzielala się w ilości mniejszej i traciła cechy ropiastej.

389. (jz) **Stypticinum.**

Kaufman stosował 5% maść lanolinową z dobrym wynikiem w ostrych zapaleniach skóry, w przewlekłych środek ten nie daje dobrych wyników. (M. f. D. 25).

390. (jz) **Santoninum.**

Jak wiadomo, Negro niedawno zalecał w bólach w wiąździe rdzenia środek ten i radził wypróbować go w innych cierpieniach nerwowych. Obecnie Combemal i Chabert na zasadzie 16. obserwacji twierdzą, że santonina w dawkach 0,15 p. die nie działa w zwykłych nerwobólach, ale działa za to wybornie w bólach błyskawicznych w wiąździe. (Th. M. 8).

391. (jz) **Scarlatina.**

Engel w przypadku ciężkim szkarlatyny zastosował z wynikiem dodatnim zastrzyknięcie 8 ctm. sz. surowicy krwi zdrowego człowieka. Ciepłota wkrótce spadła litycznie. Chorzy poprawili się. (Th. M. 8).

392. (jz) **Tuberc. plm.**

Cybulski zaleca gorąco wstrzykiwania podskórne arseniku w suchotach płucnych. Zastrzykuje 0,2 grm. natri arsenicosi w 20 grm. $\frac{1}{2}\%$ rosw. karbolu na gorąco. Chorzy poprawiali się, gorączka znikała, waga przybywała, wzma-gało się łaknienie. (Prz. lek., D. m. W. 33).

393. (jz) **Typhus abdominalis.**

W czasie wojny burskoangielskiej M. Wright stosował szczepienie ochronne duru z hodowli wyjąłowionych u $\frac{1}{5}$ cz. armii angielskiej. Wyniki w porównaniu z nieszczepionymi były dodatnie; również dobre wyniki otrzymał w Indyach. Po zastrzyknięciu przez 48 godzin chorzy lekko gorączkują. Krew szczepionych posiada własności aglutynacyjne. (W. M. W. 43).

394. (jz) **Ulcus cruris.**

Jessner zaleca w leczeniu owrzodzeń goleni Calcarium hypochlorosam w roztworze 1:100. Kawałki gazy macza w tym płynie okłada owrzodzenie i opatruje ceratką oraz bandażem trykotowym.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 listopada 1902 r.

(HO) Ostatni zjazd międzynarodowy dla badania gruźlicy, jaki świeżo w końcu października odbył się w Berlinie, potwierdził to, co już niejednokrotnie pisaliśmy w kwestyi wielkich zjazdów lekarskich. Instytucya ta przeżywa się, można powiedzieć, że zwyrodniała w następstwie nadmiernego przerostu.

Ogromny stek ludzi, z których zaledwie mały odsetek myśli o nauce, a większość goni za celami ubocznymi, masa odczytów bez wartości, zgłaszanych dla reklamy, a zabierających tyle czasu, że dyskusya — ten punkt ciężkości zjazdów, przesuniętą została na plan dalszy, wreszcie zbytnia częstość zjazdów — wszystko to sprowadza wartość naukową ich do minimum.

Znaczeniu naukowemu zjazdów w ostatnim czasie grozić zaczął jeszcze jeden szach — a to przez dążenie rządów do wyzyskania zjazdów dla swoich celów. Dało się to odczuć właśnie na ostatnim zjeździe w Berlinie; miał on dać niejako wszechświatową uczoną sankcyę kierunkowi walki z gruźlicą w Niemczech, który przez prawo już działające (stosunek sanatoryjów do prawa ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy) oraz zamierzone (prawo o donoszeniu obowiązkiem, nadzoru nad suchotnikami i t. d.) ściśle jest związany ze sprawami państwowymi. Zjazd użyto za organ propagandy dla poglądów, uznanych za oficjalne.

Tego rodzaju naginanie nauki do celów pośrednich może się odbyć niekorzystnie na obie strony. Odkrycia naukowe nie robią się z nakazu i na termin, ani sporne kwestye w nauce nie rozstrzygają się przez powszechne głosowanie.

Główną kwestyą naukową, której rozstrzygnięcia spodziewano się wśród rezultatów zjazdu, było pytanie o tożsamości gruźlicy ludzkiej i bydłowej. Pozostało ono po kongresie w tej samej fazie, co i przed nim. Jeden mówca przemawiał za (Nocard), inny przeciw, jeszcze inny, jak referent urzędowy Dr. Koehler, dyrektor cesarskiego biura zdrowia, lawirował ostrożnie w złotym środku. Odnośnie np. potrzeby gotowania mleka (krowiego), jak tego żądają zwolennicy jednolitości zarazka gruźlicy, wyraził się Dr. K., że nie ma w tem nic złego, ponieważ mleko jest wszakże przenośnikiem i innych zarazków (tyfus, płonica); prof. R. Koch oczywiście bronił swej tezy w godzinnej mowie — ale nowych argumentów nie dodał. Twierdził, że nie zna ani jednego przypadku, dowiedzionego na pewno, gruźlicy kiszki pierwotnej; są to przypadki wogóle b. rzadkie, przytem nie wyklucza się innych źródeł zarażenia, jak polykanie zarodków z kuznem; zresztą, nigdy wszakże nie została stwierdzona, że w tych przypadkach gruźlica zależała od lasecznika gruźlicy bydłowej. Powoływał się też prof. K. na masło, którego użycie nie jest uważane

za źródło zarażania się gruźlicą. (Mógłby dodać i mleko kwaśne; wiadomo, że nie jest ono w Niemczech w takim użyciu, jak u nas, skoro nie na nie zwrócono uwagi. Dotąd jednak nasi kontagioniści i bakteriologowie jakoś nie powstają przeciw jego użyciu, jak również kefiru — może dla tego, że jeszcze nie podnieśli tej kwestyi w Niemczech. Nie łatwą byłoby obecnie zbadanie jej pod względem bakteriologicznym i zdecydowanie, jak należy postępować — zarówno wobec schizmy w poglądach na rolę właściwych laseczników gruźlicy, jak i na możliwą obecność laseczników Robinowskich i podobnych).

— Współredaktor pisma naszego, kol. J. Zawadzki, otrzymał koncesyę na „Bibliotekę lekarską“, pismo miesięczne, które zawierać będzie w sobie wyłącznie podręczniki z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych.

Jak wiadomo, od czasów wydawnictwa tego rodzaju, podjętego przez prof. Girsztowta, nie podejmował nikt *systematycznego* wydawnictwa podręczników, jedynie pojedyncze pisma, jak *Gazeta lekarska* lub instytucje jak Kasa Mianowskiego dorywczo, w miarę napływu materiału, a bez określonego z góry planu wydawały obszerne podręczniki, bądź tłumaczone, bądź specjalne. Wydawnictwa te mimo wysokiej nieraz wartości nie przynosiły zysków materialnych, a niejednokrotnie dawały straty dla braku szerszego zainteresowania się niemi czytających lekarzy. Niektórzy widzieli przyczynę niepowodzeń w zbyt wysokiej cenie podręczników, inni podnosili, że nie są one przeznaczone dla lekarzy praktyków i mało uwzględniają ich potrzeby, inni wreszcie, że z podręczników, nie powiązanych ideą wspólną i nie wychodzących systematycznie, trudno sformować potrzebną bibliotekę i ci właśnie korzystali głównie z podręczników w innych wydanych językach, często w nieudolnym tłumaczeniu z oryginału, na czem piśmiennictwo nasze traciło niewątpliwie.

To też myśl systematycznego wydawnictwa dla lekarzy-praktyków podręczników ze wszystkich gałęzi naszej wiedzy napraszała się i to tem bardziej, że skutkiem braku podręczników i korzystania z piśmiennictwa naukowego zagranicznego terminologia polska była obcą wielu lekarzom i czytanie pism polskich było dla nich utrudnione, a jeszcze trudniejsze pisanie choćby spostrzeżeń z praktyki. Dopiero po dłuższym czasie lekarz młody mógł zorientować się w terminologii polskiej, czytając pisma nasze, które, wobec nieustalonych terminów, dla niejednego były chaosem, z którego na razie trudno było wybrnąć.

I z tego więc względu wydawnictwo systematyczne podręczników było nieodzowne. Plan nowego wydawnictwa inicjator nakreślił w ten sposób, aby w ciągu lat 5—7 dać krótkie podręczniki ze wszystkich działów medycyny, mając głównie na oku potrzeby lekarzy-praktyków i studentów.

Podręczniki te przeto nie powinny być przeciążone literaturą, nie nie mówiącami nazwiskami, a dawać dobre pojęcie o całości przedmiotu, służyć za źródło informacji w razie potrzeby.

Pożądaną było by rzeczą, aby wydawnictwo zawierało podręczniki, pisane przez autorów polaków, aby tylko w braku prac ory-

ginalnych pomieszczało tłumaczenia, sądzimy, że Biblioteka tę właśnie obierze drogę i że ci, którzy przodują w nauce i praktyce, nie odmówią pod tym względem swego dla wydawnictwa poparcia.

Biblioteka wychodzić będzie zeszytami po 10 arkuszy druku f. $\frac{1}{16}$ co miesiąc, cenę jej oznaczono na 8 rb. rocznie, czyli, że tom wypadnie po 75 kop., gdyby więc w ciągu lat 6 wyszła całość, lekarz sformuje sobie bibliotekę podręczną 72 tomową za 48 rubli.

Po wyczerpaniu podręczników nadejdzie czas na wydawanie monografii obszernych, które stanowią będą uzupełnienie podręczników. Taki jest plan wydawnictwa, które jednak, nim dojdzie do skutku, musi być poparte energicznie przez lekarzy, którzy cel i intencję jego rozumieją, bez tego poparcia środki jednostek wystarczyć nie mogą.

—z— W końcu z. m. otwarto ambulatoryum w gmachu Tow. Dobroczynności. Przed paru laty, gdy projekt ten powstał, występowaliśmy przeciw temu, gdyż ambulatoryum to uważamy za bezpożyteczne użycie grosza publicznego, przeznaczonego na inne cele. Tembardziej dziś rzecz uważamy nie na czasie, że skutkiem braku funduszków Tow. op. nad nieuleczalnymi zwinęło parę ambulatoryów, a chorzy mają dostateczną pomoc w dobrze zorganizowanych ambulatoryach szpitalnych.

—z— Nagrodę im. kol. Dunina otrzymał kol. F. Majewski, asystent prof. K a d e r a w Krakowie, który czas jakiś był asystentem szpitala Ś-go Rocha na oddziale kol. P r u s z y Ń s k i e g o.

—z— Nagrodę za pracę popularno-lekarską na konkursie Gazety Lekarskiej otrzymał kol. J. B i r o n za szkic: Rzeźączka u mężczyzn, szkic naukowo-popularny.

—z— W Pruszkowie otwarto nowy zakład leczniczy dla nerwowych pod kierunkiem kol. G o l d b e r g a.

—z— Kuratorem szpitala Ś-go Stanisława mianowano b. nacz. lek. D z. J e z u s k o l. W s z e b o r a.

—z— Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, że w r. b. przez sezon zimowy zastępować będzie nieobecnego skutkiem choroby kol. T y m o w s k i e g o w San Remo kol. A. B o g d a n o w i e z z Biarritz.

Z M A R L I.

D-r Władysław Żywicki, dnia 2 listopada r. b. w Warszawie, w wieku lat 70.

Ogłoszenia.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z funduszu imienia D-ra Med. i Chirurgii **Leona Konitza** przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1905 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra **Konitza**, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 256 kop.

50 za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub aku-szeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 kwietnia 1902 roku do dnia 31 marca 1905 roku. Przedmio-tem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 marca 1905 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem: „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała № 7), lub przedstawione za po-średnictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitz'a. Praca wydruko-wana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieniona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały

Dr. Hoyer.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Feliksa Ja-błonowskiego wakuje wsparcie Rub. 135, za półrocze II roku 1902 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora; lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu.“ Do nadsyłania prośb na imię Komitetu Kasy Wsparcia: (ul. Niecała № 7) oznacza się termin do dnia 15 grudnia r. b. Przy prośbie należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3-ch lekarzy — członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiają-cych za udzieleniem rzeczonoego wsparcia. Lekarze na prowincyi zamiesz-kali przesłać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce P. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego, lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia Członek Komitetu

Dr. M. Jakowski.

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

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