

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** *I. D-r L. Bregman.* Porażenie urazowe gałęzi głębokiej dłoniowej nerwu łokciowego—str. 709. *II. D-r H. Fidler.* Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej (c. d.)—str. 713. *III. D-r L. Rzeczniewski.* Podstawy psycho-fizyologicznej teorii hysterii (c. d.)—str. 720.

IV. Dział sprawozdawczy: *I. Chirurgia.* 363. *Kerh.* Chirurg. lecz. ostrego i przewlekł. zamknięcia przew. żółciow. wspóln. przez kamień albo guz—str. 727. 364. *Körte.* Operacya w przyp. zapal. natury zakaźnej pęcherzyka żółciow.—str. 727. 365. *Friedländer.* Przycz. do sprawy lecz. gruźl. zapal. otrzewny—str. 730. 366. *Sternberg.* O lecz. przetok odbytnicy—str. 731. 367. *Reinking.* O wpływie opatrunków wysokokowych na przebieg spraw zapalnych—str. 731. 368. *Lengemann.* Niekrwawy sposób leczenia skurczu palców Dupuytren'a—str. 732. *II. Choroby kobiet i akuszerya.* 369. *Behm.* Hyperemesis gravidarum—str. 733. 370. *Jentzer.* Nowy objaw ciąży mnogiej—str. 734. 371. *Calian.* Wpływ mocznicy cukrowej na narząd płciowy kobiety—str. 735. 372. *Bacon.* Jakże ma znaczenie wytlaczanie płodu—str. 735. 373. *Michelsen.* Rokow. i lecz. pępowiny przodującej i wypadniętej—str. 736. *III. Wiadomości pomniejsze*—str. 736. *IV. Wiadomości terapeutyczne:* od № 376 do 382—str. 737. *V. Z Tow. Lek. Warszawsk.*—str. 740. *Kronika bieżąca*—str. 744. *Zmarli*—str. 747. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 18. *I. D-r L. Bregman.* Sur la paralysie du r. volaris profundu n. ulnaris—p. 709. *II. D-r H. Fidler.* La tuberculose, les causes de son origine et les manières de se répandre en lumière des dernières explorations scientifiques et la statistique de tuberculose spécialement au gouvernement de Radom—p. 713. *III. D-r L. Rzeczniewski.* Sur la théorie psycho-physiologique de l'histerie—p. 720.

I. PORAZENIE URAZOWE

GAŁĘZI GŁĘBOKIEJ DŁONIOWEJ NERWU ŁOKCIOWEGO

(Ramus volaris profundus n. ulnaris).

Podał

D-r med. L. Bregman.

Ordynator oddziału chorób nerwowych w szpitalu Starozakonnym
w Warszawie.

Przy tak częstych cierpieniach dłoni, zarówno zapalnych jak i urazowych, głęboka gałąź nerwu łokciowego niezmiernie rzadko bywa

dotkniętą. Dziwić się temu nie będziemy, gdy uprzutonnimy sobie, jak głęboko gałąź ta jest umieszczoną¹⁾. Bardzo słusznie mówi Tillaux, że jest ona o wiele bliższa powierzchni grzbietowej ręki, niż dłoniowej i o wiele łatwiej przez uraz działający od strony pierwszej uszkodzoną być może, a tego rodzaju rany drażące od strony grzbietowej są naogół znacznie rzadsze, aniżeli skaleczenie powierzchni dłoniowej.

W piśmiennictwie neurologicznem nie znalazłem prócz krótkiej notatki Görtz'a (w Deutsche medic. Wochenschrift 1898, № 39) żadnej wzmianki o porażeniu wymienionej wyżej i jak zobaczymy nader ważnej gałęzi końcowej nerwu łokciowego. W swym obszernym podręczniku cierpień nerwów obwodowych podaje Bernhardt, że nerw łokciowy najczęściej zostaje dotknięty w okolicy stawu napięstkowego; „większość spostrzeganych przezemnie porażeń nerwu łokciowego, powiada ten autor, powstaje w ten sposób, że chorzy dolną częścią powierzchni dłoniowej przedramienia padają na szkło, porcelanę i t. p.; o wiele rzadziej porażenie było wynikiem uszkodzenia spłotu ramieniowego“. O możliwości uszkodzenia gałęzi końcowej w dłoni autor nie wspomina wcale.

Obraz kliniczny takiego porażenia łatwo możemy sobie przedstawić na podstawie danych anatomo-fizyologicznych²⁾.

Wskutek porażenia *mięśni międzykostnych* chory nie jest w stanie zgiąć pierwszych członków palców, ani wyprostować 2-ich i 3-ich, a dzięki skurczowi antagonistów pierwsze są stale mieco wyprosto-

1) Według Tillaux znajdujemy w dłoni 11 warstw: 1) skóra, 2) tkanka podskórna, 3) Aponeurosis palmaris superf., 4) Arcus volaris superficialis i jego rozgałęzienia, 5) nn. digitales volares, 6) ścięgna m. flexoris digitorum superf., 7) ścięgna m. flexoris digitorum prof. i m. glistowate, 8) głęboka tkanka tłuszczowo-komórkowa, 9) głęboka aponeurosis palmaris (aponévrose interosseuse), 10) Arcus volaris profundus i R. volaris profundus n. ulnaris, 11) m. międzykostne.

2) N. łokciowy dzieli się na Lig. Carpi volare propr. na 2 gałęzie końcowe: gałąź dłoniowa powierzchowna i głęboka. Pierwsza unerwia m. palmaris brevis, niekiedy m. lumbricalis IV, skórę nad kłębikiem, na paluszkę i przetwój stronie 4-go palca. Gałąź głęboka wysyła gałązkę zespajającą do gałęzi grzbietowej tegoż nerwu, gałązkę do mięśni kłębika, przechodzi następnie między m. odprowadzającym i zginaczem paluszką i idzie dalej w kształcie łuku wpoprzek dłoni. Z niej wychodzą następujące gałęzie: 1) drobne gałązki do więzów napięstka, 2) n. międzykostne do mięśni międzykostnych grzbietowych i dłoniowych, 3) nerwy dla IV a zwykle i III glistowatych, 4) nerwy dla m. doprowadzającego i głębokiej głowy zginacza krótkiego palucha 5) gałązki drażące.

wane, ostatnie zaś lekko zgięte; zaburzenia te występują najwyraźniej w *palcach 4-ym i 5-ym*, ponieważ *mięśnie glistowate* (mm. *lumbri cales*) ich unerwione zostają z tegoż samego nerwu, podczas gdy pierwsze 2 (2-go i 3-go palców) otrzymują unerwienie od nerwu środkowego. Porażone są dalej *m. doprowadzający* oraz *głęboka głowa krótkiego zginacza palucha* — o wynikającym ztąd ograniczeniu ruchów palucha będzie mowa niżej. Mięśnie kłębika pozostają nieknięte, ponieważ gałązka ich opuszcza pień główny przed przejściem między *m. zginaczem* i *odprowadzającym* paluszka. Poważniejszych zaburzeń czuciowych brak, jednakże dzięki zajęciu gałęzi drażących (*Rami perforantes*), idących ku grzbietowej powierzchni przestrzeni międzykostnych i zespalających się z końcowymi rozgałęzieniami nerwu międzykostnego grzbietowego przedramienia (gałęzi nerwu promieniowego) spostrzega się niekiedy lekkie zaburzenia czuciowe i naczynioruchowe na grzbiecie ręki.

Różnica między tem porażeniem a porażeniem pnia głównego na wysokości napięstka lub łokcia jest dość znaczną — brak zaburzeń ruchowych w stawie napięstkowym, brak porażenia mięśni kłębika oraz zmian czuciowych na rękę i palcach — jednakże zaburzenia wspólne dla obidwóch postaci są tak poważne i mają tak wielkie znaczenie dla wszelkich drobniejszych i dokładniejszych ruchów ręki i palców, że pod względem praktycznym porażenie, które nas w tem miejscu zajmuje, ma również wielką dla dotkniętego doniosłość.

Po tych kilku uwagach wstępnych chcę w krótkości opisać spostrzegany przezemnie przypadek. Koledze L. Kranzemu, który łaskawie chorego do mnie skierował składaam i w tem miejscu moje podziękowanie.

Pan K. stud. politechniki, 23 lat uległ w październiku r. 1902 następującemu przypadkowi: mając cienką *rurkę szklaną* w kształcie V chory chciał jedno jej ramię przepchnąć przez korek; w tym celu oparł o dłoń kolano rurki i palcami mocno ją przeciskał; przytem rurka pękła, a chory nie zauważył wcale, gdy głęboko ją w samą dłoń wpełnił. Krwotok był obfity, ale bez wyraźnego strzykania. Rana była wielkości 15-u kop. Zrobiono opatrunek uciskowy. Po 3—4 tygodniach rana zagoiła się.

Badając prawą rękę znajdujemy na powierzchni dłoniowej małą (4—5 mm.) bliznę kształtu H w przedłużeniu brzegu promieniowego 4-go palca, $\frac{1}{2}$ —1 cm. odśrodkowo w stosunku do linii poprzecznej przeprowadzonej prostopadle do osi kończyny od kąta między paluchem i śródrezczem. Prześwietlenie promieniami Roentgen'a nie wykazuje w tem miejscu ciała obcego.

Wyraźny *zanik mięśni*: przestrzenie międzykostne ze strony grzbietowej wgłębione, na promieniowym brzegu drugiej kości środkowej spłaszczenie, a nawet lekka wklęsłość, przestrzeń między tą kością a paluchem niewypełniona; powierzchnia dłoniowa ręki bardzo sklepiona, ścięgna zginaczy uwydatniają się, przestrzenie międzykostne wpadnięte. Natomiast kłąb i kłębik są niezmienione.

Gdy chory rękę wyciąga, widzimy wyraźne przykurczenie ostatnich 2-ech palców, a zwłaszcza 4-go: 1-e członki są nadmiernie wyprostowane, 2-ie i 3-cie lekko zgięte; paluszek prócz tego odprowadzony.

Co się tyczy *ruchów palców* zauważyliśmy co następuje: 4-go i 5-go wyprostować nie może, 2-i i 3-i prostuje dość dobrze. Pierwszych członków (przy wyprostowaniu 2-ich i 3-ich) nie zgina, natomiast zginając ostatni zgina lekko i pierwsze. Zsuwanie i rozciapywanie palców bardzo utrudnione: najszerszej rozciapywa 3—4-y, nieco lepiej 2—3, natomiast paluszek odprowadza zupełnie dobrze. Zsuwa najszerszej 4—5: 2—3 i 3—4 prawie się dotykają, ale ruch ten wykonywa bez wszelkiej siły.

Palucha doprowadzić nie może, przy odnośnej próbie zgina 2-i członek palucha. Przeciwstawienie palucha nieco utrudnione; do wyprostowanego paluszka dochodzi z wysiłkiem, do końca 4-go palca tylko przy zgięciu 2-go członka tego ostatniego.

Reakcja elektryczna zwyrodnienia w m. międzykostnych i doprowadzającym palucha. Kłąb i kłębik dają reakcję prawidłową.

Brak przedmiotowych zaburzeń czuciowych. Pod wpływem zimna grzbiet prawej ręki nieco zimniejszy od lewej i lekko sinawo zabarwiony.

Pomimo tych zaburzeń chory dalej w pracowni się zajmował, w wielu wypadkach wszakże zmuszony był wyřęcać się lewą ręką. Pismo jego nie zmieniło się, ale przy pisaniu prędko się męczy. Czytając gazetę, zgina mocno 2-gi członek palucha, gdyż bez tego gazeta wypada mu z ręki. Drzwi, zamkniętych kluczem, otworzyć nie może, również jak odsunąć ryglu u szafy. Nie jest w stanie złożyć ręki w pięć z mocno przelozonym paluchem. (Dok. nast.)



II. GRUŻLICA,

przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gubernii Radomskiej.

Odczyt, wypowiedziany na pierwszym posiedzeniu Radomskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 13 grudnia 1902 r.

przez

D-ra Henryka Fidlera.

(Ciąg dalszy).

5. Istnienie lasecznika gruźliczego po za ustrojem.

Lasecznik gruźliczy jest pasorzytem prawdziwym w ścisłym tego słowa znaczeniu, gdyż po za ustrojem ludzkim lub zwierzęcym rozwijać się nie jest w stanie. Albowiem 1-o brak mu w wolnej przyrodzie odpowiedniej gleby i ciepłoty (powyżej 30° C) i 2-o nawet przy ciepłocie odpowiedniej nie jest w stanie oprzeć się wpływowi szybko rosnących laseczników gnilnych w środowiskach odżywczych, które go przerastają i niszczą.

a) *Warunki sprzyjające przenoszeniu się lasecznika gruźliczego.* Tym sposobem lasecznik gruźliczy skazany jest na gnieźdzenie się w ustrojach ludzkich i zwierzęcych. Gdziekolwiek zaś w przyrodzie istnieje, musi, niewątpliwie, pochodzić od człowieka lub zwierzęcia. Wydziela się na zewnątrz ustroju przy pomocy tych narządów, które się łączą ze światem zwierzęcym, a mianowicie przy pomocy płuc, kiszek i dróg moczowych. A więc kał, mocz, wydzieliny ropne i mleko gruźliczych zwierząt za życia mogą być przenośnikami zarazy. Mięso zaś po śmierci zwierzęcia jest słabym przenośnikiem gruźlicy. Najniebezpieczniejszem jednak źródłem zarazy dla człowieka jest suchotnik za życia. Po śmierci niebezpiecznym być przestaje, gdyż laseczniki gruźlicze w ziemi szybko giną. Kał i mocz suchotników są mało niebezpieczne, gdyż zawierają bardzo mało laseczników. Z drugiej zaś strony te wydzieliny, wylwane do miejsc ustępowych, szybko gniją. Wydzieliny, zwierząt jak śluz z nosa, wypływ z pochwy gruźliczych krów mogą być źródłem zarazy, mleko krów gruźliczych przy gruźlicy wymion lub nawet bez niej, jeśli zwie-

rzę jest ciężko dotknięte gruźlicą. Ale najgłówniejszą rolę w rozpo-
wszechnieniu gruźlicy gra płwocina suchotnika.

Kolosalna ilość laseczników gruźliczych w płwocinie czyni
z płwociny suchotniczej najniebezpieczniejszego przENOŚNIKA gruźlicy.

Wychodząc z tego, zresztą prawdziwego, założenia, niektórzy
twierdzili, że suchotnik, o ile płwocina jego zasycha, wypływana na po-
dłogę, chustkę i t. p., może zarazić nawet dalekie okolice, gdyż
płwocina unosi się z lotnym kurzem. Z drugiej strony wierzono, że
wobec wielkiej liczby suchotników i masy wypływanej przez nich
płwociny, lasecznik gruźliczy jest *wszechobecny* (ubiquitas). Natural-
nie, czyniło by to niemożliwym stosowanie jakichkolwiek środków za-
pobiegawczych.

Poglądy te nie stwierdzone krytycznymi spostrzeżeniami i pra-
cami, rozsiewały między publicznością nieuzasadnioną obawę i stwo-
rzyły gatunek bakterjofobów. Jednak te mistyczne poglądy o wszech-
obecności lasecznika gruźliczego i jego lotnej zdolności przenoszenia
się na dalekie przestrzenie, a zarazem o jego nieuchwytności nie
ostały się wobec sumiennych krytycznych badań.

A mianowicie okazało się, że:

1) Wilgotna płwocina jest nieszkodliwą z wyjątkiem tych
rzadkich wypadków, gdy pada wprost na ranę.

2) Wilgotna płwocina szybko poczyna gnić, wskutek czego giną
w niej laseczniki gruźlicze.

3) Powietrze wydechane przez suchotników jest pozbawione
laseczników, gdyż prąd powietrza nie odrywa ich od wilgotnej po-
wierzchni błony śluzowej. W tej mierze czynione były liczne do-
świadczenia z działaniem prądu powietrza na wilgotne powierzchnie,
obsypane lasecznikami gruźliczymi (Naegeli, Wernich, Gum-
ming, Celli i Guarnieri, KümmeL, Fr. Müller, Sormani,
Strauss, Tappeiner, Sirena i Pernice, Cadieu i Malet).
Ostatni dwaj badacze wystawiali zwierzęta na działanie oddechu sucho-
tników lub powietrza, które przechodziło przez suchotniczą płwocinę, i bez
wyniku dodatniego. Przeczące doświadczenia Gibons'a, Bausom'a,
Karsch'a i Bollinger'a nie mogą być brane w rachubę wsku-
tek wadliwego ich wykonania. A więc pewnem jest, iż powietrze,
wydechane z jam suchotniczych nie zawiera, nigdy laseczników gru-
źliczych, jak również i to, że z wilgotnej płwociny laseczniki do po-
wietrza nie przechodzą.

4) Bardzo natomiast niebezpieczną jest płwocina zaschnięta.
Płwocina zasycha: 1-e na ulicy, 2-e w mieszkaniu, gdy chorzy plują
na podłogę lub w chustki. Lecz przy ocenianiu szkodliwości za-

schniętej plwociny należy mieć na względzie nie tylko ilość laseczników zawartych w plwocinie, lecz, co ważniejsza, ich żywotność i zdolność rozmnażania się, jak również brać pod uwagę i te czynniki, które same przez się prędzej lub później osłabiają żywotność laseczników gruzliczych:

a) Koch i Kitasato dowiedli, że większość laseczników, zawartych w plwocinie, jest martwa. Wprawdzie, ztąd nie można wnioskować o nieszkodliwości plwociny, gdyż wśród miliona martwych zdarzy się i żywy, zdolny do rozwoju. W każdym jednak razie ta okoliczność zmniejsza niebezpieczeństwo zarażenia się.

b) I jadowite żywe laseczniki żyją krótko w zaschniętej plwocinie. Po upływie 6 miesięcy nawet w wielkich masach suchej plwociny niema ani jednego zarazka zdolnego do rozwoju. A więc, nie może być mowy o tem, by w jakimś miejscu (mieszkanie, dom) po upływie szeregu lat można było się zarazić.

c) Światło słoneczne szybko tępi laseczniki gruzlicze. Słońce więc jest najlepszym środkiem odkażającym i jemu przypisać należy tę zasługę, że w naturze jadowite laseczniki znajdują się w minimalnej ilości. Wreszcie, laseczniki licznie giną w masie zewnętrznego powietrza.

d) W miastach polewanie ulic znakomicie wpływa na zmniejszenie ilości laseczników w powietrzu, gdyż wilgoć zmniejsza ilość kurzu, w którym unoszą się laseczniki.

Inaczej się sprawa ta przedstawia w mieszkaniu. Tu słońce i powietrze nie wywierają takiego wybitnego wpływu, jak na otwartem powietrzu, gdyż nie mają takiego dostępu. Słusznie więc przypisują duże znaczenie w rozprzestrzenianiu się gruzlicy wązkim uliczkom, źle oświetlonym podwórzom i mieszkaniom. Włoskie ludowe przysłowie mówi: „gdzie nie wchodzi słońce, wchodzi lekarz“. Albowiem pył w ciemnym, źle oświetlonym pokoju może dość długo zachować swą jadowitość. (Cornet znalazł na ścianie, przy której stało łóżko suchotnicy, jadowite laseczniki jeszcze w 6 tygodni po jej śmierci). W pokoju laseczniki są skupione w ciasnej przestrzeni 30 do 50 m.³; powietrze w niem bywa rzadko i wadliwie odświeżane, odwrotnie niż w wolnych przestrzeniach, np. na ulicach, chociaż po nich krążą suchotnicy. W dodatku rozpowszechniony jest zły zwyczaj czyszczenia mieszkania na sucho, gdy tymczasem na otwartem powietrzu deszcz lub śnieg zwilża ziemię i uniemożliwia wytwarzanie się kurzu, a wskutek tego niebezpieczeństwo zarażenia się na ulicy jest daleko mniejsze, aniżeli w mieszkaniu suchotnika. Doświadczenia stwierdzają to najpewniej.

b) *Wszechobecność lasecznika gruźliczego (ubiquitas)*. Wychodząc z założenia, iż wobec wielkiej ilości suchotników i wielkiej ilości odpluwanej przez nich płwociny, lasecznik gruźliczy musi być wszechobecny, czyli że na każdym kroku grozi niebezpieczeństwo zarażenia się gruźlicą, Willjams, Celli i Guarneri, Wehr, Baumgart en czynili liczne poszukiwania i, wbrew oczekiwaniu, wykryć lasecznika gruźliczego nie mogli. Dopiero Cornet odnalazł go. Lecz szukał go tam, gdzie najczęściej wydarzały się przypadki zarażenia się, t. j. w pobliżu samych suchotników. Znalazł więc lasecznika gruźliczego: 1-o w pyłe i kurzu mieszkań zanieczyszczonych płwociną chorych, którzy ją wypluwali na podłogi lub chustki, 2-o na palcach chorych osobników, 3-o na naczyniach i innych zanieczyszczonych przedmiotach. Cornet przez szereg lat badał pył we wszelkiego rodzaju pomieszczeniach: miejscach publicznych, hotelach, noclegach, mieszkaniach, szpitalach, więzieniach, na ulicach i t. p. i przyszedł do przekonania, że jadowite laseczniki gruźlicze znajdują się w nim o tyle, o ile w danych miejscach przebywali suchotnicy. Następnie, w najbliższym otoczeniu suchotnika można było wykryć laseczniki gruźlicze, o ile chory wykasywał płwocinę na podłogę lub w chustkę, co powodowało zasychanie jej i rozpylanie w powietrzu. Dowiódł on również, że hygroskopijne własności suchej, lepkiej, bogatej w śluz płwociny i takichże laseczników (obfitującego również w śluz) przeszkadzają znacznie rozdrabnianiu i przenoszeniu drobinek na dalszą odległość, szczególnie w powietrzu mało ruchliwym. Cornet zebrał 400 próbek kurzu i wykonał z nimi doświadczenie na 700 zwierzętach. Ta ilość doświadczeń pozwoliła na wyprowadzenie pewnych niewątpliwych wniosków. Mianowicie, gdzie nie można było wykryć lasecznika gruźliczego, tam go pewnie nie było, albowiem 1-o brano kurz z najbliższego otoczenia suchotników, gdzie było największe prawdopodobieństwo jego obecności; 2-o ilość kurzu wziętego do doświadczeń była dość duża, albowiem stanowiła osad najmniej z 51000 litrów powietrza. A ilość ta jest większa, aniżeli ta, jaką człowiek może wciągnąć przez 102000 oddechów.

3-o Szezepiono kurz do otrzewny morskim świnkom, a ten rodzaj szezepienia jest najlepszym sprawdzianem.

A więc, z tego wywnioskować można, że nie może być mowy o wszechobecności lasecznika gruźliczego ani z teoretycznego, ani z praktycznego punktu widzenia.

Lasecznik gruźliczy znajduje się tylko tam, gdzie przebywa nieporządnym suchotnik. W przeciwnych wypadkach zdarza się bardzo rzadko. W wolnych przestrzeniach, w kurzu ulicznym, w miejscach

zabezpieczonych od płucia na podłogę nie znaleziono lasecznika gruźliczego pomimo licznych poszukiwań. Mogą się one znajdować na powierzchni ziemi, lecz wymienione okoliczności (wilgoć, gnicie, działanie światła słonecznego), albo je zabijają, albo osłabiają żywotność, albo też przeszkadzają rozpylaniu. Niema więc żadnego niebezpieczeństwa zarażenia się w wolnem powietrzu. Że tak jest w istocie, do wodzi ta okoliczność, że zamiatacze ulic, którzy mają najlepszą sposobność do wdychania kurzu ulicznego, niezmiernie rzadko zapadają na gruźlicę, pomimo wieloletniego zajęcia (niektórzy 30—35 lat). To samo powiedzieć można o dorożkarzach.

Wnioski: 1-o Można nie brać w rachubę możności rozprzestrzeniania się gruźlicy za pomocą kału i moczu gruźliczych zwierząt. Większe natomiast ma znaczenie śluz z nosa, jeszcze większe mięso, a największe mleko krów gruźliczych.

2-o Kał, mocz i ropa człowieka gruźliczego grają najmniejszą rolę w rozprzestrzenianiu gruźlicy, gdyż zawierają bardzo mało laseczników gruźliczych i szybko gniją. Natomiast najważniejszym przenośnikiem zarazy jest plwocina, lecz nie w stanie wilgotnym, a tylko suchym, gdyż może się unosić w kurzu. Takie jest zdanie Cornet'a. Doświadczenia Flügge'go i jego asystentów, czynione w 1899 r., oraz nowsze badania Fränk'l'a, Engeman'a, Möller'a, Hayman'a, Nenninger'a i wielu innych stwierdziły, że gruźlica rozpowszechnia się nie tylko przy pomocy suchej plwociny, lecz i przy pomocy kropelek wiszących w powietrzu podczas silnego kaszlu suchotnika—t. zw. kropelkowe zakażenie (Tröpfcheninfection). Kropelki te znajdują się w powietrzu na odległość metra od kaszlącego, przy zakrywaniu ust chustką na odległość 80 ctm. Osoby często i blisko stykające się z chorym są tym sposobem narażone na niebezpieczeństwo zarażenia się, a więc małżonkowie, matki, dzieci, robotnicy, urzędnicy jednego biura, uczniowie siedzący blisko kaszlącego nauczyciela.

Kropelki długo w powietrzu utrzymać się nie mogą, po krótkim czasie opadają na ziemię. Żywotność lasecznika gruźliczego, zawartego w tych kropelkach, jest krótkotrwała; w ciemności żyje on 18 dni, przy świetle tylko 5 dni.

A więc, dwie drogi sprzyjają rozprzestrzenianiu się gruźlicy: 1-o wysychanie plwociny i jej unoszenie się z kurzem i 2-o wykazywanie wprost przed siebie przez pośrednictwo drobnych kropelek.

Cornet uznaje tylko pierwszy sposób, twierdząc, iż sposób Flügge'go jest mało prawdopodobny, gdyż przy akcji kaszlu przede wszystkim odrywa się plwocina od łuków podniebiennych, ubogich

w laseczniki gruźlicze, mniej zaś z oskrzeli, a dopiero przy wyplwaniu wydziela się płwocina z samych oskrzeli. Według Flügg'e'go i Kirschtejn'a, obydwie drogi mają jednakowe znaczenie.

6. Zaraźliwość gruźlicy.

Lecz, czy w istocie gruźlica jest zaraźliwą, czy znane są niewątpliwe przypadki zarażenia się zdrowego od chorego? Jest to pytanie bardzo ważne. Gdyż pomimo zdobyczy bakteriologicznych, pomimo doświadczeń na zwierzętach, można by o tem wątpić, gdyby w istocie nigdy nie spostrzegano w sposób niedwuznaczny przenoszenia się zarazy z chorego ustroju na zdrowy. Są i dzisiaj bowiem znani w nauce badacze, którzy przeczą zaraźliwości, że wymienię tutaj Anfrecht'a, Römpfer'a, Haupt'a, Ziemssen'a, a w szczególności Baumgarten'a, Crocq'a. Przekonanie o zaraźliwości suchot datuje oddawna. Wierzyli w to Arystoteles, Isokrates, Galen, Avicenna (11 w.), Fraskatorius (XV w.) Montoni mówi: „per halitum concipiunt contagium, immo cum phtisici expnuut“.

Riviere z Montpellier (XVI w.) Jacobus a partibus Foroliensis (XVI w.) mówi: morbus vetavus contagiosus est phtisis sive ulcus pulmonis.

Valsalva (XVII w.) i jego uczeń Morgagni (XVIII w.) nie chcieli sekować trupów suchotniczych w obawie zarażenia się, wreszcie wierzyli w to Metzger, Fogel i inni. Pojęcie o zaraźliwości suchot płucnych było rozprzestrzenione nie tylko między lekarzami, lecz i wśród ludu różnych krajów, jak o tem świadczą nieludzkie środki, stosowane we Włoszech na początku przeszłego stulecia w celu zwalczania gruźlicy. Nawet prawodawstwo neapolitańskie w końcu 18 w. wydawało surowe przepisy co do odosabniania chorych i odkażania rzeczy po nich pozostałych (Biegański).

Po wszystkie czasy i we wszystkich krajach sławni lekarze wierzyli w zaraźliwość suchot, opierając się tylko na klinicznym spostrzeżeniu, jedynym ówczesnym sprawdzianem. Pojęcie o zaraźliwości nie jest więc córką bakteriologii. Jest ono tak stare, jak sama medycyna, i przeżyło wszystkie systematy. Pojęcie to jest raczej matką bakteriologii, gdyż tylko przekonanie o zaraźliwości gruźlicy dało bodźca do poszukiwania zarazka.

Raulin (1773—1823) pisze, że w Prowaneyi utensylia suchotników nie były używane przez resztę domowników, zaś po śmierci suchotnika przedsiębrano różne środki ostrożności.

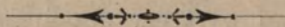
W dawnym Wiedniu (Poganićk) nakazano palić rzeczy po suchotnikach. W Król. Polsk. (Lubelski) panuje już oddawna to przekonanie, iż pościel i odzież sprzyjają przenoszeniu zarazy (?).

Namacalnymi niejako dowodami zarażenia są przypadki takie, w których można było wykazać źródło zarażenia się i sposób takiego. Tak np. Czerning opisuje przypadek, w którym służąca zraniła sobie palec o brzeg stłuczonego kufła, w który suchotnik wypływał płwocinę, i dostała na miejscu zranienia grzłicy skóry z obrzmieniem gruczolów pachowych. Podobne przypadki podają Merkle, Lesser, Holst. Denekke podaje, iż dziecko upadło głową na nocnik opluty przez matkę suchotnicę i zraniło skórę na głowie. Na razie rany się zablizniły. Po kilku jednak tygodniach na bliznach wytworzyły się owrzodzenia grzłiczne, jednocześnie obrzmiły gruczoly na szyi i dziecko zmarło. Wolters opisuje przypadek, w którym pewien student, zajmujący się badaniem płwociny grzłicznej, podrapał się w głowę nieobmytym palcem. Po pewnym czasie wytworzyła się w miejscu zdrapania wilkowata ziarnina. Demme podaje, iż pewne zdrowe dziecko z moknącym wytryskiem na brzuszku spało w jednym łózku z suchotnicą matką i zapadło na grzłicę narządów jamy brzusznej, wskutek czego nastąpiła śmierć.

Szereg podobnych przypadków opisują: Düryng, Unna, Leloir, Colling, Murray, Solgier, Czerny po transplantacji skóry, Eiselsberg, Richel, Serval, Besnier, König, Bloch, Jadassohn, Volkmann i inni.

Są to przypadki dowodzące niewątpliwego zarażenia się. Przycotyłem tu umyślnie tylko przypadki zarażenia się skóry, gdyż w tych można było niewątpliwie stwierdzić drogę zarażenia się. Co do przeniesienia zakażenia na płuca takich dowodów niezbitych przycotyć nie można, gdyż tak subtelnie niepodobna wysledzić drogi przeniesienia się zarazka. Lecz skoro dowiedziona jest rzeczą, że zarazić można skórę, to już nie ulega żadnej wątpliwości, że zarażeniu ulegz mogą i inne narządy, resp. że grzłica jest zaraźliwą.

(D. c. n.)



III. PODSTAWY PSYCHO-FIZYOLOGICZNEJ TEORII HISTERYI

jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego
szkoły Salpêtriére.

Napisał

L. Rzezniewski.

(Ciąg dalszy).

Doszedłszy już do tego punktu nie możemy uchylić się od obowiązku wypowiedzenia bez ogródek jak ze stanowiska psychologii klinicznej należy oceniać t. zw. sugestję terapeutyczną t. j. sugestję w zastosowaniu jej do celów leczenia i mającą stanowić środek leczniczy.

Jeden jest tylko naszym zdaniem sposób, aby w tych zawitych kwestiach nie błądzić, a sposobem tym jest oprzeć się na podstawie sugestyi doświadczalnej.

Nie tylko w chronologicznym, ale bardziej jeszcze w logicznym porządku należy się pierwszeństwo sugestyi doświadczalnej to też ona jedynie może być miarodajną. Nie mogłoby być mowy przecież o żadnej sugestyi leczniczej, gdyby jej nie poprzedziły doświadczenia Charcota. Dla tych, którzy rozumieją mechanizm psychologiczny sugestyi doświadczalnej musi też być oczywistem, że w tych formach czy okresach rozwoju histeryi, w których sugestyjność osiąga też najwyższy stopień rozwoju, w których jednym słowem sugestya doświadczalna jest synonimem heterosugestyi objawotwórczej nie może istnieć żadna sugestya terapeutyczna w ścisłym psychologicznym pojęciu tego wyrazu, t. j. sugestya nie może zadosyć czynić *ogólnemu celowi leczenia*.

Jasną jest chyba rzeczą, że w tych wysokich stopniach sugestyjności, w których ma miejsce fatalistyczna realizacya wyobrażeń chorobotwórczych, będąca wyrazem dezagregacyi psychologicznej nie może też być mowy o sugestyi terapeutycznej, gdyż w tym stanie umysłu wszelka sugestya jako polegająca na wyzyskaniu nie zaś na zmianie tego tła psychologicznego odpowiedzieć nie może ogólnemu zadaniu leczenia, którego celem powinno być przedewszystkiem dezagregacyą ową zmniejszyć i wyższą syntezę psychologiczną wzmocnić.

Powiedzmy odrazu, że ze stanowiska ogólnych celów lecznictwa nadzieje, jakie po odkryciu Charcota opanować mogły mniej świadome istoty rzeczy umysły, a mianowicie, że z sugestyi będzie można korzystać jako z łatwego, prostego pozornie, a przytem szybko działającego środka leczniczego były nadziejami, które w tej rozciągłości przynajmniej ziścić się nie mogły.

Kto śledził uważnie ścieranie się i kształtowanie pojęć w początkach wyłonienia się tego pomysłu ten pamięta okres czasu, w którym dyskutowano wiele na temat, że leczenie powinno postępować drogą wprost odwrotną niż choroba i że nawet działając na wyobrażenia, t. j. usiłując podstawić „wyobrażenia zdrowiodajne“, jak się dość niejasno wyrażali adepci sugestyi terapeutycznej, w miejsce chorobotwórczych dążyć należy wszelkimi sposobami, aby wyobrażenia te szczepione były w sposób harmonizujący z osobowością każdej danej chwili. Dyskusya ta była bardzo psychologiczna i bardzo doniosłego znaczenia, jeśli bowiem nie uwzględnimy psychologicznych warunków osobnika, to albo najzbawienniejsze dla chorego według naszego mniemania ruggestye wcale się nie przyjmą, albo też (a w epoce wpływu sugestyi doświadczalnej Charcota tego się najwięcej obawiano), jeśli wyobrażenia narzucone przyjmą się w drodze akceptacyi mimowolnej, to mogą uleść nadmiernemu automatycznemu rozwojowi i nabrać cech halucynacyjnych lub popędowych, przez co naturalnie nie odpowiedziałyby również zadaniom terapeutycznym. To też z dyskusyi owej pozostała ta korzyść, że *zasada wykorzeniaenia jednych (chorobotwórczych) a szczepienia na ich miejsce innych (leczniczych) wyobrażeń w taki sposób, aby osobowość bez względu na stan świadomości mniej lub więcej anormalny, w którym się znajduje była zawsze w możności zasymilować je „jak swoje własne“ powinna być powszechną zasadą wszelkiej psychoterapii.* W praktyce jednak pomimo tych trudności psychologicznych jakie napotykała na swej drodze terapia sugestyjna nie zrzekano się tak łatwo jej pomysłu. Wówczas to Bernheim zwrócił uwagę na niższe stopnie hipnozy od tych, które zbadał Charcot, t. j. takie, które od stanu świadomości zwykłej chorego nie były odgrrodzone amnezją, oraz niższe stopnie sugestyjności nie różniące się od tego co popularnie nazywają imaginacją, a które w pewnych granicach wyzyskane też być mogą dla sugestyi. Wówczas to zaczął wygłaszać swe poglądy, że sugestya jest grą imaginacyi (której nb. psychologicznie nie zanalizował), oraz że dość jest na chorym wyrzucić „wrażenie“ (co zapewne ma oznaczać wzruszenie), a w tym stanie umysłu mogą być szczepione wyobrażenia, które jakkolwiek są sugestją za to sugestją pozbawioną wad sugge-

sty. I w istocie trzeba przyznać jako zasługę Bernheimowi, że wykazał te niższe stopnie suggestywności, w których szczepione nawet mimowolnie wyobrażenia nie ulegają fatalistycznie nadmiernemu rozwojowi. Mimo to suggestya Bernheim'a ma również podstawową wadę psychologiczną tę, że jest akceptacją mimowolną o ile jest suggestją, gdyż trzeba dodać, że od chwili gdy zachwycony ogół całej psychoterapii nadał nazwę terapii suggestyjnej, wiele bardzo faktów terapeutycznych podawanych za dowody działania suggestyi terapeutycznej, wcale suggestją nie jest. Przytem suggestya przez „wywieranie wrażenia“ o tyle mniej więcej może być analogiczną z faktami normalnego życia psychologicznego o ile umysł oddziaływający na wrażenia (resp. wzruszenia) oddziałują na nie w sposób mniej więcej normalny t. j. nie podlega wyższym stopniom dezagregacyi. Z tego powodu zastosowania terapeutyczne tego sposobu suggestywności mogą być ograniczone tylko do niższych stopni dezagregacyi psychologicznej, do lżejszych przypadków histeryi. Co się tyczy wyższych stopni choroby te traktowane są jak się przekonałem na klinikach Ringera w Zurichu, Berillona w Paryżu, van Reuterghem'a w Amsterdamie, zresztą przez wszystkich psychoterapeutów w sposób mający pozory hypnozy i suggestyi przez porównanie ich bowiem z hypnozą i suggestją doświadczalną, przychodzimy łatwo do wniosku, że jest to tylko pseudohypnoza i pseudosuggestya a właściwie posługiwanie się sposobami mniej więcej analogicznymi ze zwykłymi sposobami działania na umysł, zatem obliczonemi na akceptację dobrowolną, na *wyperswadowanie* choremu jego wyobrażeń. I podnosimy to jako główną zaletę tej t. zw. terapii suggestyjnej oraz przyznajemy, że ta forma psychoterapii może być z korzyścią stosowana w wielu przypadkach suggestywności średniego stopnia, pod tym wszelako warunkiem, że ten, kto ją aplikuje posiada odpowiedni zapas cierpliwości nie unosi się zbyt chęcią przyspieszenia rezultatu przez naśladowanie suggestyi doświadczalnej, a co najważniejsza świadom jest istotnego znaczenia suggestywności tak jak ją pojmuje szkoła Charcot'a. Nasuwa się więc tylko potem objaśnieniu pytanie, czy aby dojść do takich wyników praktycznych i skoro na potrzebę psychoterapii w najrozleglejszem istotnie psychologicznem znaczeniu wskazywał dostatecznie wysświetlenie natury histeryi przez doświadczalne badania nad nią szkoły Charcot'a stosownem było tworzenie nowych rzekomo psychologicznych teorii a następnie całego obecnego w tej kwestyi zamętu pojęć, którego punktem wyjścia było uogólnienie pojęcia, że suggestywność jest stanem fizyologicznym. Sądzimy, że nie, jeśli bowiem chodziło

o przyobleczenie psychoterapii w jakąś konkretną formę to i forma ta jak widzimy zapożyczoną została od Charcot'a.

Charcot wywołując objawy histeryi sztucznie za pomocą suggestyi doświadczalnej obowiązany też był objawy te usunąć, co czynić mógł również za pomocą suggestyi doświadczalnej.

Jakoż w t. III dzieł jego na str. 340 czytamy: „*ce que nous aurons faite par voie de suggestion, nous pourrons à notre gré en modifier le degré, les caractères mêmes jusqu'à un certain point la defaire enfin également par suggestion*“. Zbyt literalne i bezkrytyczne zdaniem naszym tłumaczenie owego wyrażenia Charcot'a niewątpliwie przyczynia się do nieporozumienia w kwestyi suggestyi terapeutycznej. Spróbujmy więc wyciągnąć zeń należyte wnioski:

Wnioski te mogą być trojakiej natury:

1) Przedewszystkiem słowa Charcot'a wskazują właściwy zakres suggestyi terapeutycznej. Jest nią *usuwanie wyobrażeń objawotwórczych*, nie więcej. Już przez to samo suggestya terapeutyczna stanowić może część tylko psychoterapii i nawet w histeryi nie potrzebuje być poczytywana za jakieś panaceum terapeutyczne, gdyż jak już widzieliśmy nie wszystkie objawy są bezpośrednio następstwem wyobrażeń, niektóre są bezpośrednim wynikiem abulii a nadto jak zobaczymy na wyobrażenia można działać i innymi sposobami.

2) Drugi wniosek jest bez porównania ważniejszy dla sprawy, którą obecnie rozbieramy. Wskazuje on bowiem, że suggestya doświadczalna może *niekiedy* być zastosowana w znaczeniu terapeutycznej, co znaczy, że zadanie terapii może być *niekiedy* osiągnięte za pomocą *specyjalnego sposobu* usuwania wyobrażeń, który to sposób tem się charakteryzuje, jak już wiemy, że jest *mimowolny i posługuje się suggestyjnością*. Na pytanie, czy pojmując suggestyjność jako stan patologiczny, można się nią *niekiedy* posługiwać *jako środkiem* do osiągnięcia pewnych celów terapeutycznych najlepszą odpowiedzią są właśnie doświadczalne wyniki Charcot'a, który przez suggestyę usuwał objaw przez suggestyę wywołany. Zresztą posługiwanie się pewnym stanem patologicznym dla dopięcia celów terapeutycznych nie jest w medycynie nowością. Możemy powołać się między innymi na chirurgię. Chirurgia zadaje rany, rana jest stanem patologicznym nie mniej przeto wyzdrowienie udaje się *niejednokrotnie* osiągnąć *li tylko na tej drodze postępowania*. Wynika stąd, że pojmowanie suggestyjności jako stanu patologicznego nie wyklucza jeszcze absolutnie możliwości posilkowania się nią *niekiedy* *jako specyjalnym sposobem terapeutycznym*. Tylko, że jak już przedtem pojęcie suggestyjności jako stanu patologicznego pozwoliło nam odróżnić histeryę

od satnu zdrowia, tak obecnie pojęcie sugestyi terapeutycznej jako sposobu usuwania *mimowolnie* objawotwórczych wyobrażeń powinno uchronić od jej nadużycia i zmuszać szukania w ogólnym stosunku różnych sfer psychicznych do siebie i do objawów choroby odpowiednich wskazań do jej zastosowania.

Nie możemy zgodzić się na to, że dostatecznem wskazaniem jest obecność chorobotwórczego wyobrażenia. Gdyby histerya polegała na pierwotnem zboczeniu wyobrażeń, gdyby była jednym słowem zbiorem niepowiązanych ani z sobą, ani od niczego niezależnych wyobrażeń czyli autosugestyi, za jaką ją chce przedstawić doktryna sugestyjna, wtedy sugestia terapeutyczna byłaby na nią niewątpliwie radykalnem lekarstwem. Ponieważ jednak, jak doświadczenie terapeutyczne wskazuje, sugestia stosowana à outrance może doprowadzić w histeryi do wzmożenia abulii resp. autometryzmu psychologicznego przeto też doświadczenie terapeutyczne może służyć jako *experimentum crucis* do sprawdzenia tezy, której staramy się dowieść, że abulia jest ważniejszym, pierwotnem znamieniem psychologicznem histeryi niż sugestyjność, która jest tylko następstwem abulii¹⁾.

Ale możemy iść jeszcze dalej. Wyda się chyba naturalnem, że nieodzownym warunkiem wstępnym do stosowania sugestyi terapeutycznej powinno być *poznać wyobrażenie, które zakładamy sobie, przez sugestyę usunąć*, a co nie zawsze jest łatwem. Była już bowiem mowa o tem, że w pewnej liczbie przypadków histeryi objawotwórcze wyobrażenie może nie być choremu świadome, że może być zapomniane, t. j. niepokoić świadomość zwykłą swemi skutkami samo pozostając ukryte pod progiem świadomości jasnej. Wtedy to, gdy

¹⁾ Wskazana natomiast sugestia terapeutyczna być może wtedy jeśli jakieś wyobrażenie chorobotwórcze nie tylko objaw wywołuje, ale tak dalece skupia na sobie uwagę dowolną chorego, że zbyt mało pozostaje jej rozporządzałej w stanie świadomości zwykłej chorego, zbyt, jak my się wyrażamy, chory jest roztargniony, aby na drodze zwykłych sposobów działania na psyche, które wszystkie streścić się dają jako ćwiczenie resp. pewien wysiłek uwagi dowolnej, można było rokować rozszerzenie zakresu tej uwagi i rekonstytucją osobowości. Przeciwnie próby ćwiczenia uwagi albo się nie udają, albo w skutku szybkiego jej przemęczenia sprowadzają jeszcze większą dezagregacyę. Żeby to ocenić trzeba umieć ocenić stosunek objawu resp. patogenetycznego wyobrażenia do całej osobowości. Wtedy też sposób terapeutyczny specjalny, analogiczny z sugestyą doświadczalną Charcota pomimo, że sam przez się posługuje się stanem patologicznym sprawić może, że umysł uwolniony od takiego wyobrażenia albo spontanicznie syntezę swą wzmoćni, albo zrobi się więcej usposobionym do dalszego wzmacniania tej syntezy zwykłymi sposobami.

pomimo wszelkich dobrowolnych wysiłków chorego, aby sobie wyobrażenie owo i towarzyszące mu okoliczności przypomniał, do czego go pobudzam, gdy pomimo wszelkich usiłowań naszych aby się owego wyobrażenia domyśleć nie osiągamy celu, wtedy albo od zamiaru sugestyi terapeutycznej odstąpić musimy, albo też z dzisiejszego stanowiska naukowego możemy czuć się upoważnieni do poszukiwania go na drodze doświadczenia psychologicznego. Doświadczenie to polegałoby na korzystaniu z tych samych mechanizmów psychologicznych, dzięki którym wyobrażenie chorobotwórcze odcięte zostało od świadomości jasnej, przenikło w głąb sfery podświadomej, tam się ustaliło i niestety patologicznie rozwinęło. Jednym słowem moglibyśmy czuć się upoważnieni nie tylko już z istniejącego zwężenia zwykłej świadomości historyka korzystać (jak w sugestyi na jawie), lecz za pomocą swoistych manipulacji hipnotycznych w celu otrzymania tym razem nie już pseudohypnozy lecz prawdziwej hipnozy z amnezją pohypnotyczną zwężenie świadomości jeszcze bardziej chwilowo spotęgować w tej nadziei, że w miejsce przyćmionej w ten sposób świadomości zwykłej podstawi się sfera podświadoma i na jej powierzchni ukaże się nam wyobrażenie poszukiwane wyraźniej (in statu nascendi jak się wyraża Freud), lub mówiąc innymi słowami w skutku zmniejszenia amnezji odgradzającej ożywią się wspomnienia tak samego wyobrażenia jak towarzyszących jego zaszczerpieniu okoliczności. Widzimy jednak, że w tym razie to co robimy nie jest samo przez się leczeniem, lecz stosowaniem hipnotyzmu doświadczalnego w celach rozpoznawczych. W tym razie posilkujemy się również czynnikiem patologicznym, sztuczna bowiem hipnotyczna modyfikacja zwykłego stanu świadomości chorego, który wprawdzie nie jest normalnym nie jest modyfikacją in plus lecz modyfikacją również in minus. Mimo to zastosowania hipnotyzmu doświadczalnego jako specjalnego sposobu nie możemy również absolutnie odrzucać, jeśli odpowiada wskazaniom. I moglibyśmy powołać się na analogiczne sztuczne modyfikacje stanów świadomości ogólnie uznane i nikogo już dziś nie rażące w medycynie jak np. chloroformowanie chorego w celach rozpoznawczych. Mówimy o analogii, a nie o tożsamości. O ile bowiem rzecz dotyczy kwestyi rozpoznawczych, hipnotyzowanie postawić należy stokroć wyżej od chloroformowania, ze względu że samo przez się jak o tem twierdzić możemy na podstawie doświadczalnej stanowi pierwszorzędny środek rozpoznawczy nie już tego lub owego wyobrażenia objawotwórczego lecz całej w ogóle psychopatologii indywidualnej chorego. Co więcej, środek ten, użyty jedynie w celu rozpoznawczym, może się niekiedy przez to samo okazać leczniczym w tem znaczeniu, że dokładne rozpoznanie

przyczyny objawów chorobliwych wypowiedziane umiejętnie pod względem psychologicznym i w odpowiednim momencie choremu, jeśli tenże jest dość rozsądnym może niekiedy objawy usunąć przez wysiłek jaki zrobi sam chory aby się z chorobliwych marzeń swych otrząsnąć. Dokładne rozpoznanie choroby i umiejętne uświadomienie jej choremu można też zdaniem naszym uważać za jedyny godny lekarza „sposób wywierania na chorym wrażenia“. Jest zresztą rzeczą całkiem praktycznie obojętną czy do rozpoznania tych przyczyn dojdziemy drogą hipnotyzmu doświadczalnego, czy innemi sposobami. Do stosowania jednak hipnotyzmu doświadczalnego, zwłaszcza w prywatnej praktyce nie radzę uciekać się nikomu, kto nie jest dość pewien swych wiadomości tak w zakresie psychopatologii histeryi danego przypadku jak i w zakresie hipnotyzmu doświadczalnego. I jeśli wspomnieliśmy tu o znaczeniu rozpoznawczem hipnotyzmu w pewnych przypadkach histeryi to głównie dla poparcia drugiej naszej tezy o *znaczeniu amnezji* i roli jej w niektórych przypadkach histeryi.

O prawdziwej sugestyjno-hipnotycznej terapii jako modyfikatorze psychicznym i gałęzi psychoterapii to tylko ze stanowiska dzisiejszej umiejętności naszej w tej dziedzinie możemy powiedzieć, że łatwiej jest nam dzisiaj postawić dla tej terapii wskazania niż zdobyć się na odwagę jej stosowania.

Należy bowiem wyciągnąć trzeci jeszcze wniosek z sugestyi doświadczalnej Charcot'a w zastosowaniu jej do celów terapeutycznych.

3) Nikt świadomy rzeczy nie może się ludzi doświadczeniami Charcot'a z sugestją terapeutyczną. Łatwo było Charcot'owi desugestyonować wyobrażenia chorobliwe, które *on sam* przed chwilą sztucznie w tym samym stanie świadomości zaszezepił. My stojąc w obec chorego, stajemy w obec eksperymentu, w którym zbieg przypadkowych okoliczności zaszezepił pewne wyobrażenia, niewiadomo częstokroć kiedy na podłożu psychologicznym może chwilowo, a może oddawna dziedzicznie do tego przygotowanem. Pod wpływem wielu nieznanych po większej części okoliczności zewnętrznych lub wewnętrznych modyfikujących zarówno wyobrażenie jak teren, wyobrażenie owo przechodziło najrozmaitsze fazy w swoim rozwoju, mogło stać się źródłem wyobrażeń pochodnych i zmieniało swoim wpływem teren czyniąc go podatnym do przyjmowania następczo przypadkowych wyobrażeń w warunkach usposabiających ich dalszy patologiczny rozwój. Wszystko to zmieniało odpowiednio osobowość, zmiana przed którą my stajemy jest jedną z owych zmian i niekoniecznie końcową. Tu występuje dopiero w całej pełni różnica między doświadczeniem laboratoryjnym, a doświadczeniem natury i Charcot był też pierw-

szym, który zwracał zawsze uwagę swych uczniów na te różnice i radził co prędzej wykorzeniać wyobrażenia, które ze względu na właściwości terenu mogłyby się ustalić i rozwinąć i stać źródłem objawów patologicznych. Z tego też wypływa, że ta pozornie tak łatwa sugestya terapeutyczna, nie zawsze taką bywa i może w zastosowaniu bez wyboru okazać się niejednokrotnie jednym z najtrudniejszych sposobów psychoterapii, a w każdym razie wymaga ze strony tego, kto jej się podejmuje odpowiedniego przygotowania psychologicznego prócz znajomości histeryi i dlatego, zdaniem mojem, do przedwczesnego popularyzowania nie nadaje się. (D. c. n.)

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

363. Kehr. Chirurgiczne leczenie ostrego i przewlekłego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego przez kamień albo guz. (Münch. med. Wochenschr. № 22, 1903).

Autor rozróżnia ostre i przewlekłe zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego przez kamień albo guz. Zaraz z początku autor mówi, że ostre zamknięcie przez guz nie ma żadnego znaczenia, gdyż zawsze przechodzi w postać przewlekłą, co przeciwnie niezawsze spotykamy przy zamknięciu przez kamień. Wedle jego zdania, przeważnie nabiera żółć przepycha kamień, a nie siły mięśniowe dróg żółciowych. Jedyne prawidłowe leczenie takiego zamknięcia ostrego zaśadza się na wyczekiwaniu i leczeniu wewnętrznem, spokojem, okładami, eunatolem, salicyłem i t. d. Gdy się żółtaczka zmniejsza, okolica wątroby staje się nie bolesną na ucisk, to niema racyi bytu operacya. Są jednakże przypadki, w których żółtaczka się nie zmniejsza, chory chudnie, gorączkuje, miewa dreszcze, wtedy trzeba się wziąć do operacyi. Przypadki te są bardzo rzadkie: na 800 przypadków zaledwie 4. Dalej, zdarzają się przypadki, gdzie napady się często powtarzają, męczą i dręczą chorego i w tych operacya jest konieczną. O ile rzadko operuje się przy ostrem zamknięciu przewodu żółciowego wspólnego, o tyle często przystępuje się do operacyi przy przewlekłym zamknięciu, które zwykle za wyjątkiem kilku przypadków wywołane bywa przez duży kamień, który nie może przejść przez węższą brodawkę w dwunastnicy. Jednakże i tu spotykamy przypadki, które bez operacyi się goją przez utworzenie

przetoki między przewodem żółciowym wspólnym i dwunastnicą, ale na to niema co wyczekiwać, gdyż jest to wyczekiwanie niebezpieczne dla chorego. Autor w ostatnich dwóch latach stracił zaledwie 3% chorych po operacji; zwykle liczy się 20% śmiertelności, co jeszcze w porównaniu 80% śmiertelności nie operowanych przedstawia świetny wynik i każdy powinien chorego namawiać na tę operację, gdyż żółtaczka, dreszcze, gorączka mogą chorego w krótkim czasie zupełnie wyniszczyć. Leczenie wodą Karlsbadzką w takich przypadkach więcej szkodzi, niż pomaga. Nie ulega wątpliwości, że woda Karlsbadzka usuwa objawy przewlekłego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego, lecz przyczyny, t. j. kamienia nie usuwa i niebezpieczeństwo zawsze wisi nad chorym — później czy wcześniej chorzy poddać się muszą operacji. Im później, tem gorzej, gdyż zwykle bywają wtedy powikłania, jak zapalenie ropne pęcherzyka i dróg żółciowych i rozmaite zrosty. Co się zaś tyczy operacji, to najlepiej wykonać ją w chwili wolnej od napadu. Przeciwwskazanie do operacji stanowią choroby płuc, nerek i rozlane zapalenie dróg żółciowych. Sposób operowania zależy od przypadków. Autor zamiast choledochotomii ze szwem wykonywa chętniej drenowanie przewodu żółciowego, operację, którą najpierw wykonali w Ameryce, i to z następujących przyczyn: drenowanie przewodu żółciowego mniej jest niebezpieczne, niż choledochotomia (statystyka autora 3% śmiertelności wobec 10%); wykonywa się daleko prędzej, niż szew; zapalenie dróg żółciowych prędzej się usuwa i nie może rozszerzać się na wątrobę; przy choledochotomii ze szwem i najlepszy chirurg zostawia kamienie w 15%, przy drenowaniu można je i potem usunąć. Z tego powodu nawroty rzadziej w drenowaniu, niż w choledochotomii ze szwem; nakoniec drenowanie przewodu żółciowego pozwala nam rozszerzać drogi do odpływu żółci. Co się zaś tyczy zamknięcia przez guz, to w 80% można odróżnić je od zamknięcia przez kamień. Nigdy nie wiadomo, czy mamy do czynienia ze złośliwym, czy z niezłośliwym guzem. W każdym bądź razie, trzeba się wzięć do operacji. Technicznie wszystko możebne, tylko wynik bywa czasami zły, gdyż rzadko zdarza się wyleczyć raka wywołującego zamknięcie; pochodzi on z przewodu czy z trzustki, to obojętne. W końcu autor formułuje wnioski następujące:

1) Leczenie ostrego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego za wyjątkiem niewielu przypadków należy do lekarzy chorób wewnętrznych.

2) Leczenie przewlekłego zamknięcia należy do chirurgów, jeżeli się nie osiągnie zupełnego i długotrwałego uspokojenia sprawy; operować należy jaknajwcześniej, o ile można, nie później, jak w trzy miesiące po ukazaniu się pierwszych objawów.

3) Choledochotripsia jest do zarzucenia; cystenterotomii należy jak najmniej używać, zamiast choledochotomii ze szwem trzeba wykonywać drenowanie przewodu żółciowego. Przy kamieniach mocno siedzących w brodawce dwunastnicy operuje się sposobem Burne.

4) Operacja nie jest niebezpieczna, gdy niema innych powikłań, jak to ropnia w wątrobie, raka trzustki, rozlanego zapalenia dróg żółciowych i t. p. Śmiertelność wynosi 3%.

5) Leczenie pooperacyjne powinno być bardzo staranne.

6) Przy leczeniu zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego przez guz mają do czynienia tylko chirurdzy, którzy będą operowali w największej części przypadków tylko uśmierząco; przy małych rakach w środku przewodu żółciowego wspólnego doszczętna operacja możebna; przy niezłośliwych guzach trzustki (Pancreatitis chronica interstitialis) operacja może na długo wyleczyć.

W. Biehler.

364. W. Körte. **Operacja w przypadkach zapalenia natury zakaźnej pęcherzyka żółciowego.** (Archiv. für klin. Chir. Bnd. LXIX).

Większość spraw zapalnych w pęcherzyku żółciowym przechodzi bez następstw poważniejszych również prędko, jak i powstającego jednak nie można powiedzieć o zapaleniach zakaźnych, gdzie ropówka i wczesna ścian zgorzel pęcherzyka, prowadząca do posokowatego zapalenia otrzewny, zmusza bezzwłocznie do wykonania operacji. Cierpienie, o którym mowa, przebiega nader podobnie do ostrej sprawy w wyrostku robaczkowym, zład niejednokrotne zdarzały się pomyłki.

Autor, rozporządzający własną, obejmującą 136 spostrzeżeń odnośnych statystyką, dokonał rękoczynu w okresie ostrym 18 razy. W każdym z tychże operowano w obec wskazań nagłych; w obec sprawy chorobowej, która rozpoczynała się od dreszczu wstrząsającego, gorączki, bólów mochnych i t. p. W niektórych jednak przypadkach gorączki nie było, lubo sprawa zapalna szerzyła się w otrzewnie na przestrzeni rozległej. Kamicę pęcherzykową wykryto u chorych 17; u 4-ch wyśięk zapalny w jamie brzusznej. W 2 ch przypadkach pęcherzyk powiększony opuszczał się prawie do samego dołu biodrowego, symulując wiernie nacieczenia okołokatnicze, przyczem wyrostek robaczkowy zrośniętym był wtórnie ze ścianą pęcherzyka. Nie zauważono jednak żadnego związku przyczynowego między dwiema sprawami temi (appendicitis i cholecystitis).

Operacji dokonywano pomiędzy 2-im i 9-ym dniem, licząc od chwili wybuchu objawów swoistych. D-r K. nie żałował nigdy swej interwencji wczesnej, stałe bowiem mógł stwierdzić głębokie już sprawy zapalne w pęcherzyku. Niekiedy w ścianach tego narządu odnajdywano szereg zwyrodniających je ropni, lub zebranie się ropy po za pęcherzykiem oraz zwiroteczenie znaczne obfitującej w owrodzenia jego śluzówki. W większości przypadków takich o wyleczeniu samoistnem nie mogło być mowy.

Następstwa ostrego dróg żółciowych ropienia są nader poważne; z wykazów, przytoczonych w pracy, dowiadujemy się, że u 9 osobników stwierdzono obecność sprawy ropnej w wątrobie lub pod przeponą, u 6 — rozlane zajęcie otrzewny, u 13 — niedrożność jelit w związku z uwięzieniem kamyków żółciowych. Co dotyczy wyników operacji, te ostatnie uznać musimy za nader dodatnie. Z 18 operowanych zmarło 3-ch tylko, przyczem zejście to niepomysłne otrzymano u kobiet w wieku podeszłym (lat 65, 66 i 75), obciążonych nadto

wadą serca, zapaleniem nerek i cukrzycą. W pierwszych 6 przypadkach dokonano rozcięcia pęcherzyka (cystotomia), który wytamponowano następnie i zaopatrzone w dren; w 7 narząd wycięto całkowicie (cystektomia), w 5-iu, wreszcie, rezekowano tenże, t. j. usunięto część uległą zgorzeli, ranę wypełniono gazą i przedrenowano. Cystektomia wydaje się zabiegiem najodpowiedniejszym, odrazu bowiem rugujemy cały zwyrodniały worek, torujemy dogodną do opróżnienia z ropy drogę oraz mamy pewność, że kamyków nie przeoczono bynajmniej. Wytamponowanie dokładne i, o ile będzie możliwym, wprowadzenie do żółciowodu (ductus choledochus) drenu jest niezbędnym do osiągnięcia pomyslnego całokształtu operacji warunkiem.

K. Niedzielski.

365. G. Friedländer. **Przyczynę do sprawy leczenia zapalenia gruczliczego otrzewny.** (v. Langenbeck's Archiv. Bnd. LXX. Heft 1).

Zakażenie otrzewny lasecznikami gruczlicy za pomocą udziału naczyń krwionośnych rzadko kiedy daje się stwierdzić na stole sekcijnym. Zainfekowanie powstaje tu zwykle w narządach jamy brzusznej lub obok tejże, a sprawa ta rozwinąć się może również w naczyniach i gruczołach chłonnych krezki. Dotąd nie rozstrzygnięto stanowczo, czy śródbłonek nieuszkodzony może być drożnym dla laseczników, czy też nie, a często znajdujemy miejsca, gdzie brak gruczelkami powłoki śródbłonkowej. Zazwyczaj źródło infekcyi zamykają zrosty, powstające łatwo w jamie otrzewny. Z ogólnej ilości 88 oględzin pośmiertnych stwierdzono w 5-ciu powikłanie przez marskość (cirrhosis) wątroby. Na przebieg sprawy gruczliczej w otrzewnie wpływa nie tylko kwestya istnienia otwartem lub zamkniętem ogniska zakaźnego, lecz również i budowa chorego osobnika oraz jadowitość i rodzaj zakażających otrzewną bakteryi. W niektórych razach bryły kałowe wyglądają, jak gdyby pozbawionemi były żółci, co Nothnagel wypisuje charłactwu.

Za przyczynę śmierci F. uważa wychudnięcie i charłactwo, zależne nie tylko od mniejszego przyjmowania pokarmów, lecz i od przewlekającego się stanu gorączkowego, od ropienia i długiego nieraz istnienia przetoki kałowej.

Autor nie sądzi, aby na sprawę tak przewlekłą, jak gruczlica, oddziaływać mogły czynniki tak krótkotrwałe, jak np. owo występujące w przebiegu laparotomii przypuszczalne przekrwienie z jego niemożliwym do skontrolowania działaniem przeciwważnym surowicy i białych ciałek krwi. Również wątpliwą jest rzeczą, czy laparotomia wpływa istotnie na sprawę gruczliczą tak pomyślnie, jak sądzi wielu. Przeciwnie, z przytoczonych przez autora zestawień otrzymuje się wrażenie, że operacya ta sprzyja powstawaniu przetoki kałowej, co większej jeszcze nabiera pewności, gdy porównamy przetoki, wytworzone po rozcięciu brzucha, z występującymi samoistnie. Druga strona ujemna operacyi polega na tem, że owrzodzenia jelit, dotąd

wyosobnione przez zrosty, po rozplątaniu tychże, stoją otworem i mogą wywołać ostre zapalenie otrzewny. Dla tego też podczas wykonywania zabiegu należy zlepy te możliwie oszczędzać i, w ogóle, unikać zetknięcia się ze starym wysiękiem zapalnym. *K. Niedzielski.*

366. J. Sternberg. **O leczeniu przetok odbytnicy.** (Zentralblatt für die ges. Therapie. Heft. 3—4. 1903).

Autor zaleca wyluszczenie z pierwotnym szwem na ranę, t. j. rękoczyn, do dziś dnia przez innych, z wyjątkiem Gersuny'ego, chirurgów wykonywany bardzo rzadko. Oryentowanie się w warunkach miejscowych dokładne bywa tu rzeczą niezbędną. Podczas badania używa S. cieniutkich, łatwo gnących się zgłębników srebrnych, zaopatrzonych w guziczek i spłaszczonych nieco celem łatwiejszego trzymania i wprowadzenia. Zawsze prawie konieczną jest narkoza. Za pomocą operacji usuwamy całkowicie wszystkie drogi przetokowe oraz pasma blizn, otrzymując powierzchnię przyraną całkowicie w tkance zdrowej. Po okrwawieniu i zrównaniu brzegów wytworzonej tą drogą rany spaja się takowe szwem na całej jej długości, doszczętnie, przyczem unikać należy szwu piętrowego. Operowany może oddawać stolec już po upływie dni czterech, szwy zdejmujemy w końcu drugiego tygodnia.

Wyższosc metody tej nad stosowanymi zwykle sposobami (gojenie drogą ropienia i rozwoju ziarniny) polega przede wszystkim na zachowaniu sprawności mięśnia zwieracza, potem zaś—na skróceniu okresu gojenia. Wydzielanie się ropy i śluzu ustaje niebawem. Na 105 operowanych w sposób powyższy przypadków, między którymi nie brak było powikłań, otrzymano w 82 wyzdrowienie zupełne z zadowolniającym trzymaniem kału. W 20 przypadkach rychłozrost nie dopisał, lubo ustało dalsze tworzenie się przetok. Spostrzeżenia te zakończyły się, zresztą, pomyślnie, po przecięciu tworzącego mostek pasma, i w krótkim czasie, rozumie się, drogą granulacji. W 3-ch, wreszcie, przypadkach nie otrzymano zagojenia. Chorych operowano w zakładzie, znanym pod nazwą „Rudolfinerhaus”. *K. Niedzielski.*

367. Reinking. **O wpływie opatrunków wyskokowych na przebieg spraw zapalnych.** (Zentralbl. für Chir. № 28. 1903).

D-r R. na mocy 37 spostrzeżeń, przeprowadzonych na klinice chirurgicznej w Kiel, przekonał się o wielkiej użyteczności opatrunków, wyszczególnionych w nagłówku, przyczem stosował wyskok pod postacią t. zw. alcoholcellitu. Środek ten zawiera prawie 70% wysokoku i ma spoistość zakrzepłego nieco 5% roztworu żelatyny. Gazę, złożoną w kilkoro, nasycy się preparatem, o którym mowa, i pokrywa tkaniną nie przepuszczającą. Mniemać należy, że skutkiem zależnego od wysoku przekrwienia tętniczego krążące we krwi pierwiastki bakteryo-

bójeze i odtrutkowe napływają do ogniska zapalnego w ilości znacznej, rozwijając tamże energię dużą. Lubo działanie opatrunku z alcoholcel-litu jest słabszem nieco, niż z wysokoku czystego, pierwszy ten środek posiada większą wartość praktyczną, gdyż ulatnia się daleko wolniej. Opatrunki te nadają się najbardziej do leczenia chorych ambulatoryjnego.

K. Niedzielski.

368. **Lengemann. Niekrwawy sposób leczenia skurczenia palców Dupuytren'a.** (Deutsche med. Wochensh. № 23, 1903).

Wyniki operacyjnego leczenia Dupuytren'a skurczenia palców nie zawsze były świetne. Mikulicz-Radecki wycina z fasyi dłoniowej wszystkie węzły i powrózki włókniste, które wywołały skurczenie, jak guzy złośliwe. Skórę z niemi zrośniętą też się wycina, ranę się zakrywa albo sąsiednią skórą, albo przez auto-plastykę. Niestety, nierzadko następowało ponowienie sprawy, jak to pokazali Lexer i Janssen. Aby temu zapobiedz Lexer, wycinał całą fascję dłoniową. Wszystko to spowodowało, że autor użył następnego sposobu leczenia, opierając się na tem, że skurczenie palców Dupuytrenowskie jest to przeważnie przewlekły, umiejscowiony rozrost tkanki łącznej w aponeurozie dłoniowej. Jak Langhans i Janssen pokazali, mamy tutaj rozrost tkanki bogatej w komórki, która się potem dzięki powiększeniu się tkanki podstawowej i zmniejszeniu się części komórkowej zamienia w masę podobną do tkanki włóknia. Wynik tej choroby, której przyczyna niewiadoma, przedstawia blizna, której uwiad wywołuje skurczenie palców. Proces ten bardzo podobny do tworzenia się blizny. Tiosinaminą w ostatnich czasach osiągnięto śliczne wyniki przy usunięciu blizn, które zmiękły i robiły się przesuwalnymi po zastrzyknięciu tego środka. Biorąc to pod uwagę, autor w dwóch przypadkach zastosował ten środek. Zastrzykiwał on roztwór Thiosinamini 2,0, Glycerini 4,0, Aquae destillatae 14,0, a nie roztwór wyskokowy, który wywołuje bóle silne. Co 2—3 dni ogrzewa się ten roztwór, gdyż tiosinamina rozpuszcza się tylko w ciepłej wodzie. Przy leczeniu blizn dobrze robiły zastrzykiwania i zdaleka od blizny, autor jednak zastrzykiwał miejscowo, sądząc, że tem osiągnie lepsze wyniki. Zastrzykiwał on dziennie 1 ctm³ za pomocą szprycki Pravaza do blizny i w okolicy jej, wybierając do wkłucia zdrową skórę. Gdy obie ręce były chore, to zastrzykiwał w obie ręce. Oprócz tego pomagano leczeniu ciepłymi kąpielami, masażem i ruchami biernymi. Dalej autor opisuje leczone przypadki. W jednym osiągnął on zupełne wyleczenie, a w drugim zupełnie zadowolniający wynik. Zastrzykiwał on codziennie, a potem co drugi dzień aż do skutku. Używał on do 30 zastrzykiwań. Ubocznych objawów nie zauważył. Ten sposób leczenia wymaga dużo cierpliwości i, wedle zdania autora, zdatny tylko w lekkich przypadkach, chociaż można go i spróbować w ciężkich. Czy nawrót nastąpi, autor z powodu krótkiego czasu sądzić jeszcze nie może. W każdym razie, ten sposób leczenia powinien być polecany i wypróbowany; gdy nie pomoże, mamy zawsze czas do przystąpienia do operacyi.

W. Biehler.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

369. Behm. **Hyperemesis gravidarum; teoria powstawania tego cierpienia z intoksykacji.** (Centr. f. Gyn. 1903, № 16, str. 499).

B. miał w leczeniu ciężki przypadek ropnicy (pyaemia) w okresie połogowym i pomimo istnienia przerzutów wyleczył chorą w szóstym tygodniu choroby wlewaniem do odbytnicy rozczynu (0,6%) letniego soli kuchennej. Autor zrobił przytem spostrzeżenie, że, jeżeli po ławatywie opróżniającej stale wlewać chorej codziennie do odbytnicy od 4 do 5 litrów rozczynu soli kuchennej, chora oddaje dziennie 3—4 litrów moczu i silnie się przy tem poci. Oprócz tego zupełnie ustało uczucie dręczące pragnienia, bóle głowy znikły, jakość tętna się poprawiła, jego fala stała się pełniejszą i miększą, a częstość jego ze 120 obniżyła się do 80—90 na minutę. Dreszcze ustąpiły i pomimo przerzutów w opłucnej, płucach i niektórych stawach po jedenastodniowej kuracji ciepłota ciała wróciła do normy. Dzięki pobudzeniu organów wydzielniczych: kiszki, nerek i gruczołów potowych, zarazki chorobowe zostały wydalone z ustroju i krew została oczyszczoną z toksyn.

Zaraz potem autor miał w leczeniu 2 przypadki „hyperemesis gravidarum”. Obie chore, pierwiastki, będące w 3 i 4 miesiącu ciąży, wymiotowały ze 20 razy na dobę, niezależnie od przyjmowania pokarmów, bo nawet i w nocy. Ubytek ciężaru ciała u jednej wynosił 25 funtów w ciągu 5 tygodni, a u drugiej 10 funtów w ciągu 3 tygodni. Zresztą, żadnych objawów chorobowych, ani histeryi nie można było wykryć u obu chorych. Męczące pragnienie, łatwo zmieniające się tętno wysokie (100—120 w minutę) i silny ubytek sił w obu przypadkach bardzo przypominały obraz chorobowy ropnicy, jakkolwiek brakowało gorączki. Ponieważ wszelkie inne środki, nie wyłączając sugestyi, pozostały bez skutku, autor zdecydował się stosować i w tych przypadkach wlewania rozczynu soli kuchennej do kiszki stolcowej. W pierwszym przypadku ciężkim jakiś lekarz, biorąc pod uwagę tętno słabe (120 w minutę) i silny ubytek ciężaru ciała (25 funtów w ciągu 5 tygodni), proponował jako ultimum refugium poronienie sztuczne. Zaraz po pierwszym wleciu płynu fizyologicznego obraz chorobowy za jednym zamachem się zmienił. Wymioty zaraz ustały w pierwszym przypadku, w drugim po kilku dniach. Do objawów charakterystycznych zaliczyć należy ten fakt, że z chwilą zaprzestania tych wlewań w pierwszych dniach, natychmiastowo wystąpiły mdłości i wymioty śluzowe, które natychmiast ustąpiły, skoro wlewanie w dalszym ciągu były robione. B. przyszedł do przekonania, że wlewania rozczynu soli kuchennej posiada pewne działanie lecznicze, a nie sugestyjne, tembardziej, że inne środki sugestyjne pozostały bez skutku. Ostatecznie mdłości ustąpiły i bez wlewań dopiero w końcu 5 miesiąca ciąży.

Następnie autor miał w leczeniu jeszcze 4 lżejsze przypadki wymiotów uporczywych u ciężarnych w 2—4 miesiący ciąży (3 pier-

wiastki i 1 wieloródka); u wszystkich narządy wewnętrzne były zdrowe, a objawów histeryi nie było. Jedną tylko pierwiastka anemiczną dotkniętą była jeszcze wrzodem okrągłym żołądka, który powodował nieco dłuższe cierpienia i wymagał specjalnego leczenia. I w tych przypadkach wlewania soli kuchennej usuwały natychmiastowo mdłości i wymioty i po 14-dniowej kuracji, polegającej na wlewaniu 2—3 razy dziennie po 1 litrze można było zupełnie już zarzucić wlewania, objawy uciążliwe już nie wracały. Niekiedy tylko dawano naczczo lewatywy czyszczące.

Zestawiając działanie wlewań rozczynu soli kuchennej w ropnicy z działaniem ich w hyperemesis, autor przychodzi do przekonania, że wymioty uporezywe u ciężarnych są również pochodzenia toksycznego, wychodzącego z obwodu jaja płodowego, ponieważ z jednej strony po opróżnieniu macicy wymioty natychmiastowo ustają, a powtórę części składowe moczu płodu nie mogą mieć podówczas wpływu na wymioty, ponieważ ostatnie rozpoczynają się już w pierwszych dniach ciąży. Na usprawiedliwienie swojego poglądu autor cytuje nowsze teorie, wypowiedziane w ostatnich czasach przez C. Ruge'go, R. Méyera, Gottschalk'a, Veit'a i Poten'a, że części kosmków, a zwłaszcza masy syncytii fizjologicznie krążą we krwi ciężarnych i mogą spowodować intoksykację. Krażenie tych cząstek zaczyna się już w pierwszych dniach ciąży; zrozumiałą więc jest rzeczą, że one mogą dać powód do wymiotów uporezywych. Z chwilą wytworzenia się łożyska (mniej więcej w połowie ciąży), kiedy kosmki pozostałe zanikają, wymioty uporezywe fizjologiczne same z siebie ustępują.

Te przypadki wymiotów uporezywych, w których brak zmian patologicznych w narządach lub histeryi, stanowią postać samoistną cierpienia, inne zaś, od pierwszych zbaczające, przypadki mają jeszcze inne źródło powstawania.

Zbaczające te przypadki bywają trojakiego rodzaju:

- 1) Takie, w których wymioty rozpoczynają się w drugiej połowie ciąży,
- 2) Takie, w których po przerwaniu ciąży wymioty dalej trwają i
- 3) takie, w których wymioty po przerwaniu ciąży, wprawdzie ustępują, lecz chora umiera.

Definicja autora: „hyperemesis gravidarum jest zatruciem krwi ciężarnej, powstałą z obwodu jaja płodowego, prawdopodobnie natury syncytialnej“.

M. Warszawski.

370. Prof. d-r Jentzer. **Nowy objaw ciąży mnogiej.** (Centr. f. Gyn. 1903, № 17, str. 514).

27-letnia pacjentka, u której autor 4 kwietnia 1900 roku dokonał wentrofiksjacyi wskutek tylopochylenia macicy, miała ostatni peryod 8 listopada 1900 roku. Przebieg ciąży w pierwszych 7 mie-

siacach był prawidłowy, wyjąwszy bóle lekkie, spowodowane przez pociąganie macicy ciężarnej w miejscu blizny brzusznej.

W końcu 8 miesiąca ciąży chora zapisała się do kliniki. Brzuch mocno wypukłony, obwód na poziomie pępka 102 cm. Silne napięcie brzucha uniemożliwia palpację. Tętno płodu słychać wyraźnie i z prawej i z lewej strony, niema jednak różnicy w częstotści tętna.

Ułożywszy ręce na dolnej części brzucha, autor wyczuł tuż nad spojeniem łonowem jedną, nieco w stronę lewą zboczoną, główkę, a drugą główkę po stronie prawej, która z łatwością zbacza w kierunku prawej jamy biodrowej. Jeden grzbiet zwrócony w stronę lewą i ku tyłowi, a drugi w stronę prawą ku przodowi. Jeżeli ująć za obie główki i zbliżyć je do siebie, otrzymuje się wrażenie uderzenia dwóch kul bilardowych w wodzie. Fakt ten kilkakrotnie został stwierdzony przez autora i jego asystentów. O objawie tym nie wspomina żaden podręcznik akuszeryi. *M. Warszawski.*

371. **Fernand Callian. Wpływ mocznicy cukrowej na narząd płciowy kobiety.** (Centr. f. Gyn. 1903, № 16, str. 505).

W 58 zebranych przypadkach autor spostrzegał koineydencję mocznicy cukrowej ze zmianami w narządach płciowych. Do najważniejszych objawów należy swędzenie sromu (pruritus vulvae), które w skutkach swoich może przybrać rozmiary pryszczycy i ropówki. U wszystkich kobiet należy zbadać mocę, gdyż często zawiera on cukier, nawet w braku polyuriae. Im więcej kobieta się znajduje w okresie życia płciowego, tem groźniejszą staje się choroba. Często się zdarza zanik macicy i jajników, spowodowany przez stwardnienie naczyń, a najczęściej zaburzenia w miesiączkowaniu.

W przypadku mięśniaka macicy, powikłanego przez cukromocę, autor spostrzegał wyleczenie choroby cukrowej po usunięciu mięśniaka. Jednakowoż radzi on przystępować do operacji tylko wtedy, kiedy krwotoki, przez guz spowodowane, zagrażają życiu kobiety; w przeciwnym razie zaleca energiczną kurację, skierowaną przeciw mocznicy cukrowej. *M. Warszawski.*

872. **Bacon. Jakie ma znaczenie wytlącanie płodu w przypadkach umiarkowanego zwężenia miednicy.** (Sonderdruck, 1902; Centr. f. Gynäk. 1903, p. 443).

Najstarsza z operacji akuszeryjnych—wytłaczanie płodu—poszła w zaniedbanie wobec wydobywania płodu za koniec miednicy i używania kleszczy. Jednakowoż operacja ta w pewnych warunkach oddaje znakomite usługi, o czem autor miał sposobność się przekonać w następującym przypadku. Chodziło o miednicę średnio zwężoną z konjugatą 8,5 cm. W porodzie poprzednim wydobyto dziecko nieżywe kleszczami wysokimi. Kiedy ujście nie było jeszcze zupełnie rozszerzone, a wody były już odeszły, autor ujął główkę płodu przez

powłoki brzuszne i siłą wtłoczył ją do miednicy. Gdyby autor uległ namowie i nałożył kleszcze wysokie, wątpliwą jest rzeczą, czy wydobyłby dziecko żywe, nie mówiąc już o niebezpieczeństwie dla matki.

Sposób ten wytłaczania, przy którym ujmuje się bezpośrednio za główkę, a nie za dno macicy, jak to czyni Kristeller, autor radzi stosować we wszystkich tych przypadkach, gdzie mamy zwężenie miednicy średniego stopnia i gdzie, pomimo silnych skurczów macicy, główka nie zstąpiła do miednicy.

M. Warszawski.

373. Michelsen. Rokowanie i leczenie pępowiny przodującej i wypadniętej. (Inaug. Dissert., Królewiec, 1901).

Autor podaje zasady leczenia sposobem Winter'a:

1) W położeniu poprzecznym płodu z wypadnięciem pępowiny trzeba czekać, dopóki nie będzie można wykonać obrotu wewnętrznego i zaraz potem płód wydobyć. Pępowina przodująca nie ma żadnego znaczenia.

2) Przy wypadnięciu pępowiny w położeniach miednicowych należy natychmiastowo przystąpić do wydobycia płodu, ewentualnie za ściągniętą nóżkę lub za miednicę, przy pomocy nacięć, zrobionych na ujściu macicznym.

3) Gdy w położeniu płodu podłużnym przoduje pępowina, należy chorą odpowiednio ułożyć lub ostrożnie wprawić pępowinę przodującą. Gdy się to nie udaje, należy czekać do zupełnego rozwarcia ujścia, a potem zrobić obrót i ekstrakcję.

4) Wypadnięcie pępowiny w położeniu czaszkowym, gdy otwór ujścia jest mały, daje wskazanie do wprawienia ręcznego pępowiny wypadniętej, ewentualnie, gdy ten rękoczyn nie dopisze, do obrotu złożonego. Gdy ujście jest zupełnie rozszerzone, należy wykonać obrót i ekstrakcję. Gdy główka znajduje się w miednicy, trzeba kleszcze nałożyć.

M. Warszawski.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

374. D-r E. Kobrak na podstawie bardzo licznego materiału oświadcza się za reumatycznym pochodzeniem płasawicy. W historii choroby dotkniętych płasawicą odgrywa rolę nie tylko zdecydowany gościec stawowy, lecz i postaci nieokreślone, skryte—anginy. Oprócz gościa, jako przyczyny—odgrywa tu pewną rolę i usposobienie. Autor otrzymał dobre wyniki przy stosowaniu leczenia przeciwgoścowego—aspiryną. Środek ten podawano w dawkach od 0.5—1.0 grama trzy razy na dzień w przeciągu 2—3 tygodni; niekiedy kombinowano aspirynę z arsenikiem. Na serce aspiryna ujemnie nie działa. Prócz tego radzi autor spokój—leżenie w łóżku. (Archiv. f. Kinderheilk. 1903).

H. K.

375. *Rzadki przypadek zarażenia się syfilisem* komunikuje d-r H élot: pewien pan podczas spaceru przypadkowo uderzony został batem w nos przez przejeżdżającego dorożkarza; powstała niewielka ranka, na której po upływie miesiąca rozwinął się szankier twardy; odnaleziono dorożkarza i stwierdzono u tegoż lepiże w ustach; miał on zwyczaj gryźć w ustach koniec bata. (R. Wr. 30.) J. W.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

376. W thèse de Paris № 116 (1902 r.) d-r P. Barnsby omawia **leczenie pęknięcia tętniaka końceyn**, które, jak wiadomo, wymaga zawsze szybkiej interwencji chirurga. W zestawionych przez autora spostrzeżeniach przytoczono różne metody postępowania, a mianowicie: a) *Podwiązanie* (tętnice: podkolanowa, udowa, biodrowa zewn. i pachowa), dokonane w 21 przypadkach; 12 osobników zmarło skutkiem zgorzeli, krwotoków lub zakażenia. Z 9 pozostałych 3-ch wyzdrowiało zupełnie; u 6 operowanych wykonano zabiegi wtórne: otwarcie krwisteku, wyluszczenie ze stawu, tamowanie krwotoków. b) *Cięcie* w 7 przypadkach z 3-ma wynikami pomyślnymi i 4-ma złymi, w jednym z ostatnich tych razy stwierdzono zejście niepomyślne na skutek tęcza (10 dnia po operacji), niezależnie zatem od metody samej. c) *Wyluszczenie* u chorych 9-ciu ze szczęśliwym za każdym razem wynikiem. Ekstyrpacja zatem jest sposobem najlepszym, usuwa nadto niedogodności, związane z ligaturą zwykłą, jak pozostawianie guza, wybuch objawów zapalnych, wywoływanie krwotoków. Za pomocą cięcia zażegnuya się, wprawdzie, niebezpieczeństwo powstania krwisteku, ściany jednak worka istnieją w ciągu dalszym i mogą ulegać zapaleniu lub infekcyi. Ostatnia, zależnie od powstawania zatorów w gałęzkach tętnicznych, bywa daleko częściej przyczyną zgorzeli, niż przewrwanie cyrkulacji w pniu tętniczym. Wyluszczenie więc, lubo nieraz trudne technicznie, jest typową la méthode de choix. Dokonywać należy jej ściśle aseptycznie. Operacja polega na otwarciu ogniska, bezzwłocznem podwiązaniu naczynia powyżej i poniżej worka i wyseparowaniu tegoż po uprzednim wygarnięciu skrzepów. Wyluszczenie takie, w obec zrostów z narządami sąsiednimi, jest arcy zmusne, nerwy należy oddzielać bardzo starannie, a pnie żyłne podwiązywać i rezekować. (Archiv gén. de méd. № 7. 1903.) *Niedzielski.*

377. O. A b r a h a m. **Leczenie trypra kobiecego drożdżami.**
(Centrl. f. Gyn., 1903, № 15, str. 471).

Oprócz klinicznych doświadczeń praktycznych na chorych autor robił doświadczenia bakteryologiczne w celu przekonania się, w jaki sposób drożdże działają na bakterye chorobotwórcze w pochwie.

Autor podaje nowy sposób stosowania drożdży, który wypróbował na 40 chorych. Wyniki badań swoich autor streszcza w sposób następujący:

1) Jak wykazały doświadczenia kliniczne i bakteryologiczne, drożdże są w stanie zabić gonokoki.

2) Działanie bakterjobójcze drożdży jest natury chemicznej i pochodzi od enzymy.

3) Drożdże wyjałowione działają bakterjobójczo w obecności cukru, a żywe drożdże i bez niego. Działanie żywych drożdży podnosi się przez domieszkę asparaginy.

4) Drożdże i asparagina zaprawiają się żelatyną na gałki pochwowe, w których komórki drożdżowe przez dłuższy czas zachowują żywotność; oprócz tego mają i tę wygodę, że chora może sobie sama gałki do pochwy wprowadzić.

5) Gałki pochwowe drożdżowe, nie powodując żadnych dolegliwości, mogą być z dobrym skutkiem stosowane w chorobach rzeźączkowych sromu, pochwy i macicy.

M. Warszawski.

378. D-r. K. Liepelt. **Mezotan, zewnętrzne antirheumaticum.** (Berl. klin. Woch. № 16. 1903).

Mezotan jest to metoxymethylester kwasu salicylowego, przedstawia się pod postacią płynu, barwy słomkowej, zapachu aromatycznego. Autor zbadał działanie tego nowego środka w 30 przypadkach ostrego gościa stawowego. Były to przypadki przeważnie ciężkie, powikłane chorobami serca i opłucny. Mezotan stosował autor pół na pół z oliwą pod postacią lekkich wcierań w chory staw, potem miejscz to pokrywał watą lub też batystem Billroth'a. W kilka godzin po smarowaniu poddawano mocz badaniu na kwas salicylowy, odczyn otrzymano zawsze dodatni. Chorzy prawie bez wyjątku doznawali już po pierwszym smarowaniu ulgi. Wcierania powtarzano zazwyczaj trzy razy na dzień. Ciężota opadała, przyczem występowały poty. W przypadkach, powikłanych zapaleniem wsierdzia, osierdzia lub opłucny musiano stosować małe dawki morfiny, kodeiny lub też środek nasenny. Niejednokrotnie podawano także małe dawki aspiryny. W nawrotach choroby wyższość mezotanu nad stosowanymi poprzednio innymi środkami przeciwoścowymi wyraźnie się ujawniła. W jednym przypadku arthritis gonorrhoeica mezotan dał wynik ujemny.

Autor stosował w niektórych przypadkach plaster mezotanowy, również z dobrym skutkiem.

Wobec tych dodatnich wyników autor poleca mezotan, jako zewnętrzne antirheumaticum. Najlepiej ma on działać w świeżych przypadkach polyarthritis rheumatica, gdzie dużo stawów jest zajętych. W cięższych przypadkach dobrze jest pomagać sobie jeszcze małymi dawkami aspiryny.

H. Kucharzewski.

379. (wb) **Adrenalina.**

Adrenalinę poleca Graeser w silnych krwotokach podczas duru. Dawał on z dobrym wynikiem Adrenalinum muriaticum fabryki Parke, Davis et comp. w roztworze 1:1000 po 30 kropeł w roztworze fizyologicznym soli kuchennej co 3 godziny. Krwotoki prędko ustawały i już więcej nie powtarzały się. Jak adrenalina w tym przypadku działa, czy przez zwężenie tętnic i podwyższenie ciśnienia krwi, spowodowane przez obwodowe podrażnienie nerwów naczynio-ruchowych, jak to utrzymują Schäfer i Oliver, czy też spowodowane przez podrażnienie nerwów naczynio-ruchowych z powodu przyczyn, leżących w mózgu, albo z powodu podrażnienia nerwu błędnego, jak utrzymują Szymonowicz i Cybulski, niewiadomo, w każdym razie krwotoki ustają. (Münch. med. Wochenschr. № 30, 1903).

380. (wb) **Aqua destillata.**

Aqua destillata okazała się wybornym środkiem w leczeniu wola. Rayne, który wypróbował wszelkich dotychczas używanych środków bezskutecznie, polecił jednej ze swych pacjentek picie tylko wody przekropionej. Po niejakiem czasie wole zmniejszyło się o połowę. Chora piła następnie wodę deszczową, gdyż na wsi zabrakło jej wody destylowanej. Po kilku miesiącach wole znikło zupełnie. Otrzymawszy taki wyborny wynik, autor stosował wodę destylowaną

w kilku innych przypadkach i ciągle otrzymywał również dobre wyniki. (Sem. méd. № 29. 1903).

381. (wb) **Pertussis.**

Cytrofen i Oksykamforę zaleca Ichreiner przy leczeniu koklusu. Okrykamfora zmniejsza ilość i siłę napadów nieodzwonne. Weale nie oddziaływa na sere i dlatego może być polecana szczególnie przy ciężkich powikłaniach (zapalenie płuc etc.). Dawka pojedyncza, stosownie do ciężkości przypadku 3 razy dziennie po 0,1—0,3 na każdy rok życia chorego. Cytrofen nie gorzej działa na koklusz. Napady w krótkim czasie się znacznie zmniejszają, cały przebieg choroby daleko lżejszy. Zaczyna się leczenie cytrofenem dawkami po 0,15—0,2 na każdy rok życia chorego 3 razy dziennie, zwiększa się dawkę do 0,3 po 3 razy dziennie. (Ther. Monatsh. № 6. 1903).

382. (wb) **Ulcera cruris.**

Owrzodzenia goleni radzi Fetrade leczyć za pomocą natri bicarbonici. Najpierw obmywa się ranę 2% roztworem dwuwęglanu sody, następnie kładzie się na nią gazę, umaczaną w 3 lub 4% roztworze Natri bicarbonici; chorą nogę trzeba trzymać na pewnym wzniesieniu. Z początku zmienia się kompresy w kilka godzin, następnie codzien. Dwuwęglanu sody działa osuszająco, a także przyspiesza zabliznienie, przeszkadzając zbyt bujnemu rozwojowi ziarniny. (Sem. méd. № 30. 1903).

V. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 5 maja 1903 r.

I. Szteyner przedstawił:

1) Chora, 37-letnią kobietę, wyleczoną po wycięciu nerki, dotkniętej roponerczem i kamieniem miedniczki nerkowej. Guz bardzo wielki zajmował całą prawą połowę brzucha i sięgał po za linię środkową na lewo na 3 palce poprzeczne. Cięcie prowadzone było skośnie w okolicy lędźwiowej, poprzecznie na brzuchu (transperitonealis). Przy oddzielaniu wrzodów dwunastnica uległa przerwaniu podłużnemu. Po wycięciu całkowitem nerki zeszyto dwunastnicę, otrzewną, ścianę brzuszną i włożono worek Mikulicza od tyłu. Przebieg był zupełnie pomyślny. Obecnie w 4 tygodnie po operacji rana jest w znacznej części zagojona.

2) Preparat chrząstniaka kostniejącego wielkich rozmiarów. Nowotwór wychodził z chrząstki 6 go żebra z lewej strony u mężczyzny 22-letniego. Operacja była dokonana w ten sposób, że po oddzieleniu mięśni od guza i obnażeniu jego podstawy guz został odpiłowany i następnie wycięto 6-e żebro; opłucna była tak zrosnięta z guzem, że trzeba było wyciąć resztę guza, drażącego do klatki piersiowej, razem z opłucną i chrząstką żebrową. Chory po przebyciu odmy piersiowej i zapaleniu opłucny wyzdrowiał.

II. Groszlik przedstawił szereg usuniętych przezeń w ostatnich czasach kamieni pęcherzowych, należących do kategorii t. zw. kamieni nierozpoznanych, t. j. przebiegających bez zwykłych objawów kamienia pęcherzowego. W 3-ch przypadkach G. przy pomocy kruszenia wydobył odłamy ważące 10 grm., 48 grm., 63 grm. W przypadku 4-ym badanie zgłębnikiem metalowym dało wynik ujemny, a kamień został wyjęty przy pomocy cystoskopu. Z powodu znacznego powiększenia gruczołu krokowego i zbyt głębokiego położenia kamienia G. wykonał sectionem altam. G. zwraca uwagę na konieczność badania pęcherza w przypadkach ciemnych przy pomocy cystoskopu, często bowiem zgłębnik metalowy zawodzi, pomimo, iż w pęcherzu znajduje się spory kamień. Ostrożność tę szczególnie zaleca się u osób starszych z przerostem gruczołu krokowego. Wszystkie przypadki miały zejście zupełnie pomyślne.

III. A. Karczewski przedstawił nerkę z przypadku pyelonephritis calculosa. Przypadek dotyczył 39-letniej kobiety, która przed 6-u laty po raz pierwszy dostała bólów w brzuchu z lewej strony, które trwały 3 dni; w czerwcu r. z. leżała w szpitalu na oddziale wewnętrznym przez 3 tygodnie z powodu silnych bólów w lewej połowie brzucha. Była wówczas w 3-im miesiącu ciąży; zaraz po porodzie (12 grudnia r. z.) zauważyła guz w lewym podżebrzu oraz zmętnienie moczu. Od chwili porodu prawie nie podnosiła się z łóżka. W marcu r. b. lekarz stwierdził ropień w lewej okolicy lędźwiowej

i zrobił nakłucie: wylała się duża ilość ropy. Od połowy marca często miewa wymioty i zupełnie nie ma łaknienia.

Chora w najwyższym stopniu wyniszczona. Tętno 130, ciepłota rano 36, wieczorem 37,6. W wierzchołkach płuc drobne rżenia.

W jamie brzusznej znajduje się guz wielkości 2-ch pięści mężczyzn. Guz ten wystaje z pod lewego łuku żeberowego, od przodu dochodzi do linii pośrodkowej ciała, ku dołowi sięga do kolca przedniego górnego (spina ilei anterior superior). Guz mało ruchomy, o powierzchni nierównej, prawie niebolesny przy ucisku. Z tyłu w okolicy lędźwiowej z lewej strony znajduje się płaskie wypuklenie, wyraźnie chęłboczące. Mocz zawiera dużą ilość ropy, białka niewiele, cylindrów brak.

Dokonano badania cystoskopem i kryoskopii krwi, i na zasadzie danych otrzymanych rozpoznano: gruźlicę nerki lewej; czynność tej nerki całkowicie zniesiona; prawa nerka niezmienniona; sprawność prawej nerki obniżona (molekularna koncentracja krwi znacznie wyższa od normy).

Mimo to zdecydowano się na operację i usunięto guz, mający w wymiarze podłużnym około 20 ctm., w poprzecznym około 15; powierzchnia guza dość gładka; na przekroju widać cały szereg jam ropnych; w jednej z takich jam kamień; moczowód również zatkany kamieniem wielkości grochu szablastego. Chora po kilku tygodniach opuściła szpital w stanie zupełniego zdrowia.

IV. I. Brudziński przedstawił mózg chłopca dotkniętego chorobą Little'a. Na seceji porencephalia (lewa półkula wykazuje znaczne braki substancji, w zrazie czołowym duże zagłębienie, wielkości jaja kurzego, rozszerzające się z powierzchni w głąb, tak że cały prawie zraz czołowy, część ciemieniowego zniszczone. Istota mózgowa lewej półkuli od wewnątrz również zniszczona, tak że komunikuje lewa półkula z przestrzenią między obu półkulami).

V. S. Klein wygłosił pierwszą część odczytu swego p. t „O rozpoznawaniu białaczki“.

K. obserwował w ciągu lat 12-u 40 przypadków białaczki (w tej liczbie 23 białaczki limfatycznej) oraz 52 przypadki t. zw. pseudoleukemii. K. podaje cechy kliniczne i hematologiczne obu postaci i wskazuje w jaki sposób odróżnić można postać białaczki limfocytowej od białaczki myelocytowej. K. opisuje obraz białaczki ostrej i wskazuje, na podobieństwo obrazu klinicznego tego cierpienia do obrazu szkorbutu i choroby Werlhof'a, przyczem rozstrzygającym jest badanie krwi. K. wskazuje, iż ostra limfemia może przebiegać z normalną prawie ilością leukocytów, byleby obraz kliniczny był typowy i % limfocytów wybitnie zwiększony. To samo tyczy się leukemii przewlekłej (z którą pierwsza znajduje się w ścisłym związku), gdzie często liczba leukocytów jest również mało zwiększona.

K. podaje 2 przypadki t. zw. pseudoleukemii, gdzie z początku przez długi czas istniało stosunkowo nieznaczne zwiększenie ilości leukocytów z dużą ilością limfocytów, a gdzie przed śmiercią wystąpiła ogromna leukocytoza limfocytowa (przejście pseudoleukemii w leu-

kemię. K. jest zdania, że tu od początku obserwacji istniała limfemia, która w końcu tylko się obostrzyła.

Na zasadzie spostrzeżeń powyższych K. wypowiada wniosek, że najważniejszą oznaką kliniczną leukemii limfatycznej, zarówno ostrej, jak i przewlekłej, jest przy pewnym obrazie klinicznym nie tyle leukocytoza (która może nie istnieć, ile zwiększenie znaczne odsetki limfocytów krwi (limfocytoza-limfocytemia).

Posiedzenie d. 19^o maja 1903 r.

J. Brudzinski przedstawił 8-letniego chłopca z Domu Wychowawczego z rozległym naczylniakiem (angioma), zajmującym całą kiść i przedramię górnej kończyny. Cała kiść przedstawia się jako guz duży, kształtu żółwia, miękki, łatwo uciskalny, palce są tylko dodatkami guza. Kości są zachowane, lecz w porównaniu z kończyną prawą wykazują znaczne cechy niedorozwoju. Kończyna ta staje się dla dziecka coraz mniej użyteczną, bowiem angioma powiększa się. Co do interwencji, wahać się można jedynie między amputacją i metodą niedawno zapoczątkowaną przez Nicoladoni'ego.

II. Fryszman przedstawił nerkę z przypadku wodonercza otwartego, obserwowanego na oddziale O d e r f e l d a i operowanego przez tego ostatniego. Przypadek ten zasługuje na uwagę głównie z tego względu, że była to rzadka postać wodonercza krwawiącego, t. zw. ouronéphrose ouverte hématurique (A l b a r a n zebrał w całej literaturze zaledwie 12 przypadków).

Operacja—nephrectomia per viam lumbalem. Usunięta nerka (po utrwaleniu) ma wygląd dużego guza o nierównej powierzchni. Na przekroju widać mniejsze i większe jamy, komunikujące z miedniczką nerkową. Jamy te odpowiadają rozciągniętym kielichom nerkowym i zawierają krwawo zabarwiony, o zapachu moczu, płyn i skrzepy krwi (klinicznie był krwimocz od 1¹/₂ roku). Moczowód u wejścia do miedniczki rozciągnięty i tworzy łukowate zagięcie. Jak widzimy z powyższego była to w danym przypadku otwarta puchlina nerkowa, spowodowana wadliwym przyrzepem moczowodu.

Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny.

III. G a w r o ũ s k i pokazywał przyrząd do oświetlania gardła: mała płaska lampka elektryczna, tkwiąca we wnętrzu na jednym z końców szklanego szpadelka o podwójnej solidnej ścianie, ku drugiemu końcowi biegną wewnątrz przewodniki, ujęte w masę papierową. Koniec ten oprawny w niklową pochewkę, a trzymamy w czasie użycia przez badającego, jest zarazem początkiem dalszego ciągu przewodników, które w odpowiedniej tkance izolacyjnej dążą do małej suchej baterii, znajdującej się w kieszonce bocznej zwierzchniego ubrania. Szpadelek wraz ze źródłem światła na jego końcu wprowadza się do jamy ustnej i tym sposobem oświetla jaknajdokładniej jej głębie.

IV. J a w o r s k i przedstawia przypadek *enterocele et epiplo-*

cele vaginalis posterior, któremu towarzyszy wypadnięcie odbytnicy. Odbytnica przez dowolny akt napierania wydłuża się, wypada nietylko śluzówka, lecz i mięśniówka, pociągając za sobą nieodzownie na dół i otrzewną. Wówczas, szczególnie w zatoce Douglas'a, daje się wyczuć guz, wypuklający się w pochwę, sprawia pod palcem wrażenie pęcherza napełnionego gazami, jest bolesny.

V. St. Klein wygłosił drugą część swego odczytu p. t. „*O rozpoznawaniu białaczki*“. Na zasadzie przytaczanych dalej przypadków własnych, K. przechodzi do wniosku, że w leukemii limfatycznej chwilami brak oznak hematologicznych tego cierpienia, że leukemia limfatyczna nie zawsze przebiega z limfocytozą.

Następnie K., przechodząc do t. zw. pseudoleukemii, wyodrębnia z niej przedewszystkiem pseudoleukemię limfocytową Pincusa'a i uważa ją za leukemię, następnie wyodrębnia gruźlicę gruczolów, limfosarkomaty, limfosarkomatozę typu Kundrat'a oraz chloroma, które zalicza z jednej strony do limfosarkomatozy, a z drugiej do leukemii limfocytowej. K. szkicuje obraz kliniczny i hematologiczny powyższych cierpień i dochodzi do wniosku, że limfosarkomatoza niekiedy niezem się nie różni od leukemii limfatycznej. K. przytacza w końcu spostrzeżany przez się przypadek, w którym na sekcji znaleziono mięsak rozlany serca, nerek i gruczolu krokowego wraz ze zmianami szpiku, charakterystycznymi dla leukemii, a gdzie we krwi była z początku leukocytoza neutrofilowa, która w końcu przeszła w limfocytemię wyraźną. Przypadek ten, zdaniem K., najlepiej dowodzi ścisłego związku nowotworów, a szczególnie limfosarkomatozy z leukemią limfocytową, którą również K. uważa za nowotwór i proponuje nazywać ją limfonalną wraz z limfosarkomatozą i t. zw. pseudoleukemią Pincusa'a.

W dyskusji Prezes zwraca uwagę, iż obecnie leukocyty należałoby nazywać białymi ciałkami krwi, nazwę zaś leukocytów pozostawić dla wszystkich leukocytów z ziarnistą protoplazmą oprócz limfocytów. Prezes sądzi, że byłoby lepiej, gdyby mówca wszędzie zamiast odsetek limfocytów podawał cyfry absolutne, gdyż wtedy limfocytoza wystąpiła by nawet tam, gdzie odsetka nie wykazywała zwiększenia liczby limfocytów.

Winiarski, nie wdając się w szczegóły odczytu, zbyt obszernego, ażeby mózgi je zapamiętać, zaznacza, że mówca ze szkoda pominął w badaniach swych zachowanie się komórek eozynofilowych i myelocytów. Zwłaszcza, co dotyczy pierwszych, to wszak dawniej uważano zwiększenie się ich liczby we krwi za cechę charakterystyczną krwi leukemicznej; dziś wiadomo wprawdzie, że komórki eozynofilowe występować mogą w zwiększonej liczbie i w innych stanach patologicznych, jednak rola ich jest dotychczas ciemną.

J. Piotrowski zaznacza, że mówca zamało czy prawie wcale nie mówił o zmianach erytrocytów (ilościowe i jakościowe), które przecież są cechą, odróżniającą także leukemię od pseudoleukemii.

Nie wspomniał również o t. zw. anemia pseudoleukaemica infantum P. już przed 5-ciu laty dowodził pokrewieństwa tych spraw, o których mówił prelegent. Zdaje się jednak, że twierdzenie mówcy o ich identyczności idzie za daleko, gdyż trzeba uwzględnić przy oglądach ogólnych nietylko nietypowe, ale i typowe przypadki omawianych chorób, które w tych razach przedstawiają jednak różne, a dość charakterystyczne znamiona.

J. Jaworski zaznacza, że w rozpoznaniu różniczkowem wypada mieć na uwadze, spotykane wprawdzie bardzo rzadko, cierpienie, właściwe ciężarnym, a polegające na wybitnej niedokrwistości. Cierpienie to, opisane przez Gusserow'a, jako specjalna choroba ciężarnych (eine specielle Schwangerschaftskrankheit) nie poddaje się żadnym zabiegom leczniczym i niechybnie sprowadza śmierć przed końcem ciąży, a po przedwczesnym porodzie. Choroba zaczyna się niepostrzeżenie, a przebiega skrycie. Wyniki badania pośmiertnego w 5-u przypadkach Gusserow'a były identyczne. Oprócz G. opisali taki przypadek Stoerer i Jaworski. W tym ostatnim przypadku badanie krwi dało następujący wynik: znaczny stopień leukocytozy (768000 b. ciałek w 1 mm. sz.), oprócz tego dość duży % komórek eozynofilowych.

Klein w odpowiedzi Prezesowi zaznacza, że rzeczywiście leukocytami obecnie nazywają wszystkie ciała białe z wyjątkiem limfocytów, z drugiej jednak strony nazwa ta, oznaczająca po grecku białe ciała krwi, jako taka, utrzymana być winna; zresztą, tak się utarło, że długo jeszcze używana będzie w znaczeniu obszerniejszem. Co do kwestyi podawania absolutnych cyfr limfocytów, to K. sądzi, że jest to broń obosieczna, gdyż jeśli jednocześnie podać cyfry absolutne neutrofilów, to okaże się niekiedy, że liczba tych ostatnich bardziej się zwiększyła, niż liczba limfocytów.

Winiarskiemu odpowiada K., że nie wspomniał o eozynofilach, gdyż ich wcale prawie nie znajdował w opisanych przypadkach, a zresztą w leukemii limfocytowej rzadko występują i nie mają wcale tego znaczenia, co w leukemii myelocytowej.

Piotrowskiemu K. odpowiada, że dla braku czasu pominął mnóstwo szczegółów mniej ważnych; wreszcie, umyślnie wybrał przypadki nietypowe, gdyż właśnie z nich można coś nowego wydobyć dla nauki o białaczce.

M. Bornstein.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15 września 1903 r.

—z— Z inicjatywy prof. Lieberman'a we wszystkich miastach na Węgrzech będą urządzone muzea higieniczne.

—s— Według badań Mathieg'a, średnia waga mózgu wynosi między 20—60 r. 1400 grm. u mężczyzn i 1200 grm. u kobiet, według zajęć mózg wyrobnika waży 1400 grm., majstra 1433 grm., stróża 1436, mechaników 1450, fotografistów, subjektów 1468, lekarzy i nauczycieli 1500 grm.

—s— Dzięki wzrastającej filantropii oraz kasom chorych w Austrii i Francji honoraria lekarskie spadły do minimum. W Bourg we Francji zaproponowano lekarzom honorarium 20 ctm. za wizytę bez względu na porę dnia i nocy oraz odległość. Lekarze zarządzali 40 ctm. za przyjęcie u siebie chorego, 60 ctm. na mieście. Wymagania skromne, a jednak zarząd kasy wypowiedział za nie miejsce wszystkim lekarzom. W sprawę wdała się prasa lekarska i dotąd na miejsca te amatorów niemają.

—s— Epidemia odry i płonicy w Warszawie w ostatnich dwóch tygodniach osłabła znacznie, natomiast według wiadomości otrzymanych z Galicji płonica sroży się tam jeszcze.

—s— Przypominamy zarządowi gospodarczemu zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie w r. p., że czas wielki zająć się już dziś organizacją zjazdu, aby uniknąć niedogodności, wpływających ze zbyt pośpiesznej organizacyi. Od zjazdu oddziela nas tylko 9 miesięcy.

—s— Komisya sanitarna w Petersburgu postanowiła nazwiska fałszerzy-kupców, sprzedających towary zafalszowane, ogłaszać w pismach. Kary sądowe nie powstrzymują od zafalszowań.

—s— Od kol. Fidlera i Kobrynera jako członków komisji emerytalnej Tow. lekarsk. radomskiego, otrzymujemy odezwę, rozesłaną do Towarzystw lekarskich ze schematem zapytań dotyczących śmiertelności lekarzy i t. p. Zwracamy uwagę sz. projektodawcy, że najściślejsze dane znalazł by w wydawanych przez Dep. lekarski sprawozdaniach i listach lekarzy. Dane jednak za okres 12-letni nie mogą posłużyć do żadnych wniosków konkretnych. Projektodawcy kasy emerytalnej życzymy powodzenia w podjętej sprawie, sądzymy jednak, że założeniu odpowie raczej projekt kasy pogrzebowej, który wydrukowaliśmy w jednym z poprzednich zeszytów Kroniki i który został złożony władzom do zatwierdzenia. Gdyby jednak była możliwość fizyczna utworzenia kasy emerytalnej, opartej na wzajemności, chętnie byśmy się do projektu przyłączyli.

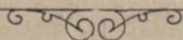
—s— Tow. opieki nad chorymi nerwowymi ogłasza o wakującej posadzie lekarza miejscowego w Drewnicy, ofiarując mieszkanie, życie i 600 rb. pensyi rocznej. Kandydaci zechcą zgłosić się do kancelaryi do 15 września. Czy tylko wynagrodzenie zbyt małe, prawdopodobnie dla braku funduszy, pozwoli na osadzenie w Drewnicy wytrawnego psychiatry.

Z M A R L I.

D-r Bolesław L u c k, lekarz miejski, dnia 31 sierpnia w Warszawie, w wieku lat 40.

D-r Marceł L e w i Ń s k i, inspektor lekarski gub. Warszawskiej, dnia 9 września, w wieku lat 63.

D-r Michał C z a u s o w, profesor anatomii opisowej i dziekan wydziału lekarskiego uniwersytetu Warszawskiego, b. długoletni inspektor lekarski szpitali warszawskich, dnia 11 b. m. w Warszawie.



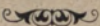
Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

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

Дозволено Цензурою. Варшава 4 Сентября 1903 г.

Zakład-chirurgiczno-ortopedyczny
pracownia przyrządów ortopedycznych

D-ra REICHSTEIN

Warszawa,  Twarda 10.