

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** Kilka słów o hypnozie i leczeniu hypnotycznym na zasadzie własnych spostrzeżeń, napisał Adam Wizel. (Dokończenie). — **Kazuistyka.** Przypadek wodogłównia przewlekłego. Przekucie czaszki. Śmierć. Podał Adam Wojnicz (Łuck). — **Wykłady kliniczne.** O krzywyce, napisał Seweryn Sterling (Łódź). (Ciąg dalszy.) — **Streszczenia i wyciągi.** 60. Doświadczenia kliniczne nad uleczalnością raka zapomocą wstrzykiwań surowicy zwierząt szczepionych paciorkowcami (Erysipelserum). 61. O chemicznych i fizycznych własnościach krwi w chorobie Bright'a. 62. Przyczynek do teorii pochodzenia białkomoczu. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 30 kwietnia r. b. — Zebrania lekarzy prowincjonalnych w Kutnie w ciągu ostatnich 1½ lat, podał Feliks Arnstein. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli** — **Ogłoszenia.**

## „Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Wizel. — Quelques mots sur l'hypnose et sur la therapie hypnotique fondés sur l'observation personnelle. 2) D-r A. Wojnicz. — Un cas d'hydrocephalie chronique. Ponction du crâne. Mort.

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

## „Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Wizel. — Einiges ueber Hypnose und hypnotische Therapie auf Grund eigener Beobachtungen. 2) D-r A. Wojnicz. — Ein Fall von Hydrocephalus chronicus. Punction des Schädels. Todt.

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

## Kilka słów

o hypnozie i leczeniu hypnotycznym na zasadzie własnych spostrzeżeń,

napisał Adam Wizel ordynator kliniki chorób nerwowych i umysłowych.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 20).

Na pytanie, jak należy hypnotyzować, trudno w dwóch, trzech słowach odpowiedzieć. Myli się ten, kto sądzi, że hypnotyzowanie polega jedynie na wpatrywaniu się w oczy i poruszaniu rękoma. Jeżeli wpatrujemy się w oczy i robimy pociągi, to tylko dlatego, aby w chorym zrodzić mniemanie, że go zapomocą jakiejś niezwyklej siły usypiamy,—ratujemy się pozorem, aby chory nie domyślił się czasem, że go hypnotyzują jedynie nasze własne słowa. Właściwie mówiąc, hypnotyzowanie nie jest niczem innem, jak tylko pewnem psychologicznem postępowaniem, pewnem oddziaływaniem na chorego, zapomocą którego coraz bardziej opanowujemy jego wolę i samodzielność. Z prawidłowo czuwającej jednostki czynimy powoli mniej lub więcej posłuszny naszym rozkazom automat, wprowadzamy ją w stan psychiczny, w którym słowo nasze staje się ciałem.

Samo się przez się rozumie, że, skoro hypnotyzowanie nie jest niczem innem, jak tylko oddziaływaniem psychicznem jednej osoby na drugą, nie może ono i nie powinno być w każdym przypadku jednakowe. Inaczej oddziaływać będziemy na nieinteligentną osobę i na osobę inteligentną, na dziecko i na człowieka dojrzałego, na chorego mało suggestyjnego i na osobnika, wielce podatnego do sugestyi. We wszystkich tych przypadkach należy najrozmaiciej hypnotyzowanie modyfikować. Są osoby, którym, jeżeli

zaraz na wstępie powiemy: „proszę spać!“, parskną nam w oczy śmiechem,—inne zaś pod wpływem sugestyi, w podobny sposób zrobionej, w jednej chwili zasną. A ta sama osoba, która się zachowała odpornie względem niedelikatnie zrobionej sugestyi snu, zaśnie, jeśli sugestye tę podamy jej w postaci wytwornej i zamaskowanej.

Gdy mam do czynienia z osobą inteligentniejszą, nigdy nie używam sugestyi, że tak powiem, rubasnych. Nie mówię nic o śnie, a zaczynam od sugestyonowania najrozmaitszych parestezyi, słabnięcia tej lub innej kończyny, powoli przechodzę do wmawiania ogólnej niemocy, bezwładności, senności i t. p., a w końcu dopiero, gdy widzę, że mi się tamte sugestye urzeczywistniły, sugestyonuję już sen.

Nader ważną jest rzeczą, aby nie zauważył chory, że mi się coś nie udało. Niepowodzenie, jakiegokolwiekby ono było, osłabia powagę lekarza. Chory powinien wierzyć w „magnetyczną“ siłę hipnotyzującego go lekarza. Dlatego to przy hipnotyzowaniu należy być bardzo ostrożnym i wystrzegać się wszelkich błędów. Nie powinno się nigdy obiecywać zanadto, nie należy mówić kategorycznie, że chory zaśnie, skoro nie mamy pewności, czy będzie spał. Coprawda, ustrzedz się w zupełności podobnych omyłek, jest rzeczą całkiem prawie niemożliwą. Jeżeli więc już jesteśmy skazani na to, że jedno albo drugie może nam się nie udać, powinniśmy przynajmniej umieć niepowodzenie nasze, o ile nam się zdarzy, ratować miną i wybiegiem. Chory nie powinien nigdy widzieć w nas zakłopotania.

Wielką przytomność umysłu należy okazywać osobliwie w tych razach, w których otrzymujemy jedynie jakąś słabo rozwiniętą hypnozę. Chory słyszał, że zapomocą hipnotyzmu można człowieka uspić, a tymczasem on ani zasnął, ani nawet uczucia senności nie doświadczył; uległ, coprawda, bezwładności, nie mógł się ruszyć, nie mógł otworzyć oczu, — ale wszak stan podobny nie jest bynajmniej snem. Słyszając podobny zarzut z ust chorego, należy czempredziej krytycyzm jego rozwiać i wytłomaczyć mu, że hypnoza nie zawsze bywa snem umysłu, że w większości przypadków jest ona tylko snem ciała; mając zaś przed sobą osobę więcej inteligentną, można jej tę samą teorię wyłożyć bardziej naukowo. Podobna fikcyjna teoria natychmiastowo chorego uspakaja.

W ścisłym związku z kwestyą hipnotyzowania znajduje się kwestya budzenia. Przy budzeniu również należy być wielce ostrożnym. Obudzić można chorego bardzo łatwo. Proste dmuchnięcie w oczy, wsparte sławną sugestyą: „proszę się obudzić“, zazwyczaj wystarcza, aby hypnozę usunąć. Nigdy jednak w ten sposób budzić nie należy. Przed obudzeniem winien lekarz poddać choremu, że wszystkie wmówione podczas hipnotyzowania objawy przejdą. W przeciwnym razie naraża się na to, iż ten lub inny objaw przejdzie w stan czuwania. Pewnego razu, hipnotyzując chorą, wmówiłem jej, iż lewa jej ręka zdrętwieje i osłabnie. Istotnie, chora przyznała mi, że ręka jej jest drętwa i słaba. Po zrobieniu sugestyi leczniczych chorą obudziłem, zapomniawszy odsugestyonować to, co wmówiłem przy wywoływaniu hypnozy. Za zapomnienie to zostałem srodze ukarany. Chora przez kilka dni z rzędu uskarżała się, że czuje w lewej ręce zdrętwienie i osłabienie. Dopiero kilkakrotna sugestya, uczyniona w hypnozie i na jawie, objaw ten usunęła.

Wniosek z powyższego jest taki, że budzenie nie powinno nigdy być nagłe, przed obudzeniem należy odwrotną drogą odsugestyonować choremu to wszystko, co było przy usypianiu sugestyonowane. Nie koniec

na tem. Gdy już wszystko odsuggestyjonujemy, to i wtenczas jeszcze nie należy budzić natychmiast, ale należy dać choremu pewien czas na rozbudzenie się. Zazwyczaj postępuję w ten sposób, iż mówię choremu: „teraz proszę zacząć się budzić, stopniowo będzie się pan budził coraz więcej, po niejakiem czasie obudzi się pan zupełnie“. Budząc nagle, niekiedy wywołujemy podrażnienie nerwowe.

Wreszcie ważną jest rzeczą suggestyjonować choremu przed obudzeniem się, że przebudzony będzie się czuł bardzo dobrze.

Stosując powyższe ostrożności, w olbrzymiej większości przypadków nie otrzymujemy żadnych nieprzyjemnych następstw. Niekiedy wszakże, choć bywa to bardzo rzadko, chory pomimo wszystkich ostrożności dostaje po hypnozie różnych dolegliwości. Przypominam sobie pewną histeryczkę, którą postanowiłem leczyć hypnozą z powodu ataków histerycznych, na jakie się uskarżała. Usypiając chorą, suggestyjonowałem i odsuggestyjonowałem *lege artis* — mimo to chora zaraz po przebudzeniu się dostała napadu czkawki histerycznej. U innej znów chorej występowały nader często po przebudzeniu napady lekkiego omdlewania. Winienem tu zaraz dodać, że fakt podobny bynajmniej nie osłabia działania leczniczego hypnozy. Ta druga chora, o której tylko co wspomniałem, pomimo częstych pohypnotycznych omdlewań, uważała się za wyleczoną dzięki hypnozie.

Lekarze, zajmujący się stosowaniem leczniczem hypnozy, nieustannie spotykają się z zarzutem, że hypnoza może wyrządzić choremu szkodę. O ile miałem sposobność zauważyć, hypnoza, racjonalnie i umiejętnie stosowana, nigdy żadnych trwalszych następstw ujemnych nie wywołuje. Jedyne, co może spowodować, to lekkie przypadłości nerwowe, w rodzaju tych, o których mówiłem wyżej, a i te niezmiernie rzadko się zdarzają.

Tyle co do techniki hypnotyzowania i budzenia. Przejdźmy teraz do innej, niemniej trudnej sprawy, a mianowicie do sprawy leczenia hypnotycznego. Jak należy stosować w hypnozie suggestyę leczniczą?

Niełatwo jest uspić człowieka, ale i niełatwo odsuggestyjonować choremu w hypnozie jego dolegliwości. Widzieliśmy powyżej, że można wywołać hypnozę, a nie otrzymać efektu leczniczego. Niekiedy winien temu chory, w innych wszakże razach winę należy przypisać lekarzowi.

Suggestyjonowanie lecznicze wymaga od lekarza wielkiego taktu psychologicznego. Samo powiedzenie: „będzie lepiej, ból przejdzie, sen się poprawi“, w wielu razach nie wystarcza. Trzeba choremu podawać suggestyę w ten sposób, aby słowa nasze budziły w nim wiarę. Należy nieustannie pamiętać o tem, iż choremu ani na chwilę nie powinno się zdawać, że siła lecznicza spływa na niego z naszych słów, — nie powinien się domyslać, że działamy nań zapomocą suggestyi. Główny nacisk wobec chorego winniśmy kłaść na samą hypnozę oraz na owe manipulacye hypnotyzujące, które stosujemy, a słowa nasze mają być niejako komentarzem do tego, co czynimy.

Następnie, nie powinniśmy nigdy zawiele obiecywać choremu odrazu, a przedewszystkiem nie obiecywać natychmiastowego wyleczenia. Obiecując zbyt wiele, często tracimy wszystko. Nie widząc się wyleczonym po jednorazowej hypnozie, chory utracą wiarę w skuteczność naszego leczenia. Dlatego też tylko z wolna i ostrożnie należy dążyć do celu.

Ważną jest dalej rzeczą umiejętność zanalizowania cierpienia w każdym poszczególnym przypadku i rozłożenia go na elementarne części. Częstokroć objawu jakiegoś nie udaje nam się usunąć dlatego, iż jest on następstwem in-

niego objawu, którego nie braliśmy wcale w rachubę. Dla lepszego zrozumienia słów tych, przytoczę bardzo ciekawe spostrzeżenie.

Jeszcze w tej chwili posiadam w leczeniu pewną 17-letnią dziewczynę, chorującą od najwcześniejszego dzieciństwa na *enuresis nocturna*. Chora skierowana została do mnie przez d-ra NUSSBAUMA. 30 stycznia uspiłem ją, i wywoławszy dość głęboką hypnozę, wmówiłem, że teraz już nie będą tak często trapiły jej owe nocne wypadki i że powoli chora przyjdzie do zdrowia. Po tej jednorazowej sugestyi chora przespała spokojnie dwie następne noce. Na trzeci dzień, d. 1 lutego uspiłem chorą powtórnie, poczem jednak chora wydalila bezwiednie w nocy mocz, ale tylko raz i to w niewielkiej ilości. Winienem dodać, że dawniej dziewczyna zlewała się po kilka razy na noc i za każdym razem obficie. Nazajutrz uspiłem chorą po raz 3-ci, poczem jednej nocy zrobiła trochę, a następnej wcale nie zlała się. 4-go dnia zahypnotyzowałem chorą po raz czwarty, poczem jednej nocy zlała się trochę, a następnej obficie. 6-go dnia uspiłem ją po raz piąty, poczem chora przespała noc zupełnie spokojnie. Nazajutrz, rozpytując się matki, jaki sen ma jej córka, czy śpi w nocy twardo czy też lekko, dowiedziałem się, że dziewczyna ma sen tak twardy, że niepodobna jej rozbudzić, a jeżeli kiedy rozbudzić się ją udaje, to i wtenczas dziewczyna bezwiednie i automatycznie wykonywa to, co jej każą. Czasami matka gwałtem budzi dziewczynę i każe zejść jej na nocnik; dziewczyna to uskutecznia, ale w stanie nieprzytomnym i o tem, co robiła, nie zachowuje najmniejszego wspomnienia. Dowiedziawszy się o tem, zacząłem suggestyonować inaczej, a mianowicie w sposób następujący: „nie będziesz już spała tak mocno; za najmniejszym szelestem będziesz się budziła; gdybyś poczuła potrzebę urynowania, obudzisz się; dawniej potrzeba ta nie budziła cię, boś miała sen twardy, teraz będzie inaczej“. Efekt był doskonały. Zaraz nazajutrz chora opowiedziała mi, że sen jej w nocy był znacznie lżejszy, że śpiąc, słyszała, jak domownicy mówili lub chodzili po pokoju, — przyczyny podobnej zmiany nie rozumie (po hypnozie występuje amnezja, tak, iż chora nie pamięta nic z tego, co do niej mówię). Matka potwierdza w zupełności słowa córki. Spróbowała w nocy dziewczynę obudzić, co udało się jej z łatwością. Dziewczyna, obudzona, była zupełnie przytomna i z chęcią wyszła na nocnik, o czem nazajutrz z rana doskonale pamiętała. Odtąd już chora stale spędzała noce spokojnie, ani razu nie miała wypadku, sen zaś w dalszym ciągu jest lekki. Od dnia 6-go do dnia dzisiejszego (15-ty), chora nie oddała ani razu bezwiednie moczu, a w nocy z d. 14-go na 15-ty sama się obudziła i zeszła na nocnik, aby oddać mocz. Jest to szczyt wpływu sugestyi, o jakim można zamarzyć. Chorą ciągle jeszcze co drugi dzień hypnotyzuję, zadając jej za każdym razem te same sugestye. Od dnia dzisiejszego postanowiłem usypiać ją coraz rzadziej<sup>1)</sup>.

W przypadku powyższym mimowolne nocne moczenie było następstwem nie tylko złego przyzwyczajenia, ale i twardości snu. Chora tak mocno sypiała, że nie czuła ani potrzeby urynowania, ani tego, że urynuje. Obe-

---

<sup>1)</sup> Stan całkowicie dobry trwał aż do 8-go marca, a zatem przez przeciąg dni 30. Wszystko szło jaknajlepiej, hypnozę stosowałem coraz rzadziej, gdy oto chora 8-go marca zapadła na influencję, i w nocy z 8-go na 9-ty, znajdując się w stanie gorączkowym, oddała mocz bezwiednie. Jakkolwiek starałem się dziewczynię wytłomaczyć, że wypadek ten nie ma poważniejszego znaczenia, albowiem został wywołany przez

nie, podczas lżejszego snu, poczucie potrzeby wydalenia moczu dochodzi do jej świadomości, i chora zdolną jest nad czynnością pęcherza panować.

Nie będę przytaczał innych przykładów, powyższy dostatecznie poucza, jak należy pojmować i skutecznie leczyć hypnotyczne. Suggestyowanie nie powinno być nigdy szablonowe, lecz w każdym poszczególnym przypadku winno się je modyfikować. Pomysłowość i takt psychologiczny — oto najważniejsze zasady hypnoterapii.

Przechodzimy teraz do innej sprawy, a mianowicie do wskazań leczenia hypnotycznego.

Samo się przez się rozumie, że najszersze zastosowanie znajduje terapia hypnotyczna przy leczeniu nerwic, a z tych najrozleglejsze przy leczeniu hysterii, objawy bowiem hysteryczne w znacznej mierze zawdzięczają swe pochodzenie autosuggestyi. Co do nerwic, to zauważyć winniem wogóle, że nie wszystkie dają się zapomocą hypnozy wyleczyć. Szczególnie niepodatnymi do hypnoterapii są zdaniem mojem przypadki ciężkiej neurastenii, zwłaszcza te, którym towarzyszą idee hypochondryczne, niepokój (*anxiété*) oraz wyobrażenia natrętne. Wogóle zauważyłem, — nie wiem, o ile późniejsze doświadczenie wniosek ten moją potwierdzi — że niezwykłą odpornością względem leczenia hypnotycznego odznaczają się te wszystkie nerwowo psychiczne cierpienia, które się rozwinęły na gruncie zwyrodnienia. Znam kilka takich przypadków, i wszystkie były leczone hypnozą bez skutku. Sama hypnoza jest w takich razach niezmiernie trudna do wywołania. Sam miałem w leczeniu przypadek *maladie des tics psychiques* (powierzony mi łaskawie przez d-ra GOLDFLAMA), w którym efektu prawie żadnego nie osiągnąłem. Drugi znów przypadek niepomyślny, który hypnozą leczyłem (przypadek ten został mi powierzony przez d-ra REJCHMANA), dotyczył hysteryczki, cierpiącej od dłuższego czasu na odbijanie i *globe hystérique*; hysteryczka ta przedstawiała ze względu na swą budowę prawdziwy okaz istoty zwyrodniałej.

Doświadczenie moje dowiodło mi dalej, że, im cierpienie jest bardziej złożone, tem trudniej otrzymać efekt leczniczy. Najłatwiej osiąga się wyleczenie w tych razach, gdy nerwica przejawia się pod postacią niewielkiej ilości objawów.

Co do poszczególnych objawów nerwowych, to zauważę przedewszystkiem, że hypnoterapia daje niekiedy bardzo dobre wyniki w leczeniu nerwic żołądka. Mogę tu zacytować przypadek uporczywych wymiotów hysterycznych, w którym leczenie farmakologiczne nie przyniosło pożądanego skutku, a hypnotyzacya (powierzona mi przez d-ra REJCHMANA) została uwieńczona pomyślnym skutkiem.

Następnie, zadziwiająco dobre wyniki dawała mi hypnoterapia przy leczeniu bólów hysterycznych. Do pomyślnych tego rodzaju przypadków zali-

---

chwilową niedyspozycję, nie zdołałem jednak zatrzeć zupełnie w jej umyśle przynębiającego wrażenia, jakie wypadek na niej uczynił. Chora już jest mniej powna swego wyzdrowienia i wskutek tego od czasu do czasu (raz na 8 — 10 dni) oddaje mocza mimo woli. Mam wszakże nadzieję, że doprowadzę ją z czasem do stanu zupełnego zdrowia. Mimo chwilowego pogorszenia, zauważyć winniem, że chora bardzo często, niemal co noc, budzi się samodzielnie raz albo dwa razy, aby oddać mocza.

czyć mogę dwa, pochodzące z oddziału d-ra GAJKIEWICZA (jeden przypadek *oedematis hysterici*<sup>2)</sup> i jeden *coxalgiae hystericae*,—w tym drugim leczenia do końca nie doprowadziłem), oraz jeden z praktyki prywatnej. W tym ostatnim przypadku istniał nader silny i uporczywy ból w okolicy kości ogonowej, który nie ustąpił mimo tak potężnej sugestyi, jak rękoczyn chirurgiczny, dokonany przez lekarza; hypnoterapia ból ten znacznie zmniejszyła.

Dalej hypnoterapia oddawała mi usługi przy leczeniu zarówno porażań, jak i drgawek historycznych. W oddziale d-ra GAJKIEWICZA udało mi się usunąć w ciągu kilku dni bardzo uporczywą paraplegię historyczną i znacznie osłabić napady padaczki JACKSON'a natury historycznej<sup>3)</sup>.

Wdzięcznem polem dla hypnoterapii, sądzę, będą także najrozmaitsze nałogi, jak np. *enuresis nocturna*. Dwa razy miałem sposobność przekonać się o skuteczności w takich razach hypnozy. Nakoniec wspomnieć muszę o przypadku uporczywej czkawki, która trwała bez przerwy przez trzy lata. W przypadku tym, powierzonym mi przez prof. SZCZERBAKA, jednorazowa hypnoza cierpienie usunęła (nie wiem, o ile efekt ten się utrzymał, gdyż chory wkrótce po wyleczeniu wyjechał).

Co do innych cierpień i objawów, nie mogę na razie nic stanowczego powiedzieć o ich podatności do leczenia hypnozą, albowiem w zbyt niewielkiej dotąd ilości przypadków leczenie to stosowałem. Mniemam, iż z czasem zdobędę większe pod tym względem doświadczenie, co mi pozwoli gruntowniej sprawę wskazać dla leczenia hypnotycznego opracować.

Na zakończenie niniejszego artykułu pragnę wypowiedzieć kilka uwag ogólnych w sprawie leczenia hypnozą.

Lecząc hypnozą, nader często otrzymujemy efekt dodatni, częściej wszakże efektu tego nie otrzymujemy. Pomijając okoliczność, iż są stany, nie nadające się wcale do hypnoterapii, w bardzo wielu przypadkach nieotrzymywanie pomyślnego skutku wynika nie z natury cierpienia, lecz ze zbyt późnego rozpoczęcia leczenia hypnotyzmem. Zazwyczaj do hypnozy uciekamy się wówczas, gdy wszystkie inne środki zawiodły, traktujemy ją, jako *ultimum refugium*. A takie właśnie postępowanie w największym stopniu utrudnia działanie lecznicze hypnozy. Ktoś leczył się miesiące całe lub lata na to lub owo cierpienie, nic mu jednak nie pomogło. Co wówczas robimy? Polecamy hypnozę. W jak trudnem jednak położeniu znajduje się wówczas lekarz. Długie, bezowocne leczenie się zrodziło w chorym mniemaniu o nieuleczalności jego choroby i tym sposobem wzmocniło uporczywość cierpienia. W takich razach lekarz winien walczyć sugestją swą nie tylko z cierpieniem, ale i z auto-sugestją, cierpienie to podtrzymującą. Jestem pewien, że, gdybyśmy przystępowali do leczenia hypnozą nie w przypadkach rozpaczliwych, lecz wówczas, kiedy mamy do czynienia ze świeżem, tylko co powstałym cierpieniem, leczenie hypnotyczne nieskończenie częściej dawałoby wyniki pomyślne.

<sup>2)</sup> Adam WIZEL. Przypadek historyi z obrzękiem historycznym czerwonym i pewnem szczególnem zaburzeniem pamięci. „Gazeta Lekarska“. 1893.

<sup>3)</sup> A. WIZEL i K. RYCHLIŃSKI. Przyczynok do nauki o padaczce JACKSON'a. „Gaz. Lek.“ 1894.

## KAZUISTYKA.

## PRZYPADEK WODOGŁOWIA PRZEWLEKŁEGO. PRZEKŁUCIE CZASZKI. ŚMIERĆ.

podał Adam Wojnicz (Łuck).

Pierworodna córeczka oficera X. z Łucka urodziła się w porę, z główką wielkości zwyczajnej. Przez rok czasu dziecko, karmione przez matkę, rozwijało się zupełnie prawidłowo i było zdrowe. Po roku choroba zaczęła się od zaburzeń żołądkowych, które po trzech tygodniach ustąpiły miejsca objawom ostrej choroby mózgowej: wymioty, drgawki ogólne, *opistotonus*. Stan groźny trwał przez tydzień, następnie objawy nieco złagodniały, głowa zaś szybko powiększać się zaczęła. Było to w październiku roku zeszłego. Wezwany do dziecka, mającego rok i trzy miesiące, znalazłem: obwód czaszki 62 ctm., wszystkie szwy rozeszły się na parę palców i więcej i są miękkie. Czaszka najmiejsza i najbardziej napięta po za uszami. Chełbotanie wyraźne.

Oczy skoszone do wewnątrz i na dół. Twarzyczka mała, 4 ząbki, tułów i kończyny bardzo wychudłe. Wszystkie kończyny w tak silnej ekstensyi, iż zgąć ich nie ma sposobu. Drgawki kloniczne ogólne, po 3—4 razy na dzień. W chwilach wolnych od drgawek dziecko karmi z rożka. Ciągłe łożo nawznak i potrzeby naturalne oddaje pod siebie. Nie gorączkuje, tętno 120, miękkie. Rodzice dziecka młodzi, zdrowi, dziedzicznie nie obciążeni; ojciec ma nogi nieco szablrowato wygięte, w dzieciństwie do 4 lat chorował na krzywicę.

Po wspólnej naradzie z D-r'em WEINBAUMEM przystąpiliśmy do przekłucia czaszki. Po zastosowaniu należnej antyseptyki, aseptycznym trójgranicem, mającym 2 mm. średnicy, przekłuliśmy czaszkę z prawej strony w zewnętrznym kącie ciemienia dużego, omijając pod skórą mocno rozszerzone żyły. Dziecko leżało poziomo, jak zwykle na wznak, głowę zaś uciskaliśmy lekko położoną na nią ręką. Płynu przezroczystego, jak woda źródłana, utoczyliśmy 19 łyżek stołowych, poczem, nie doprowadzając opróżnienia do końca, trójgranicę z czaszki wyjęliśmy. Całe postępowanie bardzo łatwe i podobne do takiegoż przy *ascites*. Miejsce uklucia zaleliśmy *collodio jodoformato* i na głowę włożyliśmy czapkę Hippokratesa z morlowego miękkiego bandażu. Obwód czaszki po częściowem opróżnieniu = 54 ctm. Dziecko zachowywało się spokojnie, a oczki znacznie wychyliły się z pod dolnych powiek, łaknienie dobre, wypróżnienia prawidłowe (przedtem zielone i rozwolnione); drgawki nie tak częste; po operacji dziecko spało parę godzin.

Zdaje się, iż płynu zaraz po wypuszczeniu zaczęło przybywać, gdyż bandaż nie tylko się nie rozluźnił, ale coraz mocniej głowę ścisnął, i po 5-iu dniach trzeba było go zwolnić, zamieniając tym razem na flanelowy. Po miesiącu głowa prawie powróciła do pierwotnych rozmiarów: obwód 60 ctm. Drgawki wróciły po dawnemu, a oprócz tego przyłączyło się rozwolnienie. Przy tych objawach dziecko zmarło.

Wypuszczony płyn, o odczynie słabo-alkalicznym, zawierał ślady białka; ciężar gatunkowy 1,005.

Przypadek niniejszy dołączam do statystyki D-rów RACZYŃSKIEGO <sup>1)</sup> i ZALESKIEGO <sup>2)</sup>, którzy zapomocą przekłucia leczyli wodogłowie przewlekłe.

<sup>1)</sup> „Przegląd Lekarski“. N. 33 i 34 z 1894 roku.

<sup>2)</sup> „Gazeta Lekarska“. N. 50 z 1894 roku.

## O KRZYWICY.

Napisał Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 20).

Obok opisanych charakterystycznych przykurczeń znajdujemy przy tężyczce trzy objawy, których częstość niżej przytoczę. Objawy te noszą nazwę: ERB'a, TROUSSEAU i CHVOSTEK'a.

Objaw ERB'a polega na wzmożonej wrażliwości nerwów na elektryczność. Wzmoczenie to częściej tyczy się nerwów ruchowych, niż czuciowych; częściej powoduje je (wzmoczenie) prąd stały, niż faradyczny.

Daleko częściej spostrzegane były dwa inne objawy, choćby dlatego, że wywoływanie ich nie wymaga żadnych przyrządów.

Objaw TROUSSEAU polega na tem, że w czasie wolnym od napadu tężyczki wywołać możemy charakterystyczno przykurczenie kończyn przez ucisk nerwów, głównie zaś przez ucisk na zwój naczynio-ruchowy ramienia, lub też ucisk na takiż zwój w jamie podkolanowej.

Czy wyzwalanie się objawu TROUSSEAU jest wynikiem niedokrwistości (przy ucisku naczyń), czy też skutkiem podrażnienia nerwu (ucisk *in sulco bicipitali interno* lub *in sulco crurali* wywołuje też napad), jest rzeczą nieznaną. Przeważa w ostatnich czasach zdanie na korzyść przypuszczenia ostatniego.

Objaw CHVOSTEK'a (t. z. objaw twarzowy) polega na wywoływaniu kurczów szybkich mięśni wargi górnej i skrzydła nosa przez ucisk twarzy poniżej łuku licowego, przed gałką zuchwy wstępujący (pociągnięcie palcem lub młotkiem wypukowym w kierunku od zewnętrznego kąta oczodołu przez wyrostek policzkowy).

Nadzwyczaj charakterystyczną cechą tężyczki jest możność istnienia jej ukrytego. Już sam fakt istnienia objawów TROUSSEAU i CHVOSTEK'a po przejściu napadu tężyczki za tom przemawia. Ale istnieje cały szereg spostrzeżeń, w których wywołano objaw TROUSSEAU i CHVOSTEK'a u dzieci krzywicowych, które dotąd nigdy samoistnych przykurczeń tężyczkowych w kończynach nie miały. Wobec krótkiego czasu, jaki badania w tym kierunku trwają, a które już liczne fakty istnienia tężyczki ukrytej wykazały, przepowiedzieć wolno, że tężyczka ukryta nie jest wcale rzadką sprawą chorobową u dzieci krzywicowych.

Objawy kurczu głśni i tężyczki często spotykane bywają u tych samych dzieci. Toteż niektórzy badacze uważają kurcz głśni za jeden z objawów tężyczki; potwierdza mniemanie to, zdaje się, fakt istnienia tężyczki ukrytej. Kwestya wydaje mi się wogóle niesłusznie postawioną. Ciż sami (83) bowiem badacze spotykali zarówno kurcz głśni, jakoteż tężyczkę prawie wyłącznie u dzieci krzywicą dotkniętych. Coraz większa liczba spostrzeżeń przemawia za tem, że są to objawy nerwowe krzywicy. Toteż oba te cierpienia uważać należy jedynie za objawy krzywicy, a wtedy nie zdziwi nas częsta ich współczesność, zbytecznem się stanie pytanie o ich wzajemnej zależności. Nie zdziwi nas też wtedy możność istnienia bądź objawu TROUSSEAU, bądź objawu CHVOSTEK'a bez innych objawów tężyczki samoistnej.

Przytaczam ciekawą statystykę, ilustrującą stosunek wzajemny częstości objawów nerwowych przy krzywicy. Na 172 przypadki zdarzył się: (84)

|                                                           |    |      |
|-----------------------------------------------------------|----|------|
| Kurcz głośni (bez innych objawów) . . . . .               | 44 | razy |
| „ „ + objaw Chv. . . . .                                  | 32 |      |
| „ „ + „ „ + objaw Tr. . . . .                             | 17 |      |
| „ „ + tężyczka samoistna + objaw Chv. + objaw Tr. . . . . | 9  |      |
| „ „ + objaw Tr. . . . .                                   | 4  |      |
| „ „ + tężyczka samoistna + obj. Tr. . . . .               | 2  |      |
| Objaw Chv. sam. . . . .                                   | 49 |      |
| „ „ + objaw Tr. . . . .                                   | 7  |      |
| Tężyczka samoistna + objaw Chv. + objaw Tr. . . . .       | 6  |      |
| „ „ + „ Tr. . . . .                                       | 2  |      |

---

172.

Widzimy więc, że u 172 dzieci z różnymi objawami nerwowymi, krzywicy właściwymi, zdarzył się:

|                    |      |     |                                      |      |     |
|--------------------|------|-----|--------------------------------------|------|-----|
| Kurcz głośni       | razy | 108 | (z tego bez innych objawów nerwowych | razy | 44) |
| Objaw CHVOSTEK'a   | „    | 120 | ( „ „ „ „ „ „                        | „    | 49) |
| „ TROUSSEAU        | „    | 41  |                                      |      |     |
| Tężyczka samoistna | „    | 19  |                                      |      |     |

Z innej statystyki (85) wynika, że na 24 przypadki tężyczki samoistnej towarzyszył jej:

|                      |      |    |
|----------------------|------|----|
| Kurcz głośni . . .   | razy | 14 |
| Objaw CHVOSTEK'a . . | „    | 19 |
| „ TROUSSEAU . .      | „    | 24 |

Ta ostatnia statystyka ogranicza rozpoznanie tężyczki do tych przypadków, w których istniał objaw TROUSSEAU, obok samoistnych przykurczeń w kończynach. Inne stany podobne nazywa ona stanami „tetanoidalnymi.“ Takim stanem np. ma być istnienie objawów ERB'a i CHVOSTEK'a u dzieci, cierpiących na histeryę, neurastenię, gruźlicę i blednicę.

Z innych objawów nerwowych zauważono wzmożenie się odruchu kolanowego przy krzywicy (86).

Jak częste są drgawki u dzieci krzywicowych, danych statystycznych nie znalazłem. Co się zaś kurczu głośni tyczy, ma on występować u 4% ogólnej liczby dzieci krzywicowych, tężyczka samoistna zaś u 0,8% tychże.

Do objawów nerwowych krzywicy odnieść wypada i pocenie się nadmierne. Nie zależy ono bowiem od jakichś zmian miejscowych w skórze, w gruczołach potowych. Najczęściej zdarza się występowanie potu obfitego na głowie, rzadszą jest nadmierna potliwość całego ciała. Teorotycznie zależy pocenie się to od zmniejszonej wrażliwości ośrodka oddechowego, który pozwala na takie nagromadzenie się CO<sub>2</sub> we krwi, że drażni on ośrodki potowe w mózgu (87),

Jednej z chorób nerwowych, rzadko spotykanej, zawsze prawie towarzyszą objawy krzywicy. Mówię tu o kiwaczce (*spasmus nutans*) (88). Napady kiwaczki polegają na rytmicznych skurczach mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego (*m. sterno-cleidomastoideus*) i mięśni skrętnych głowy (*m. rotatores capitis*), wyrażających się ruchami kiwania głowy z jednoczesnem jej skręceniem w bok. Prócz tego występuje jednocześnie drżenie gałek ocznych (*nystagmus*), zez (*strabismus*), ruchy kolistu oczu („*Rollbewegungen*“).

Na dowód przyczynowego związku kiwaczki z krzywicą nie przytoczyć niemożna. Ale mniej jeszcze podano na uzasadnienie przypuszczenia, że zależy sprawa ta od „trudnego żąbkowania,“ bo tam ją umieszczono narówni ze wszystkiem, z czego sobie narazie sprawy zdać nie umiemy—i tylko dlatego.

Pewną wartość ma tabliczka następująca, w której ugrupowane są objawy nerwowe krzywicy, przyczem dalej stojące są mniej częste:

Bezsenność, poconie się głowy, przestroch.

Objaw CHVOSTEK'a.

Kurecz głośni (wdechowy lub wydechowy).

Drgawki ogólne.

Potliwość całego ciała.

Objaw TROUSSEAU.

Tężyeczka samoistna.

Drżenie gałek ocznych i kiwaczka.

Porzucając dział objawów wtórnych w sferze nerwowej, wskazać należy z kolei zaburzenia trawienne. Przewlekły nieżyt żołądka i kiszek jest bardzo częstym objawem wtórnym krzywicy; jest on również często momentem do niej usposabiającym; a że łatwo powstaje przy krzywicy pod wpływem różnych swoistych szkodliwości, więc i do powikłań nieżyt ten często zaliczyć wypadnie. Toż samo powiedzieć wypada o wielu innych zaburzeniach, które jednocześnie z krzywicą spostrzegamy.

Duży brzuch („żabi brzuch“), u dzieci krzywicowych napotykaną, zależy: 1) od częstych zaburzeń trawiennych, nieprawidłowego oddawania stolca i przytem powstających gazów; 2) od upadku sprawności mięśni gładkich, upadku ich elastyczności. Ten duży brzuch najwidoczniejszy się staje w siedzącym położeniu dziecka, kiedy zwykle istniejące skrzywienie kręgosłupa też widoczniejszem się staje. Kulisty brzuch stanowi wtedy wyraźny kontrast z wąską klatką piersiową.

Śledziona jest często powiększona (89), co odnieśćby można raczej do spraw, wikłających krzywicę (niedokrwistości pseudoleukemicznej); czasom zależy powiększenie śledziony od przymiotu, który krzywicę poprzedził (90).

Prawdopodobnie też sprawy, wikłające krzywicę, sprawiają powiększenie gruczołów chłonnych wogóle, krezkowych zaś w szczególności.

Powiększenie śledziony, zarówno jak i wątroby, jest często pozorne; narządy te leżą bowiem często nieco niżej, ponieważ zostają wypchnięte przez wąską klatkę piersiową ku dołowi, do jamy brzusznej.

Wspominano o wrodzonym przeroście języka (*macroglossia congenita*), jako o objawie krzywicy (91).

Objawy ze strony narządów oddechowych, o ile się do nieżyty oskrzeli ograniczają, należy też do objawów wtórnych krzywicy zaliczyć.

Skóra dzieci krzywicowych, zwykle choć wcale nie zawszo, jest blada, cienka, pozbawiona tkanki podskórnej. O ile istnieją poty—jest wilgotna,—po ich ustąpieniu wybitnie sucha, szorstka.

Prócz wyprysków, od wzmożonego pocenia się zależnych, spotykano pokrzywkę *erythema urticatum* (39), *strophulus* czyli *lichen acutus* (58), a nawet *pruritus universalis* (92), jako objaw wtórny krzywicy.

Włosy stają się rzadsze, w zależności od wyniszczenia ustroju. Wyłysienie na potylicy zależy od tarcia główki o poduszkę.

Naczynia, głównie żyły, są często rozszerzone, szczególnie żyły skórno czaszki—przy napadach kurczu głośni. We krwi (93) spostrzegano mniejszą ilość soli, zarówno jak pewne objawy niedokrwistości.

Serce zwykle bywa przyparte do ściany klatki piersiowej, przez co przy wypukliwaniu obszar tępości jest nadmiernie powiększony. Istotne powiększenie serca zdarza się również, jako objaw wtórny—przez choroby w płucach powodowany.

Na oku (94) spotykano zaćmę obwódkową (*cat. zonularis*), jak i zaćmę zupełną (*c. totalis*).

Zmysł smaku (95) często bywa u dzieci krzywicowych upośledzony, a nawet zniesiony.

(C. d. n.).

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

60. EMMERICH i SCHOLL. **Doświadczenia kliniczne nad uleczalnością raka za pomocą wstrzykiwań surowicy zwierząt szczepionych paciorkowcami (*Erysipelserum*).** Do ostatniego 10-ciolecia wszyscy prawie lekarze uważali raka za chorobę nieuleczalną. W ostatnich jednakowoż czasach badacze, jak BRUNS, FEHLEISEN, NEISSER i inni, opisują przypadki niewątpliwego wyleczenia raka i mięsaka pod wpływem zakażenia przypadkowego różą; następnie FEHLEISEN i NEISSER wywoływali sztucznie różę, odważając się nawet zaszczepić w przypadkach rozpaczliwych raka czyste hodowle paciorkowców róży. Otrzymane wyniki dodatnie zachęciły do dalszych doświadczeń. COLEY z również dobrym wynikiem zastrzykiwał hodowle, ogrzane do 100° C. i przecedzone przez filtr KITASATO. Następnie przekonano się, że jeszcze lepiej działają hodowle bulionowe, trzymane przez 10 dni w cieple 37°C., na których po upływie tego czasu zaszczepiono *bacillus prodigiosus* i które jeszcze pozostawiano na dwa tygodnie w temperaturze przy 37° C., poczem dopiero przecedzano. Zastrzyknięcie tak traktowanych hodowli wywołało rozpad nowotworu i w przeciągu całego roku nawrotów nie było.

Opierając się na danych powyższych, EMMERICH przeprowadził doświadczenia na zwierzętach, aby wyjaśnić przyczynę wpływu leczniczego róży i przekonać się, że działają tu nie same paciorkowce, lecz nabyte przez krew pod wpływem tych pasorzytów własności bakteryobójcze. Wychodząc z tego punktu widzenia, stosowali E. i S. przy leczeniu raka wyjałowioną surowicę od owiec, zarażonych różą. Otrzymują oni surowicę leczniczą w sposób następujący: krew od owcy, której zaszczepiono hodowle paciorkowca, zbierają w naczynia wyjałowione, po pewnym czasie zbierają pipetą surowicę, którą dla oddzielenia od pasorzytów cedzą przez filtr CHAMBERLAND'a lub d'ARSONVAL'a. Wyjałowioną w ten sposób na zimno surowicę rozlewają w buteleczki 10-cio gramowe i zachowują je ściśle zakorkowane, aż do użycia, w zimnem i ciemnem miejscu.

Taką surowicę stosowali E. i S. w 6-iu przypadkach raka sutki, zastrzykując ją w samą substancję nowotworu, w ilości od 0,5—2—4 do 25 ctm., powtarzając zastrzykiwania codziennie. Już po kilku takich zastrzykiwaniach widoczne było zmniejszenie się i rozmiękczenie guza, a po zużyciu w jednym przypadku 20, a w drugim 40 ctm., nastąpiło prawie zupełne wyleczenie.

Na zasadzie dotychczasowych, aczkolwiek nielicznych jeszcze spostrzeżeń, E. i S. przychodzą do następujących wniosków. 1) Opisana surowica jest swoistym środkiem dla raka, a w większym jeszcze stopniu dla mięsaka. 2) Niezależnie od rodzaju raka, wynik jest tem pewniejszy, im wcześniej stosuje się leczenie, względnie im świeższy jest rak; przy wczesnem stosowaniu leczenia małe guzy nowotworowe podlegają zupełnemu wessaniu, w spóźnionych zaś przypadkach wyleczenie następuje zapomocą rozpadu guza i następnego zabiżnienia. 3) Dawka surowicy zależy od wielkości guza i ogólnego stanu chorego; przy małych guzach wystarcza codzienna dawka od 1—4 ctm., przy dużych należy nieraz zastrzykiwać od 10—25 ctm. w różne części guza. 4) Małe dawki nigdy nie wywołują objawów pobocznych, duże zaś dawki, zastrzykiwane w twarde guzy, wywołują często bóle, lecz nie bardzo silne i niedługo trwające; ciepłota rzadko wznosi się do 39° R., tak, że surowicę śmiało można stosować ambulatoryjnie. 5) Na miejscu ukłucia występuje zaczerwienienie i obrzmienie skóry (*pseudoerysipelas*), które znika po 24—48 godzinach; im silniejszy jest odczyn, tem pewniejszy wynik leczniczy. 6) Surowica nie zastępuje zabiegów chirurgicznych przy raku, lecz ma głównie na celu zabezpieczenie od przerzutów i nawrotów. Głównem zadaniem autorów obecnie jest otrzymanie leczniczej substancji w czystym stanie; przypuszczają, że musi to być jakiś związek białkowy. (*Deutsche med. Wochenschr. N. 17. 1895*). M. Frenkel.

61. FREUND. **O chemicznych i fizycznych własnościach krwi w chorobie Brigh'a.** Według poglądów współczesnych, białkomocz zależy albo: 1) od histologicznych zmian w nerkach, albo 2) od zaburzeń krążenia krwi w kłębkach MALPIGUSZA, albo wreszcie 3) od jednoczesnego działania obu czynników — co przede wszystkim przyjmują za przyczynę białkomoczu w chorobie BRIGH'a. O teorii, upatrującej przyczynę białkomoczu w zmienionym składzie krwi, znajdujemy zale-

dwie wzmianki historyczne w pracach współczesnych. A jednak oprócz wyłącznie ujemnych dowodów przeciwko tej teorii, nie posiadamy badań nad składem krwi, ani danych, na zasadzie których możnaby twierdzić, że niema żadnej różnicy (pomijając, rozumie się, różnice, zależne od wodnistości krwi) między krwią człowieka zdrowego a krwią cierpiącego na chorobę BRIGTH'a.

Względy powyższe skłoniły autora do podjęcia badań nad krwią dotkniętą chorobą BRIGTH'a, zarówno co do chemicznego składu, jak i jej własności. Badania tycząły się przypadków z wyraźnym obrazem klinicznym choroby BRIGTH'a (*nephritis parench. chron.* z obrzękami). Dla celów porównawczych autor badał nadto przypadki wad serca z białkomoczem (nerka zastoinowa) i trzy przypadki wodnistości krwi (bez choroby BRIGTH'a). We wszystkich przypadkach rozpoznanie kliniczne było stwierdzone przez badanie pośmiertne. W 9 przypadkach autor dokonał całkowitych rozbiórów krwi, lecz ani w organicznych, ani w nieorganicznych składnikach (w cyfrach absolutnych) nie znalazł zmian, któreby można uważać za swoistą własność choroby BRIGTH'a.

Natomiast stosunek globuliny do albuminy w surowicy krwi przedstawia pewne różnice: gdy bowiem w stanach prawidłowych, a także w niektórych stanach patologicznych (zwłaszcza przy objawach zastoinowych) stosunek wyraża się, jak 1 : 1 — 1,5, w 16 przypadkach choroby BRIGTH'a stosunek był 1 : 2 — 3. Ponieważ jednak w jednym przypadku niedokrwistości złośliwej bez białkomoczu, autor znalazł także stosunek 1 : 2, przeto zmian w stosunku globuliny do albuminy nie chce uważać za wyłączną właściwość choroby BRIGTH'a.

Wybitniejsze wyniki autor otrzymał przy określaniu krzepliwości surowicy i własności przenikania przez błony (*Diffundirbarkeit*). Surowica prawidłowa i wogóle płyny surowicze krzepną do stanu galarety przy 70—74° C. Tymczasem surowica krwi dotkniętą chorobą BRIGTH'a krzepnie przy 78—82°, nadto otrzymana galareta łatwo się rozbija przy wstrząsaniu jej w próbówce, wręcz przeciwnie, niż galareta z surowicy prawidłowej. Wiązać tego faktu z większą wodnistością krwi u cierpiących na chorobę BRIGTH'a nie należy, ponieważ autor porównywał badaną surowicę z prawidłową, rozwodnioną do jednakiego ciężaru gatunkowego.

Co do drugiego punktu, to już SEMMOLA w 1883 r. dowiódł, że surowica krwi dotkniętą chorobą BRIGTH'a posiada wyższy stopień przenikliwości przez błony, niż surowica krwi w przypadkach białkomoczu innego pochodzenia. Autor dokonał badań w 17 przypadkach choroby BRIGTH'a, a nadto dla kontroli w 16 innych przypadkach (12 wady serca, 1 miażdżycy tętnic i marskości nerek, 1 torbieli nerki, 1 niedokrwistości na tle przymiotu, 1 niedokrwistości złośliwej). W przypadkach choroby BRIGTH'a, przedostający się przez błony płyn zawierał białka 0,006 — 0,025%. Z 16 zaś przypadków, wziętych do kontroli, w 13 otrzymano wynik ujemny, w trzech zaś 0,003—0,004% białka. Jakkolwiek otrzymane wyniki nie mogą jeszcze przedstawiać znamiennych cech dla choroby BRIGTH'a, jednakże powinny one zwrócić uwagę badaczy, tembardziej, że nie mogą być objaśnione większym rozwodnieniem krwi w chorobie BRIGTH'a. W każdym razie dowodzą one, że pogląd, jakoby zmiany w składzie krwi nie miały żadnego znaczenia, jest zbyt jednostronny; przyszłe badania winny wykazać, gdzie leży prawda.

(*Wiener klin. Rundschau.* 1895. N. 4).

W. M.

62. SEMMOLA. **Przyczynek do teorii pochodzenia białkomoczu.** Prof. SEMMOLA na podstawie nowych swych badań potwierdza dawno postawioną przez się teorię, według której zasadniczym warunkiem przenikania białka przez nerki jest patologicznie zmieniona zdolność przenikania (*Diffundirbarkeit*) białka surowicy przez błony. Autor powołuje się na fakt, że zastrzykiwanie podskórne psom białka kurzego stale wywołuje białkomocz, jakkolwiek w pierwszych 24—48 godzinach nie znajdujemy przytem w nerkach żadnych zmian histologicznych.

Pod wpływem białka kurzego, które jako pewne toksalbuminum, jako ciało obce nie może być przyswojone przez krew, powstaje pewne, jak mówi autor, skażenie krwi, polegające głównie na stałym zwiększaniu się zdolności przenikania surowicy przez błony, zdolności, która na drodze doświadczalnej daje się dowieść cyframi. Fakty te są powszechnie tłumaczone w ten sposób, iż białkomocz jest następstwem zapalenia nerek, powstałego skutkiem wydzielania się zastrzykniętego białka. Tymczasem według autora, niema przyczynowego związku między wydzieloną ilością białka a zmianami w nerkach. Świadczy o tem między innemi fakt,

iż przy zapaleniu nerek, wywołanem przez kantarydynę, wydziela się mała ilość białka przy znacznych zmianach w nerkach, a odwrotnie się dzieje przy zapaleniu nerek, wywołanem przez rtęć. Świadczą również o tem i porównania spostrzeżeń klinicznych z wynikami badań pośmiertnych; często bowiem anatomo-patolog ma możność stwierdzenia, że białkomocz był spostrzegany za życia, gdy na sekcji brak jakichkolwiek zmian w nerkach.

Zaznaczyć należy jeszcze jeden ważny fakt: zmiana we krwi (dyskrazja), spowodowana obecnością białka kurzego, wywołując początkowo białkomocz bez zmian histologicznych w nerkach, w następstwie, skutkiem czynnościowego podrażnienia, sprowadza całkowity obraz zapalenia nerek ze wszystkimi cechami dużej białej nerki. Sztucznie więc można wywołać chorobę BRIGTH'a ze wszelkimi jej objawami; przy zastrzykiwaniu białka kurzego przez czas dłuższy, otrzymujemy nawet typowe *retinitis albuminurica*.

Tak samo dzieje się, według autora, i w naturze: naprzód zjawia się białkomocz, jako wynik pewnych zmian we krwi, a następnie zjawia się zapalenie nerek. Skutkiem jakiegoś jednak mechanizmu powstają owe zmiany we krwi, dla czego białko z pokarmu, prawidłowo przyswajane przez krew, w pewnych przypadkach nie może być zasymilowane, lecz staje się ciałem obcym, ta kwestya pozostaje nierozstrzygniętą. Ze swej teorii pochodzenia zapalenia nerek, autor wysnuwa i wskazówki lecznicze; a mianowicie chce, aby leczenie zdążyło do stopniowego polepszania przemiany materii, aby białko z pokarmu było należycie przyswajane przez krew. (Wiener klinische Rundschau. N. 4. 1895). W. M.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 30 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) OŁTUSZEWSKI—a) przedstawienie wyleczonego przypadku bełkotania mózgowego, pochodzenia czynnościowego; b) przedstawienie przypadku niemoty wrodzonej czynnościowej. 2) RAUM—a) przedstawienie kamieni pęcherza moczowego; b) przedstawienie chorej po wycięciu odbytnicy. 3) JASIŃSKI—przedstawienie chorego z przypuszczalną *dystrophia muscularis progressiva* (FERB). 4) SOKOŁOWSKI—odczyt: „O pierwotnem włóknikowem zapaleniu oskrzeli.“

1) Kol. OŁTUSZEWSKI przedstawił a) przypadek wyleczonego bełkotania mózgowego, pochodzenia czynnościowego, oraz b) niemoty wrodzonej czynnościowej, który ma zamiar obecnie poddać leczeniu, a wynik zakomunikować Towarzystwu. O patogenezie obu tych złożeń znajdujemy w odnośnej literaturze bardzo luźne tylko wzmianki, w zupełności nie wystarczające do racjonalnego ich wytlómaczenia. Jedynie dano, poczerpnięte ze spostrzeżeń nad rozwojem mowy u zdrowych dzieci i wypływających z nich warunków psychofizjologicznych i fizjologicznych, nieodzownych do wytworzenia mowy, mogą nam rzucić właściwe w tym kierunku światło. Na zasadzie własnego spostrzeżenia nad rozwojem mowy u dziecka, kol. O. przedstawił te warunki i z nich szczegółowo wyprowadził patogenezę omawianych złożeń. Z objaśnień kol. O. wynika, że niemota wrodzona czynnościowa zależy od osłabienia pamięci słuchowej i ruchowej, bełkotanie zaś mózgowe czynnościowe, stanowiące dalszy ciąg bełkotania fizjologicznego, uwarunkowane jest oprócz osłabienia pamięci słuchowej brakiem wprawy narządów artykulacyjnych do prawidłowego wytwarzania tego lub owego dźwięku, jak również niewyrobionym mechanizmem ekspiracji artykulacyjnej. Z powyżej opisanego zapatrywania się kol. O. na dwa te złozenia mowy, wypływają odpowiednie wskazania lecznicze, polegające na wzmocnieniu pamięci słuchowej zarówno jak i ruchowej. Obie wady, jak to już miał kol. O. sposobność niejednokrotnie stwierdzić, należą do zupełnie uleczalnych. a) Obecnie przedstawiony przypadek bełkotania dotyczy chłopca M. B., 9 lat liczącego, pochodzącego z rodziny, złożonej z 7 dzieci, prawidłowo mówiących. Zaczął on chodzić, mając 2 lata. Mowa rozpoczęła się w 4 roku od kilku słów, niezrozumiale wymawianych. Dopiero od pół roku zaczął mówić, ale niezrozumiale. Na czaszce chłopca dobrze odżywionego i prawidłowo zbudowanego znajdujemy ślady przebytej krzywicy. Jama nosogardzielowa nie przedstawia nic nieprawidłowego. Inteligencya prawidłowa. Rozumienie mowy dokładne. Powtarzanie, jak również mowa samodzielna zupełnie niezrozumiała. Bełkotanie w tym przypadku polegało na zamianie bardzo wielu dźwięków, oraz niemożności utrzyma-

nia w pamięci słuchowej sylab danego wyrazu, np.: zamiast sufit—jufic, zamiast rosół—łoso i t. d.. Po trzechmiesięcznem leczeniu chłopiec został doprowadzony do tego stopnia, że mowa jego stała się zupełnie zrozumiała, a znieniadanie wyrazów przytrafiało się bardzo rzadko. Chłopca tego spostrzegł wspólnie z O. kol. K. ZIELŃSKI, który go łaskawie do zakładu skierował.

b) Przypadek niemoty wrodzonej czynnościowej dotyczył dziewczynki A. S., 7 lat liczącej. Pochodzi ona z rodziny, w której ojciec cokolwiek się jąka. Pięcioro rodzeństwa mówi zupełnie prawidłowo. Zaczęła chodzić, mając 2 lata. Dziewczynka miernie odżywiona, blada. Jama nosogardzieliowa prawidłowa. Sfera intelektualna nie przedstawia zboczeń. Rozumienie mowy dokładne. Z oddzielnych dźwięków brak: j, ch, ś, ł, oraz miękkich. Zamiany dotyczą s na c, cz—c, sz—c, ż—r, ł—l. Dziewczynka może powtarzać tylko łatwe do wymówienia dwusylabowe wyrazy, z trzechsyłabowych zaś powtarza jedynie dwie pierwsze sylaby. Samodzielna mowa ogranicza się zaledwie do kilku najprostszych dwusylabowych wyrazów.

2) Kol. RAUM okazał a) kamienie moczowe, usunięto z pęcherza zapomocą cięcia nadłonowego. Większy kamień pochodził od 59-letniego mężczyzny. Pierwsze objawy ze strony pęcherza: częste oddawanie moczu, ból w dolnej części brzucha przed, w czasie i po urywaniu, wystąpiły dopiero na pół roku przed operacją, jakoby po przeziębieniu. Wezwany lekarz przepisał mu uspokajające proszki, poczem nastąpiło znaczne polepszenie. Trzy tygodnie przed operacją objawy powyższe wystąpiły ponownie, co zniwoliło chorego do zapisania się do szpitala na Pradze. Przy badaniu chorego R. wyczuł przez ścianę brzucha ponad spojeniem łonowem guz kulisty, twardy, o powierzchni gładkiej. Wprowadzony do pęcherza cewnik metalowy natrafił na kamień wielkich rozmiarów. Mocz względnie czysty, zawierał tylko ilość niedużą ciałek ropnych. 13 czerwca 1893 r. R. wykonał operację. Cięcio, przeszło 10 ctm. długie, poprowadził w smudze białej, poczynając tuż nad spojeniem łonowem; otrzewnę odsunął ku górze, ścianę pęcherza przeciął w poprzek. Po nacięciu przyczepów mięśni prostych i przy podważaniu palcami od strony odbytnicy udało się wydobyć na zewnątrz kamień przy pomocy kleszczy kostnych (FARABEUR'a). Szwu ściany pęcherza zaniechano ze względu na ucisk, na jaki były narażone części miękkie podczas wydobywania kamienia, natomiast R. założył syfon. 1. IX. 1893 chory wypisał się ze szpitala zdrowy. Zaraz po operacji kamień w postaci nieprawidłowego elipsoidu ważył 392 grm., obecnie zaś po przepiłowaniu i wyschnięciu waży 372 grm.. Średnica największa wynosi prawie 9 ctm. Na przekroju można odróżnić dwie warstwy: wewnętrzną barwy jasno-gliniastej i białawą zewnętrzną o budowie promienistej. Badanie chemiczne wykazało w warstwie wewnętrznej w ilości przeważającej fosforany ziem alkalicznych z domieszką moczanów i węglanów wapnia, w warstwie zewnętrznej znalaziono tylko fosforany i węglan wapnia, w obu ślady ksantyny. Przypadek ten, zdaniem R., zasługuje na uwagę ze względu na tak późne wystąpienie objawów ze strony pęcherza pomimo niezwykle dużych rozmiarów kamienia.—Drugi, mniejszy kamień wyjęty był 18. VI. 1888 r. i pochodził od 7-letniego chłopca. Pierwsze objawy choroby, jakoto częste i bolesne oddawanie moczu, wystąpiły na trzy lata przed operacją. Krwi w moczu w tym przypadku, jak również i w poprzednim nie zauważono. Wprowadzony do pęcherza metalowy cewnik wykazał obecność kamienia dość znacznych wymiarów. W moczu znajdował się osad nieobfity, składający się z ciałek śluzowo-ropnych. Kamień usunięto zapomocą cięcia nadłonowego. Szwu i tu R. również nie nakładał, i tu zastosował syfon. W trzy tygodnie po operacji nastąpiło zabliznienie zupełne. Na przekroju kamienia, ważącego obecnie 34 grm., widać trzy warstwy: jądro z otoczką ciemną, składającą się ze szczawianów, nazwaną też od tego dość grubą warstwą moczanów, wreszcie warstwa powierzchniowa moczanów z domieszką fosforanów ziem alkalicznych.

b) Następnie kol. R. przedstawił przypadek wycięcia odbytnicy, który zasługuje na uwagę z powodu nader pomyślnego przebiegu pooperacyjnego. Przypadek ten dotyczył 41-letniej kobiety, u której, jakoby po przeziębieniu się w czasie miesiączki, wystąpiły bóle z parciem i bardzo dotkliwem paleniem w stolcu. Objawy powyższe wzmagaly się i zniwoliły chorą do szukania pomocy w szpitalu. Przy badaniu R. przekonał się o istnieniu nowotworu na ścianie tylnej odbytnicy, zajmującego  $\frac{2}{3}$  światła кишки. Guz płaski, twardy, o gładkiej powierzchni, dość ostro od tkanek zdrowych odgraniczony, całą grubość ściany кишки zwyrodniający, sięgał dolnym swym brzo- giem prawie do odbytu. Górną granicę jego można było obejść wskazicielem. Po

odpowiedniem przygotowaniu chorej i pola operacyjnego R. wykonał 8. III. r. b. wycięcie odbytnicy. Cięcie poprowadził w linii środkowej od kości ogonowej do odbytu. Po okrojeniu odbytu dwoma półksiężycowymi cięciami, R. założył do odbytnicy dość duży walek podłużny z gazy jodoformowej; następnie oddzielił całą odbytnicę na przestrzeni 12 ctm. w głąb t. j. aż poza nowotwór; później posunął walek z gazy jodoformowej ponad granicę górną nowotworu i poniżej waleka podwiązał czasowo odbytnicę grubą przewiązką, poczem obciął całą odbytnicę razem z nowotworem poniżej przewiązki. Następnie R. ściągnął ku dołowi koniec górny odbytnicy, i skręcając kışkę około podłużnej osi według GERSUNY'ego na 180°, i rozwiązawszy przewiązkę, przyszył kışkę do skóry tylnego kąta rany. Ranę pomiędzy pochwą i przyszytą już kışką wytamponowano szczelnie gazą jodoformową. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, bez wszelkich powikłań. Po 8-u dniach wyjęto szwy i walek z odbytnicy, oraz zmieniono gazę jodoformową w ranie przedniej. W okresie pooperacyjnym chora przyjmowała makowiec i pokarm płynny, nie oddawała więc stolca. Obecnie rana jest prawie zupełnie zablizniona, chora kał wstrzymuje, gazy jednak odchodzą mimowolnie. Z okazów drobnowidzowych, przygotowanych przez kol. SREPIŃSKIEGO, widać, że R. miał do czynienia z rakiem twardym typu gruczolowego, o okrągłych, dość dużych komórkach, w którym tkanka łączna miejscami jest mocno wybudowana.

3) Kol. JASIŃSKI przedstawił 11-letniego chłopca ze znacznym zanikiem mięśni kończyn górnych, tułowia i przerostem mięśni kończyn dolnych, a zwłaszcza łydek. Wywiady, szczegółowo od ojca chorego zebrane, nie godnego uwagi nie wykazały. Szczególniej J. starał się dociec, czy nicma wskazówek na przymiot, gdyż spostrzegał podobny przypadek na tle przymiotu, gdzie stan chorego po odbyciu leczenia swoiste go znacznie się poprawił. J. jest zdania, że w danym przypadku ma prawdopodobnie do czynienia z zanikiem mięśni postępującym o typie ERB'a.

4) Kol. SOKOŁOWSKI w odczytę swym zaznaczył, że w pracach BIERMER'a, RIEGEL'a, LUCAS-CHAMPIONNIERE'a, BESCHORNER'a i wielu innych znajdujemy opis dokładny tego bardzo rzadkiego i pod względem etyologicznym ciemnego cierpienia dróg oddechowych. Praca kol. S. ogranicza się do szczegółowego opisu 4-ch spostrzeganych przypadków. Przypadek 1-y dotyczył 47-letniego mężczyzny, z zawodu aptekarza, który od lat 3-ch przeszło wśród napadów duszności wyplwiał od czasu do czasu z zabarwioną krwią płwociną, białe, walcowate, zbite skrzepy, rozmaitej wielkości, o wyglądzie drzewiastym. Początkowo chory nie spostrzegał zmiany w stanie ogólnym, niepokoiły go tylko powtarzające się krwiopłucia i wyrzucane skrzepy, w końcu zrodziło się w nim przekonanie, że cierpi na gruźlicę płuc. Badanie chorego w 1891 r., oprócz nieznacznej rozemdy płuc i wydłużonego oddechu pod obojczykiem prawym, w narządach klatki piersiowej innych zmian nie wykryło. Badanie płwociny wykazało: odlewy włóknikowe, składające się z włóknika i białych oraz czerwonych krążków krwi; łaseczników gruźliczych i włókien sprężystych nie znaleziono. Chory w 1891 r. przebył kurację klimatyczną w Ischl, gdzie nie doznał poprawy; krwiopłucia występowały wówczas niemal codziennie. Przy powtórznem badaniu chorego w d. 28. IX. 1891 wykryto w sercu lekki szmer skurczowy, w płucach zmian wyraźniejszych nie znaleziono. W 1892 r. chory udał się na zimę do Arco, gdzie zmarł wśród objawów wyniszczenia ogólnego. Badanie pośmiertne wykonane nie było.

Przypadek ten o klasycznym przebiegu, bez gorączki, bez wyraźnych zmian fizycznych przy badaniu płuc, ze stałe występującem, niemal codziennie wyrzucaniem odlewów włóknikowych, zastanawia, zdaniem S., niezwykłą długością przebiegu, choć WALSCHE podaje przypadek, gdzie cierpienie to trwało 14 lat, NICHOLS—7, BIERMER 8; w większości jednakże dawały się zauważyć przerwy w wyrzucaniu odlewów. NIEMEYER wprawdzie opisuje 15-letnią dziewczynkę, która wyrzucała podobno odlewy codziennie w ciągu 2 lat; toż samo podają NICHOLS i DRINGENBERG. Drugim objawem, zasługującym na uwagę, jest krwiopłucie przy wyrzucaniu odlewów, co wywołało upadek odżywiania ogólnego i bezkrwistość, a wreszcie śmierć. Stała nieobecność łaseczników gruźliczych przy braku zmian w płucach pozwala z wszelkiem prawdopodobieństwem wyłączyć gruźlicę płuc. W przypadkach bowiem, gdzie badanie pośmiertne wykazywało gruźlicę płuc (MODEL), trzeba przypuścić nie pierwotny krup oskrzeli, lecz wtórny. Sprawa ta, zdaje się, nie ma ścisłego związku z gruźlicą. Zapaływanie na krup oskrzeli, jako na *pemphigus*, *herpes* błony śluzowej, wreszcie jako na pierwotne cierpienie naczyń chłonnych oskrzeli, w należyty sposób sprawy nie wyjaśniają.

Do wyjątkowo rzadkich zaliczyć należy II-gi przypadek. 30-letni lekarz po raz pierwszy doświadczył w nocy 28. IX. 1894 r. lekkiego napadu duszności, który trwał kilka minut. W ciągu dni następnych napady duszności powtarzały się. Chory nie gorączkował, kasłał niewiele. Przy badaniu znaleziono w płucach porożrzucane świsły bez wyraźnych zmian fizycznych, duszność istniała nawet przy spokoju. Chory mimo zalecanego spokoju nie zaprzestał pracować. 2. IX. wystąpiły dreszcze, duszność się wzmożyła, zjawiał się mocny kaszel w postaci napadów. Ciepłota podniosła się do 38,5. 5. X. chory w czasie mocnego kaszlu zaczął wykrztuszać skrzepy włóknikowe, 2—3 ctm. długości mające, z małą ilością płwociny śluzo-ropnej. Skrzepy te przypominały odlowy drobnych oskrzeli i przy badaniu drobnowidzowem przedstawiały budowę jednolitą, z warstw idących równoległo, z niewielką ilością białych ciałek krwi i mnóstwem kokków. 6. X. ciepłota podniosła się do 40°, wystąpiła bardzo mocna duszność, kaszel zwiększył się. Tętno 120—140. Stan taki trwał bez zmiany przez tydzień, wywołując wyczerpanie ogromne i objawy niedomogi sercowej; od czasu do czasu występowała sinica. Przy badaniu płuc znaleziono, oprócz świsłów, drobne, wilgotno rżenia w dolnej części płuca prawego na linii pachowej, z oddechem prawie nieokreślonym; stępienia nie było. Po kilku dniach wystąpiło to samo w płucu lewym i w okolicy nadgrzebieniowej prawego. Badanie płwociny nie wykryło łasieczników gruźliczych, ani też włókien sprężystych. Od 14. X. stan zaczął poprawiać się nieco: duszność zmniejszała się, kaszel był mniej ciężki. Ciepłota nie przekroczyła 39°. Chory wieczorami pocił się. Objawy fizyczne pozostawały jednakże bez zmiany. 22. X. chory wykrztusił ilość dużą płwociny śluzo-ropnej. Ciepłota poczęła zmniejszać się. Badanie płwociny drogą hodowli wykryło gronkowca białego i złocistego. Od końca października stale występowała poprawa i chory w początkach grudnia wrócił do swych zajęć. Przypadek ten należy do wyjątkowo rzadkich, gdyż w większości przypadków krup oskrzeli przebiegał bez gorączki. W przypadkach KRETSCHKE'go i FRAENTZEL'a, gdzie notowano gorączkę, badanie pośmiertne wykazało gruźlicę. Jedynic przypadek ESCHERICH'a (1883) przypomina nieco powyżej opisany. Badanie płwociny drogą hodowli po raz pierwszy dało wynik dodatni; choć w przypadku TRAMBERGER'a znajdowano w płwocinie kokki, hodowle dały jednak wynik ujemny.

O przebiegu lekkim był 3-ci przypadek. 21-letnia mężatka 24. XII. 1894 wśród mocnego napadu kaszlu wyksztusiła krwią zabarwione typowo odlowy włóknikowe. Chora przed 2 dniami doznała dreszczy i bólu pod łopatką prawą; tegoż dnia pod wieczór wypłula odlów włóknikowy, w następnym zaś dniu powtarzało się kilkakrotnie wyrzucanie odlewów. Przy badaniu w narządach klatki piersiowej zbroczeń wyraźnych nie wykryto. Badanie płwociny wykazało, że odlowy te składały się przeważnie z leukocytów, ciałek czerwonych krwi i nabłonków, w płwocinie znaleziono typowo spirale CURSCHMAN'a i kryształki CHARCOT - LEYDEN'a. Łasieczników gruźliczych nie znaleziono. Chora 2. I. 1895 opowiadała, iż jeszcze przez tydzień wykrztuszała odlowy. Badanie narządów klatki piersiowej i wówczas zmian nie wykazało. Badanie bakteriologiczne wykazało gronkowca białego. Przy badaniu powtórnie płwociny, w odlwach wykryto niewielką ilość włóknika. Przypadek ten zasługuje na uwagę: 1) ze względu na łagodność przebiegu; być może, że chora nie zasięgałaby porady lekarskiej, gdyby nie zabarwienie krwią skrzepów. Przypadki takie, zdaje się, bywają przeoczane; 2) badanie płwociny dało wyniki podobne do otrzymywanych w dychawicy; 3) w odlwach wykryto niewielką ilość włóknika. Twierdzenie więc BESCHORNER'a, jakoby sprawa krup oskrzeli niesłusznie była nazwana sprawą włóknikową, nie może być zastosowane do wszystkich przypadków.

IV przypadek przedstawia obraz powyższego cierpienia, jako wtórnego przy gruźlicy płuc. 6. IX. 1886 r. 43-letni woźny, dotknięty od 5-u lat gruźlicą płuc, w nocy doświadczył przy kaszlu mocnego napadu duszności, która zmniejszyła się z chwilą, gdy chory wykrztusił odlów około 10 ctm. długości, dość twardy, barwy jasno-białej. W ciągu następnych dni kilku duszność istniała, a chory wypłukał dużo śluzo-ropnej płwociny bez odlewów. 9. IX., znowu w czasie napadu duszności, chory wypłukał dużą ilość niewielkich odlewów. Ciepłota wahała się od 37 — 38,5. 25. IX. przy stanie bezgorączkowym chory zmarł przy objawach ogólnego upadku sił. Badanie pośmiertne wykazało gruźlicze nacieczenie obu płuc z rozrzuconymi licznymi jamami w zrazach górnych; złogów włóknikowych nie znaleziono.

Na zasadzie swych spostrzeżeń S. stawia następujące wnioski. 1) Ostre włóknikowe zapalenie oskrzeli jest chorobą zakaźną i być może, że zakażenie przez gron-

kowca jest istotną przyczyną sprawy. Typowo ostro przypadki są rzadkie; postacie łżejsze prawdopodobnie przytrafiają się częściej, lecz są przooczane i mieszane z dychawicą oskrzelową. 2) Tak zwano przewlekłe, włóknikowe zapalenie oskrzeli jest sprawą ciemną, o etyologii prawdopodobnie odrębnej od sprawy ostrej. 3) W etyologii przewlekłego włóknikowego zapalenia oskrzeli gruźlica płuc odgrywa, zdaje się, podrzedną rolę.

W rozprawach kol. DOBRZYCKI przytoczył historię choroby spostrzeganego przez siebie przypadku włóknikowego zapalenia oskrzeli, który pospół z uwagami kol. D. wkrótce ogłoszony będzie w „Medycynie.”

Kol. MAYZEL zaznacza, że w błonach znajdowały się jedynie ciała eozynofilowe i że odpowiednimi odczynami można się przekonać, iż błony nie składają się wyłącznie z mucyny.

Prof. PRZEWOSKI zauważył, że badanie skrzepów sposobem WEIGERT'a nie jest dostateczne. Wartość tego sposobu jest widoczna z badań świeżych błon, spotykanych np. w zapaleniu płuc włóknikowym, w błonach zaś, w których wystąpiły już przemiany wsteczne, odczyn ten się nie udaje i trzeba się zwrócić do innych, jak np. do kwasu octowego, do zalecanej przez prof. POYERA thyoniny, która daje dobre wyniki, do podbarwiania homatoksyliną z odbarwieniem kwasem pikrynowym, przyczem słuz barwi się na fioletowo i t. p. Zdaniem P. nie ulega wątpliwości, że w błonach znajduje się włóknik.

Prof. BARANOWSKI zaznaczył, że rozbiór przypadków tak rzadkiego cierpienia, jakim jest samoistne, włóknikowe zapalenie oskrzeli, jest nader ważny, gdyż tą drogą dojść możemy do określenia poszczególnej postaci. Z przytoczonych przez mówcę 4-ch przypadków, każdy, zdaniem B., jest inny i do innej grupy cierpień zaliczony być winien. 1-szy zdaje się być dychawicą (*asthma bronchiale*), po długich napadach której niekiedy występują odlewy, jak to nieraz już zaznaczano. 2-gi przypadek przypomina cierpienia zakaźne, cechujące się tem, że wydzielały się wałeczki, zawierające gronkowce. Przypadek ten rzuca pewno światło na etyologię cierpienia i z tego względu tembardziej zasługuje na uwagę. 3-ci przypadek, według B., jest niejasny i przemawia za zakażeniem miejscowem. Zgadza się wreszcie B. ze zdaniem mówcy, że ostre, samoistne zapalenie włóknikowe oskrzeli nie ma łączności z gruźlicą.

Kol. MAYZEL dodaje, że z badania błon wykrztuszonych wynika, że zawierają one przedć drobno sarcyny, nie zaś kokki.

Prof. BARANOWSKI odpowiada, że KOCH znajdował twory podobne przy gruźlicy, nie spotykają się one przeto wyłącznie w omawianem cierpieniu.

Kol. KRYSIŃSKI wspomina, że w klinice LEYDEN'a widział 30-letniego mężczyznę, który przybył z objawami gastrycznymi i jednocześnie przez długi czas wykrztuszał odlewy bez żadnych objawów. Zdaniem K. odlewy to składają się niowątpliwie z włóknika.

Kol. SOKOŁOWSKI odpowiada kol. DOBRZYCKIEMU, że kwestyi historycznej rozwoju nauki o tem cierpieniu nie podnosi. Co się zaś tyczy ilości ogłoszonych dotąd przypadków, to znajduje, że liczba 200, jaką znajdujemy u BESCHORNER'a, jest przesadzona, wiele bowiem przypadków przy krytycznem ich rozebraniu da się z pewnością wyłączyć. BIERMER do roku 1865 podaje tylko 58. Sprawa składu wykrztuszanych odlewów nie jest jeszcze ustalona; dawniej nie zwracano na nią uwagi, w pracy zaś swojej S. przytaczał zdanie SCHMIDT'a, który opracował tę sprawę szczegółowo. Prof. BARANOWSKIEMU S. odpowiada, iż i on zaznaczył, że każdy z przytoczonych przypadków posiada odrębny charakter, że i dla niego 2-gi przypadek jest niezwykle ważny, i że chociaż szczepienie nie było dokonane, nie ulega żadnej wątpliwości, że znajdowano w hodowli gronkowce i inne kokki, nie było zaś pneumokoków.

## **Zebrania lekarzy prowincjonalnych w Kutnie w ciągu ostatnich 1 1/2 lat,**

podał **Feliks Arnstein.**

Lekarz, na prowincyi praktykujący, skutkiem mozolnej pracy zawodowej, ciężkiego bytu materialnego i braku pomocniczych środków do badań i studyów oraz źródeł, z których płynie wiedza lekarska, a któremi są: szpitale, pracownie, pisma i dzieła lekarskie, towarzystwa lekarskie, tak łatwo dostępne dla lekarzy wielkomijskich, nie jest często w możności pomimo chęci kroczyć za postępem wiedzy. Musi on w takich warunkach dla podtrzymania raz nabytej wiedzy, dla rozszerzenia jej zakresu robić niemałe wysiłki, tak moralne, jak i materialne. Nie też dziwnego, że niewielu stosunkowo lekarzy na prowincyi pod względem wiedzy lekarskiej stoi na wysokości zadania; co

gorsza, że niemało znajdzie się lekarzy, którzy w zawodowej swej pracy i praktyce lekarskiej kierują się wyłącznie grubą, często niedorzeczną empirią. Środkiem, mogącym w znacznej mierze przyczynić się do zapelnienia powyżej wyłuszczonego braku środków pomocniczych i do rozszerzenia między lekarzami prowincjonalnymi wiadomości, byłyby zebrania lekarzy, mające na celu komunikowanie sobie wzajemnie ważniejszych przypadków, spostrzeganych w praktyce, przedstawianie sprawozdań z ważniejszych, a na czasie będących spraw i prowadzenie odpowiednich w tym kierunku rozpraw.

Tą myślą powodowany, w roku zaprzyszłym wspólnie z kol. TROCZEWSKIM z Kutna zaprojektowałem kolegom, praktykującym w Kutnie, jakoteż w promieniu kilkomilowym, urządzenie peryodycznych zebrań lekarskich. Propozycja nasza była przez większość lekarzy z zapalem przyjętą. Pierwsze takie zebranie odbyło się w Kutnie w sierpniu roku 1893. Odtąd mieliśmy w ciągu 1½ roku 7 zebrań, z których podaję niniejsze krótkie sprawozdanie.

Zebrania odbywały się raz na 3 miesiące, wieczorami, od godziny 7-ej do 12-tej. Brało w nich udział 27 kolegów, głównie z powiatów Kutnowskiego, Gostyńskiego, Łęczyckiego i Łowickiego.

Na zebraniach odczytano lub ustnie komunikowano (przez 11 lekarzy) 34 referaty, a mianowicie:

1) ARNSTEIN i TROCZEWSKI. Ciężki przypadek choroby WERLHOFF'a, wklajający ranę kłutą stopy, drukowany w № 6 „Gazety Lekarskiej“ r. 1894.

2) TROCZEWSKI. Przypadek wielkiego guza jamy brzusznej, z opisem laparotomii i demonstracją guza (*fibrosarcoma*).

3) TROCZEWSKI. Zestawienie 8 przypadków torakotomii, dokonanych w szpitalu Kutnowskim.

4) ARNSTEIN. O dysharmonii pomiędzy siłą uderzeń tętna a siłą uderzeń serca u histeryczek, drukowany w № 48 „Medycyny“ r. 1893.

5) TROCZEWSKI. Przypadek ostrego ropnego zapalenia 4 stawów, zakończony wyzdrowieniem, z zachowaniem prawidłowych czynności w stawach, drukowany w № 8 „Gazety Lekarskiej“ r. 1894.

6) BERNHARD. Zmiany terapii w ubiegłych latach 30 i najprawdopodobniejsza jej forma (seroterapia) w niedalekiej przyszłości.

7) ARNSTEIN. Kilka uwag o pierwotnem gruźliczem zapaleniu gardzieli.

8) ARNSTEIN. O godnym uwagi przypadku padaczki, powstałym u 50-letniego mężczyzny.

9) SUNDERLAND, ustny referat: „o powikłaniach płucnych przy zimnicy“.

10) TROCZEWSKI. Etiologia i przebieg kliniczny *furunculii*, *anthracis benigni et pustulae malignae*.

11) JANKIEWICZ. O lecznictwie ludowem.

12) ARNSTEIN. O zgorzelinowem zapaleniu gruczołów chłonnych i tkanki łącznej na szyi przy płonicy (*phlegmone coli*) i znaczeniu prognostycznym tego powikłania.

13) BERNHARD. Przyczynę do nozologii, semiotyki i leczenia zimnicy.

14) HANDELSMAN. Ciekawy przypadek pyosepticemii.

15) ARNSTEIN. Rzadki przypadek bradykardii wysokiego stopnia (choroba ADAMS-STOCKES'a) wraz z demonstracją chorego, drukowany w № 24 „Gazety Lekarskiej“ r. 1894.

16) DZIERZBICKI. O profilaktyce przy durze brzuszny.

17) PIOTROWSKI. Przypadek kolki wątrobowej, przebiegającej przy objawach zimnicy.

18) ARNSTEIN. O związku dychawicy oskrzelowej z cierpieniem jamy nosowej, drukowany w № 18 i 19 „Medycyny“ r. 1894,

19) HANDELSMAN. Kilka uwag nad moczówką cukrową.

20) ARNSTEIN. O błędach w leczeniu włóknikowego zapalenia płuc.

21) TROCZEWSKI. Przypadek *hydrocele chronicum* z zejściem w *orchitis septica* wskutek kilkakrotnego przekłucia, operacja, wyleczenie.

22) ZALESKI (z Łęczycy). Przyczynę do leczenia zanikowej marskości wątroby zapomocą *cremoris tartari*.

23) ARNSTEIN. Przyczynę do etyologii bezwładów wskutek rozsianego zapalenia nerwów i leczenie ich w Ciechocinku.

24) ARNSTEIN. Kilka uwag o etyologii rwy kulszowej i leczeniu jej w Ciechocinku, drukowany w № 45 „Medycyny“ r. 1894.

25, 26, 27.) HANDELSMAN, TROCZEWSKI, WIECZORKIEWICZ. Sprawozdanie z epidemii cholery w Kutnie i Żychlinie. Sprawozdanie kolegi T. drukowane w № 51 „Gazety Lekarskiej“ r. 1894.

28) ZALESKI (z Łęczycy). W sprawie powikłań płucnych przy zimnicy.

29) TROCZEWSKI. Przypadek ropnia podprzeponowego przy bąblowcu wątroby, drukowany w „Gazecie Lekarskiej“ w r. b.

30) KUSZEL. Błonica ze stanowiska klinicznego, bakteriologicznego i najnowszego leczenia.

31) ARNSTEIN. O bezskuteczności chininy przy zimnicy w przypadkach idiosynkrazji, drukowany w № 4 „Gazety Lekarskiej“ w r. b.

32) TROCZEWSKI. Przypadek *sarcomatis inoperabilis*. Próby leczenia zapomocą surowicy zwierząt uodpornionych od róży (EMMERICH), wynik ujemny.

33) ZIELIŃSKI. *Peri- et parametritis exsudativa chronica, perforatio ad rectum et vesicam, sanatio relativa*.

34) ARNSTEIN. Dlaczego naparstnica często nas zawodzi przy niedostatecznie wyrównanych wadach serca.

Podając niniejsze sprawozdanie do wiadomości ogółu lekarzy, zaznaczyć winienem wielką pożyteczność tego rodzaju zebrań, dostarczających prawidłowego bodźca do staranniejszej obserwacji lekarskiej i do pracy naukowej, a zatem godnych za wszech miar rozpowszechnienia.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== TRILLAT przygotował z bromku etylu i heksametylen - tetraminu organiczny związek bromek; są to bezbarwne, łatwo rozpuszczalne w wodzie blaszki krystaliczne; roztwór wodny nie posiada nieprzyjemnego smaku bromków metalicznych. Oprócz tego związek nowy posiada wszystkie zalety bromków metalicznych, a nie posiada ich wad: wywoływania zatrucia bromowego, wysypek skórnych, *foetoris ex ore* i utraty łaknienia. BARDET stosował ten środek z powodzeniem przy neurastenii i histeryi, FERRÉ — przy padaczce i zauważył przy tem, że brometylformin można podawać dwa razy większe dawki, niż bromku potasu. W Niemczech LAQUER stosował tenże środek pod nazwą bromaliny (MERCK) i również przekonał się, że w dwa razy większych dawkach nie wywołuje ona żadnych powikłań. Dorosłym podawał L. bromalinę w postaci proszku: Rp. Bromalini 10,0 div. in p. aeq. № 10. S. 2 — 8 i więcej proszków dziennie; dla dzieci zaś: Rp. Bromalini 10,0. Aq. dest. 10,0. Syr. cort. aur. 90,0 MDS. 1—2 razy po łyżeczce od kawy. (Wien. med. Presse. 1895. № 3).

== GUELLIOT twierdzi, że rak jest zaraźliwy. Zauważył on, że rak udziela się nie tylko przy wspólnym pożywieniu, lecz są domy, w których wszyscy niemal mieszkańcy chorują na raka. (Kongr. chir. w Lyonie. 1894).

== HASSLER spostrzegał przypadek ropnia gruczołowego w śródpiersiu przednim u żołnierza, któremu na klatkę piersiową spadł podczas snu ciężki tornister. Dopiero w pół roku wystąpiło wychudzenie dwustronne, nieżył oskrzeli i objawy ropnia. Po trepanacji mostka wypłynęło 400 grm. ropy; jamę wymyło, zastosowano przyżegania z 10%-go chlorku cynku i tampon z gazy jodoformowej. Po 4-miesięcznym zdrowieniu chory przyszedł zupełnie do siebie. (Kongr. chir. w Lyonie. 1894).

== DOLIŃSKI w celu badania wpływu kwasów na wydzielanie soku trzustkowego, wycinał kawałek dwunastnicy (psa) wraz z przewodem trzustkowym, dwunastnicę zaszywał, a kawałek

ów wszywał w ranę skórną zwierzęcia. Psy były wogóle po tej operacji wesołe i zdrowe, znosiły ją wybornie. W ten sposób badał D. działanie kwasów, wprowadzanych do żołądka, pokarmów i t. d. i przyszedł do przekonania, że wydzielanie soku trzustkowego bezpośrednio zależy od przedostawania się kwaśnej miazgi do dwunastnicy. Dowodzą tego zarówno badania, w których zobojetniano kwaśną zawartość żołądka (sodą lub sokiem trzustkowym), badania nad przetoką żołądkową, wlewanie pokarmu przez zgłębnik, zjadanie tegoż pokarmu, wreszcie wlewanie kwaśnego roztworu (HCl). Zdaje się, że kwaśna miazga pokarmowa jest tem dla wydzielania soku trzustkowego, czem dla nerwu wzrokowego jest światło, a fale dźwiękowe dla nerwu słuchowego, słowem — bezpośrednim bodźcem. (Dysertacya. Petersburg). G.

== Wobec nielicznych dotąd opisów spostrzeżeń co do cierpień kości, okostnej, więzadeł i stawów podczas przebiegu grypy, lub w okresie zdrowienia po tej chorobie, FRANKE opisuje przypadki tego rodzaju ze swojej praktyki. Najczęściej autor widział cierpienia kości i okostnej, rzadziej cierpienia więzadeł, a jeszcze rzadziej stawów. Na kościach cierpienie przejawia się po większej części w postaci zgrubienia kości i okostnej, jednakże niekiedy może wystąpić i zapalenie szpiku kostnego z wytworzeniem się martwaków. Przebieg tego rodzaju cierpień najczęściej bywa przewlekły. W przypadkach ostrych autor widział poprawę po użyciu salicylanu sodu z antypiryną. Zabiegi chirurgiczne powinny być stosowane tylko w razach ostatecznych, kiedy występuje wyraźne chęłbotanie lub objawy zebrania się ropy w częściach głębokich. (Arch. f. kl. Chirurgie t. XLIX).

S. M.

== GAWROŃSKI przeprowadził badania nad obecnością bakterji w cewce moczowej kobiet zupełnie zdrowych. Z 62 przypadków w 15 znalazł G. bakterye chorobotwórcze, a mianowicie: 3 razy paciorkowca, 8 razy gronkowca złocistego, 1 raz gronkowca białego, 1 raz *b. tholoei-*

*derum* i 2 razy lasecznika okrężnicy. Ten ostatni nie jest obojętny, albowiem może dostać się z cewki do pęcherza i wywołać jego zapalenie, jak to wykazał REYMOND, który spostrzegł siedem przypadków zapalenia pęcherza moczowego, wywołanego przez lasecznika okrężnicy u osób, u których cewnik nigdy nie był wprowadzany. (Münch. med. Woch. 1894. N. 11).

— OTT opisuje dwa nowe sposoby badania moczu na białko. Każdy z tych sposobów może mieć zastosowanie przy łóżku chorego. Pierwszy z nich polega na dodaniu do przefiltrowanego moczu 30% roztworu lub wprost kryształów kwasu salicylo-sulfonowego. Nawet najmniejsza ilość białka w moczu daje się przy użyciu tego sposobu wykazać, przyczem tworzy się męt, który zwiększa się w miarę obfitszej ilości białka w moczu. Drugi sposób jest następujący: w probówkę nalewa się 1 do 2 ctm. szc. odczynu SPIEGLER'a (8 części sublimatu, 4 części kwasu winnego (*acid. tartaricum*), 200 części wody i 20 części gliceryny) a potem moczu zakwaszonego nieznaczną ilością kwasu octowego. W razie obecności najmniejszej ilości białka,

tworzy się męt na miejscu zetknięcia się obydwóch płynów. Jeżeli męt (wytworzony przy użyciu obydwóch wyżej wspomnianych sposobów) znika przy ogrzewaniu, a po następnej ochłodzeniu pojawia się, to mocz zawiera albuminę, jeżeli zaś zawiera białko, to męt przy ogrzewaniu jeszcze się zwiększa, a przy ochładzaniu następnym pozostaje bez zmiany. (Prag. med. Woch. 17. I. 95.). S. M.

— REVILLIOD zaleca ławatywy odżywcze według następującego przepisu: *ol jecoris* 600, *vitell. ovi* № 2, *aq. calcis* 600. *M. f. emul.* Przy bardzo wrażliwej błonie śluzowej kiszek, radzi dodawać do emulsyi 7‰ soli kuchennej. Bardzo dobrze były znoszone ławatywy według następującego przepisu: *ol jecoris* 1000, *vit. ovi* № 4, *nat. chlor.* 7,0, *aq* 35,0. Tego rodzaju ławatywy radzi autor dawać chorym wieczorem, po wypróżnieniach. Z początku ilość emulsyi powinna być 60—70 grm., później można powiększać do 100, 150 i 200 grm. Taką ławatywę chory powinien całą noc zatrzymać, na drugi dzień rano tłuszcze są zwykle już wessane. (Méd. mod. № 3. 1895). S. M.

## Wiadomości bieżące.

— Gazety rosyjskie donoszą, że na liczne prośby „ziemstw“ co do przejrzenia nowej ustawy szpitalnej, otrzymano odpowiedź z ministerium spraw wewnętrznych tego rodzaju, iż prośby te nie będą nawet komunikowane komitetowi Ministrów, ponieważ „ziemstwa“ krytkowały całą ustawę i zasady, według których została ona postanowiona, zamiast ocenić tylko propozycję Ministerium o zastosowaniu nowej ustawy do istniejących już instytucji leczniczych.

— W Kazaniu ma być otwarty pierwszy szpital do leczenia alkoholików. Projekt ustawy tego szpitala, który ma być założony przez Kazańskie Towarzystwo Wstrzemięźliwości, został opracowany przez D-ra DARKSZEWICZA.

— W szpitalu Rudolfa w Wiedniu, w rocznicę urodzin BILLROTH'a odsłonięty został biust zgasłego profesora w obecności bardzo licznych jego uczniów.

— Zmarli. W Genewie zmarł Karol VOGT, znany powszechnie przyrodnik.

— W Włodzimierzu Wołyńskim, 29 lutego zmarł w 30 roku życia d-r Józef MOCHLIŃSKI wychowaniec uniwersytetu Kijowskiego; przez dłuższy czas gorliwie pracował w klinice prof. RYDYGIERA w Krakowie. Zmarły padł ofiarą powołania, zaraziwszy się tyfusem wysypkowym podczas pielęgnowania kolegi swojego.

## Odpowiedzi od Redakcyi.

*Szan. kol. M. w Duchowszczyźnie.* Jeszcze przed otrzymaniem listu Szan. Kol. mieliśmy zamiar wiadomy fakt wyjaśnić. Wyręcza nas jednak w tem tenże sam „Wracz“ (№ 17. 1895), który pogłosce owej zaprzecza w następujących wyrazach: „jeden z warszawskich profesorów klinicystów pisze do nas, że w przeciągu ostatnich lat 10 w klinikach warszawskich nie podobnego nie zdarzyło się. W ten sposób wiadomość, podana przez „Moskowskija Wiedomości“, nie ma żadnej podstawy“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава, 10 Мая 1895 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.