

# GAZETA LEKARSKA.

## I. PRZYPADEK ZRANIENIA PECHERZA MOCZOWEGO PRZY HERNIJOTOMII.

### RESEKCYJA KISZKI. ENTERORAPHIA. WYZDROWIENIE.

Podał

**L. Leszczyński,**

ordynator kliniki chirurgicznej w szpitalu Dz. Jezus.

Dla dobra nauki i postępów wiedzy pożądanem jest wielce, abyśmy sumiennie podawali wszystkie ważniejsze przypadki bez względu na to, czy pomyślne lub niepomyślne mają zejścia; pożądanem jest również i komunikowanie różnych niespodzianek i błędów w chirurgicznym postępowaniu gwoili pouczenia drugich, by podobnych błędów na przyszłość unikali, i wyprowadzenia pewnych stałych prawideł postępowania.

Wychodząc z tej zasady, chcę przytoczyć jedną z takich niespodzianek, którą jednocześnie możnaby i nazwać błędem chirurgicznym. Dotyczy ona chorego B. Franciszka, lat 34 liczącego, który przybył do kliniki 22 Sierpnia 1890 r. z uwięzniętą przepukliną udową. Przepuklinę chory zauważył przed rokiem; wówczas była ona bardzo niewielka. Paska nie nosił. Uwięźnięcie od 36 godzin. Przy dokonanej natychmiast hernijotomii okazało się, iż worek przepuklinowy, kształtu klepsydrowatego, prócz poprzyrastanej w wielu miejscach sieci, zawierał szarawą, bez połysku, zmartwiałą już prawie pętlicę kiszek cienkich, tak mocno uwięzniętą w ciasnym pierścieniu przepuklinowym, iż o przeprowadzeniu hernijotomii pod kierunkiem palca mowy być nie mogło; obawiając się wprowadzeniem zgłębnika rowkowatego przebić lub przerwać w szyi uwięzniętą zmartwiałą kiszkę i zanieczyścić jamę otrzewnej zawartością jelita, dodałem jeszcze cięcie ku górze przez powłoki brzuszne i więz POUPART'a i tą drogą, ochraniając widoczny teraz sznurek nasienny, rozszerzyłem hernijotomem pierścień przepuklinowy, najprzód ku górze, następnie ku wewnątrz. Wy dobyłem pętlicę mocno zmartwiałą w przewężeniu, uciskiem pierścienia przepuklinowego wytworzonym, i prawie rozrywającem się. Sieć uwolniłem od zrostów i przewiązaną odprowadziłem do jamy brzusznej. Zmartwiały kawałek jelita resekowałem na przestrzeni 10—12 ctm. i następnie nałożyłem szew kiszkowy 3-piętrowy. Po odprowadzeniu zaszytej pętlicy, po umiejscowieniu jej przy otworze przepuklinowym i zamknięciu worka przepuklinowego dwiema przewiązkami, przystąpiłem do zaszycia wrót i rany brzusznej. Przy wzmacnianiu szwem nadciętego więzu POUPART'a i zeszywaniu zewnętrznego pierścienia przepuklinowego, zauważyłem na dnie

rany różową, miękką tkankę, którą także zaczępiłem szwem, następnie zamknąłem ranę skórną szwami i w dolnym jej kącie założyłem pasek mały gazy jodoformowej. Przebieg pooperacyjny wysmienity, bezgorączkowy, wypróżnienia 9-go dnia i od tej pory prawidłowe prawie codziennie.

W 5 dni jednak po operacji zrana zauważyłem, iż opatrunek chorego cały przesiąknięty jest moczem. Sądząc, iż chory we śnie lub przy nieostrożnem oddawaniu moczu zalał opatrunek, mało zwróciłem uwagi przy jego zmianie na czystą zupełnie na wygląd ranę. Zaleciłem tylko choremu zwracać większą uwagę na siebie. Gdy jednak wieczorem tegoż dnia znowu znalazłem mokry opatrunek, a pościel pod chorym moczem zalaną, gdy przytem następnego dnia zrana chory wyraźnie objaśnił, iż przy oddawaniu moczu mało bardzo moczu odchodzi drogą naturalną, natomiast wszystko prawie leci po ciełe pod opatrunkiem, zacząłem starannie badać ranę. Skóra naokoło prawidłowa, niezaczerwieniona, przez otwór dolny rany po wyjęciu założonego paska gazy wylało się cokolwiek jasnego, przezroczystego płynu. Zdjąłem dolne szwy, rozkleiłem brzegi rany; w niej zauważyłem otwór małeńki płasko lejkwaty, idący w kierunku pierścienia przepuklinowego. Otwór za pociśnięciem okolicy nadłonowej wypełniał się moczem. Założyłem cewnik do kanału moczowego i przemyłem pęcherz 2% roztworem kwasu bornego. Płyn cały przytem wylewał się przez ranę. Następnie zgłębnikiem przez ranę wszedłem do jamy pęcherza. Na drugi dzień cewnik NÉLATON'a, wprowadzony *per urethram* do pęcherza, okazał się w ranie. Miałem tedy do czynienia z przetoką moczową do rany zewnątrz-otrzewnej. Zacząłem traktować rzecz całą, jak przy cystotomii; założywszy cewnik NÉLATON'a *à demeure*, ranę szczelnie wypełniłem gazą jodoformową. Opatrunki zmieniałem codziennie, gdyż mimo to część moczu jeszcze zalewała opatrunek. Po 5-ciu dniach mocz przestał się wydzielać przez ranę, a w dwa dni później wyjąłem zupełnie kateter. Przez cały ten czas ciepłota ciała nie przeszła granic 38° C.. Gojenie rany, opóźnione przez powikłanie, zakończyło się w 6 tygodni po hernijotomii.

Pytanie teraz zachodzi, jaką drogą powstała taka przetoka moczowa? Przypuścić tu należy, rozumie się, zranienie pęcherza przy hernijotomii. Ale

---

## KILKA SŁÓW W INTERESIE „WSZECHŚWIATA“.

---

Dziesiąty rok upływa od założenia czasopisma „Wszechświat“. Przyrodniczy ten organ powstał na wzór nowego wydawnictwa Gazety Lekarskiej z inicjatywy grona miłośników i badaczy przyrody, do których przyłączyło się także kilku lekarzy. Składka stowarzyszonych dostarczyła niezbędnego skromnego funduszu zakładowego na rozpoczęcie wydawnictwa. Losy Wszechświata i Gazety Lekarskiej ułożyły się prawie jednakowo: materiały dla zapelnienia szpał dostarczali przeważnie założyciele tych pism; każde z nich zjednało sobie u czytelników uznanie i poważanie, lecz jedno i drugie zawdzięcza dalszy swój byt jedynie wytrwałości i bezinteresowności współpracowników; albowiem dochód z prenumeraty zaledwie pokrywa kosztą wydawnictwa, tak, że tylko z trudnością koniec z końcem daje się związać. Powtarza się tu więc literalnie to samo, co i przy wszystkich naukowych wydawnictwach w kraju: piszący zniewolony jest druko-

kiedy i jak? Rozważając cały przebieg operacji, przyszedłem do przekonania, iż zranienie nożem lub hernijotomem było prawie niepodobieństwem: nóż działał zawsze pod kierunkiem zgłębnika rowkowatego, hernijotom ma za długi tępy koniec i ostrze noża za krótkie, by przy nacinaniu pierścienia zaczepić ścianę pęcherza. Przytem nacięta ściana pęcherza, zdaje się, prędzejby przepuszczać zaczęła mocz, albo też, niewielką będąc, zagoiłaby się zupełnie. Prawdopodobniejszem będzie poszukiwanie przyczyny w działaniu igły, mianowicie w owym momencie, kiedy przy zaszywaniu wrót przepuklinowych zachwyciłem w szew ową tkankę różową, miękką, widzianą na dnie rany. Przypuszczam, iż była to ścianka uchyłka rozszerzonego moczem pęcherza, którą następnie jedwabna nitka szwu przy ciągłem działaniu pęcherza przerwała. W ten sposób łatwiej sobie wytlómaczyć zjawienie się przetoki moczowej dopiero w 5 dni po operacji. Badanie stosunków anatomicznych na trupach wykazało, iż przy dość znacznem rozszerzeniu pęcherza moczowego płynem, do otworu kanału udowego zbliża się boczna jego ścianka, niepokryta otrzewną, pozostając jednakże w odległości od 1 do 1½ ctm. od otworu oddzieloną luźną tkanką łączną. Wątpię przeto, czy ściana pęcherza w tym przypadku byłaby widoczną w ranie.

Znane są przypadki wytwarzania się różnych uchyłków pęcherza przy przepuklinach, kiedy otrzewna ścienna, wpuklając się do otworu kanału udowego lub pachwinowego, pociąga za sobą ściankę pęcherza.

Przypuścić pozostaje, iż w danym przypadku to ostatnie miało miejsce i wytworzony tą drogą uchyłek przy rozszerzeniu moczem pęcherza mógł znaleźć się bardzo blisko otworu kanału udowego. W dostępnej mi literaturze znaleźć mogłem opisane przypadki nawet wypadnięcia ścianki pęcherza do worka przepuklinowego przy wielkich przepuklinach; przypadku jednak podobnego do tylko co przytoczonego nie spotkałem.

Jest on dość interesującym i zarazem wytwarzającym nowe prawo postępowania: „przed hernijotomiją opróżnić pęcherz“.

---

wać owoce umysłowej swej pracy albo własnym kosztem, albo przy cudzej pomocy, albowiem pokup lub prenumerata nader rzadko pokrywają koszta wydawnictwa, o nagrodzeniu zaś pracy nie ma wcale mowy.

Zebranie odpowiedniego materiału dla popularnego pisma przyrodniczego przedstawia nierównie większe trudności, aniżeli układ pisma lekarskiego; albowiem obszar wiedzy przyrodniczej nierównie jest rozleglejszy od zakresu medycyny, a usposobienie czytelników zupełnie jest odmienne. Pisma praktyczno-lekarskie przemawiają do mniej więcej jednolitego, jednakowo przygotowanego grona, które stawia zgodne wymagania i najczęściej zadawała się każdym przyczynkiem, wzbogacającym zasoby praktyczno-lecznicze. Popularne zaś pismo przyrodnicze zwraca się zarówno do fachowo wykształconego naturalisty, technika, lekarza, agronoma, jak i do osób, posiadających zaledwie najelementarniejsze wiadomości z nauk przyrodniczych. Trudności, wynikających z tak różnych wymagań, dałoby się wprawdzie uniknąć przez wydawanie kilku pism o różnym zakresie, z których jedno przedstawiałoby materiały w najelementarniejszej formie, drugie w postaci czysto naukowej, ale zarazem przystępnej dla obszerniejszego koła wyżej wykształconych czytelników. W obecnych warunkach tak

## II. Z DZIEDZINY HISTERYI.

Adam Wizel,

asystent oddziału.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 9].

### II. S p o s t r z e ż e n i a.

Ponieważ materiał kazuistyczny, dotyczący się astazyi-abazyi, jest jeszcze dotąd względnie skąpy, a kwestyja istoty zбочenia nie została jeszcze zadawalającą rozstrzygniętą, sądzimy, iż nie bez znaczenia będzie ogłoszenie poniższych spostrzeżeń.

**Spostrzeżenie I.** [Z oddziału chorych nerwowych D-ra W. GAJKIEWICZA].

Abram Tewelowicz, lat 15, przybył do szpitala 11 Lipca 1890. Matka zdrowa; ojciec i jedna z sióstr cierpią na bóle głowy; reszta rodziny, a mianowicie, dwie siostry i trzech braci cieszą się jaknajzupełniejszym zdrowiem.

Chory nasz w dzieciństwie przechodził zapalenie płuc. Tego roku na wiosnę zaczął cierpieć na bóle głowy, które pomimo troskliwej kuracyi żadną miarą ustąpić nie chciały. Chory stopniowo tracił łaknienie i siły. Na miesiąc przed zapisaniem się do szpitala począł uczuwać trudność chodzenia; po niejakim czasie mógł chodzić już tylko o kij, a na dwa tygodnie przed zapisaniem się do oddziału przestał chodzić zupełnie.

**St a n t e r a ż n i e j s z y.** Chory w wysokim stopniu zmizerowany, skóra i błony śluzowe blade, tłuszcz podskórny w nader małej ilości. Przy badaniu narządów wewnętrznych nic nieprawidłowego nie znaleziono. Chory skarżył się na ból głowy [bez wyraźnego umiejscowienia] i na niemożność chodzenia.

Przy badaniu układu nerwowego znaleziono, co następuje: wrażliwość na podrażnienia dotykowe, bólowe, termiczne na całej powierzchni ciała prawidłowa. Zmysł mięśniowy zachowany. Tonus mięśniowy nie wzmożony. Wzrok, słuch, smak, powonienie — prawidłowe. Pole widzenia nieco ograniczone. Wra-

---

rozdzielone wydawnictwa nie miałyby jednak żadnych szans do utrzymania się ze samej prenumeraty. Wszechświat, starający się wedle możliwości dogodzić różnorodnym wymaganiom, żyje tylko z dnia na dzień; ubytek setki czytelników może odrazu zachwiać jego istnienie, w razie zaś zmiany obecnego pośredniego poziomu bądźto w kierunku większej „popularności“ [właściwie — płytkości], bądźto czystej naukowości, liczba prenumeratorów uszczupliłaby się niewątpliwie tak znacznie, że wypadłoby wydawnictwo w najkrótszym czasie zawiesić. Nie ma więc innej rady, jak pozostać przy raz ustalonym kierunku, zadawalającym przynajmniej pewną liczbę czytelników, zapewniających byt pisma, a zresztą wystarać się tylko o dobór interesujących i jak najbardziej urozmaiconych artykułów. Pod tym względem obraca się Wszechświat tak samo, jak wszystkie podobne pisma w błędnem kółku; albowiem brak dostatecznego dochodu utrudnia dobór odpowiednich artykułów, które mogą być zamówione tylko na podstawie stosownego wynagrodzenia, jałowość zaś treści zniechęca znów czytelników i zmniejsza liczbę prenumeratorów. Pomimo więc najlepszej chęci redakcyi, pomimo największych wysiłen bezinteresownych współpracowników, pismo nie może się utrzymać bez pobłażliwego poparcia publiczności. Dla zadośćuczynienia

żliwość na barwy zachowana. Źrenice równe i szerokie, dobrze oddziałują na światło i akkomodację. Odruchy skórne żywe. Odruchy rzepekowe umiarkowane; *clonus pedis* nieobecny. Uderzenie w ścięgno Achillea powoduje odruch [z obu stron] dość wyraźny. Odruchy ścięgniste i mięśniowe górnych kończyn żywe.

W czynnościach ruchowych chorego, gdy leżał w łóżku, żadnych zboczeń nie można było dostrzedz. Chory ze znaczną siłą i nader dokładnie wszystkie ruchy zarówno górnemi, jak i dolnemi kończynami wykonywał. Siła, z jaką pokonywał opór przy ruchach czynnych, była nawet nieproporcjonalną do ogólnego wyglądu. Brak przytem najmniejszego śladu inkoordynacji.

Chory z nadwyzyczajną łatwością przechodził z pozycji leżącej do siedzącej i naodwrot; siadając, nie posiłkował się wcale pomocą rąk. Gdy siedział, również jaknajlepiej wszystkie ruchy dolnemi kończynami wykonywał. Leżąc, doskonale naśladował ruchy osób pływających. O własnych siłach doskonale wdrapywał się na łóżko. Na czworakach chodził z wawo.

Zaburzenie czynności ruchowych ujawniało się dopiero wówczas, gdy choremu kazano stać prosto. Natychmiast nogi pod nim się załamywały: uda zginały się ku tułowi, golenie ku udom; ciężar ciała jakgdyby przygniatał bezsilne kończyny i chory nagle przykuczał. Zjawisko to powtarzało się przy każdej próbie stania, miało miejsce nawet wówczas, gdy chorego z obu stron podtrzymywano. Przy próbie chodzenia nogi również odmawiały mu posłuszeństwa: łamały się pod nim tak samo, jak przy staniu.

Stan ten jednak nie trwał długo. Już po trzech, czterech dniach widoczna była zmiana na lepsze [chory przez ten czas otrzymywał tylko goryczkę].

Przy próbie stania już nie przykuczał, kończyny dolne zachowywały naturalną w takich razach ekstensję; atoli chory całym ciałem przechylał się w tył i mógłby z łatwością przewrócić się, gdyby go nie trzymano. Chód także się zmodyfikował. Nogi przestały się załamywać, atoli chory [trzymany z obu stron] z obawą odrywał stopy od ziemi i stawiał nader maleńkie kroki, przyczem całym ciałem przechylał się ku przodowi, a kończyny pod nim drżały. W tym samym okresie chodził doskonale na czworakach i skakał na jednej nodze [trzymany za rękę].

Chory w dalszym ciągu skarżył się ustawicznie na ból głowy.

W 12 dni po przybyciu do szpitala przyłączyło się nowe powikłanie: w stawie kolanowym z obu stron pojawił się przykurcz [w pozycji zgięcia], przykurcz tak silny, że z ledwością można było zgięte kolana wyprostować; chory nadto

---

różnorodnym wymaganiom niepodobna uniknąć artykułów różnego zakresu, mniej lub więcej popularnych lub naukowych, niepodobna nadać pismu zupełnej jednolitości, brak zaś dostatecznych funduszy zniewala do przyjmowania wszelkich prac, dostarczanych przez nader skromnie lub wcale nie nagradzanych współpracowników, byle tylko co do formy i treści nie przedstawiały rażących niedostatków. Zresztą należy jeszcze uwzględnić, iż pismo przyrodnicze wychodzi tu w kraju w nierównie mniej korzystnych warunkach, niż pisma lekarskie: liczba lekarzy jest dość znaczna, koło przyrodników stosunkowo szczupłe. Lekarze zdobywają po większej części utrzymanie przez praktykę, dostarczają artykułów do pism fachowych bądź przez czyste zamiłowanie dla nauki, bądź dla zyskania rozgłosu, gdy tymczasem naturaliści przy wogóle szczupłych dochodach zniewoleni są do szukania skromnego i mozolnego zarobku w piśmiennictwie.

Pomimo wspomnianych braków i niedostatków *Wszechświat* zjednał sobie szczerze uznanie u licznych kompetentnych czytelników, jak o tem świadczy dość obszerna korespondencja redakcy [nie tylko drukowana w szpaltach samego pisma]. Upadek tego organu wyzwałby szczerzy żal i bezpośrednie usiłowania do zastąpienia go innym wydawnictwem o podobnym zakresie. Należąc od założenia

doznawał silnego bólu w nogach. Przykurcz wzmagał się, ilekroć chory usiłował stanąć. Jak tylko chory dotknął się ziemi podszwami, natychmiast zjawiał się energiczny skurcz mięśni tylnych uda, a stopy raptownie odrywały się od podłogi. Zjawisko to odtąd trwało niezmiennie w ciągu trzech blisko tygodni. Nawet gdy chory siedział, dotknięcie się ziemi stopami powodowało nagłe zgięcie w kolanach.

Po jakimś czasie chory nasz zaczął już w łóżku swobodnie wyprostowywać nogi, mimo to jednak za zbliżeniem się stóp do podłogi zjawiał się raptownie skurcz. Przez cały ten czas chory uskarżał się na silny ból w gołeniach.

8 Sierpnia chorego poddano kauteryzacji [termokauter РАСЧУЕЛИН'а]. Nazajutrz zaraz w karcie szpitalnej zanotowano: ból w gołeniach ustał; leżąc, chory podnosi dobrze kończyny dolne, przy próbie wszakże stania w tejże chwili zgina je w kolanach i przewraca się. Na trzeci dzień po przypaleniu poprawa była jeszcze wyraźniejsza: chory mógł już stać bez zginania kolan i chodzić o kij. Czwartego dnia chodził już sam bez pomocy kija, chód wszakże był bardzo chwiejny. Odtąd stan chorego coraz bardziej się poprawiał, gdy oto w tydzień po kauteryzacji chory zapadł na biegunkę krwawą [w szpitalu było wówczas wiele przypadków dysenterji]. Choroba ta trwała przeszło 10 dni i spowodowała znaczne wycieńczenie chorego. Po kilku dniach, gdy już się cokolwiek wzmacnił, został poddany próbie chodzenia, przyczem okazało się, że, chodząc, chwieje się na nogach, jak pijany, tak, iż należało go prowadzić za rękę. Powoli jednak chód coraz bardziej się poprawiał, tak, że po upływie kilku dni chory chodził już wcale dobrze.

Po przejściu biegunki, w okresie zdrowienia przyłączył się nowy, dość ciekawy objaw: *ptosis* w obu oczach i nieprawidłowe ustawienie gałek ocznych; obie były zepchnięte ku dołowi i skierowane nadto w lewą stronę. Gdy choremu podnoszono powieki, widać było tylko górny brzeg rogówki; większa bowiem część jej była schowana za dolną powieką. Zjawisko to trwało około tygodnia. Po faradyzacji powiek stan zaraz nazajutrz się poprawił, a po powtórnej faradyzacji chory odzyskał całkowitą swobodę ruchów powiek i gałek ocznych.

Wkrótce potem znów u chorego pojawił się *meteorismus hystericus*, który od zimnych okładów zaraz następnego dnia ustąpił.

Pacjent po dwumiesięcznym blisko pobycie w szpitalu został wypisany w stanie zupełnego zdrowia.

---

obecnego pisma do grona jego wydawców, śledziłem pilnie i z żywym interesem za jego rozwojem i losami i śmiało mogę wyznać, że nie było prawie numeru, którego nie przeczytałbym od początku do końca. Nie zacerpnałem wprawdzie z każdego poszczególnie artykułu nowych nieznanych mi jeszcze wiadomości, ale zainteresował mnie sposób przedstawienia rzeczy; ciekaw byłem poznać naukowe siły miejscowe; z najwyższym zadowoleniem utwierdziłem w sobie przekonanie, że pomimo największych przeciwności wyrabia się u nas zastęp ludzi, którzy fundamentalnie zgłębiają nauki przyrodnicze i gotowi są w każdej chwili poświęcić swą sumienną i bezinteresowną pracę na pożytek kraju. Znałem przedtem bliżej tylko prace naukowe lekarzy; teraz śledziłem także prace przyrodników i radowałem się, spostrzegając, że przynajmniej pewna liczba jednostek samodzielnie myśli i podąża do tych samych celów, jakie sobie wytknęła falanga uczonych cywilizowanego świata. Zresztą wogóle wiadomości moje z zakresu nauk przyrodniczych nie mało się wzbogaciły przy wertowaniu Wszechświata. Wedle mego przekonania żadna z ważniejszych kwestyj, poruszających w ostatnich latach świat naukowy, nie została w zupełności pominięta. Przedstawienie rzeczy nie było zapewne zawsze świetnem i wyczerpującem, ale przynajmniej dostępnem i pouczającym.

Spostrzeżenie powyższe jest nader podobne do przypadków histerycznej astazy-abazji, opisanych przez szkołę francuską. Hysterja u naszego chorego była niewątpliwą: dowodziły tego zwężenie pola widzenia, przejściowe opadnięcie powiek i bezwład mięśni ocznych, wreszcie przelotne rozdęcie kiszek (*meteorismus*). Jedno, co zastanawia, to brak wyraźnej etjologii cierpienia. Nie zdajemy sobie sprawy z rodzaju *agent provocateur*, który wywołał zбочenie przy istniejącem usposobieniu do zaburzeń histerycznych. Wiemy tylko tyle, że początek choroby był powolny i że pierwszym objawem był ból głowy. Być może, iż zбочenie powstało na tle ogólnego osłabienia, co wydaje się wysoce prawdopodobnem na mocy rozumowania, które przytoczymy poniżej [w części teoretycznej].

A jaka była forma kliniczna w powyższym przypadku? Z początku zбочenie przypominało postać paralityczną, później wszakże stało się podobnem do płasawiczej. Według nas, wszelkie próby klasyfikowania nie posiadają zbyt wielkiego znaczenia; któż zaręczy, że z czasem kazuistyka nie wzbogaci się nowemi, nieznanemi dotąd formami zбочenia, czy wszakże zmieni to w czemkolwiek istotę rzeczy i pojmowanie zjawiska? Bynajmniej. Rdzeń sprawy stanowi patogeneza zбочenia, a przejaw kliniczny, lubo sam przez się ciekawy, ma znaczenie podrzędne.

**Spostrzeżenie II** <sup>1)</sup>. Bronisław B....cki, lat 6. Pochodzi z rodziny nawskroś nerwowej. Babka w wysokim stopniu egzaltowana, skłonna do sentymentalizmu. Matka była histeryczką [umarła w położu]; ojciec również histeryk.

Chory odznacza się sprytem i inteligencyją, jak na swój wiek, wybitną; kilka lat temu cierpiał na napady histeryczne [drgawki]. Po śmierci matki babka nieustannie rozmawiała z dziećmi o nieboszczce, prawiła im o jej zaletach, rozrzewniała się z niemi nad jej fotografią, słowem rozwijała w dzieciach nastroj poważny i sentymentalny.

W końcu zeszłego roku B. przechodził influenzę, poczem wkrótce przyszedł do zupełnego zdrowia. Będąc już całkiem zdrów, pewnego razu spadł z welo-

---

<sup>1)</sup> Przypadku tego sam nie obserwowałem; wiadomości o nim łaskawie mi udzielili: D-rzy GAJKIEWICZ, GROSTERN, NUSBAUM i CHEŁCHOWSKI, za co niniejszem wyrażam im swą wdzięczność. (*Przyp. aut.*)

---

W każdym razie redakcja Wszechświata dołożyła wszelkich starań, na jakie zdobyć się zdołała, ażeby utrzymać swój organ na wysokości nauki i dostarczać swym czytelnikom rzetelny obraz istotnego jej stanu. Jaka przepaść oddziela to zacne pismo od pism brukowych, notujących również skwapliwie każdy „postęp„ [!] naukowy, a jednak większość „wykształconej“ publiczności zaspakaja swe potrzeby umysłowe przeważnie z tych nader mętnych źródeł.

Czy Wszechświat w obecnym swym zakroju zdolny jest zadowolić także wymagania i potrzeby lekarzy? Odpowiedź na to pytanie wypadnie rozmaicie, stosownie do pojęć o istocie tych potrzeb i wymagań. Pewna część lekarzy uważa niewątpliwie wiadomości z nauk przyrodniczych, nabyte w uniwersytecie poniekąd tylko z przymusu, za zupełnie wystarczające dla zrozumienia nowego wydania farmakologii, dla zastosowania jakiejś tam nowej chemicznej reakcji i t. d.. Lecz na co mają im posłużyć nudne objaśnienia o syntezy cukru, odziane w szatę zawiłych wzorów chemicznych, na co fantastyczne rozmyślenia nad morfologią zwierząt, bujanie w przestrzeni świata wraz z planetami i kometami? Przecież cukru fabrykować i konkurencyi w tym względzie obawiać się nie będą, leczeniem wymoczków nie zajmują się, a nowego środka chyba z księżycą spodziewać się

pedu i powtórnie się rozchorował. Zjawiała się recydywa influenzy. Tym razem wszakże nie przeszła bez śladu. Gdy chory był już rekonwalescentem, okazało się, że chodzić żadną miarą nie może. Jednocześnie zjawiała się skłonność do płaczu i bezsenność, która występowała pod wpływem wzruszeń; chłopiec dawniej silny i czerstwy, po chorobie stał się bladym i mizernym. Lekarz ordynujący, mając na względzie przebytą gorączkę, a następnie mniemany bezwład nóg, przypuszczał, iż ma do czynienia z *paralysis infantum*; a będąc pod wpływem takiej z góry powziętej myśli, sądził był nawet, iż mięśnie kończyn uległy zanikowi. Drugi wszakże lekarz, bardziej obyty z cierpieniami nerwowymi, uznał chorobę za historyczną i postanowił ją, jako taką, leczyć. Między innymi środkami stosował hypnotyzm; wszelako chłopiec wszystkimi siłami opierał się usypianiu, i leczenie pozostało bez efektu. Chory wówczas został przysłany do Warszawy. Tutaj obserwowali go D-rzy: KOPYTOWSKI, GAJKIEWICZ, GROSTERN i JASIŃSKI.

Przy badaniu okazało się, co następuje:

Chłopczyk miłej powierzchowności, żywy, bystry i gadatliwy. Twarz blada, błony śluzowe również blade. W narządach wewnętrznych żadnych zbroczeń nie było. Z objawów nerwowych, prócz opisanej poniżej astazyi-abazyi, istniała tylko *anaesthesia pharyngis*. Leżąc w łóżku, chory jaknajlepiej wszystkie ruchy kończynami dolnymi wykonywał; siła mięśniowa znaczna, zaburzeń w koordynacji nie było. Gdy choremu kazano stanąć, natychmiast, zanim jeszcze stopami dotknął się ziemi, zginał nogi. To samo powtarzało się przy próbie chodzenia. W tymże samym czasie chory doskonałe jeździł na welo-cy-pedzie. Chorego postanowiono leczyć psychicznie. Kilkakrotnie straszono go przypaleniem, gdy wszakże groźby rezultatu żadnego nie odnosiły, postanowiono przypalić go rzeczywiście. I tym razem jednak poprawy żadnej nie było. Chorego uradzono wysłać do Nałęczowa. Najprzód wszakże babka pojechała jeszcze z chłopcem do Częstochowy, wierząc w możliwość cudu. Dziecinny jednak umysł okazał się nieprzystępnym dla sugestyi religijnej i chory wrócił ze świętej wędrowki z tą samą niemocą, z jaką pojechał.

W Nałęczowie <sup>1)</sup> przez pierwsze tygodnie nic było żadnej poprawy w zdrowiu chłopca. Trapiły go w tym czasie ekcemat i wrzodzianki, powstałe obok miejsc przypalonych na plecach. Blady, szczupły [46 funtów w ubraniu] z bardzo delikatną cerą, rozwinięty umysłowo nieodpowiednio do swego wieku, łągo-

---

<sup>1)</sup> Poczynając od tego miejsca, wiadomości o przebiegu choroby zawdzięczam głównie d-rowsi CHEŁCHOWSKIEMU; dla ścisłości cytuję niemal dosłownie jego słowa. (Przyp. aut.)

---

nie można. Sądzę jednak, że ogół lekarzy dostrzeże w syntezie cukru nie-tylko pierwszy krok do syntezy białka, ale i do zrozumienia chemizmu życia w ogólności i do wyjaśnienia chemizmu cukromoczu w szczególności; że, pojmując wzajemny związek pomiędzy ukształtowaniem i czynnością organu, uzna zarazem niezbędność badań, dokonanych na prostszych organizmach w celu rozjaśnienia procesu życiowego w komórce, sprawy dziedziczności, kwestyi odporności (*immunitas*), będącej obecnie na porządku dziennym i t. p.. Lekarz z szerszym poglądem pojmując także, że badanie zjawisk nieba daje podstawy dla wytlómaczenia fizycznych warunków na powierzchni ziemi; warunki te wpływają na klimat, na sprawy meteorologiczne, a ostatnie znów na człowieka, na przebieg chorób epidemicznych i t. d.. Gdy więc dla pierwszych Wszechświat nie przedstawia żadnego interesu, to drugim wydawać się może zbyt banalnym, nie odpowiadającym wygórowanym ich wymaganiom.

[D. n.]

H. Hoyer.





dny, rozmowny, ciekawy, dość wesoły, choć z jakimś odcieniem nielicującej z wiekiem powagi, chory nie tęsknił po rodzinie, która odjechała, bardzo prędko umiał się żyć z nowym otoczeniem i zjednać sobie ogólną sympatyję. Żadnych zmian w kończynach dolnych, prócz lekkiego wzmoczenia odruchów kolanowych, nie znaleziono. Siła nóg wydaje się niezbyt wielką, czemu jednak w zupełności odpowiada nieznaczny zapas sił w kończynach górnych. Ani przykurczu, ani sztywności nie było. Chłopiec siedzi całkiem swobodnie, jeździ dobrze na welocypedzie; natomiast ani chodzić, ani skakać, ani kłęczyć, ani stać, ani czołgać się, czy to na czworakach, czy też wlicząc się po ziemi, nie może. Wszelkie próby, czy nie będzie mógł stanąć, chodzić, sprawiają mu wyraźną przykrość i niepokój. Prosi, aby je odłożyć do następnego dnia; stara się je odwlec, wynajduje rozmaite przeszkody: musi właśnie w tej chwili oddać mocz lub stolec, przypomina sobie jakieś niedokładności w ubraniu, wyraża obawę, że go nóżki będą bolały, zagaduje o czemś pobocznym. Nawet gdy mu ktoś z obcych [nie lekarzy] wspomni o chodzeniu, zdradza także pewne zakłopotanie. Jeżeli wie, że taka próba go czeka, traci humor i łaknienie: nie je śniadania, czy kolacji. Skoro powziął nieuzasadnione zresztą przypuszczenie, że w sali gimnastycznej będzie musiał próbować chodzić, nie chciał już wcale bywać na gimnastyce dziecięcej. Gdy na rozkaz staje wreszcie na ziemi, mówi wtenczas cicho i pospiesznie, tętno ma przyspieszone, na twarzy nawet niekiedy się rumieni. Prosi, żeby mu pozwolono stać przy łóżku, woli się sam opierać o jaki przedmiot, niż być trzymanym pod pachy. W miarę zbliżania się nóg do ziemi, zgina je w kolanach; przy dalszym opuszczaniu ciała, przyciąga uda do brzucha; stopy trzyma wyprostowane (*flexio plantaris*) i wywrócone na zewnątrz. Aby usunąć ten kurcz, tamujący wszelką możliwość chodzenia, nałożono mu łubki dla ustalenia kończyn dolnych w pozycji wyprostowanej. Pierwszym razem malec po ustaleniu nóg wyraźnie usiłował chodzić i wykonywał odpowiednie ruchy kończynami; jednocześnie wszakże kurczył po dawnemu nogi i to z taką siłą, że łubki, dość cienkie zresztą, całkiem popękały. Następnym dni po ponownym nałożeniu łubek, nie widać było żadnych usiłowań ze strony chłopca, aby trochę choćby chodzić.

Gdy wszystkie te środki zawodziły, postanowiono zmienić system postępowania z chłopcem. Malec dotąd nie odczuwał wcale niedogodności swojej niemocy. Będąc miłym i sprytnym dzieckiem, w dodatku posiadając oryginalną chorobę, stał się przedmiotem ogólnej uwagi i zjednał sobie sympatyję wszystkich kuracjuszków, zwłaszcza dam, przez które był bardzo pieczętowany; oznaki żywego współczucia schlebially jego próżności. Powzięto zamiar postawić chłopca w takich warunkach, aby odczuł niewygodę choroby. W tym celu wydano rozkaz, aby malec leżał ciągle w łóżku, aby go nikt nie odwiedzał i aby pozostawały przy nim tylko osoby dozorujące. Jednocześnie pił kumys, wodę żelazistą, stosowano mu faradyszujące mięśni i nacierania hidropatyczne. Po trzech tygodniach po raz pierwszy dokonana próba znów wypadła niepomyślnie. Wtedy zgromiono surowo chłopca, zapowiadając mu, że mu się odbierze wszystkie zabawki, że nie wróci do domu, póki nie będzie chodził i t. d.. Niezwłocznie potem powtórzono próbę, która wypadła już lepiej, usiłowanie chodzenia było widoczne. Odtąd chory sam już po kilka razy dziennie prosił dozorczyńnię, aby powtarzała z nim próby, i zaczął robić tak szybkie postępy, że po tygodniu można go już było wypuścić z pokoju, że schodził i wchodził sam na schody. Przez jakiś czas jeszcze chód był trochę sztywny i niezręczny, zwłaszcza niezgrabne było skakanie, wchodzenie na krzesło i t. d.. Stopniowo jednak wszystkie czynności ruchowe kończyn dolnych stały się całkiem prawidłowymi. Przez czas pobytu w Nałęczowie, pomimo dobrego łaknienia i pożywej diety, chłopiec stracił 1½ funta na wadze.

Przypadek ten przypomina do pewnego stopnia spostrzeżenia BINSWANGER'a [o których szczegółowiej w części teoretycznej]; chory przy próbie stania lub chodzenia, co więcej, na myśl samą o czemś podobnem, doznawał trwogi i niepokoju. Nie sądzimy jednak, abyśmy mieli w tym razie do czynienia z czystą formą hipochondrycznej astazyi-abazyi, o jakiej mówi BINSWANGER. Do historycznej niemocy stania i chodzenia łatwo przyłączyć się mogą afekty niepokoju i strachu, rozwój ich wszakże będzie wtenczas wtórny; zresztą sam BINSWANGER przyznaje możliwość wtórnego rozwoju nastroju hipochondrycznego. [C. d. n.]

Z INSTYTUTU ANATOMO-PATOLOGICZNEGO PROF. W. BRODOWSKIEGO W WARSZAWIE.

### III. O ZMIANACH ANATOMICZNYCH W PĘCHERZYKU ŻÓŁCIOWYM.

Podał

**Władysław Janowski,**

lekarz w Warszawie.

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 9].

14. W pewnym przypadku cyrrozy bilijarnej, za życia jako *cholangoitis lithiatica purulenta* rozpoznanej, znaleziono na sekcji d. 19. X. 1890 r., obok ropnia pod przeponą, połączonego z ropniem wątroby i wielu drobnymi ropniami w drogach żółciowych, jamę, wypełnioną kamieniami i żółtym płynem, otoczoną grubymi twardymi ściankami, nad pęcherzykiem żółciowym, z którym łączy się ona za pomocą przetoki. W pęcherzyku, zrosniętym z częściami sąsiednimi, znajduje się wiele drobnych kamieni i żółtawy płyn, trochę ciągliwy. Płyn z pęcherzyka wymyto, tak, że nie mogłem go zbadać. Jestem jednak przekonany, z analogicznego z powyższymi trzema wynikami badania ścianek pęcherzyka, że nie była to ropa.

Grubość ścianek pęcherzyka wynosiła prawie wszędzie 3<sup>'''</sup>. Przy badaniu drobnowidzowem znalazłem błonę śluzową ścięnczałą i zupełnie prawie fałd pozbawioną. Grubość jej wynosi prawie wszędzie 0,1<sup>'''</sup>. Składa się ona z tkanki łącznej bardzo wyraźnie włóknistej, ubogiej w komórki. Nacieczenia drobnokomórkowego nie ma wcale. Błona mięsna ma wszędzie grubość prawie zupełnie normalną, mianowicie: 0,1<sup>'''</sup>—0,15<sup>'''</sup>. W tkance łącznej, wchodzącej między jej pęczki, nie ma wcale nacieczenia. Nie widać go też w warstwie łączno-tkankowej, mocno — do 2,8<sup>'''</sup> — zgrubiałej, składającej się z tkanki łącznej, ubogiej w jądra, wyraźnie włóknistej. Włókna jej nie są jednak zbite. Ilość, wielkość i napełnienie naczyń nie przedstawia nic osobliwego. Barwienie na koki ropotwórcze dało wynik ujemny.

Stosunek błony śluzowej do mięsnej jest 1:1—1:1,5,

„ „ mięsnej do łączno-tkankowej jest 1:20,

„ „ śluzowej „ „ „ 1:28.

15. U kobiety, przedtem i podczas samej ciąży zupełnie zdrowej, wkrótce po porodzie rozwinął się guz w prawem podżebrzu, dość twardy, bolesny. Rozpoznano nowotwór okrężnicy wstępującej i przystąpiono do operacji. Wykonał

ją [w r. 1889] D-r Bukowski, który przekonał się, że domniemany nowotwór był pęcherzykiem żółciowym mocno powiększonym i wypełnionym. Po przewiązaniu przewodu pęcherzykowego usunięto cały pęcherzyk żółciowy. Po rozcięciu go okazało się, że składa się on z dwóch jakby oddzielnych jam, z których jedna wypełniona była ropą, druga — drobnymi jasno-żółtymi kamieniami. Dowiedziawszy się o operacji dopiero w dłuższy czas po jej wykonaniu, zbadać, naturalnie, płynu nie mogłem. Wątpię jednak, czy była to ropa, gdyż mówi mi znowu przeciwko temu obraz drobnowidzowy ścianek obu jam.

Całkowita grubość ścianki jest prawie 3<sup>'''</sup>. Błona śluzowa pozbawiona jest zupełnie nabłonka. Jest ona zupełnie wygładzona, prawie pozbawiona fałd. W tych miejscach, w których one pozostały, wielkość ich jest nieznaczna, zaledwie do 0,1<sup>'''</sup> dochodząca. Całkowita grubość błony śluzowej jest prawie wszędzie 0,15<sup>'''</sup>. Tkanka łączna, stanowiąca ją, jest uboższą od prawidłowej w komórki i bardzo wyraźnie włóknistą. Nacieczenia rozlanego nie ma wcale. Tylko w kilku miejscach widzimy je w nieznacznym stopniu na około naczyń. Błona mięsna jest wszędzie od prawidłowej grubsza. Nawet w najcieńszych miejscach ma ona do 0,2<sup>'''</sup> grubości; w wielu zaś dochodzi do 0,5<sup>'''</sup>. Układ jej jest zwykły. Warstwa łączno-tkankowa jest znacznie od prawidłowej grubsza. Ma ona prawie wszędzie 2,2<sup>'''</sup>—2,5<sup>'''</sup> grubości i składa się z tkanki łącznej jednakowo włóknistej w całej swojej grubości i uboższej od prawidłowej w komórki. Włókna mają często kierunek nieprawidłowy, jakby wężykowaty. Naokoło niektórych naczyń widać nacieczenie drobnokomórkowe, czasami dość obfite, a zawsze zachowujące swój charakter ogniskowy.

Stosunek błony śluzowej do mięsnej jest 3:4—3:10,

„ „ „ mięsnej „ łączno-tkankowej jest 1:50—1:10,

„ „ „ śluzowej „ „ „ 1:15.

16. Sekcja z d. 15. IV. 1890. Na wewnętrznej powierzchni błony śluzowej pęcherzyka żółciowego znajdują się dwa wiszące na cieniutkich nóżkach polipy. Jeden z nich ma około 2,0<sup>'''</sup> w średnicy, drugi jest o połowę mniejszy. Oprócz tego, widać na powierzchni błony śluzowej kilka innych małych bardzo rozrostów, jednakże przy polewaniu wodą ruchomych. Wszystkie one były żółtego koloru i chropawe przy dotykaniu z powodu wyraźnej inkrustacji solami żółciowemi.

Grubość ścianki pęcherzyka jest 2<sup>'''</sup>. Przy badaniu drobnowidzowym znajdujemy zmiany przeważnie w błonie śluzowej, której grubość jest powiększona, jednakże nie kosztem równomiernego jej zgrubienia, gdyż grubość jej bez fałd waha się między 0,12<sup>'''</sup>—0,24<sup>'''</sup>, lecz kosztem fałd. Ilość tych ostatnich jest bardzo znaczna. W wielu miejscach powstają one tuż przy sobie. Nadto długość jest większą od zwykłej: wynosi ona 0,6<sup>'''</sup>—1,0<sup>'''</sup>, a nawet więcej, co miejscami trudno jest określić z powodu pozaginanego ich kształtu. Szerokość tych fałd nie przedstawia po większej części nic osobliwego. Niektóre zawierają w sobie po 2—3 i więcej jamki, wysłane trochę spłaszczonym nabłonkiem. Na jednym szeregu skrawków, przeprowadzonych przez miejsce, w którym widać było narost wielkości ziarna soczewicy, widać kilka fałd, zawierających takie jamki obok siebie, a jedna z tych fałd, na 1,0<sup>'''</sup> długa, ma na końcu swoim znaczne rozszerze-

nie, w którym widzimy kilka podobnych jam, wysłanych nabłonkiem, dość dużych; niektóre z nich łączą się z powierzchnią zewnętrzną. Rozrost ten, a właściwie to jakby rozszerzenie swobodnego końca fałdy, ma w przecięciu formę prawidłowego koła, którego średnica jest prawie 0,4''' wielka. Takich samych, co do budowy, lecz mniejszych rozrostów jest kilka. Niestety, największy z nich oderwał się podczas maceracyi. Sam charakter błony śluzowej różni się tylko trochę od prawidłowej. Mianowicie, zawiera ona trochę mniej komórek i jest trochę więcej włóknistą; obie rzeczy dają się zauważyć dopiero przy porównaniu tych preparatów z prawidłowemi. Błona mięsna jest w kilku miejscach grubszą od prawidłowej, dochodząc do 0,24'''. Powłoka zewnętrzna jest prawie wszędzie około 0,8''' gruba i składa się z tkanki łącznej, trochę więcej od prawidłowej włóknistej.

Stosunek błony śluzowej do mięsnej jest 5:1,

„ „ mięsnej do łączno-tkankowej jest 1:3,

„ „ śluzowej do „ „ 1,5:1.

### III.

Przy przeglądaniu spostrzeganych przezemnie przypadków i zestawieniu ich ze sobą można widzieć najdokładniej całą sprawę, w pęcherzyku żółciowym przy chorobie kamiennej przebiegającą i prześledzić oddzielne jej fazy, z wyjątkiem najpierwotniejszych, czysto ostrych, które, jak to już mówiłem, zdarzają się na stole anatomicznym rzadko, bo i trwają pewno bardzo krótko. Widzimy mianowicie, że świeże względnie przypadki przewlekłego cierpienia pęcherzyka żółciowego przedstawiają przypadki №№ 10, 9. Już do starszych odnoszą się przypadki № 8 i 12; jeszcze starsze zmiany mamy w przypadkach №№ 5, 6 i 7. Co do innych, trudno jest stanowczo orzec, o ile zmiany w nich są od innych świeższe, lub starsze.

Obraz, jaki te oddzielne przypadki pod drobnowidzem przedstawiają, sam dostatecznie wyjaśnia, jak sprawa zapalna się zaczyna i szerzy. Rozbierzemy tu po kolei, jaki jest wpływ jej na oddzielne części składowe ścianki pęcherzyka.

Przedewszystkiem niewątpliwie ulega zmianom część bezpośrednio stykająca się z kamieniami, to jest nabłonek błony śluzowej. Komórki jego, jak to przekonałem się, dokładnie je mierząc, ulegają stopniowo coraz większemu spłaszczeniu, tak, że w tych okresach ostatnich, w których są jeszcze niezłuszczone, kształt ich przedstawia przejście od kubicznego do prawie płaskiego. Już bardzo wczesnie znika rąbek na ich swobodnej powierzchni. Trudno mi jest powiedzieć, jakie to ma znaczenie; cytuję jednak ten fakt. Granice między oddzielnymi komórkami stają się mniej wyraźne, ciało ich więcej ziarnistem, mętnem. Wkrótce odpada ich coraz większa ilość, co widocznie zależy od tego, że zmienione w ten sposób, nie są one dostatecznie z błoną śluzową połączone, przez co kamienie, zawadzając o nie przy ruchach robaczkowych pęcherzyka, złuszcza je. Dzieje się to prawdopodobnie prędko, gdyż, jak to widać z wyżej przytoczonych opisów, w znacznej większości badanych przezemnie przypadków nabłonek nie było prawie zupełnie lub zupełnie. Niewątpliwie jednak część tych zmian na preparatach zależy od odpadania nabłonka skutkiem zmian pośmier-

tnych. Wreszcie, być może, zachodzą tu jeszcze inne powody złuszczenia jego. Mianowicie odnosi się to do tych przypadków, w których [jak np. w przypadku № 6 i 11] kamień nie znajduje się w samym pęcherzyku, lecz w przewodzie pęcherzykowym. W tych razach można przypuścić, że nabłonek odpada wskutek niekorzystnego działania na niego żółci, długo w pęcherzyku zostającej i ulegającej pewnym zmianom chemicznym. Trudno bowiem jest sobie inaczej przedstawić, dlaczego przy całych, nieuszkodzonych innych częściach, nabłonek odpada i ulega w masie, w której pływa, tak znacznym zmianom wstecznym, że trudno jest go nawet poznać. Wydaje mi się niezupełnie słuszną myśl SCHUEPPEL'a, który powiada, że zmiany w błonie śluzowej pęcherzyka i w innych jego częściach składowych są tem większe, im ściślej jest związek błony śluzowej z kamieniami, co *a priori* można bardzo słusznie przypuścić. Niewątpliwie związek między dwoma temi faktami istnieje, o czym świadczy znaczna większość spostrzeganych przezemnie przypadków, i nie mieć go na uwadze nie można, ale zdaje mi się, że związku tego czasami może nie być [№ 6, 11], i dlatego właśnie wydaje mi się koniecznem przyjąć, że początkowe zmiany w błonie śluzowej, mianowicie w jej nabłonku, mogą zawdzięczać swoje powstawanie działaniu zmienionej żółci, czyli chemicznemu, nie zaś tylko kamieni, czyli mechanicznemu.

Zmiany początkowe w błonie śluzowej wyrażają się mniejszem lub większem nacieczeniem jej tkanki, poczem prędko występują na jaw zjawiska włókniste jej zwyrodnienia. Mianowicie, ilość komórek jest trochę zmniejszona, włóknistość, chociaż delikatna, jest wyraźniejsza. Im sprawa idzie dalej, tem ilość komórek w błonie śluzowej staje się mniejszą, a ilość włókien, przeciwnie, większą, i mniej się uwydatniają naczynia krwionośne. Nadto włókna te, początkowo delikatne, cienkie, znacznie od siebie oddalone, skręcające się czasami w loczki, stają się coraz wyraźniejszymi, grubszymi, zbliżają się do siebie coraz bardziej i przyjmują kierunek bardziej równoległy. W okresach jeszcze późniejszych [jak w przypadku 6 i 7] tkanka ta przyjmuje wyraźnie charakter stwardniałej. Ilość jąder w niej jest bardzo małą; włókna jej idą tuż przy sobie taką zbitą masą, że wszystko wydaje się pod drobnowidzem jakby jednolitem. Rzecz prosta, że przy takim zdążaniu sprawy do ostatecznego kresu zdarzają się często jej obostrzenia, które przy opisywaniu oddzielnych przypadków notowałem.

Skutkiem takiego bliznowatego przekształcenia tkanki łącznej, wchodzącej w skład błony śluzowej, wygląd tej ostatniej zmienia się znacznie. Pierwszem zjawiskiem jest, jak się o tem wielokrotnie przekonałem, znikanie fałd błony śluzowej. Sprawdzić to można przy przeglądaniu preparatów, na których błona śluzowa jest w rozmaitym stopniu bliznowato zwyrodnioną. Naprzykład, w przypadku 9-ym i 10-ym, w których zmiany są najświeższe, ilość i wielkość fałd jest nieznacznie zmniejszona, tak, że mają one do  $\frac{2}{3}$  swojej prawidłowej wysokości. W przypadkach №№ 12, 13, 16 występuje to coraz wyraźniej, coraz to mocniej: przeglądając wyżej sporządzone opisy, widzimy, że ilość i wielkość fałd błony śluzowej jest w nich tem mniejszą, im zwyrodnienie jej bliznowate jest większe. W przypadku 3-cim, 11-tym, 6-tym, 7-ym, w których zmiany błony śluzowej są największe, nie mamy ani śladu fałdy na całej swobodnej powierzchni wielu przeglądanych skrawków.

Dalszem następstwem zaniku fałd błony śluzowej jest początkowo wrzekome jej zgrubienie. Powiadam: „wrzekome“, gdyż w istocie błona śluzowa zaczyna stawać się cieńszą odrazu, jak tylko zaczynają zachodzić w niej zmiany opisanego rodzaju. Że jednak tkanka bliznowata początkowo jest tylko o tyle kurczliwą, że zostaje ona, że tak powiem, z fałd w kierunku poziomej powierzchni błony śluzowej wciągniętą i w niej się mniej więcej poziomo układa, więc stają się grubsze te części błony śluzowej, które odpowiadają odstępom między fałdami, gdyż ta ilość tkanki łącznej, która zajmowała przedtem nieznaczną, jak wiemy, stosunkowo przestrzeń między fałdami i bardzo stosunkowo znaczną [około 5—6 razy większą] przestrzeń w fałdzie, teraz, skurczywszy się, robi fałdy krótszemi, ale za to przestrzeń między nimi wyższą. Wymieniona okoliczność tłumaczy nam przyczynę skrócenia fałd i wrzekomego zgrubienia błony śluzowej. Dla czegoż ilość pierwszych już w początkowych okresach jest mniejszą? Dla tego, że mniejsze fałdy [a wiemy, że nie wszystkie są jednakowo wysokie] wciągnięte będą łatwiej i prędzej, niż większe, wyższe, przez co miejsce byłej małej fałdy zostaje zupełnie wygładzonym. Z powodu wymienionych okoliczności stale już w początkach zmian przy sprawach przewlekłych w pęcherzyku żółciowym, jeżeli, jak i w zdrowym, będziemy w nim mierzyć grubość błony śluzowej całkowicie, z fałdami razem, notować musimy ścieńczenie jej, z początku tylko do 0,4'''—0,3''' [№№ 8, 9, 10, 12], potem stopniowo do 0,3'''—0,2''' [№№ 11, 13] i t. d., aż w rezultacie dostajemy pasmo jej znacznie od 0,1''' mniejsze, jak np. w przypadkach №№ 2, 4, a szczególnie w niektórych częściach błony śluzowej w przypadku 6-ym i na całej przestrzeni jej w przypadku 7-ym, w których, jak wiemy z wyżej przytoczonych opisów, błona śluzowa uległa największym zmianom. Zależy to, rzecz prosta, od wielkiej kurczliwości powstałej na miejscu byłej błony śluzowej jednej jakby starej blizny.

Powtarzam jeszcze raz, że stopień ścieńczenia błony śluzowej stoi w stosunku prostym do stopnia zmian w niej, t. j. do długości czasu, jaki cały pęcherzyk wogóle ulegał zapaleniu. Dlatego też wydaje mi się niezupełnie słusznym zdanie Ортн'a, który powiada, że widoczne w pęcherzyku gołem okiem beleczkowate zgrubienia w błonie śluzowej, są to rzeczywiście zgrubiałe zwyrodnione jej części. Od czego zależą te beleczkowate zgrubienia, o tem powiem niżej.

Niezawsze jednak ostatecznem zejściem zmian w błonie śluzowej jest tylko wysoki stopień bliznowatego jej zwyrodnienia lub nawet stwardnienia. Gdyby to tak było, to moglibyśmy powiedzieć, że wpływ kamieni na sam pęcherzyk żółciowy cierpiących na nie osobników jest dla tych ostatnich bardzo mało ważnym, gdyż, jak to zobaczymy niżej, przy sprzyjających temu zmianach, zachodzących w błonie mięsnej i warstwie łączno-tkankowej pęcherzyka żółciowego i innych odpowiednich warunkach, sprawa cała kończyłaby się w podobnych przypadkach w najgorszym razie znacznem bardzo skurczeniem, prawie zanikiem pęcherzyka żółciowego. Jednakże tak nie jest. Mianowicie zmiany w błonie śluzowej przyjmują czasami przebieg analogiczny przypadkowi 5-emu, t. j. ulega ona owrzodzeniu, które zajmuje rozmałą przestrzeń i dochodzi do rozmaitej głębokości. [D. n.]

## Wiadomości terapeutyczne.

**3. Leczenie nowotworów złośliwych, nie nadających się do operacji.** Do chorób najfatalniejszych należą niewątpliwie nowotwory złośliwe, niepozwalające na żadną skuteczną interwencję chirurgiczną: chory stanowczo — i to dosyć szybko — im uledez musi, a lekarz bezbronny tylko z rozgoryczeniem przypatrywać się musi postępowi choroby. A na domiar nieszczęścia przychodzi jeszcze i ta okoliczność, że wogóle nowotwory złośliwe należą do cierpień dość częstych.

Jakkolwiek, szczególnie ostatnimi czasy, wielełożono pracy na wysledzenie istoty przyczynowych nowotworów [liczne prace nad pasorzytniczym pochodzeniem nowotworów złośliwych: bakteryje, *protozoa*, *sporozoa*], jednakże przyznać trzeba, że dotąd pod tym względem nie absolutnie pewnego nie wiemy.

Co się tyczy terapii nowotworów złośliwych, to wprawdzie usiłowania lekarzy datują od bardzo dawnych czasów i dały mnóstwo metod i środków, jednakże w rzeczywistości kwestyi naprzód nie posunęły. Nie sięgając zbyt daleko, dość chyba wspomnieć o teorii BENEKE'go i jego dyjetetycznej metodzie leczniczej, o metodzie THIERSCH'a wstrzykiwań azotanu srebra, o wstrzykiwaniach wody utlenionej, wody ozonowej, o sławnym środku *Condurango*, o terpentynie z Chios, o papajotyńie, o elektrolizie: nowotwory złośliwe, o ile tylko usuwają się z pod władzy chirurga, o tyle i dotąd, pomimo wszystkich metod i środków, złośliwymi i zgubnymi w całym znaczeniu tego wyrazu pozostały.

Z tego powodu sądzę, że chyba bardzo ciekawymi dla każdego lekarza będą ostatnie doświadczenia, dotyczące się terapii nowotworów złośliwych.

Wiadomości te zaś zaczerpię z przemówienia prof. MOSETIG-MOORHOF'a na ostatniem posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Wiedeńskiego [30 Stycznia 1891 r. *Wiener klin. Woch.* 1891. 6].

Prof. MOSETIG-MOORHOF, powszechnie i zaszczytnie znany na polu chirurgii, od dawna zajmował się kwestyją leczenia nowotworów złośliwych, przyczem, rozumie się, wypróbował wszystko, co w tym względzie zalecono; wyniki atoli wypadły ujemnie.

MOSETIG, niezrażony niepowodzeniem, zajmował się dalej tą samą kwestyją. Przedewszystkiem zwrócił jego uwagę ten fakt, że elementy patologiczne, nowotworowe, posiadają daleko mniejszą potencyję biologiczną, daleko mniej odporności, aniżeli tkanki fizjologiczne, sąsiednie, zdrowe.

Otóż, na zasadzie tego zjawiska podstawowego już w r. 1885 zaczął on stosować kwas mleczny przy nabłoniakach. Istotnie, wynik otrzymany był pomyślnym: w tym też czasie przedstawił MOSETIG w Tow. Lek. Wied. dwa przypadki nabłoniaka rozległego twarzy, niemcżliwego do operowania, a usuniętego i zabliźnionego jedynie pod wpływem kwasu mlecznego. Kwas mleczny rzeczywiście, jak też później i laryngologowie [HERYNG, KRAUSE i inni] przy gruźlicy krtani stwierdzili, niszczy głównie i przedewszystkiem tkanki patologiczne, nie naruszając tkanek zdrowych, a bliźnę po przyżeganiu daje gładką. Jednakże pomimo tego pomyślnego wyniku MOSETIG bardzo prędko porzucił kwas mleczny, jak powiada, z dwóch powodów: najprzód, że przy stosowaniu tego środka chorym dokuczają, i to dość długo, niezmiernie dotkliwie bóle, a powtórę, że w nowotworze powstaje najczęściej rozpad.

W kilka lat potem [r. 1888] P. BRUNS ogłasza pracę o wpływie leczniczym róży na nowotwory. Zaczęto szczepić koki FEHLEISEN'owskie w pobliżu nowotworów i nieraz rzeczywiście, szczególnie mięsaki, ulegały zanikowi. Wszelako często próby, wykonywane w tym kierunku, dawały wynik ujemny; w niektórych przypadkach umyślnie szczepienie róży wywoływało stan chorobowy bardzo ciężki, a nawet z zejściem śmiertelnym: pomimo to wszystko możliwość lecznicza róży, bądź co bądź, przedstawiała zjawisko bardzo ciekawe. MOSETIG na mocy tych spostrzeżeń doszedł już wówczas do przekonania, że elementy nowotworowe, posiadające małą potencyję biologiczną, nie są w stanie oprzeć się zwiększonej przemianie materji, podwyższonej ciepłocie i przyspieszonemu krążeniu, jakie powstają wskutek róży naturalnej lub zaszczipionej; że pod wpływem tak zmienionych warunków następuje inwolucyja i wessanie nowotworów, obumieranie i znikanie onych.

Szło teraz o to, aby znaleźć środek, któryby po zastosowaniu miejscowem mógł podzielać na wazomotory i wywołać podobny wpływ, jak róża, ale któryby jednocześnie nie pociągał za sobą tych

niebezpieczeństw, jakie przy róży możemy napotykać. Po długim badaniu udało się MOSETIG'owi wyznać taką substancję.

U kobiety, u której przed dwoma laty usunięto raka piersi, pojawił się znowu rak w postaci „*cancer lenticularis*“, na bocznej ścianie klatki piersiowej. Po każdym wstrzyknięciu wyżej wzmiankowanej substancji, nie do samego guziczka, ale w podstawę i w tkankę otaczającą, w trzy dni guzik najzupełniej zniknął. Niestety, stoimy tu dotąd wobec tajemnicy: MOSETIG nic bliższego nam nie podaje o tym nowym środku leczniczym, odkładając to na później, gdy badania doprowadzą go do pomyslniejszych rezultatów. Zresztą, jak dotąd, nie wiele na tem tracimy; gdyż i sam MOSETIG dość szybko z pierwszego zachwytu przeszedł w rozczarowanie: przedewszystkiem przy stosowaniu tego środka pojawiały się wkrótce nowe guziczki w sąsiedztwie; a powtórę, przy nowotworach starych, dużych substancja ta okazała się zupełnie bezskuteczną.

W dalszym ciągu swych badań. MOSETIG doszedł do nowej idei. Wiadomo, że wzrost nowotworu zależy od proliferacji komórek danego nowotworu. Wiadomo dalej, że punktem wyjścia owej proliferacji są jądra tychże komórek: od tych jąder zaczyna się dzielenie i mnożenie się elementów komórkowych. Idzie zatem o to, czy za pomocą pewnego podziałania na same jądra komórek nie udałoby się przedewszystkiem wpłynąć hamująco na proliferację, a więc na dalsze szerzenie się nowotworu; czy w dalszym ciągu na takiej drodze nie możnaby było jądra doprowadzić do obumarcia, a cały nowotwór doprowadzić do przemiany wstecznej, do zaniku.

Ponieważ niektóre barwniki, a zwłaszcza anilinowe, mają najwięcej powinowactwa do jąder komórkowych, przeto MOSETIG zaczął od stosowania trójchlorku aniliny (*anilinum trichloratum*), zupełnie wolnego od arsenu.

Mężczyźnie 50-letniemu, który miał na udzie mięsaka (*sarcoma globocellulare*), wielkości pomarańczy, a uciskającego żyłę udową, wstrzykiwano w podstawę nowotworu jeden gram 1% roztworu wodnego trójchlorku aniliny. Wstrzykiwania te chory dobrze znosił, ale w godzinę po nich występowało ciemno-niebieskawe zabarwienie skóry, zwłaszcza na twarzy i kończynach. Na drugi dzień zabarwienie znikło zawsze bez śladu. Z dawniej istniejącego owrzodzenia na mięsaku zaczął bardzo obficie wydzielać się płyn surowiczy niebiesko zabarwiony, oraz masa tkanki nowotworowej rozpadłej, również niebiesko zabarwionej. Guz wszelako stopniowo zmniejszał się i twardniał, a po trzytygodniowym leczeniu i obrzęk na zajętej kończynie znikł, co również było dowodem, że guz znacznie zmalał i przestał uciskać żyłę udową. Pewnego razu wstrzyknięto, na wyraźne nalegania chorego, na raz cztery gramy wzmiankowanego roztworu; poczem w godzinę wystąpiły bardzo groźne objawy: ciemno-niebieskie zabarwienie całego ciała, wymioty, utrata przytomności, oddechanie CHEYN-STOCKES'a, tętno zwolnione. Przez trzy godziny musiano stosować sztuczne oddechanie. Chory nareszcie przyszedł do siebie. Odtąd naturalnie wrócono do pierwszych dawek. Po ośmiotygodniowym leczeniu guz zredukował się do małego twardego guzika, wielkości orzecha, a dawne owrzodzenie pokryte było tęgą blizną. Pacjent wrócił do swego kraju, do dawnych zajęć. W rok potem umarł na zapalenie płuc. Powrotu nowotworu nie było.

Jeszcze w trzech innych przypadkach stosował MOSETIG trójchlorek aniliny, ale nareszcie musiał porzucić wzmiankowany środek z powodu nieprzyjemnych, a nieraz i groźnych objawów ubocznych, jakie przy jego stosowaniu powstawały.

Od roku zeszłego, t. j. od ogłoszenia pracy STILLING'a o pyoktanie, MOSETIG począł używać tego przetworu. Przedewszystkiem szło o stwierdzenie faktu, podanego przez STILLING'a, że pyoktania [metylfiolet, auramina] jest zupełnie nieszkodliwa dla ustroju ludzkiego. Twierdzenie to istotnie okazało się prawdą. Odtąd można było spokojnie stosować pyoktanie we wstrzykiwaniach podskórnych. Kilku chorych, w ten sposób leczonych, przedstawił MOSETIG na posiedzeniu w Towarzystwie Lekarskiem.

Chora 66-letnia miała duży guz [mięsaka wielkości dużej pięści], zajmujący część średnią szczyki dolnej. Guz ten sterczał tak na zewnątrz, jako też na wewnątrz; wargi nie mogły zamykać jamy ustnej, ślina z ust ciągle wyciekała; język tak był przyciśnięty do podniebienia twardego, że chora ani mówić, ani jeść, ani pić nie mogła. Z wielkim trudem zdołano chorą jako tako odżywiać przez zgłębnik żołądkowy. W każdym razie chora była wycieńczoną i blizką śmierci głodowej. Zabrano się do wstrzykiwań roztworu metylfioletu z początku 1:500, a następnie 1:300. Wszystkich wstrzykiwań zrobiono dotąd 35, po 3—6 gramów za każdym razem. Chora znacznie się popra-



wiła: usta może zamykać, nie ślini się, jada dobrze zwyczajną dyjetę szpitalną, przybrała na wadze, i jest już w doskonałym nastroju ducha. Guz nie owrzedział przy wstrzykiwaniach i znacznie się zmniejszył, przynajmniej o trzecią część, tak, że jama ustna stała się wolną, a język wrócił do prawidłowej pozycji. Leczenie daną metodą będzie się prowadzić dalej. Czy i ta część nowotworu, która, jak teraz można było się przekonać, pozostała tylko w kości, również ulegnie zanikowi, to przyszłość pokaże.

Mężczyzna 58-letni przybył do szpitala z powodu dużego guza (*cysto-sarcoma*), zajmującego boczną część szyjową lewą i sięgającego aż poza górną część mięśnia piersiowego większego. Wymiary guza przed leczeniem wynosiły: poprzeczny 13 ctm., podłużny 8 ctm.. Dotąd zrobiono 12 wstrzyknięć po 6 gramów roztworu metylfioletu 1:300. Obecnie guz przedstawia się mniej wyniosłym, bardziej płaskim, wymiar poprzeczny wynosi 10 ctm., a wymiar podłużny 6 ctm.. Na torbielach powstały owrzedzenia. Chory może już głową poruszać i wogóle czuje się znacznie lepiej.

Chora 60-letnia, dotknięta ciężkim cierpieniem nowotworowym pęcherza moczowego (*papilloma*), miała ciągle krwawienia z pęcherza, a wskutek bezustannych zaburzeń ze strony pęcherza nie miała dotąd od pewnego czasu ani dnia, ani nocy spokojnej, przez co doszła do wysokiego stopnia wyniszczenia i osłabienia. Ponieważ w danym przypadku niepodobna było myśleć o usunięciu nowotworu za pomocą operacji, przeto co drugi dzień robią jej wstrzykiwania 20 gramów roztworu metylfioletu 1:2000. Płyn w pęcherzu zostawia się. Krwawienie ustało, chora czuje się lepiej i widocznie się poprawia.

Oprócz tego donosi MOSETIG o dobrym rezultacie, jaki otrzymał w dwóch przypadkach nowotworów na szyi (*adeno-carcinoma*), niemożliwych do operowania.

W końcu przytacza MOSETIG ciekawy przypadek, dotyczący mężczyzny 60-letniego z mięsakiem, wielkości głowy dorosłego człowieka; guz wychodził z prawej strony miednicy zapewne poza otrzewną i zajmował dużą część jamy brzusznej. Oddawanie stolców było wciąż wysoce utrudnionem. Ponieważ pewnego dnia powstały objawy zupełnego zamknięcia kiszek, przeto wykonano kolostomię; stan groźny ustąpił, a piątego dnia po operacji zaczęły gazy i stolce odchodzić „*per anum*“. Guz wszelako ciągle rósł i to dość szybko. Objawy zamknięcia kiszek znowu od czasu do czasu zaczęły występować, tak, że musiano uciec się znowu do zużytkowania przetoki kiszki operacyjnej, którą, jako już niepotrzebną, zwykle przez opatrunek trzymano szczelnie zamkniętą. Oprócz tego wystąpiły objawy i ze strony pęcherza (*polakuria, stranguria*). Wobec tak rozpaczliwej pozycji bez wyjścia zabrał się MOSETIG do wstrzykiwań metylfioletu. Dotąd zrobiono 14 wstrzykiwań roztworu metylfioletu 1:500, po 3 gramy za każdym razem. Wynik, jak się wyraża MOSETIG, przeszedł jego oczekiwanie: kolosalny guz zmniejszył się przynajmniej o  $\frac{1}{3}$  część. Chory względnie ma się nieźle, miewa regularne stolce, nie doznaje zaburzeń ze strony pęcherza, je obficie i z apetytem, śpi dobrze, codziennie przez kilka godzin się przebadza, a nawet powrócił do dawnych czynności.

Przypadków przytoczonych nie można wprawdzie uważać za uleczone, jednakże ze względu na to, że należą do kategorii zrozpaczonych „*noli me tangere*“, przynajmniej trzeba, iż i takie wyniki bardzo zachęcają do dalszych doświadczeń i spostrzeżeń w tym kierunku.

Ten też powód skłonił i mnie do obszerniejszego i możliwie dokładnego zaznajomienia Szanownych Kolegów z wynikami badań MOSETIG'a. Niepodobna dzisiaj kwestyj przesądzać, ale, bądź co bądź, wobec trudnego nieraz położenia względem nieszczęśliwych i skazanych na zagładę, mamy przynajmniej jeszcze jedną ucieczkę, jeszcze jedną metodę leczniczą [którą, nawiasowo mówiąc, MOSETIG nazywa: *Tinctionstherapie*], od której przynajmniej poprawy spodziewać się nam będzie wolno. O ile nadzieje się ziszcza, doświadczenie przekona.

Jeszcze słów kilka o samem stosowaniu pyoktaniny. MOSETIG zwykle używa roztworów. 1:1000, 1:500, 1:300; sądzi jednak, że można bez szkody stosować i daleko mocniejsze roztwory. Wstrzykiwanie 6 gramów roztworu 1:300 chorzy znoszą dobrze, nie doznając przytem ani miejscowych, ani ogólnych zaburzeń; co najwyżej, powstaje lekkie przekrwienie skóry. Wstrzykiwania w każdym razie trzeba robić z zachowaniem wszelkich przepisów antyseptyki. Starać się należy owe wstrzykiwania tak wykonywać, aby, o ile możliwości, stopniowo cały nowotwór nasiąkł płynem wstrzykiwanym. Guzy zamknięte nie rozpadają się; ulegają one tylko przemianie wstecznej i ściągają się. Guzy zaś owrzedziałe, otwarte, pod wpływem rzeczonej metody leczniczej wydzielają daleko obficie, aniżeli przedtem, to też i zmniejszają się szybciej, aniżeli zamknięte. Wstrzykiwania należy robić co drugi, lub co trzeci dzień.

MOSKTRIG nie sądzi bynajmniej, aby tylko barwniki, przez niego tu podane, były najlepszymi i najodpowiedniejszymi. Owszem, przypuszcza, że inne barwniki mogą nawet okazać się daleko skuteczniejszymi, a doświadczenie może nauczyć, iż jedne barwniki okażą się skutecznymi dla mięsaków, inne dla raków i t. d.

Wiktor Grostern.

## List otwarty do Redakcji Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Raczie pomieścić w piśmie Waszem kilka poniżej skreślonych słów, które wobec rozpowszechnionej u nas w ostatnich czasach manii hipnotyzowania nie będą, sądzę, bez pożytku. Przed kilku tygodniami byłem wezwany do Władzia W., dziewięć-letniego chłopca. Już w domu powiedziano mi, że został on przez starszego zahipnotyzowanym i teraz dobudzić się go nie mogą. Rzeczywiście zastałem pacyenta, małego chłopca, pogrążonego w śnie, z którego wołaniem, dotykaniem i skropieniem wodą obudzić go nie mogłem; począłem wtedy uciskać mocno dołek podsercowy i wtedy dopiero malec otworzył oczy i zaczął ze mną rozmawiać; po kilku jednak minutach, stojąc, zasnął; wtedy przyszło mi na myśl, czy nie miał on jakiej sugestyi terminowej; jakoż „niefortunny hipnotyzer“, spytany przezemnie, odrzekł, iż polecił mu przeczytać bajkę i napisać list; zwrócił się więc, z mojej porady, do „medyjum“ z żądaniem spełnienia powyższych czynności; ten ostatni wykonał je w mojej obecności i potem rozbudził się zupełnie. Zaleciłem spokój i stanowcze zaniechanie podobnej „zabawki“. W przeciągu następujących kilku tygodni byłem wzywany parę razy przez opiekunów chłopca: mówiono mi, że jest on ciągle nie swój, wpada w zamyślenie, czasem majaczy na jawie, ja jednak nie nieprawidłowego w czasie moich wizyt wykryć nie mogłem; dopiero 3 dni temu udało mi się obserwować dosyć niezwykły napad nerwowy, który tu w krótkości opiszę:

Zastałem chorego, leżącego na łóżku w ubraniu i pogrążonego we śnie głębokim; tętno 104—108 miernie napięte i wielkie, oddech 26—28 na minutę, rytmiczny, źrenice rozszerzone [po podniesieniu powiek palcami], gałki oczne wykonywają ruchy wahadłowe; odruch podeszwy (*Fusssohlenreflex*) bardzo osłabiony: przy ułkuciu podeszwy szpilką — nieznaczne zgięcie palców u nogi; klucie szpilką w innych miejscach kończyn dolnych i górnych a także twarzy odczynu żadnego nie wywołuje. Chcąc się przekonać, czy nie mam do czynienia z katalepsją, chciałem unieść nogi chorego: za pierwszym dotknięciem zeszywniały one tak, że ani zgiąć ich, ani unieść nie mogłem [tężec]; kończyny górne pozostały wolne; uniosłem je ostrożnie do góry, nadając położenie zgięte: pozostały w niem kilkanaście sekund, następnie opadły; po kilku minutach uniosłem je znowu ku górze — wyprostowały się i zeszywniały mocno, tak, iż ani zgiąć ich, ani opuścić już nie mogłem. Chory leżał więc z mocno wyprężonemi nogami i tułowiem, z rękami wzniesionemi do góry i wyprężonemi; palce u rąk rozczapierzone; oddziaływa tylko na ułkucie podeszwy i podstawienie pod nos buteleczki z amonijakiem i to bardzo słabo. Po jakimś czasie zaczął wymawiać oderwane wyrazy silnym głosem: „precz! idź! daj mi pokój!“ — nie budząc się wcale; stan ten trwał około d w ó c h g o d z i n, po upływie których chory wymówił: „teraz opuszczę ręce — raz! dwa! trzy!“ — opuścił ręce i obudził się; był jednak przez czas jakiś silnie podniecony: chciał bić otoczenie, narzekał, że mu chcą robić krzywdę, rzucał się, aż powoli uspokoił się i potem zasnął snem fizjologicznym.

Badanie, przedsięwzięte na drugi dzień wspólnie z kol. SAWICKIM, dało następujący wynik: chłopiec lat 9-ciu, blondyn, pleć biała, zbudowany i odżywiany dobrze; o wczorajszym napadzie nie wie; źrenice miernie i równo szerokie, ruchy gałek ocznych prawidłowe; odruchy: podeszwy, kolanowy i ścięgnięte lekko wzmożone; *tactilitas*, uczucie bólu, *topaesthesia*, *thermaesthesia* i czucie mięśniowe — prawidłowe; w organach klatki piersiowej i jamy brzusznej żadnych zmian wykryć nie można; chory skarży się na ból głowy, umiejscowiony w czole, zresztą czuje się dobrze.

Zapytana matka chorego, odrzekła, że ona i mąż są zupełnie zdrowi; siostrę ma bardzo nerwową, ale bliżej tej nerwowości matka nie określiła; co się zaś tyczy tego dziecka, było ono zawsze wrażliwe, ale żadnych ciężkich chorób nie przechodziło, napadów nerwowych nie miewało; najwidoczniej więc terazniejszy stan chorobowy rozwinął się nietylko *post* ale i *propter* „udatnych“ prób hipno-

tyzowania, szczególnie jeżeli weźmiemy pod uwagę, że sam ten atak [histeryczny] można nazwać auto-hipnotyzacją, ponieważ chory daje sobie sugestyję głośno, wykonywa ją i budzi się.

Przypadek ten powinien być przestrożą dla niepowołanych hipnotyzerów [a może nawet i niektórych lekarzy], jak ostrożnym należy być z tą nową metodą leczenia.

D-r K. Ciagliński [w Siedlcach].

---

## Wiadomości bieżące.

---

— W Krakowie obchodzono w d. 2 Marca uroczyste 60-letni jubileusz zawodu lekarskiego prezesa Akademii Umiejętności, JÓZEFA MAJERA. Z wielu krajów nadesłano telegramy i powinszowania wielce zasłużonemu Jubilatowi. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie i Redakcja Gazety Lekarskiej wysłały również swe hołdy drogą telegraficzną.

— W Sierpniu r. b. odbędzie się w Londynie VII kongres międzynarodowy higieny i demografii, pod protektoratem księcia Walii. O przyjęcie udziału w kongresie proszone są rządy, władze miejskie, administracyjne, sanitarne i prowincjonalne, uniwersytety, szkoły, akademije, towarzystwa i korporacje naukowe. Podczas kongresu urządzoną będzie wystawa przyrządów i aparatów mających związek z higieną. O bliższe informacje zgłaszać się należy do biura Kongresu. Londyn. The Parkes Museum 74 — Margard Street.

**Zmarli:** Dnia 13 Stycznia w miasteczku Ciechanowcu, gub. Grodzieńskiej, zakończył życie D-r PAWEŁ ŚWIĘCKI po kilkunastodniowej ciężkiej chorobie, na tyfus plamisty.

Ś. p. PAWEŁ, rozpoczął studia w b. Szkole Głównej, ukończył je zaś w 1874; w ciągu 17 lat stale przebywał w Ciechanowcu, zajmując się praktyką. Nieustanną pracą do ostatnich chwil życia potrafił sobie zjednać zaufanie sporego zastępu ludności, której niósł chętną i skuteczną pomoc. Jako zany ojciec rodziny, sumienny lekarz i dobry kolega, pozostawił po sobie żal szczery i głęboki. Tłum kilkotysięczny, składający się z osób rozmaitych wyznań, podążający za trumną, był tylko słabym dowodem tego uznania, jakim za życia Śp. PAWEŁ się cieszył.

— Umarł w Sokołowie D-r JÓZEF DZIOBKOWSKI, lekarz powiatu Sokołowskiego, wychowaniec b. Szkoły Głównej Warszawskiej, pozostawił po sobie szczery żal wśród kolegów i znajomych.

— W dniu 13 Lutego b. r. zmarł w Grodnie D-r JAN ORTOWICZ, który przed 4 laty ukończył wydział lekarski Warszawskiego uniwersytetu. Zmarły, jako sumienny, pracowity lekarz i dobry kolega, pozostawił po sobie szczery żal.

---

## Nadesłano do Redakcji.

---

PIOTROWSKI. O zadaniu fizjologii. Wykład wstępny we Lwowie. 1890.

— Kilka słów o nerwicy języka [Odb. z Przegl. Lekarsk.]. 1890.

— O nerwicach urazowych. [Odb. z *ibid.*].

— O prądzie osiowym w nerwach. [Odb. z Rozpraw Akad. Um. Krak. 1890].

— Błękit metylenowy jako środek usmierzający ból. [Odb. z Przegl. Lek. 1891].

— O wahanii wsteczem przy pobudzaniu różnych miejsc tego samego nerwu.

[Odb. z Rozpraw Akad. Um. Krak. 1891].

KLARNER. Kilka słów o śmiertelności i rozradzaniu się ludności gminy Bełżyce. [Odb. ze Zdrowia].

WICHERKIEWICZ. Ueber eine neue blepharoplastische Methode zur Deckung des Substanzverlustes nach Entfernung einer das ganze Lied einnehmenden Geschwulst. [Odb. z „Klin. Mtsblätt. für Augenheilkunde“. 1891].

HEIMAN-MAY. A blou upon the ear followed by death in a week. [Odb. z Archives of Otology. 1891 r.].



# Czyste mleko koncentrowane

bez domieszki cukru,  
preparowane podług najnowszych sy-  
stemów higienicznych, przez jedyną fa-  
brykę tego rodzaju w Cesarstwie.

**VOLD<sup>d</sup> MAYERS W<sup>we</sup> ET SOHN**  
w Rewlu.

Mleko to stanowi doskonały środek odżywczy dla dzieci, wysmienicie dzia-  
ła przy stosowaniu mlecznej kuracji dla chorych i rekonwalescentów, odpowiada  
wreszcie w zupełności wszelkim użytkom gospodarstwa domowego. Nie za-  
wiera ani cukru ani żadnych chemicznych domieszek, jest zupełnie czyste, cztery  
razy gęstsze od mleka świeżego, a będąc preparowanym podług najnowszych  
udoskonalonych systemów, konserwuje się w hermetycznie zamkniętych bla-  
szankach bardzo długo. Wszelkie szkodliwe części organiczne, któremi obfituje  
mleko świeże, w mleku koncentrowanem Mayersa niszczą się i na skutek tego  
mleko to przedstawia się jako środek odżywczy bezwzględnie czysty. Użyte do  
herbaty, kawy lub czekolady daje smak doskonały. Przy mniejszej proporcji  
wody stanowi wyborną śmietankę.

**Cena puszki 40 kop.**

Bliższe szczegóły i opis sposobu użycia znajduje się na każdej blaszance.

Dr. Leon Nencki, któremu mleko koncentrowane Mayersa zostało przedsta-  
wione do analizy, wyraził następującą opinię:

„Mleko nadesłane jest bardzo dobre, ściśle wyjałowione, łatwo strawne  
i odpowiada swemu przeznaczeniu w zupełności. Badanie bakteryjo-  
logiczne obecności żadnych drobnoustrojów nie wykazało“.

Generalni reprezentanci na Królestwo Polskie

**MARKUSFELD & KRZYWOSZEWSKI**  
*Zabia Nr. 9.*

Sprzedaż detaliczna we wszystkich znaczniejszych Składach  
aptecznych i kolonijalnych. 3-3

**W ZAKŁADZIE LECZNICZYM**  
dla chorych chirurgicznych

29.

25. Nowolipki 25.

przyjmuje się pacjentów, kwalifikujących się do operacji, na stałe pomieszczenie. Dla internów  
izraelitów pokarmy przygotowują się ściśle podług przepisów rytualnych. O warunkach przy-  
jęcia można się dowiedzieć w kancelaryi zakładu, lub u jednego z właścicieli A. Grünbaum Na-  
jewki 13 S. Centnerszwer Dzika 5. 0-13