

GAZETA LEKARSKA.

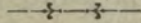
I. O WŁAŚCIWEM ZASTOSOWANIU METODY SUBLIMATOWEJ GOLGI'EGO

PRZY BADANIU MÓZGU DOROSŁEGO CZŁOWIEKA.

[Podług odczytu wygłoszonego w Towarzystwie Neurologów w Berlinie d. 5-go grudnia 1894 r.]

Przez

D-ra Edwarda Flataua [Berlin].



Metoda GOLGI'ego, wprowadzona do nauki przed dwudziestu laty, zmieniła zupełnie nasze poglądy na budowę układu nerwowego. Wiadomo, że metoda ta była różnie stosowana: GOLGI sam radził początkowo stosować impregnacye substancyi nerwowej za pomocą sublimatu, z czasem sublimat został usunięty na drugi plan, a zamiast tego stosować poczęto azotan srebra. [Najlepsze opisy metody GOLGI'ego znaleźć można w następujących pracach: SALA, *Zur feineren Anatomie des grossen Seepferdefusses*, *Zeitschr. f. wissenschaft. Zool.* LII (1891 r.) str. 23 i nast. LENHOSSEK, *Der feinere Bau des Nervensyst.* 1890. str. 3 i nast. RAMON Y CAJAL, *Les nouvelles idées sur la structure du système nerveux*. Paris. 1894. str. 175 i nast. DÉJERINE, *Anatomie des centres nerveux*. 1895. str. 47 i nast.]. Wprowadzenie azotanu srebra da się po części tem objaśnić, że hiszpański uczony RAMON Y CAJAL pierwszy stosował tę metodę do układu nerwowego nowonarodzonych zwierząt i embryonów, przy których metoda ta dawała rezultaty, jakich nie osiągnano przy stosowaniu dotychczasowych metod. We wszystkich opisach technicznego stosowania tej metody znajdujemy wzmiankę, że metoda ta może być stosowaną głównie do nierozwiniętego układu nerwowego i że rezultaty te są o wiele mniejsze przy badaniu układu zupełnie rozwiniętego. Ten zawsze i wszędzie napotykaný sceptycyzm, z jakim omawiali badacze stosowanie metody GOLGI'ego do rozwiniętego układu nerwowego, nie powinien nas odstraszać od prób, mających na celu takie właśnie stosowanie tej metody. Szczególnie dobroczynnymi okazać się mogą jej rezultaty dla patologii chorób nerwowych i umysłowych; dotychczasowe bowiem metody badania drobnowidzowego prowadziły w najlepszym razie [metoda NISSL'a] do lepszego poznania struktury komórki, podczas gdy w mniejszym i niezadawalającym stopniu mogły nam wskazać zmiany, zachodzące w wyrostkach protoplazmatycznych i nerwowych. Właśnie w myśl naszych poglądów nowoczesnych przypuszczać należy, że wyrostki komórek nerwowych, które w najróżnorodniejszy sposób łączą ze sobą *per continuitatem* neurony asocjacyjne stanowią główne podścielisko materyalne naszych czynności psychicznych.

Dla wyłuszczonej powyżej powodów zająłem się doświadczeniami, mającymi na celu otrzymanie sposobu, któryby umożliwił stosowanie metody GOLGI'ego do rozwiniętego mózgu ludzkiego. W ostatnich dwu latach udało mi się otrzymać preparaty, które w zadawalający sposób rozwiązały nasze dotychczasowe wątpliwości, a mianowicie: preparaty te wykazały wszystkie typy komórek w korze niepatologicznego mózgu i mózdzku dorosłego człowieka ¹⁾.

Preparaty otrzymałem w sposób następujący: mózg i mózdzek [w 1—2 dni po dokonanej sekcji] zostały *in toto* pogrążone w 3—4% roztworze dwuchromianu potasu i pozostawały w nim od 2—3 miesięcy. Następnie wyciąłem z różnych części kory mózgowej i mózdkowej około 30 kwadratów, których powierzchnia wynosiła 1—2 ctm. kwadratowych, a grubość 5—6 mlm.; kawałki te pogrążyłem w roztworze sublimatu 1:1000, tak, iż na każdy kawałek wypadło 30 ctm. sześć. Podczas pierwszych 2—3 tygodni zmieniałem roztwór sublimatu co 2—3 dni, aż do chwili, kiedy preparaty przestały farbować na żółto. Naczynie z preparatami znajdowało się przez cały ten czas [zarówno i później] w ciemnym miejscu w zwykłej ciepłocie pokojowej. W ostatnio zmienionym płynie preparaty pozostawały od 9—12 miesięcy. Po upływie tego czasu pogrążyłem je, nie przemywając w wodzie destylowanej, w 80% alkohol [1 dzień], w 96% alkohol [1—2] i w absolutny alkohol [1 dzień], potem w rzadką celloidynę [3—4 dni], w gęstą celloidynę [1—2 dni]. Następnie naklejone na korku krajałem za pomocą mikrotomu, zlewając skrawki 96% alkoholem. Grubość skrawków wynosi 0,1 — 0,15 mlm. [10 — 15 podz. mikrot.]. Skrawki pogrążyłem w 96% alkohol, następnie w ksyłol karbolowy. Przechowane w balsamie kanadyjskim pokrywał szkiełkiem. Pierwsze preparaty, otrzymane w ten sposób w październiku 1893-go r., nie były, niestety, pokryte szkiełkiem, zachowały się jednak do dzisiejszego dnia bardzo dobrze i wykazują składowe części nerwów równie jasno, jak świeże preparaty przygotowane w listopadzie 1894-go r.. Te ostatnie preparaty pokrywałem zawsze szkiełkiem i mimo to zachowały się bez zmian widocznych do chwili obecnej [przeszło 3 miesiące]. Również dobrze zachowały się preparaty [pokryte szkiełkiem] wystawione przez cały ten czas na działanie światła.

W korze mózgowej otrzymałem małe i duże komórki piramidalne, również komórki polimorficzne i komórki neuroglii. Rozgałęzienie wyrostków protoplazmatycznych i osiowych uwydatniały się zupełnie jasno. Uderzała przytem równomierna impregnacja komórek i bardzo nieznaczny osad. W wielu miejscach doznawało się wrażenia, jak gdyby wszystkie bez wyjątku znajdujące się tutaj komórki zostały impregnowane. Komórki neuroglii widać w największej ilości w substancji białej. Muszę jednak nadmienić, że komórki pierwszego molekularnego pokładu kory mózgowej [głównie t. z. komórki RAMON Y CAJAL'a] dały się zauważyć w drobnej bardzo ilości. Co się tyczy kory mózdkowej, to szczególnie rzucały się w oczy komórki PURKINJE'go

¹⁾ Preparaty te demonstrowałem w Berlinie w „Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“ i w „Verein für innere Medicin“.

z ich bardzo licznymi wyrostkami protoplazmatycznymi i z wyrostkiem nerwowym, wychodzącym po większej części z przeciwległego bieguna komórki. Również były widoczne małe komórki podkładu korowego, komórki „koszykowe“ (*Korbzellen*, według terminologii KOELLIKER'a, *Handb. der Gewebelehre. 1891*) i ich wyrostki nerwowe z zstępującymi gałązkami bocznymi. Komórki podkładu ziaren kory mózdkowej dały się zauważyć w mniejszej ilości, jednakowoż w każdym skrawku można było widzieć kilka okazów małych i dużych komórek [komórki GOLGI'ego II porządku].

Szczegółowszy opis komórek kory mózgowej i mózdkowej dorosłego człowieka podam później; poprzestaję dzisiaj na podaniu sposobu racjonalnego stosowania metody GOLGI'ego, sądząc, że pobudzi kolegów do dalszego stosowania tego sposobu do badań w dziedzinie patologii.

Sądzić wypada, że dzięki długotrwałemu działaniu wielkiej ilości słabego roztworu dwuchloru rtęci tworzy się chemiczny związek pomiędzy substancją nerwową nieprzeziąkniętą chromem i sublimatem, że związek ten staje się wskutek tego bardzo trwałym i wytrzymałym na najróżnorodniejsze skądinąd szkodliwe manipulacje.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. RYDYGIERA W KRAKOWIE.

II. WODNIAK NIEWIEŚCI

(*Hydrocele muliebris*).

Podał

D-r Adam Majewski.

— 3 — 3 —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 9].

Prócz wspomnianych dwóch rodzajów wodniaka, spotykamy tu także torbiele, powstałe przez odsznurowanie się części worka przepuklinowego. Torbiele takie dają objawy zupełnie takie same, jak wodniak; ściśle więc rozpoznanie bywa w tych przypadkach bardzo trudnem.

W pierwszym naszym przypadku mamy właśnie z tą trudnością do czynienia. Położenie guza, odgłos wypukowy nad nim stłumiony, chębotanie, przeświecanie, wygląd i skład chemiczny zawartego w nim płynu, dalej to, że guz dawał się odprowadzać czas jakiś całkowicie: są to objawy, które zdają się wskazywać na wodniaka uchyłka NUCK'a. Z drugiej wszakże strony dane te nie wyłączają torbieli odsznurowanej od worka przepuklinowego; późny zaś wiek chorej [54 lata] i równoczesne istnienie przepukliny kiszkiowej stanowią dane, przemawiające na korzyść torbieli przepuklinowej. W drugim naszym przypadku rozpoznanie jest łatwiejsze; mamy tu niewątpliwie do czynienia z obustronnym wodniakiem uchyłka NUCK'a, komunikującym z jamą brzuszną.

Co się tyczy momentów, usposabiających do wodniaka u kobiet, to ścisłych danych dotychczas nie posiadamy. Bezpośrednim powodem powstawa-

nia wodniaka bywają wysiłki fizyczne [BROCHON ¹⁾, INGERSOLL ²⁾], szczególnie dźwiganie ciężarów [HINTERSTOISSER ³⁾, CHIARI ⁴⁾], dalej urazy czasem nawet nieznaczące [CHIARI]. Ważnym momentem, usposabiającym do wodniaka, bywa brzemiennosc i poród.

Zane są przypadki, w których wodniaki, powstałe przy porodzie, w przerwach między porodami pozostawały *statu quo*, przy każdym zaś następnym porodzie powiększały się [WILE ⁵⁾, EARNEST ⁶⁾]. Z drugiej strony, wodniaki, powstałe z innych przyczyn, rosną zwykle bardzo powoli i dopiero w czasie brzemiennosci lub bezpośrednio po porodzie poczynają się szybko zwiększać. Dane statystyczne wykazują, że wodniak u kobiet, które rodziły, zdarza się daleko częściej, aniżeli u kobiet, które nie rodziły. HENNIG ⁷⁾ podaje, że stosunek wodniaka u kobiet, które nie rodziły, ma się do wodniaka u jednoródek lub wieloródek, jak 5:14. Podobneż cyfry otrzymuje ze swych zestawień i WECHSELMANN ⁸⁾.

Wpływ brzemiennosci na wodniaka należy upatrywać w tem, że podczas brzemiennosci wszystkie narządy małej miednicy ulegają silnemu przekrwieniu, a wskutek tego zachodzą w więzie obłym i w uchyłku NUCK'a sprawy przerostowe i zwiększenie się wydzieliny, z czego w rezultacie może powstać wodniak. Powstaniu wodniaka w tych przypadkach sprzyja dalej to, że podczas samego porodu pod wpływem silnych skurczów macicy więzy obłe łatwo się nadrywają, szczególnie w miejscu swego przyczepu w okolicy pachwinowej.

W naszych przypadkach mamy w pierwszym w wywiadach wyraźną wzmiankę o wpływie brzemiennosci na wzrost wodniaka. W drugim przypadku ciekawym bardzo jest fakt, że obustronny wodniak powstał dopiero w jakiś czas po utworzeniu się obustronnych torbieli jajnika. Nie jest to, zdaje się, przypadkowy zbieg okoliczności; przeciwnie, sprawy te znajdują się prawdopodobnie w związku przyczynowym. Torbiele jajnika wywołały, zdaniem mojem, powstanie wodniaków. Zdanie swoje opieram na następującem rozumowaniu. Zgodnie z wyłożonymi poprzednio poglądami, przyczyną wpływu brzemiennosci i porodu na rozwój wodniaka jest, z jednej strony, przekrwienie narządów małej miednicy, z drugiej — uszkodzenia więzu obłego, wywołane przez napinanie go przy kurczach porodowych macicy. Zupełnie podobne wpływy posiadamy i w danym przypadku. Z jednej strony mamy przekrwienie narządów małej miednicy, zaznaczone w historii choroby, a łatwo zrozumiałe, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że guzy, powodujące je, były to „*cystomata papillaria prolifera*“. Z drugiej strony, po otwarciu przez laparotomię jamy brzusznej skonstatowano silne napięcie więzów obłych, które musiało powodować

1) BROCHON. Essai sur l'hydrocele. Thèse de Paris. 1859. vide GEINAC. l. c.

2) INGERSOLL. Amer. obstetr. Journal. 1882. str. 427. Vide WECHSELMANN.

3) HINTERSTOISSER. Wiener klin. Wochenschrift. 1888. str. 270.

4) O. CHIARI. Ueber Entzündung der weibl. Hydrocele. Wien. med. Blätter. 1879.

5) WILE. Amer. obstetr. Journal. 1881. Lipiec. vide GEINAC.

6) EARNEST. Amer. obstetr. Journal [vide GEINAC], 1882. str. 190.

7) HENNIG. l. c.

8) WECHSELMANN. l. c.

ich urazy analogiczne do takichże przy porodzie. Jeżeli w dodatku zwrócimy uwagę, że chora nie rodziła, ani nie ronila, że z tego powodu więzy jej obły były przed napięciem ich przez guzy zupełnie normalne, nie rozluźnione, to otrzymamy w sumie warunki, odpowiadające tym, które ogólnie uważają za przyczynę względnie częstego powstawania wodniaka przy porodzie u pierwiastek. Gdy do tego dodamy, że wodniak po stronie, gdzie z tego powodu wiąz obły był znacznie silniej napięty, jest znacznie większy, niż po stronie przeciwnej, to, zdaje mi się, otrzymamy ogółem dosyć danych do tego, by ze znacznem prawdopodobieństwem wnioskować, że przyczyną powstania w danym przypadku wodniaka były torbiele jajnika.

Co się tyczy wieku chorych, to podług WECHSELMANN'a ¹⁾, który wypotywał lata u 42 chorych, najmłodsza pacjentka miała sześć miesięcy, najstarsza 71 lat; w większości jednak przypadków wiek chorych na wodniaka wynosił od 30 do 50-ciu lat.

Wielkość guza bywa rozmaita, poczynając od orzecha laskowego aż do głowy dziecka; przeważna jednak liczba guzów dochodzi do wielkości jaja kurzego lub gęsiego. Przeciętne wymiary guzów tych wahają się między 9—14 ctm długości i 6—8 ctm. szerokości. W przypadku BROCHON'a ²⁾ obwód guza wynosił 30 ctm., długość zaś jego 20 ctm..

Odpowiednio do wielkości guzów ilości zawartego w nich płynu są różne. Spotykamy guzy o ilości płynu, nie przewyższającej łyżeczki; z drugiej strony, ilość ta dochodzić może do tysiąca i więcej ctm. sześć. płynu. W przypadku SCARPA ³⁾ guz zawierał 1300 grm. płynu.

Guzy przy wodniaku bywają umiejscowione po prawej lub po lewej stronie; po prawej zdarzają się one trochę częściej, co warunkuje się, tem, że prawy kanał NUCK'a zarasta trochę później. Stosunkowo rzadko guzy te bywają obustronne. W przypadku VIRCHOW'a ⁴⁾ po jednej stronie była torbiel surowicza, a po drugiej krwawa. Czasami dwie torbiele leżą po jednej stronie, jedna ponad drugą.

Zawartość torbieli stanowi płyn jasno-żółty, surowiczny; zawiera on białko; nie zawiera mucyny. CAVAGNIS ⁵⁾ wykazał w nim niewielkie ilości albuminy, dużo chlorków, ślady siarczanów, niewielkie ilości fosforanów, niewielkie ilości fosforanów wapnia i magnezu, niewiele węglanów, brak zupełny fosforanów alkalicznych i moczanów. Odczyn płynu jest obojętny; ciężar właściwy wynosi 1012—1014.

W niektórych przypadkach płyn ma zabarwienie mleczne; warunkują to krzysztalki cholestearyny, myeliny i krople tłuszczowe. Worek torbieli stanowi włókna tkanki łącznej z przymieszką włókien elastycznych i pęczków mięśni.

¹⁾ WECHSELMANN. l. c.

²⁾ BROCHON. l. c.

³⁾ SCARPA. Opuscoli di chirurgia. T. I, str. 152. Vide GEINAC.

⁴⁾ VIRCHOW. VIRCHOW's. Archiv, t. 75, str. 329.

⁵⁾ CAVAGNIS. Vide WECHSELMANN. l. c.

Objawy, na których opieramy rozpoznanie wodniaka, są następujące. Wypuklenie w okolicy pachwinowej, zwykle niebolesne, formy jajowatej lub gruszkowatej. Konsystencya wypuklenia bywa elastyczna. Chęłbotanie daje się zwykle jasno wyczuć; staje się ono jednak niewyraźnem w razie, gdy wodniak bywa mocno napiętym; mamy to w pierwszym naszym przypadku. Z drugiej strony, inne guzy tej okolicy, mianowicie tłuszczaki, dają także objawy chęłbotania. BALDY¹⁾, opisując tłuszczak sromu, zwraca uwagę na to, że guzy te dają wyraźne uczucie chęłbotania. To samo otrzymaliśmy i my w poniżej opisanym przypadku tłuszczaka kanału pachwinowego; wobec więc tego, chęłbotanie, jako objaw rozpoznawczy dla wodniaka, nie posiada tak rozstrzygającego znaczenia, jakie mu zwykle przypisują²⁾.

Przy wodniaku wyczuwa się zwykle w górnej części guza szypułę, przenikającą do kanału pachwinowego. Szypuły jednak takie bywają i przy torbielach, powstałych przez odsznurowanie się części worka przepuklinowego w przypadkach, w których część tej torbieli znajduje się w kanale pachwinowym. Szypułę dalej mieliśmy i przy poniżej opisanym przypadku tłuszczaka kanału pachwinowego.

Przy wodniaku uchyłka NUCK'a można nieraz z tyłu i na wewnątrz kanału wyczuć wiąz obły; objaw ten jednak poważniejszego znaczenia rozpoznawczego nie posiada, a służy głównie dla różniczkowania z wodniakiem więz obłego, gdzie wiąz ten wyczuć się nie daje.

Przy kaszlu wodniak zwykle się powiększa. Powiększenie to bywa rzeczywiście przy wodniaku uchyłka NUCK'a, komunikującym z jamą brzuszną; przy innych postaciach wodniaka, w formie torbieli wyrażonych, możemy także otrzymać zwiększenie się guza; powstaje ono tu jedynie skutkiem tego, że część torbieli, zawarta w kanale pachwinowym, wysuwa się na zewnątrz. Objaw ten mieliśmy jednak i przy wspomnianym tłuszczaku kanału pachwinowego; powstał on tam również dzięki wysuwaniu się guza z kanału.

Nareszcie, objawem klasycznym dla wodniaka, objawem decydującym o rozpoznaniu, szczególnie gdy rozróżniamy wodniaka i przepuklinę, ma być przeświecanie guza. Zdanie to, poparte wywodami KOCHER'a, zdobyło sobie w chirurgii prawo obywatelstwa i dotychczas panuje prawie niepodzielnie w podręcznikach chirurgicznych. ALBERT³⁾ przypisuje przeświecaniu wielką wagę i co do jego znaczenia rozpoznawczego nie robi żadnych zastrzeżeń.

Podobnie twierdzi i TILLMANS⁴⁾. KOENIG⁵⁾, wymieniwszy przypadki, w których wodniak nie prześwieca, powołując się na LUECKE'go, że w rzadkich bardzo przypadkach miękkie mięsaki i niektóre inne guzy mogą przeświecać. HUETER⁶⁾ przypisuje przeświecaniu decydujące rozpoznawcze znaczenie. Powiada on: „*Sieht man nun durch das Stetoskop hindurch und er-*

¹⁾ BAILEY. An American Text-book of Gynecology, 1894. p. 183.

²⁾ HUETER. LOSSEN's Grundriss der Chirurgie. II B. 2 u 3. Abth. 7-te Aufl. 1892 r. str. 438.

³⁾ ALBERT. Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre. III B. 4-te Aufl. 1891. str. 249.

⁴⁾ TILLMANS. Lehrb. der Chir. 1894. str. 349.

⁵⁾ KÖNIG. Lehrbuch der Chirurgie. Tom II. r. 1894. str. 767.

⁶⁾ HUETER. l. c.

*kennt einen rötlichen Schein, so hat man es mit einer Hydrocele zu thun*¹⁾. BYLICKI¹⁾ uznaje chęłbotanie i przeświecanie za najbardziej charakterystyczne dla wodniaka cechy; przypadki zaś, w których nie odróżniano wodniaka²⁾ od przepukliny, tłumaczy tem, że „cechy te nie zawsze wybitnie występują,³⁾ lub że się nie zawsze o możebności wodniaka pamięta i nie bada przeświecania“.

W rzeczywistości jednak przeświecanie, pomimo że pewne znaczenie rozpoznawcze posiada, za objaw charakterystyczny wyłącznie dla wodniaka uważane być nie może.

Pochodzi to stąd, że, popierwsze, wodniak może nie przeświecać. Bywa to w tych przypadkach, gdy płyn wodniaka bywa mętny (*spermatocèle, hematocele, lactocèle*), lub gdy skóra nad guzem jest gruba i fałdzista. W naszym drugim przypadku guzy nie przeświecały; ponieważ płyn w nich był przezroczysty, więc przyczyną nieprzeświecania były prawdopodobnie wyżej wspomniane właściwości skóry, a może także i jej niezwykle ciemne zabarwienie. Z drugiej strony, inne guzy, mianowicie tłuszczaki, przeświecają zupełnie podobnie jak wodniak. Dowodzą tego dwa następujące przypadki, obserwowane w krakowskiej klinice chirurgicznej. Pierwszy z nich zawiera następujące dane. [D. n.]

Z ODDZIAŁU CHOROÓB NERWOWYCH D-RA GAJKIEWICZA W SZPIT. STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

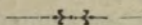
III. O HALUCYNACYACH JEDNOSTRONNYCH.

Przyczynek do teoryi i patogenezy złudzeń zmysłowych.

Opisał

D-r med. Henryk Higier,

były asystent oddziału.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 8].

Czy można klinicznie odróżnić halucynacye apercypcyi od złudzeń obwodowo-elementarnych i percepcyjnych, oraz czy istnieją jednostronne halucynacye apercypcyi? Ponieważ są one nie tyle złudzeniami zmysłów, ile raczej bardzo żywemi wyobrażeniami, to zwykle ogarniają jednocześnie kilka sfer zmysłów lub nawet wszystkie razem; dalej, związek ich ze świadomością osobnika jest daleko ściślejszym, aniżeli przy złudzeniach percepcyi, które, jak wiemy, obejmują często jeden tylko narząd zmysłu i zazwyczaj nie zależą od biegu myśli. Człowiek, opanowany widzeniami religijnemi, obcuje z Chrystusem, widzi wszędzie aniołów i świętych; paranoik, dręczony manią prześladowczą, słyzy na wszystkie strony potwarcze głosy; przeciwnie, chorego z nowotworem w okolicy prawego zrazu skroniowego męczyć będą jedynie halucynacye słuzy; chorego zaś na rozmiękcze-

¹⁾ WŁ. BYLICKI. Nauka o chorobach kobiecych. 1894. str. 61.

nie mózgu ogniskowe w okolicy tylnego zraza—wyłącznie halucynacje wzroku, które przytem wyjątkowo tylko będą obustronne, zwykle zaś pozostaną jednostronnemi

Czy halucynacje apercencyjne lub psychiczne pojawiają się samoistnie, czy też niezbędnym dla nich warunkiem, podobnie jak dla złudzeń obwodowych, jest czynność, a właściwie wzmożona pobudliwość ośrodków zmysłowych? Najprawdopodobniejsze i ogólnie przyjęte jest to drugie przypuszczenie. Obecność wzmożonej pobudliwości usposabia do pewnego rodzaju fantazywania, ale w każdym poszczególnym przypadku złudzenie może powstać dopiero wówczas, kiedy do chorego ma przystęp pewne wyobrażenie odtworzone, lub zewnętrzne wrażenie zmysłowe, które pod wpływem zmian ośrodkowych przekształca się, przeinacza w niezwykły sposób. Wskutek indywidualnego biegu myśli kojarzenie się idei w pewnym określonym kierunku jest niezmiernie ułatwione, i najdelikatniejszy bodziec, pochodzący z zewnątrz, z narządu zmysłu, wystarcza, by przy udziale wzmożonej pobudliwości ośrodków zmysłowych przedzierzgnąć dane wyobrażenie w rzeczywisty obraz. Natomiast przy czystych halucynacjach percepcji chory, który nie utracił jeszcze zdolności do sprostowywania wyobrażeń, oceni łatwo, co mu jest obce i jakby narzucone; będzie on mówił o swych jednostronnych widzeniach, jak o czemś nieprawidłowem, patologicznem.

Na czem polega wzmożona pobudliwość kory mózgowej, od czego zależy, dlaczego tak rzadko daje się spostrzegać i czemu powoduje niekiedy [przy halucynacjach apercencyi] jednostronne złudzenia zmysłów—są to pytania, na które ani analiza psycho-fizyologiczna, ani badania kliniczne nie dają dostatecznego wyjaśnienia.

CHVOSTEK starał się rozstrzygnąć na drodze doświadczalnej sprawę wzmożonej pobudliwości mózgu. Doszedł on do przekonania, że przy pomocy prądu elektrycznego, lub drgającego kamertonu wtedy tylko udaje się wywołać złożone halucynacje słuchu zamiast prawidłowego wrażenia dźwięku, jeżeli chory samoistnie halucynują, lub też są dopieroco po napadzie samoistnych halucynacji. „Nie prąd elektryczny sam przez się jest przyczyną nieprawidłowego, aż do wywołania halucynacji prowadzącego podniecenia, lecz istnieć musi nadmierna wrażliwość danego nerwu czaszkowego na prąd elektryczny, by wrażenia, wywołane przez wpływy zewnętrzne, posłużyły do utworzenia złudzeń zmysłowych“. Proste wrażenie dźwięku, wywołane przez podrażnienie nerwu słuchowego, staje się źródłem iluzji, stosownie do usposobienia chwilowego i panujących myśli błędnych chorego. Że wzmożona pobudliwość kory mózgowej idzie w parze z pewną podatnością odnośnych nerwów zmysłowych i że przytem istnieje współdziałanie ośrodkowe obwodowych dróg zmysłowych, świadczą wyniki doświadczeń JOLLY'ego z prądem stałym. Na pięciu chorych, miewających halucynacje słuchu, znaleziono u czterech wzmożoną pobudliwość nerwu słuchowego wraz z t. zw. odczynem paradoksalnym (*paradoxe Reaction*).

Wracając do umiejscowienia niektórych halucynacji apercencyi jednostronnych, dodać winienem, że dla wytłomaczenia jednostronności, przypusz-

czają możliwość istnienia odosobnionej czynności psychicznej każdej półkuli, czego analogię się widzi często w zakresie czynności ruchowych i czuciowo-zmysłowych [DUMONT-PALLIER]. Przypuszczenie to ma pewne podstawy, a przemawiają za tem te przypadki kazuistyczne, ogłoszone jako unikaty, które, jak zaznaczę niżej, możemy sobie wytłumaczyć również dobrze z punktu widzenia czysto psychologicznego.

MAGNAN i BODIN, naprzykład, opowiadają o paranoikach, którzy miewali dwustronne halucynacje słuchu odmiennego charakteru z każdej strony: z jednej strony słyszeli chorzy głosy obelżywe, z drugiej—dodające otuchy. Narządy zmysłów były zupełnie zdrowe tak na obwodzie, jak i w ośrodkach.

MAGNAN opowiada, jak pewien alkoholik słyszał podczas napadu *delirii tremantis* głosy dwóch mężczyzn, z których jeden lżył go, drugi — pocieszał. Zły mówił do chorego z lewej strony, obchodził się z nim jak z durniem i bydlakiem, wreszcie ganił każdą pracę jego; dobry pochodził zawsze z prawej strony, mówił do niego życzliwie i dodawał otuchy. Niekiedy zjawiały się te głosy w towarzystwie innych jeszcze głosów i albo mówiły wszystkie jednocześnie, albo też jeden po drugim; zawsze jednakże głos dobry pochodził z prawej, zły zaś z lewej strony.

W przypadku MOREAU złudzenia zmysłowe były kolejno lewostronne i prawostronne. Analogiczne spostrzeżenie w zakresie zmysłu wzroku poczynił HAMMOND. Jedną z jego pacjentek widziała kilka miesięcy z rzędu, przy otwartych oczach, postać mężczyzny i kobiety tuż przed sobą; chora była w stanie każdej chwili wywołać te złudzenie: dość było nachylić głowę naprzód. Zjawisko nikło, gdy chora zamykała oczy, i to w ten sposób, że jedna postać nikła po zamknięciu prawego oka, druga—po zamknięciu lewego.

Za odosobnioną czynnością psychiczną obu półkul mózgowych przemawiać mogłyby i te nieliczne przypadki wzrokowych halucynacji apercpey, którym towarzyszy zwężenie pola widzenia pochodzenia ośrodkowego.

PICK badał peranoika, który miewał halucynacje w prawem oku, pomimo że dno oka było zupełnie prawidłowe. Wieczorami, przed zasypianiem, widywał on rozmaite przedmioty i osoby, a właściwie części ich, jak np. głowy, piersi, wierzchołki drzew i t. d., podczas gdy u dołu roztaczała się jakoby ciemność. Badanie za pomocą perymetru wykazało znaczne zwężenie pola od góry.

HOCHÉ opowiada o pewnej, dziedzicznie obciążonej chorej, która cierpiała na zupełną prawie, obustronną półwzrocność (*hemianopsia*) dolną, połączoną ze stałymi, podmiotowymi zjawiskami barwnymi w obrębie bezwzrocnej połowy pola widzenia; owe zjawiska—kwiaty, fale morskie, gwiazdy, iskry—żywo stawały przed oczyma nawet wtedy, gdy je chora zamykała. Jednocześnie istniały przez kilka dni inne, bardziej „podmiotowego“ charakteru, halucynacje wzroku, umiejscowione w górnej, czynnej części pola widzenia. Umysłowo chora kobieta ta widziała górną połowę jakiejś głowy, której dolną część zastępowały wspomniane zjawiska barwne; było to jej własne oblicze, blade i ze smutnym wyrazem, które w ciągu całego szeregu nocy ukazywało się,

gdziekolwiek chora zwróciła oczy ¹⁾. Widywała ona czasami i całe głowy lub postacie, które umiejscawiały się wyłącznie w czynnej części pola widzenia. Niekiedy chora siadywała całymi godzinami na brzegu łóżka w zamiarze ucieczki przed „karykaturami“, a tylko obawa spadnięcia na podłogę, której nb. chora nie widziała, zatrzymywała ją na łóżku.

W przypadku Hocne'a możnaby przypuścić połączenie halucynacyi percepcyi i a percepcyi. Sama chora doskonale odróżniała grę barw w martwej części pola widzenia od rzeczywistych halucynacyi, zjawiających się w górnem, czynnem polu, określając te pierwsze wyrazami: „moje kwiaty, moje barwy“, jak gdyby one stanowiły jej własność, w przeciwieństwie do innych, podmiotowych wrażeń, które chora przenosiła do świata zewnętrznego; tamte były owocem stanu podrażnienia sfery wzrokowej, te zaś—wyobrażeniem, rosnącym do miary rzeczywistego podrażnienia; tamte były stałe i jednostajne w swych ruchach i w kształcie, te—pod każdym względem zmienne i pochłaniające uwagę chorej tylko czasowo.

Wreszcie bardzo ciekawe są te halucynacje, również niekiedy jednostronne, którym towarzyszy pobudzenie patologiczne ośrodków psycho-ruchowych, bądź to niezależnie od ośrodków psycho-zmysłowych, bądź też wspólnie z nimi. Są to halucynacje, które SÉGLAS nazwał słownymi (*verbales*) lub psychoruchowymi i mieszanymi lub czuciowo-ruchowymi. Są one identyczne z tak zwanem mimowolnem wypowiedaniem na głos swych myśli, lub „echem myśli“.

Dotychczas nie wiemy jeszcze nic pewnego o t. zw. głośnem myśleniu (*Gedankenlautwerden*). CRAMER sądzi, że zjawisko to zawdzięcza swe pochodzenie lekkim bodźcom ruchowym, idącym u wielu ludzi wzdłuż narządu mowy podczas myślenia; u ludzi chorych bodźce te wzmagają się wskutek halucynacyi zmysłu mięśniowego do tego stopnia, że przekształcają się wprost w składniki mowy. GRASHLEY, którego pogląd i ja podzielałam, twierdzi w swej pracy o jednostronnem głośnem wypowiedaniu myśli, że chorobliwie wzmożona pobudliwość odnośnych części kory mózgowej jest jedyną przyczyną tego, że obrazy pamięciowe, wywołane na drodze myślenia assocyacyjnego, stają się niezwykle żywymi. W tych przypadkach, w których chorzy, halucynując, mają do czynienia nie ze swymi własnymi myślami, słowami i głosami, lecz z cudzemi, istnieją również bodźce patologiczne, które oddziałują na te części kory mózgowej, w których obrazy pamięciowe odnośnych słów niejako przechowały się.

Pisarze francuscy upatrują różnicę pomiędzy halucynacyami psycho-zmysłowymi i psycho-ruchowymi w tem, że przy pierwszych percepcya dąży do środkowo, przy ostatnich—odśrodkowo: przy pierwszych głos pochodzi z zewnątrz i przedostaje się do ucha tak samo, jak w prawidłowej czynności słuchania, przy

¹⁾ Widzenie własnej twarzy należy do zjawisk rzadkich i spotyka się u ludzi, którzy wpadli w stan chorobliwie wzmożonej samo-obszawacyi. Ciekawe to spostrzeżenie zrobione już było w starożytności; i GOETHE opisuje jedną autowizyę. FÉRÉ nazywa to zjawisko „*hallucination spéculaire*“.

drugich zaś—głos jest pochodzenia wewnętrznego i, jak chorzy zeznają, dąży od wewnątrz ku zewnątrz. Z tej różnicy w powstawaniu złudzeń zmysłowych wypływa, że jedni halucynanci zapewniają, iż słyszą myśli cudze, inni znów żalą się na to, że własne ich myśli jakby wymykały się im.

Przypadki REGIS'a i PICK'a mogą służyć za przykłady wymowne tych halucynacyi. Chory REGIS'a, poza *otitis media dextra*, cieszył się wogóle pomyslnem zdrowiem; uskarżał się tylko często na nieprzyjemne uczucie z tego powodu, że każdą myśl swoją musiał koniecznie wypowiedzieć. Skoro tylko zjawilo się w umyśle chorego jakiekolwiek wyobrażenie, wnet doznawał w uchu prawem wrażenia słuchowego danego wyrazu. W rzeczywistości była to mowa „wewnętrzna“, której nikt nie słyszał i w której nie brały udziału żadne ruchy języka. „*L'imaginais*“, opowiadał pacjent, „*qu'à chacune de mes pensées correspondait, par habitude acquise, un imperceptible mouvement des muscles de la langue, qui la portait, parole que transmettait l'homme, devenu phonographe. Appuyant sur ma langue en même temps que je formulais intérieurement quelque pensée j'avais cru sentir ce mouvement; je me trompais*“... Ciekawem jest, że chory pozbył się halucynacyjnego echa myśli po wyleczeniu się z zapalenia ucha.

Z powyższego wynika, że porażenie obwodowe ucha prawego wystarczało, by wywołać halucynację psycho-ruchową słowną: prawdopodobnie podrażnienie przeniosło się z prawego nerwu słuchowego na odpowiedni ośrodek zmysłu w lewej półkuli, a stamtąd na pobliskie ośrodki artykulacyi.

Nie zawsze jednakże towarzyszy halucynacyom psycho-ruchowym brak ruchów artykulacyjnych. „*L'hallucination psycho-motrice*“, twierdzi RÉGIS zgodnie z TAMBURINI-SEGLAS'em, „*consiste dans le remplacement de cet élément sensoriel extérieur par un élément moteur intérieur, qui va depuis la simple formulation mentale de la pensée jusqu'à l'émission phonétique complète, en passant par la degré intermédiaire de l'articulation labiale visible, mais muette*“.

Rzadką jest ta postać halucynacyi psycho-ruchowych jednostronnych, która zwie się pisarską: zamiast ruchów mowy, widzimy tu ruchy ręką, jak przy pisaniu; chory wykonywa je mimowolnie, uważając owe ruchy za wyraz własnych myśli.

Nieco odmiennie przedstawiały się halucynacje jednostronne w przypadku PICK'a, gdzie stwierdzono podrażnienie idyopatyczne ośrodków korowych; na obwodzie narządy zmysłów były zupełnie zdrowe. Chory ów, paralytyk, miał w ciągu czterech miesięcy trzy napady paralityczne, natury epileptoidalnej; po każdym napadzie zjawil się niedowład prawostronny, trwający 3 — 4 dni, do którego przyłączało się znieczulenie czuciowo-zmysłowe oraz ciężka afazja ruchowa i zmysłowa. Trzeciego dnia, kiedy objawy powyższe miały lub przynajmniej znacznie słabły, chory zaczynał doznawać nieprzyjemnych halucynacyi słuchowych z prawej strony, które trwały kilka godzin: ktoś wykrzykiwał mu ciągle nad uchem dwa wyrazy, których znaczenia chory nie pojmował. Nieszczęśliwy ten człowiek skarżył się na dręczące go w ciągu owych kilku godzin głośy i lajał otoczenie za to, że nie nie słyszy.

Spostrzeżenie PICK'a jest z wielu względów pouczające, a osobiwie jako ciekawy przyczynek do teoryi halucynacyi jednostronnych. Świadczy ono

jak ścisłym jest związek pomiędzy złudzeniem zmysłu a porażeniem organicznym kory mózgowej: trzykrotnie powtórzyły się przemijające zaburzenia ruchowo-czuciowe w korze i tyleż razy towarzyszyły im halucynacje. Umieszczenie halucynacji wyłącznie z prawej strony daje się objaśnić łatwo porażeniem lewej półkuli mózgu. Wreszcie, co zbija niejako tę halucynację psycho-ruchową, słowną, pochodzenia ośrodkowego, do halucynacji „mieszanej“ Régis'a, to owo, że się tak wyrażę, ataktyczno-afatyczne złudzenie zmysłowe. Podobnie jak przy zwykłych halucynacjach słownych, pochodzenia obwodowego, przyjmujemy współdziałanie korowego mechanizmu mowy, tak w danym przypadku musimy się zgodzić na samoistnie wzmożoną czynność patologicznego mechanizmu mowy, skutkiem czego powstały ataktyczno-afatyczne, albo raczej monofatyczne halucynacje. Przekonanie parafatycznego chorego, że i inni muszą słyszeć owe donośne głosy, wypływało prawdopodobnie stąd, że sam chory doznawał uczucia, jakby ktoś bardzo głośno mówił do niego.

Dotychczas zajmowaliśmy się wyłącznie tą grupą halucynacji jednostronnych, które powstają wskutek cierpienia organicznych natury obwodowej lub ośrodkowej. Pytanie, czy mamy jakiekolwiek dane kliniczne, oparte na charakterze i przebiegu halucynacji, które by pozwalały stawiać dokładne rozpoznanie co do umiejscowienia ich tła anatomicznego. Szczególniej w przypadkach wątpliwych, gdzie nieraz niema żadnych zgoda ubocznych objawów, towarzyszących złudzeniom zmysłów, dużo zależy nam na tem, by jak najwcześniej i jak najdokładniej postawić rozpoznanie, głównie ze względu na rokowanie i leczenie. Już poprzednio zwróciliśmy uwagę na niektóre dane różniczkowo-rozpoznawcze dla halucynacji obwodowych i ośrodkowych; zanim przejdziemy do rozpatrzenia innych, zatrzymam się cokolwiek nad złudzeniami jednostronnymi, które towarzyszą cierpieniom, zwanym czynnościowymi; ważnym momentem różniczkowo-rozpoznawczym jest tu mianowicie wpływ „ducha“, który łatwo daje się dostrzedz. By dokładniej ocenić ten czynnik, przyjrzyjmy się również w krótkości halucynacjom hipnotycznym, gdzie wpływ psychiczny jest dostępny tak dla analizy, jak i dla doświadczeń.

Z pomiędzy tak zwanych nerwie funkcyjnych jednostronne złudzenia zmysłów towarzyszą stosunkowo najczęściej padaczce, migrenie i histeryi.

Przy padaczce, którą aura wzrokowa poprzedza nierównie częściej, niż wszelkie inne uczucia specjalne [słuchowe, dotykowe, węchowe i smakowe], spotykają się niekiedy halucynacje wzroku elementarne, jednostronne. Czasami te uczucia, czyli wrażenia są bardzo złożone: jakiś obraz pięknej miejscowości, lub przedmiotu określonej barwy, różne maskary, zwierzęta i t. d. Zjawiska świetlne w oku ślepem niejednokrotnie były spostrzegane u epileptyków objaśnić sobie to możemy jako następstwo pierwotnego podrażnienia sfery widzenia korowego.

Przy migrenie, w której zaburzenia zmysłowe mają wiele cech wspólnych z takimiż zaburzeniami przy padaczce, spotykamy niekiedy swoiste, jednostronne halucynacje wzroku, szczególnie w tych ciężkich postaciach, którym towarzyszą: przelotna półwrocność, zaburzenia mowy i zawroty głowy.

Różnobarwna linia zygzakowata z wystającymi kątami, podobna do wału, otaczającego twierdzę (*Fortifications-Spectrum*), jest jednym z najczęstszych złudzeń jednostronnych wzroku przy t. zw. *migraine ophthalmique*, która prawdopodobnie jest rodzajem częściowej padaczki czuciowej.

Złudzenia zmysłów przy padaczce i migrenie należy uważać jako dynamiczne halucynacje percepcyjne.

Przedstawicielką *per excellence* czystych halucynacji czynnościowych jest halucynacja historyczna. Różni się ona od złudzeń zmysłowych, spotykanych przy innych nerwicach czynnościowych, pewnymi właściwościami, nad którymi zatrzymam się dłużej ze względu na ich stronę praktyczną. Halucynacje historyczne opanowują zwykle hemianestetyczną połowę ciała; są więc jednostronne, o czym już dokładnie świadczą charakterystyczne opowiadania św. Teresy i pani de Belciel, dwóch typowych historyczek minionych stuleci. Pierwsza widywała swego dyabła „à côté gauche sous une forme affreuse“, drugiej ukazywał się anioł-stróż pod postacią młodego, cudnie pięknego blondyna, zawsze „au costé droit ¹⁾“. Obrazy halucynacyjne zjawiają się zwykle poza chorym, przechodzą po stronie pozbawionej uczucia, wreszcie szybko nikną. Po większej części obrazy, przesuwane jak w kalejdoskopie, są do tego stopnia przedmiotowo przedstawione i tak doskonale uzmysłowione, że chorzy nie tylko wierzą w to, że widzą, słyszą i czują, lecz rzeczywiście widzą, słyszą i czują. Najczęściej treść halucynacji historycznych jest natury ogólnej [zwierzęta, straszne twarze], niekiedy religijnej [aniołowie, święci, dyabli], lub erotycznej. Owe twory wyobraźni, czy postacię imaginacyjne dostają się do łóżek chorych, obejmują i wbrew woli wchodzą z nimi w stosunki płciowe.

Czarownica Hervillier, osądzona na spalenie, opowiadała przed sądem, że w dwunastym roku życia swego zawarła ścisłą znajomość z dyablem, który ją odwiedzał co noc, *lequel coucha avec elle charnellement en la même sorte et manière que font les hommes avec les femmes, hormis que la semence estoit froide*“. W halucynacjach erotycznych historyczek bardzo ciekawą jest ta okoliczność, na którą zwrócił uwagę PITRES, że stosunek płciowy urojony rzadko kiedy dostarcza uczucia rozkoszy. Oskarżane o czary i o stosunki cielesne z dyablem opowiadały, że członek jego jest śpiczasty i chropowaty, że sprawia dołkliwy ból, że nasienie jego jest zimne i t. p.

Złudzenia zmysłów historyczne, tak jednostronne, jak i dwustronne, mogą zjawiać się napozór samoistnie, jako objawy prodromalne lub okres początkowy napadu historycznego, albo też całkiem niezależnie od napadów.

Do halucynacji historycznych są dosyć zbliżone te halucynacje, które zjawiają się w śnie hypnotycznym. Zdaniem tem nie chcę bynajmniej powiedzieć, że się uznają za zwolennika tych klinicystów, którzy każdego, który się łatwo poddaje hypnotyzmowi, uważają za historyka lub neuropatę, doświadczalną zaś hypnozę—za sztuczny napad snu historycznego. Jest to tylko hipoteza, paradoksalnie brzmiąca, która do dziś dnia nie została jeszcze dowiedziana. Zdaniem mojem, jest ona tak samo mylna, jak i mniemanie, że tylko

¹⁾ Cyt. wedł. PITRES'a, „L'hysterie“. Paris. 1891.

osoby historyczne nadają się do hypnozy. Badania nad halucynacjami historycznymi i hypnotycznymi, w których moment psychiczny przyjmuje równie poważny udział, jak przy opisanych wyżej halucynacyjnych apercypcyi, uważam za bardzo ważne, gdyż rzucają sporo światła na sposób powstawania złudzeń zmysłowych wogóle.

Już BRAID'owi znana była hypnoza jednostronna; CHARCOT i RICHER, HEIDENHAIN i GRUETZNER pierwsi zbadali sztuczny letarg połowiczny, takąż katalepsyę i somnambulizm. W tych warunkach i halucynacje są zazwyczaj jednostronne. BERILLON spostrzegał u somnambulików zjawiające się jednocześnie halucynacje dwustronne, odmiennego dla każdej strony rodzaju.

DUMONTPALLIER wprowadził pewną damę historyczną w stan somnambuliczny i rzekł jej do ucha prawego, że jest piękna pogoda i słońce świeci; do drugiego ucha ktoś inny powiedział, że deszcz pada. Chora miała uśmiechnięty wyraz twarzy z prawej strony, podczas gdy z lewej strony wyrażała swe niezadowolenie i smutek opuszczeniem kąta ust. Gdy potem tejże chorej opowiadano do ucha prawego o zabawach chłopców i dziewcząt w czasie uroczystości jakiejś na wsi, z lewej zaś strony poddawano szczekanie psa, prawa połowa twarzy była nad wyraz uśmiechnięta, lewa — wyrażała niepokój i strach.

Czy mamy jednakże prawo wnioski, do jakich się dochodzi przy halucynacjach i iluzjach doświadczalnych, stosować wprost, bez wszelkich zastrzeżeń, do samoistnych halucynacji apercypcyi?

Dużo możnaby rozprawiać w tej kwestyi; w każdym razie niejedno przemawia za tem, że i złudzeniom zmysłów pochodzenia hypnotycznego towarzyszy niezwykle wzmózona pobudliwość odnośnych sfer zmysłowych.

Następujące doświadczenie, łatwe do wykonania z osobami wyćwiczonymi pod względem hypnotycznym, przemawia na korzyść powyższego twierdzenia. Pokazujemy uspiętej osobie kartkę białego papieru i podajemy jej myśl, że widzi na tej ćwiartce u góry jakąś postać. Jeśli teraz zmieszamy ową ćwiartkę z całą paczką innych ćwiartek tejże wielkości i kształtu, następnie medyum obudzimy i zażądamy, by paczkę przejrzała, to okaże się, że na kartkach obojętnych nie zobaczy nic, na tej zaś kartce, gdzie miało miejsce poddanie myśli ujrzy wizerunek suggestyjonowany i, co ciekawsze, ujrzy go przekreślonym jeśli ćwiartkę papieru przekreślimy, powiększonym, jeśli przystawimy lupe, zdwojonym, jeśli każemy patrzeć przez przyzmat. Jeżeli odwrócić papier na drugą stronę, zniknie suggestyjonowany obraz. Przekonamy się niżej, że i samoistne halucynacje apercypcyjne zachowują się często w podobny sposób.

Jak objaśnić powyższe doświadczenie? W hypnozie, gdzie pole świadomości jest w znacznym stopniu zwężone [WUNDT], gdzie większa część narządu ośrodkowego, dzięki hamującym wpływom, znajduje się w stanie utajonej czynności, pobudliwość tej reszty, która na żądanie hypnotyzera funkcjonuje, jest wzmózona na wszelkie bodźce [zasada równowagi czynnościowej, WUNDT'a]. Zahypnotyzowany zwraca np. baczną uwagę na wszystkie szczegóły danej ćwiartki papieru, na najdelikatniejsze nierówności jej, prawie niedostrzegalne dla oka nieuzbrojonego i ta właśnie koncentracja uwagi na jednym punkcie —

ułatwia mu rozeznanie kartki nawet wówczas, kiedy ta leży wśród setki innych pozornie jednakowych. Ta wybitność i jaskrawość obrazów pamięciowych jest właśnie możliwa tylko przy wzmożonej czynności danego ośrodka zmysłowego w korze mózgowej. Że tak jest rzeczywiście, świadczy okoliczność, że doświadczenie tem lepiej się udaje, im papier jest bardziej nierówny. Podwójne widzenie przez przyzmat, przekręcanie wizerunku i t. d. przemawiają również za tem. Skoro zahypnotyzowany poznał ćwiartkę, wnet tworzy się, na drodze czystego kojarzenia myśli, podobnie jak przy prawidłowej czynności asocjacji, pojęcie wizerunku, tylko, dzięki ówemu zboczeniu czynnościowemu mózgu, t. j. dzięki wzmożonej pobudliwości sfery widzenia—odtworzenie nie będzie już bladym obrazem fantazyi, lecz osiągnięciem stopnia rzeczywistego postrzeżenia, czyli stanie się halucynacją. Doświadczenie udaje się dlatego, że „układ“ utajonych obrazów pamięci „die Constellation der Erinnerungsbilder“—jak by się wyraził ZIEHEN—kształtuje się w umyśle osobnika, dzięki ciągłej, upartej sugestyi, w ten sposób, iż tylko te wrażenie dają pewne obrazy i pociągają za sobą pewne asocjacje, które hypnotyzer wywołuje. Wszelkie inne uczucia są wprawdzie zachowane, ale zahypnotyzowany nie wiąże z nimi żadnych pojęć; jest on jakby duchowo ślepy i głuchy na nie. Przeciwnie wyobrażenia, wywołane przez hypnotyzera, nie natrafiają przy kojarzeniu się idei na żadną lub prawie żadną przeszkodę.

Z tego punktu widzenia złudzenia zmysłów hypnotyczne są sztucznymi halucynacjami apercypcyi i posiadają pod niektórymi względami cechy wspólne z niemi. Stosunek ich do złudzeń percepcyi, warunkowanych przeważnie zmianami organicznymi kory, oraz do złudzeń obwodowych, łatwo pojąć już na zasadzie przytoczonych wyżej danych. Kilka słów jednak pragnę jeszcze dodać w sprawie wpływu, jaki wywierają bodźce zewnętrzne [fizyczne] i wewnętrzne [psychiczne] na przebieg halucynacji apercypcyjnych.

Mówiąc o halucynacjach apercypcyi, wspominałem o doświadczeniach CHVOSTECK'A, polegających na tem, że drgający strojnik wtedy tylko sprowadzał u chorych umysłowych złudzenia słuchu złożone, zamiast zwykłego uczucia dźwięku, kiedy chorzy ci znajdowali się w stanie halucynacji samostnej, lub byli bezpośrednio po napadzie halucynacji. Ciekawą wielce jest okoliczność, że podobnyż wpływ złudzeń zmysłowych możebnym jest w t. zw. okresie kataleptycznym hypnozy i przy bredzeniach t. zw. *phase passionelle* podczas napadów wielkiej histeryi. Można zmieniać kierunek halucynacji lub też wywoływać nowe za pomocą rozmaitych prostych podrażnień narządów zmysłów [trzymanie przed chorym czerwonego szkła, dzwonięcie, pary eteru]. Halucynacje te, czy to jednostronne, czy dwustronne, zależą jednak wogóle nie od woli hypnotyzera, ale od inicjatywy chorego, który przystosowuje się do danego wrażenia zmysłowego i przekształca je dowolnie w tę lub ową halucynację, zależnie od przyzwyczajzeń swoich, usposobienia, trybu życia i wspomnień [GUINON i WOLTKE].

Czynnik psychiczny posiada jednak doniosłe znaczenie nie tylko dla halucynacji histerycznych i hypnotycznych, lecz

i dla wszelkich innych złudzeń zmysłów, czy będą one tej lub innej natury. Pod wpływem tego ważnego momentu praktyczna wartość większości danych różniczkowo-rozpoznawczych zmalała w wysokim stopniu; wiele spostrzeżeń, ongi niezrozumiałych, zyska na jedności przy uwzględnieniu momentu psychicznego.

Tak naprzykład, znany jest ogólnie przypadek GRAEFE'go, gdzie, pomimo zupełnego zaniku gałek ocznych, po każdym silniejszym wzruszeniu, występowały wyraźne zjawiska świetlne z przejściami w barwne figury i postacie, które znikły dopiero po wyluszczeniu gałek ocznych. Powyższy przypadek sprawia bez wątpienia wrażenie, iż nie sam zabieg operacyjny, lecz *shock* psychiczny wpłynął na wynik pomyślny; przypisywać bowiem podrażnieniu zanikłej siatkówki wpływ na zjawiska świetlne i halucynacje wydaje nam się zupełnie bezpodstawnem.

SCHUELE ogłosił spostrzeżenia nad chorym, miewającym napady przyływu krwi do głowy z lewej strony, który razu pewnego ujrzał prawem okiem podczas takiego napadu błękitno odzianego huzara; zjawisko znikło, gdy chory zamknął prawe oko. Prawostronne złudzenie zmysłu przy bólu głowy z lewej strony było bez wątpienia natury ośrodkowej, a jednakże wystarczało zamknięcie prawego oka, by usunąć zjawisko. Spostrzeżenie przytoczone świadczy wymownie o tem, że jeśli chory jest przekonany, iż po zamknięciu jednego oka zjawisko zniknie, to w samej rzeczy nieraz odnośne halucynacje się nie zjawiają.

Następujące spostrzeżenie PIERACCINI'ego wykazuje jasno, w jaki sposób samopoddawanie myśli zdolne jest usuwać halucynacje pochodzenia intelektualnego. Słaby na umyśle onanista leżał pewnego wieczoru na łóżku, silnie podniecony płciowo i wykonywając ruchy masturbacyjne miednicą, gdy w tem ujrzał piękną dziewczynę, z którą wszedł jakoby w stosunek. Chory oburzał się, gdy mu zakrywano prawe lub lewe oko, gdyż wówczas obraz erotyczny znikał.

Ciekawy i dość dokładnie zbadany jest przypadek SEPPILLI'ego, gdzie, obok niewątpliwego usposobienia psychopatycznego, stwierdzić się dawał nieprawidłowy stan pobudzenia obwodowego narządu zmysłu [przekrwiienie naczyńki]. Chora, opanowana przez tęsknotę i myśli urojone o nastroju religijnym, miewała męczące halucynacje lewego oka i ucha. Jeśli skierowała wzrok na lewo, zjawiał się w pewnym określonym miejscu, w odległości 1 metra od niej, dyabeł, wysokiego wzrostu, o czarnem, strasznie obliczu, z rękami i nogami w kształcie szpon, z oczami iskrzącymi się, który nadto ział ogniem z ust i wydawał groźne dyabelskie dźwięki. Gdy chora zamykała oko lewe lub też chowała się do ciemnego miejsca, wówczas dyabeł znikał; gdy zaś zatykała lewe ucho, ustawały natychmiast głosy obelżywe. Gdy stawiano nieprzezroczysty ekran między okiem lewym i zjawiskiem, *resp.* miejscem, gdzie zwykle to ostatnie ukazywało się, [1 metr], wówczas złudzenie nikło *resp.* nie ukazywało się; pryzmat, ustawiony przed lewym okiem, zdwajał widziało; to ostatnie zbliżało się do chorej, lub oddalało zależnie od tego, czy chora patrzyła przez okular, czy przez obiektyw zwykłej lornetki. W zwierciadle, gdy je ustawiano w należytej odległości, chora widziała dwie postacie dyabła.

Zdanie MOLL'a, że efekt fizyologiczny lub psychologiczny, oczekiwany przez człowieka w jego ustroju, ma często tendencję do ujawnienia się w rzeczywistości, daje się jak najlepiej zastosować, jak widzimy, do halucynantów.

Jeszcze więcej poucza przypadek PICK'a. Chora jego, dotknięta psychozą i prześladowana przez przykre halucynacje, wyraźnie zaznaczała, że słyszy na lewe ucho bardzo źle i chwyta dźwięki zawsze tylko prawem uchem; jeśli zatkać prawe ucho watą, natenczas chora słyszy tylko szmery, żadnych zaś dźwięków lub głosów prześladowczych nie jest w stanie rozpoznać. „Doświadczenie to, powiada PICK, było powtórzone kilkakrotnie, przyczem stwierdzano stale, że chora słyszy tylko wtedy, kiedy krzyczeń jej wprost do lewego ucha; chora oświadcza jasno, że rozpoznawanie głosów przy zatkniętem zdrowem uchu jest zupełnie niemożliwe, gdyż na drugie ucho źle słyszy; i rzeczywiście po wyjęciu waty z ucha zaczyna znów dobrze słyszeć wrogie jej głosy“. Bliższe badanie ucha wykryło w lewym przewodzie słuchowym stary woszczek, po usunięciu którego wróciła prawidłowa czynność narządu. W kilka dni potem zjawily się halucynacje lewostronne.

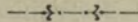
Spostrzeżenie to zdaje się przemawiać za tem, że złudzenie słuchu zjawiało się i nikło zależnie od tego, czy chory, według przekonania swego, słyszał, czy też nie. [D. n.]

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

ELEKTROTERAPIA PRZED SĄDEM KRYTYKI WSPÓŁCZESNEJ.

Podał

A. Puławski.



Mało jest, może, metod w medycynie wewnętrznej, któreby się doczekały tak filozoficznego i tak szczerego roztrząsania, jak elektroterapia. Rolę DESCARTES'a, jak słusznie zauważył EULENBURG, wziął na siebie MOEBIUS w imię hasła nowożytnej filozofii: *de omnibus dubitandum est*.

Dzięki MOEBIUS'owi, w ciągu kilku lat ostatnich literatura elektroterapeutyczna przestała zajmować się wyłącznie kwestyami technicznymi: zaczęto wnikać głębiej i wszechstronniej w istotę samej metody; zaczęto domagać się od autorów więcej krytyki i dokładności spostrzeżeń. Treściwe przedstawienie tego nowego ruchu w literaturze elektroterapeutycznej będzie zadaniem niniejszego sprawozdania.

Stały referent działu elektroterapii w rocznikach SCHMIDT'a, P. J. MOEBIUS, tak zakończył swoje sprawozdanie z r. 1887: „To, co nadaje charakter najnowszej literaturze elektroterapeutycznej, jest zapal, z jakim autorzy starają się ocenić pod względem terapeutycznym wartość nowych, ulepszonych aparatów i niedawno uzyskanej możliwości ściślejszego dawkowania prądu elektrycz-

nego,—zapał, zasługujący na uznanie, ale, przy zapoznaniu innych faktycznych danych, prowadzący do naukowej igraszki (*zur wissenschaftlichen Spielerei*)⁴. Przez te inne dane faktyczne rozumie autor brak teoretycznych i empirycznych podstaw, jakim się odznacza ten dział lecznictwa. „Nasze wiadomości, mówi w temże sprawozdaniu M., o naturze leczniczej równają się obecnie jak i niegdyś zeru; nasze nadzieje terapeutyczne pod wielu względami sromotnie nas zawiodły i zawsze posiadamy więcej dogmatów, po części może fantastycznych, niż rzeczy dowiedzionych (*haben wir mehr Dogmata die vielleicht zum Theil Phantasmatata sind als Demonstrata*).

Pessimistyczny swój pogląd szczegółowiej formuluje M. w kilku tezach, które EULENBURG żartobliwie przyrównał do tez, jakie ongi przybił LUTER na drzwiach kościelnych w Wirtenberdze. Tezy te są następujące:

1) Nie dowiedziono, że elektryczność leczy porażenia organiczne, bo porażenia, powstałe wskutek zniszczenia ośrodków nerwowych, nie są wogóle wyleczalne; porażenia zaś obwodowe, o ile są uleczalne, leczą się same przez się; dotąd nikt nie dowiódł, że elektryczność może przyspieszyć regeneracją mięśni lub nerwów. Wreszcie pośrednie (*indirekte*) porażenia ośrodkowe i t. zw. lekkie porażenia obwodowe wyrównują się bez wszelkiej interwencji lekarskiej.

2) Elektryczność niewątpliwie pomaga na pewne bóle, parestezye, na niektóre ruchowe objawy podrażnienia, nieprawidłowości w funkcji niektórych narządów [np. zaburzenia naczynio-ruchowe, atonia kiszek, zaburzenia w miesiączkowaniu].

3) Te same zaburzenia leczą się przez sugestją.

4) Możliwą zatem jest rzeczą, że elektryczność działa przez sugestję.

5) Za tem przemawiają różnorodne fakty, a szczególnie brak prawidłowości w działaniu leczniczem elektryczności. Nieprawidłowość ta jest dla nas zupełnie jasną, skoro przypuścimy pośrednictwo duchowe, staje się zaś zupełnie ciemną, kiedy usuniemy moment psychiczny. W elektroterapii dla osiągnięcia działania leczniczego metoda jest rzeczą obojętną do tego stopnia, że te same wyniki możemy otrzymać przy najróżnorodniejszych sposobach stosowania elektryczności; za pomocą tej samej metody jeden lekarz otrzymuje wyniki świetne, inny—żadnych.

Nie tylko elektroterapia lecz i elektrodiagnostyka znalazła w osobie MOEBIUS'a bardzo surowego krytyka. M. przypomina zdanie NOTHNAGEL'a, że elektrodiagnostyka nie dała tego, co obiecywała. Ostry to sąd, lecz sprawiedliwy, powiada MOEBIUS. Znaczenie danej metody w pierwszej linii zależy od wyników, jakie ona daje, ale nie jest bez znaczenia jej praktyczność i możność rozpowszechnienia. Porównajmy współczesny stolik elektroterapię z młotkiem perkusyjnym: jak mało przyniósł pożytku neurologowi ten pierwszy w porównaniu z tem prostym narzędziem dyagnostycznym. Ścisłe badanie elektrodiagnostyczne przeprowadzić jest bardzo trudno, o wiele trudniej, niż wielu lekarzy myśli, a liczba tych, którzy je przeprowadzić potrafią, nie jest wielką. Ale większość tych badań nie prowadzi do niczego. Dziwne to i zarazem szczęśliwe, że trudności elektrodiagnostyczne są odwrotnie pro-

porcyonalne do ich wartości. Najważniejszą rzeczą jest znaleźć odczyn zwyrodnienia, a to nie jest tak trudnem. Najmniej mają znaczenia wszelkie małe ilościowe różnice w pobudliwości elektrycznej, a znalezienie tychże jest niesłychanie trudne. Nie zważałoby się na te trudności, gdyby dane badania elektrycznego były niezbędne. Ale dla rozpoznania rzadko są one potrzebne. Są neurologi, którzy badają doskonale, a jednak nigdy prawie do elektryczności się nie uciekają.

Jedyną *pièce de resistance* elektrodyagnostyki jest odczyn zwyrodnienia. Ten, jako wyraz zmian histologicznych, jest interesujący i pełen znaczenia. Ale od samego początku zanadto przeceniono praktyczną wartość tego objawu. Zdawało się, że będzie on znakiem nieomylnym cierpień obwodowych, tymczasem znaleziono go również przy cierpieniu rogów przednich rdzenia; zdawało się, że istnienie tego objawu pozwoli wyłączyć napewno cierpienia czysto mięśniowe i czysto ośrodkowe. Tymczasem znajdowano go w pierwotnym zaniku mięśni, w trychinozie i w porażeniach mózgowych. Liczba przypadków, w których znalezienie odczynu zwyrodnienia ma decydujące znaczenie rozpoznawcze, jest bardzo nieznaczna. Niezaprzeczoną wartość posiada odczyn zwyrodnienia w porażeniach reumatycznych dla ustalenia rokowania, ale i tu miejsce elektryczności może zupełnie wystarczająco zastąpić młotek perkusyjny.

Pessimistyczne poglądy MOEBIUS'a przez lat kilka nie wywoływały ani protestu, ani współczucia, być może dla tego, że były wygłaszane w mało poczytnem wydawnictwie SCHMIDT's *Jahrbuecher* 1887, 1889, 1891. Za to protest ten wybuchnął z całą siłą na kongresie elektroterapeutów, zbranym z okazji wystawy elektrotechnicznej we Frankfurcie nad Menem we wrześniu 1891 roku. Brało w nim udział 35 lekarzy, między którymi byli: ERB [Heidelberg], EULENBURG [Wiedeń], O. ROSENBACH [Wrocław], KRAEPELIN [Heidelberg], BENEDIKT [Berlin], BRUNS [Hanower], LOEWENFELD [Monachium], C. W. MUELLER [Wiesbaden], VIGOUROUX [Paryż. Przysłał referat].

Nie ukrywano bynajmniej, że zjazd ma na celu zaprotestować przeciwko krańcowym poglądom MOEBIUS'a, co dało powód EULENBURG'owi do żartobliwego porównania tegoż z HUSEM. „Dobrze, że się tu MOEBIUS nie zjawił, powiada E, mogłoby się z nim tak źle skończyć, jak z wielkim kacerzem, na soborze w Konstancyi.“ Wprowadzono na porządek dzienny pewną ilość z góry przygotowanych tematów, które dotyczyły najdrażliwszych punktów elektroterapii, zaczepionych przez MOEBIUS'a.

Inicyator zjazdu Leop. LAQUER odpowiadał na pytanie: o ile działanie elektryczności polega na sugestyi; czy elektryczność wywiera jakie działanie, którego nie da się osiągnąć przez sugestję? Odpowiedź wypadła pomyślnie dla elektroterapii. Nie wszyscy chorzy nerwowi są podatni na działanie sugestyi, a jednak i takich leczy elektryczność. Nie wiara w elektryczność leczy, gdyż wielu chorych siada do aparatu elektrycznego ze wstrętem, z obawą nieraz i w oczekiwaniu czegoś nieprzyjemnego. Jednakże autor mówi, iż dla przekonania niewiernych należałoby na przyszłość robić staranniejsze obserwacye, podawać szczegółowe historye

chorób, ściśle oznaczać sposób elektryzowania, dozowanie, czas trwania leczenia a nadewszystko w każdym danym przypadku wyłączać wpływ sugestyi.

Autor zacieśnia pojęcie sugestyi, uważając ją za możliwą tylko podczas hipnozy. Tymczasem M. przez sugestję rozumie wpływ psychiczny, możliwy bez snu hipnotycznego. Wymaganie od elektroterapeutów ściślejszych obserwacji bardzo jest słusznem. Być może, iż ta „kazuistyka przyszołości“, jak ją nazywa M., będzie bardziej przekonującą, niż zapewnienia, że choremu po elektryzacji zrobiło się „lepiej.“

Nadzwyczaj sceptyczną jest odpowiedź O. ROSENBACH'a na kategoryczne pytanie: czy wogóle należy spodziewać się korzyści od elektroterapii w organicznych cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego? Kwestye terapeutyczne, powiada R., można rozstrzygać dwojako albo empirycznie, zestawiając pewną liczbę szczęśliwych wyleczeń po zastosowaniu danej metody, albo naukowo, uzasadniając możność działania *resp.* skuteczności pewnej metody w danym kierunku.

Statystyka w terapii jest źródłem największych błędów, gdyż mamy tu do czynienia nie z pewnymi ściśle określonymi wielkościami liczbowymi, tylko z wielkościami niewiadomymi i nierównymi. Błędy, popełnione w małych statystykach, utworzonych ze szczupłego materiału obserwacyjnego, w wielkich statystykach nie tylko się nie zmniejszają, lecz przeciwnie rosną, gdyż uporządkowanie materiału, porównanie oddzielnych wielkości, z którymi się ma do czynienia, staje się wprost niemożliwym. Jest pewne źródło omyłek w spostrzeżeniach terapeutycznych, które dałoby się uniknąć. Oto, zanim wydamy sąd o skuteczności danej metody, powinniśmy poznać dokładnie naturalny przebieg danej choroby (*Naturgeschichte der Krankheit*). W stosunku do leczenia chorób ośrodkowego układu nerwowego autor doszedł do przekonania, iż pewna znaczna liczba ostrych chorób tej kategorii bez wszelkiego leczenia przechodzi w wyzdrowienie lub częściowe wyleczenie — najświetniejsza statystyka elektroterapeutyczna nie może się poszczycić lepszymi wynikami, w chorobach zaś przewlekłych [i w ostrych rdzeniowych] wyzdrowienie również jest ograniczonem przy wyczekującym leczeniu, jak przy wszelkiem innym.

Empirya zatem, statystyka nie może przemawiać za stosowaniem elektroterapii w chorobach ośrodkowego układu nerwowego. Z drugiej strony, nie dowiedziono, aby prąd elektryczny mógł w jakibądź sposób wpływać na wessanie wylewów lub nacieczeń w tkance mózgowo-rdzeniowej, aby wpływał na regenerację zanikłych nerwów; owszem, dowiedziono raczej, że wpływu na tę sprawę mieć nie może.

Gdyby prąd elektryczny te własności posiadał, ujawniłby je przede wszystkim na tkankach dla prądu dostępniejszych, np. na skórze, a czy słyszano o pomyślnych wynikach elektroterapii w chorobach skóry? W omawianym dziale chorób jedyną wartość posiada, według R., prąd indukcyjny — umiarkowana faradyzacja mięśni porażonych zapobiega do pewnego stopnia zanikowi tychże i wytwarzaniu się przykurczeń, co zresztą daje się również osiągnąć przez mięsienie. To samo, co było powiedziane o elektroterapii, R

stosuje również i do sugestyi. „Ci wszyscy, którzy każde polepszenie, jakie się zdarzy podczas stosowania metody, uważanej przez nich za bezsilną, przypisują sugestyi, szkodzą zarówno nauce, jak i ci, którzy ślepo danej metodzie ufają“. Tylko rozważanie historii naturalnej chorób chroni lekarza od fałszywego rozumowania: *post remedium ergo propter remedium*.

BRUNS opracował temat: czy elektryczność wywiera działanie lecznicze na cierpienia obwodowe układu nerwowego? Autor bierze pod uwagę tylko porażenia i nerwobóle [wyłącza kurcze i przykurczenia, jako należące po większej części albo do nerwic, albo do cierpień ośrodkowych].

Porażenia urazowe lekkie [1-go stopnia] przechodzą bez wszelkiego leczenia. Czy w porażeniach średnich i ciężkich elektryczność przyspiesza wyleczenie, nie mamy na to dowodów. Autor wyznaje, że w porażeniach tego rodzaju elektryzował $\frac{3}{4}$ roku, a nawet rok cały, zanim widział powrót do zupełnego zdrowia. Tyleż czasu potrzeba było do wyleczenia takich porażen, jeżeli z jakichkolwiek powodów leczenia nie stosowano. Porażenia pochodzenia neurtycznego zależą zwykle od otrucia, zakażenia lub choroby konstytucjonalnej—wyleczenie zależy od uwzględnienia etyologii cierpienia, a nie od elektryczności.

Zupełnie rzecz się ma inaczej z nerwobólami. Te bezwarunkowo dają się leczyć za pomocą elektryczności. Tu już łatwiej możemy sądzić o skuteczności leczenia, gdyż nerwobóle zwykle nie mają typowego przebiegu, ani też jakichkolwiek terminów trwania, jak porażenia. Nieraz trwają lata całe, a jednak znikają po elektryzowaniu. Czy gra tu rolę sugestya, rozstrzygnąć trudno, lubo się z tą możliwością liczyć należy.

Na wyżej podane 3 tematy znany elektroterapeuta paryski R. VIGOUROUX przesłał piśmienną odpowiedź, którą odczytano na zjeździe. Co się tyczy udziału sugestyi w leczeniu elektrycznością, to udział ten, według V., zaprzeczyć się nie da, ale nie jest on ani większy, ani mniejszy, niż w innych działach terapii. Że więcej i chętniej mówi się o tem udziale w elektroterapii, zależy to od tego, że ta ostatnia słusznie, czy niesłusznie jest metodą używaną przedewszystkiem do leczenia histeryi. Ale w pojmowaniu histeryi nie powinniśmy się powodować jakimiś mglistymi teoryami więcej literackimi niż klinicznymi. Lekarz wobec histeryi ma coś więcej do roboty, niż rozprawić o *éternel féminin*. Histerya nie jest chorobą bez podłoża organicznego: odżywianie w niej cierpi, a w wielu razach ma ona dużo wspólnego z dyatezą artrytyczną. W histeryi są jeszcze objawy zmienne i poddające się leczeniu sugestyjnemu, są jednakże i inne, wymagające leczenia rzeczywistego. Dla tego też nie należy uważać elektroterapii za pośredniczkę sugestyi dla tego tylko, że jest pomocną w histeryi. Przypadki, w których elektryzacja jest pomocną, dzieli autor na 3 kategorie: 1) takie, gdzie sugestya jest prawdopodobną, 2) gdzie jest możliwą, 3) gdzie musi być zupełnie wykluczoną. Do tych ostatnich V. zalicza chorobę BASEDOW'a, gdzie faradyzacja szyi ma dawać wyniki, odznaczające się stałością(?). Tu należy elektryzacja nerwu przeponowego przy uduszeniach, elektroliza nowotworów, wpływ na wessanie wy-

sięków, na ogólną przemianę materii i t. d.. W odpowiedzi na pytanie 2-gie V., twierdzi kategorycznie, iż niema ani jednego faktu, któryby dowodził iż jakikolwiek bądź sposób elektryzacji głowy może wpływać na mózg. Zna-ne powszechnie objawy, otrzymywane przy galwanizacji głowy, zależą popro-stu od „podrażnienia organów zmysłów. Po za tem podrażnieniem nie otrzymano żadnego oddziaływania, któreby można nazwać mózgowem. To samo stosuje się do rdzenia. W chorobach ośrodków mózgowo-rdzeniowych elektryczność może działać drogą pośrednią—polepszając stan ogólny, zaradza-jąc niektórym powikłaniom, np. zaparciu stolca u hemiplegików.

W porażeniach obwodowych V. radzi się wstrzymać od miejscowej elektryzacji; leczenie klasyczne, polegające na pobudzaniu *quand même* chorych mięśni, może mieć tylko wpływ niepomyślny w przypadkach degeneracji mię-śniowo nerwowej. Za to należy zwracać baczniejszą uwagę na stan ogólny chorych, bo wszyscy ci chorzy, dotknięci to porażeniem *n. radialis*, to *n. facia-lis*, są według V. po większej części neuropaci, albo artrytycy: każdy z nich ma z pewnością predyspozycję do tych porażeń, nieraz już im podlegał, albo podlegać będzie, albo też ma inne objawy dyatezy. Należy więc zająć się stanem ogólnym takich chorych... a elektryczność statyczna jest środkiem który odpowiada wielu potrzebnym w takich razach wskazaniom.

Referaty powyższe, poruszające najżywotniejsze kwestye elektroterapii wywołały ożywione rozprawy, prowadzone pod kierunkiem ERB'a. Ten ostat-ni rozpoczął od niejednokrotnie poruszanej kwestyi, czy nie należałoby przeprowadzić więcej badań doświadczalnych nad leczeniem działaniem prądów elektrycznych? Badania takie były wielokrotnie przedsiębrane przez mówcę i innych badaczy. Doświadczenia na zwierzętach prawie są niemożliwe, gdyż trudno jest u tych ostatnich stworzyć doświadczal-nie większą część stanów patologicznych, do takich badań potrzebnych. Ostre, po większej części pasożytnicze zapalenia nie nadają się do doświadczeń elek-troterapeutycznych, chroniczne—w sensie ludzkiej patologii są niemożliwe do wywołania [atrofia, skleroza, dystrofia i t. d.]; pozostają tylko obrażenia tak-kie, jak: przecięcie nerwu, ucisk, zgniecenie; ale kto robił podobne próby, ten wie, z jakimi trudnościami są połączone badania terapeutyczne na tego-ro-dzaju obiektach. Dla tego też, według E., pozostaje tylko jedyna droga, t. j. doświadczenia na ludziach: fizyologiczne na skórze, błonach śluzowych, mięś-niach, a szczególnie doświadczenia patologiczne—*experimenta naturae*. Do te-go nadają się przedewszystkiem sprawy zewnętrzne i miejscowe o prostym, ja-snym przebiegu [na stawach, kościach, mięśniach, ścięgnach i nerwach]. Ta-ka elektroterapia doświadczalna mogłaby doprowadzić do licznych i poważnych wniosków, jako też nieraz rzeczywiście do takich wniosków do-prowadziła.

[D. c. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

25. Davidsohn. O zapaleniu ucha średniego przy cukrzycy.

Mężczyźnie 49-letniemu, dokonano trepanacyi oraz wydlutowania wyrostka sutkowego prawego wskutek ropnia, powstałego przy zapaleniu ucha średniego. Przebieg pooperacyjny dobry, stan ogólny chorego pomysłny; w 17 dni po rękoczynie podczas opatrunku zauważono dość znaczny, twardy naciek poniżej wyrostka sutkowego i wzdłuż mięśnia mostko-obojezyko-sutkowego. Przy ucisku na wspomniane miejsce z rany sączyła się ropa. Na zgłębniku, który wykazał obecność zatoki, zrobiono przeciw-otwór w nadziei opanowania szerzącej się sprawy ropnej. W dwa dni później znaleziono, że nacieczenie rozszerzyło się po całej niemal połowie szyi; skóra w tem miejscu zaczerwieniona, ruchy głowy ograniczone, nader bolesne; przy ucisku ropa sączy się z przeciw-otworu. Zrobiono obszerne cięcia i założono sączki, które pozostawiono w ranie w ciągu dni dwudziestu, ranę przemywano czystą wodą przegotowaną. Stan ogólny i miejscowy chorego zły i znaczne osłabienie, brak łaknienia; rany nie zdradzały bynajmniej skłonności do gojenia. Wówczas D. przyszła myśl o cukrzycy (*diabetes mellitus*); chory zaś wyznał, że w ciągu lat ostatnich znajdował się w opłakanych warunkach, a od kilku miesięcy pracował nad siły; w tym czasie stracił 30 funtów wagi. Badanie moczu wykryło obecność cukru w ilości 2,7%. Choremu przepisano odpowiednią dyetę; po ośmiu dniach ilość cukru w moczu spadła do 1,1%, a po dwóch tygodniach cukru w moczu wykryć nie było można. Od tego czasu stan miejscowy zaczął się widocznie polepszać, rany poczęły pokrywać się dobrą ziarniną; wreszcie w 2 miesiące od czasu pierwszej operacyi zagoiły się; otwór w błonie bębenkowej zabił się również; słuch dobry; stan ogólny chorego dobry; przybytek na wadze wyniósł 12 funtów.

Przed laty dwudziestu chory przechodził również zapalenie lewego ucha średniego wraz z zajęciem wyrostka sutkowego, cierpienie jednak odznaczało się wówczas przebiegiem o wiele łagodniejszym.

Przypadek powyższy, jak również przegląd odnośnej literatury skłoniły autora do wypowiedzenia kilku uwag odnośnie do kwestyi: 1-o w jakim stosunku przyczynowym znajduje się cukrzyca do zapalenia ucha? 2-o gdzie jest siedlisko pierwotne choroby: czy w jamie bębenkowej, czy też w wyrostku sutkowym? 3-o kiedy należy operować przy istniejącej cukrzycy?

Ad 1-um. Aczkolwiek niektórzy autorowie przyjmują, że moczówka powoduje bezpośrednio zapalenie ucha średniego, autor jednak sądzi, że u jego chorego, który przechodził już dwukrotnie zapalenie ucha z zajęciem wyrostka sutkowego, cierpienie uszne powstało samoistnie dzięki wtargnięciu drobnoustrojów do trąbki EUSTACHIUSZA; na złośliwy zaś przebieg choroby za drugim razem wpłynęła moczówka cukrowa, którą też autor uważa za czynnik, wpływający niezmiernie ujemnie na przebieg omawianej choroby, a nie za wywołujący bezpośrednio cierpienie ucha.

Ad 2-um. Wobec gwałtownego początku i przebiegu cierpienia wyrostka sutkowego oraz wobec faktu, że sprawa chorobowa w kości nierównie rozległej-

szą jest, niż w jamie bębenkowej, wielu autorów sądzi, że początkowem ogniskiem choroby usznej przy istniejącej moczówce cukrowej jest wyrostek sutkowy. Autor jest zdania wręcz przeciwnego: cierpienie uszne w jego przypadku zaczęło się od silnych bólów ucha, które ustąpiły po trzech dniach wraz ze zjawieniem się wypływu ropnego z ucha; bóle takie zależą od wytrzymałości błony bębenkowej, a nie od cierpienia kości wyrostka.

Gwałtowne zajęcie sprawą chorobową wyrostka sutkowego wystąpiło dopiero w ośm tygodni od początku choroby usznej. D. tłumaczy sobie gwałtowny początek tego powikłania pierwszej choroby ucha w sposób następujący: od wahań ilości cukru w ustroju, tak częstych u dotkniętych moczówką cukrową, zależy mniejsza lub większa odporność tkanek ustroju względem drobnoustrojów; skoro zaś ilość cukru przekroczy pewną granicę, wówczas tkanki, a w danym razie wyrostek sutkowy, nie mogąc oprzeć się działaniu drobnoustrojów, podlegają gwałtownie zapaleniu. Stwierdzenie poglądu swego D. widzi również w doświadczeniach BUJWIDA, który wprowadzał do tkanek, oprócz drobnoustrojów, i cukier gronowy. Wciągnięty wtórnie w sprawę chorobową wyrostek sutkowy może uleść nierównie większemu zniszczeniu, aniżeli pierwotne ognisko cierpienia — ucho średnie: po przedziurawieniu bowiem błony bębenkowej odpływ ropy trwać może tygodnie bez szerszenia się sprawy, podczas gdy sprawa zapalna w wyrostku sutkowym dzięki zatrzymaniu się wydzieliny i drobnoustrojów już w ciągu dni kilku sprowadzić może wielkie zniszczenia kości.

Ad 3-um. Zdaniem wszystkich, do operacji przystępować należy nawet w najcięższych przypadkach moczówki cukrowej; rokowanie natomiast zależy będzie ściśle od tego, czy moczówka zmniejszyła się pod wpływem odpowiedniej diety. Pytanie, kiedy należy operować przy moczówce, autor rozstrzyga, jak następuje: jeżeli niema bezwzględnego wskazania do rękoczynu, lepiej wstrzymać się z operacją do chwili, gdy, dzięki diecie, ilość cukru się zmniejszy. Wreszcie D. dla uniknięcia niemiłych niespodzianek zaleca badać moczu na cukier przed każdym rękoczynem na wyrostku sutkowym, jak również badać moczu po operacji nawet wówczas, gdy go przedtem nie wykryto.

(*Berl. klin. Wochschr.* 1894. Nr. 51).

Wacław Lapiński.

26. H. Zeehuisen. O znaczeniu rozcieńczenia moczu przy próbach na białko, cukier i barwniki żółciowe.

Cały szereg przedsięwziętych doświadczeń przekonał autora, że rozcieńczenie moczu oddaje doskonale usługi przy klinicznym, jakościowem badaniu moczu. Niewinna ta i prosta modyfikacja sprawia, że dawne, w nowszych podręcznikach już pomijane metody badania, jak: HELLER'a próba na białko, FEHLING'a odczyn na cukier i GMELIN'a na barwniki żółciowe — nabierają pierwszorzędnej wartości.

Przy próbie HELLER'a [z kwasem azotnym] pierwszy zastosował rozcieńczenie moczu HAMMARSTEN. Próba ta, zwykle bardzo czuła, niezawsze jednak daje niezawodne wyniki, gdyż dodatni rezultat może wystąpić i w wolnym od białka moczu. Mocznik, kwas moczowy, kwasy żółciowe i żywicowe, zawarte w moczu, mogą dawać na miejscu zetknięcia moczu z kwasem azotnym nieprze-

zroczystą, białą lub barwną obrączkę. Rozcieńczając moczu do ciężaru właściwego 1,005 i niżej, sprowadzamy do *minimum* procentową zawartość tych związków, dzięki czemu w moczu, nie zawierającym białka, odczyn nie wystąpi wcale, w moczu zaś, zawierającym to ostatnie — wystąpi czysto, bez pobocznych barwnych obrączek. Autor bada zazwyczaj z początku nierozcieńczony moczu. Jeżeli po ostrożnem dolewaniu kwasu azotnego występuje rezultat ujemny, to wystarcza to najzupełniej do skonstatowania nieobecności białka. Przy rezultacie dodatnim autor powtarza próbę z moczem, rozcieńczonym do ciężaru właściwego 1,005 i niżej. Jeżeli moczu ma barwę bardzo ciemną, dzięki czemu biała obrączka mogłaby zostać niedopatrzoną, to autor również powtarza próbę z moczem rozcieńczonym. Próby powyższe autor sprawdza przez zagotowanie moczu z następnem zakwaszeniem odrobiną 5% kwasu octowego. Tutaj moczu, jeżeli chodzi o nieznaczne ilości białka, nie powinien być rozcieńczany. Obie powyższe próby wystarczają najzupełniej do wykazania nawet śladów białka, występujących fizyologicznie.

Przy próbie z płynem FEHLING'a na cukier rozcieńczanie moczu ma także poważne znaczenie. Normalny moczu zawiera pewną, nieznaczną zresztą ilość odtleniających substancji, jako to: kwasu moczowego, kreatyniny, związków glikoruuowych, dzięki którym otrzymać możemy dodatni rezultat nawet w moczu wolnym od cukru gronowego. Rozcieńczając moczu do ciężaru właściwego 1,005 i niżej, eliminujemy owe substancje, które, jako zbyt rozcieńczone, nie są w stanie wywrzeć swego odtleniającego działania. Przy obecności zaś cukru w moczu, odczyn, pomimo rozcieńczenia, będzie miał miejsce, gdyż odczyn FEHLING'a występuje nawet przy 0,05%—0,025% zawartości cukru. Spóźniony odczyn, jak twierdzi autor, nie ma tu miejsca nigdy, o ile plyn FEHLING'a przygotowany jest *ex tempore*.

Powyższą próbę Z. kontroluje zazwyczaj przy pomocy próby MOORE'a. Przy użyciu powyższych prób autor rzadko kiedy był zmuszony uciekać się do próby z fermentacją.

Co się tyczy barwników żółciowych, to pierwszy STOKVIS zwrócił uwagę na znaczenie rozcieńczenia moczu przy próbie Gmelin'a. Ciemno-brązowa obrączka, jaką widzimy na granicy obu płynów i przy normalnym moczu, przy znacznem rozcieńczeniu nie zjawia się zupełnie, a jeżeli moczu zawiera barwniki, to wystąpi tylko charakterystyczna zielonawo niebieska obrączka od biliwerdyny. Wszelako sposób ten nie zawsze daje dobre rezultaty. Tam, gdzie zawartość barwników żółciowych w moczu jest bardzo nieznaczną, Z. radzi lepiej używać prób, polegających na skupieniu znacznej ilości barwników na możliwie małej przestrzeni, a więc prób: HUPPERT'a [traktowanie moczu wodą wapienną], HILGER'a [woda barytu], STOKVIS'a [chlerek cynku], BINNEDIJK'a [octan cynku], JOLLES'a [chlerek barytu i chloroform]. Poleca także Z. metodę ROSENBACH'a: oddziaływanie kwasem azotnym dymiącym na bibułę, użytą do filtrowania moczu.

(*Zeitschrift f. klin. Medicin.* 1895. Hft. 1 u 2).

Bronisław Peltyn.

Wiadomości terapeutyczne.

6. Gallanolum. Gallanol. Wśród środków leczniczych przeciwko łuszczyicy (*psoriasis*), jak wiadomo, dotąd pierwsze miejsce zajmuje—chryzaro-bina. Wszelako środek ten ma swoje ujemne strony: często bowiem wywołuje silne podrażnienie zapalne, tak, że na niektórych okolicach ciała zupełnie niepodobna go stosować, np. na twarzy i na głowie; prócz tego przedstawia chryzaro-bina i tę niedogodność, że zabarwia skórę, włosy i bieliznę.

Z tego powodu od czasu do czasu lekarze próbują stosowania innych środków leczniczych. Między innymi, w r. 1893 zrobiłem na tem miejscu wzmiankę o nowym środku leczniczym, zaleconym głównie przeciwko łuszczyicy, a mianowicie o gallanolu ¹⁾.

Gallanol jest to anilid kwasu gallusowego. W stanie surowym znanym jest w handlu pod nazwą: gallol. Jako przetwór chemicznie czysty i do użytku lekarskiego przeznaczony nosi nazwę: gallanol.

Nowy ten środek leczniczy przedstawia się pod postacią proszku krystalicznego, bezbarwnego. Smak ma gorzkawy. Rozpuszcza się w gorącej wodzie, w eterze i w alkoholu. Nie rozpuszcza się w benzynie, w ligroinie i chloroformie.

Pierwsze doświadczenia laboratoryjne i spostrzeżenia kliniczne nad gallanolem przeprowadzili CAZENEUVE i ROLLET, o czem zresztą wiemy już z notatki podanej przed dwoma laty. Następnie o tym samym przedmiocie ogłosili trzy prace: GONON, NICOLAS i BAYET. Wszyscy ci lekarze zgodnie twierdzą: że gallanol posiada własności redukujące i antyseptyczne; że nie jest trującym i nie wywołuje podrażnienia i że wreszcie, co najważniejsze, daje doskonałe wyniki nie tylko przy leczeniu łuszczyicy, ale i w całym szeregu innych chorób skórnych.

Obecnie D-r MAX JOSEPH z Berlina (*Berlin. klin. Woch. 1895. 8*) na mocy własnych spostrzeżeń podaje wyniki, do jakich doszedł przy stosowaniu—przez rok—gallanolu w rozmaitych chorobach skórnych.

Wprawdzie co do szybkości działania stoi gallanol niżej od chryzarobiny, jednakże wpływ jego pomyślny w łuszczyicy nie ulega żadnej wątpliwości, a można nawet stanowczo powiedzieć, że w niektórych razach środek wzmiankowany posiada pod pewnym względem niejaką wyższość nad chryzarobiną i kwasem pyrogallusowym: nie wywołuje zapalenia i nie zabarwia skóry, włosów i bielizny.

Szczególniej odpowiednim jest gallanol w łuszczyicy łagodnej i wówczas, gdy lekarzowi i pacjentowi nie zależy na szybkim wyleczeniu. Stosować go należy w postaci roztworu dziesięcioprocentowego w traumatycynie, a na twarzy i głowie w postaci maści 10%. Na twarzy i głowie gallanol nigdy nie wywołuje zapalenia, jakie zwykle spotykamy w tych okolicach ciała przy stosowaniu chryzarobiny.

¹⁾ Wiadomości terapeutyczne. Gaz. Lek. 1893. Str. 1065.

Tą okolicznością można wytłumaczyć powolniejszą skuteczność nowego środka leczniczego: chryzarobina bowiem przez to właśnie, że wywołuje silne zapalenie, przyspiesza odluszczenie się warstw naskórka i w ten sposób szybciej prowadzi do wyleczenia; przy gallanolu niema owego reakcyjnego zapalenia, z tego powodu i wyleczenie się opóźnia. Z tego względu JOSEPH zaleca gallanol przeciwko łuszczycy twarzy i głowy, a prócz tego przeciwko łagodnym formom łuszczycy, szczególnie u kobiet i dzieci.

Przed zastosowaniem gallanolu trzeba, rozumie się, przedewszystkiem usunąć łuski z miejsc, zajętych sprawą chorobową, co można wykonać w kąpieli za pomocą szczotki, albo też bardzo ostrożnie t. zw. ostrą łyżeczką. Skórę głowy, włosem pokrytą, trzeba, przed zastosowaniem gallanolu, doskonale oczyścić alkalicznym spirytusem mydlanym (*spiritus saponato-alkalinus*).

Takiz sam, jak i przy łuszczycy, wynik pomyślny otrzymał JOSEPH przy „*herpes tonsurans*“ i „*eczema marginatum*“, szczególnie przy „*herpes tonsurans*“ twarzy i głowy.

Wbrew twierdzeniu lekarzy francuskich, mniej skutecznym okazał się gallanol przy pryszczycy (*eczema*).

7. Ferripyrium. Żelazo-piryna. Jest to związek chemiczny półtorachlorku żelaza z antypiryną, wprowadzony do celów leczniczych, jako „*haemostaticum*“ i „*adstringens*“, przez D-r WITKOWSKIEGO [Frankfurt nad Menem].

Żelazo-piryna przedstawia się pod postacią delikatnego proszku, pięknej pomarańczowo-czerwonej barwy. Łatwo rozpuszcza się w wodzie. Wodny roztwór ma barwę ciemno czerwoną. W wodzie gorącej trudniej się rozpuszcza, aniżeli w zimnej: 1 część rozpuszcza się w 5 częściach wody 24° C., a dopiero w 9 częściach wody 100° C.. Dla tego też roztwór wodny, przygotowany na zimno, osadza przy ogrzewaniu kryształki w postaci czerwonych tabliczek.

Prof. JURASZ i D-r HEDDERICH przeprowadzili szereg spostrzeżeń nad działaniem tego środka przy chorobach gardła i nosa i przekonali się, że żelazo-piryna jest istotnie bardzo dobrym środkiem ściągającym (*stypticum et adstringens*) i mającym tę wyższość nad półtorachlorkiem żelaza, że przy dłuższem zetknięciu się z błoną śluzową nie wywiera działania przyżegającego.

Oprócz działania ściągającego, wzmiankowany środek leczniczy wywołuje lekkie znieczulenie. Błona śluzowa przy zetknięciu się z żelazo-piryną przyjmuje przemijające żółte zabarwienie.

Stosować żelazo-pirynę należy w roztworze wodnym 18% — 20%. Takim roztworem napojone tampony z waty przykładają się na miejsca krwawiące. Można również ją stosować wprost w postaci proszku.

Do przestrzykiwań przy tryprze zaleca WITKOWSKI roztwór wodny 1%—1½%, a przy krwawieniach żołądkowych u dorosłych wprost 0,5 proszku z domieszką *elaeosacchari Menthae*.

(*Therap. Monatsh.* 1895. 2).

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— Wynik stosowania surowicy leczniczej w szpitalu dzieciennym na ul. Śliskiej oraz w urzędzonym w tym celu oddziale przy szpitalu Dzieciątka Jezus jest, jak dotąd, bardzo zadawalający. Z pomiędzy 20-kilku przypadków przy ulicy Śliskiej [kol. KORAL] tylko 3 bardzo ciężkie przypadki krupu tracheotomowanego zakończyły się śmiertelnie, w szpitalu zaś Dzieciątka Jezus [kol. JANOWSKI] na 5 dotąd leczonych przypadków, pomiędzy którymi były 4 nadzwyczaj ciężkie przypadki krupu, żaden śmiertelnie się nie zakończył. Stan ogólny dzieci przy tego rodzaju leczeniu istotnie szybko się poprawiał, a blony znikaly bardzo szybko.

— W Galicyi od pojawiania się cholery, t. j. od 7 kwietnia 1894 aż po luty r. b., w 756 gminach zachorowało na cholere 15304 osób, z których zmarło 8385. Obecnie, jak donoszą telegramy pism peryodycznych, zupełnie ona już wygasła.

— LEON MASSOL w ciągu 22 miesięcy zrobił szczepień na żelatynie 26000 dla przekonania się o obecności bakterji w wodzie jeziora Genewskiego. W rezultacie przekonał się, iż jakkolwiek woda ta zawiera różne bakterje i wibryony, to względnie jest ona bardzo czystą. Ilość mikrobów w 1 ctm. sześć. wody wahała się między 1 a 412,5, przecięciowo 50. Najlepsza woda do picia w Paryżu ma ich 1250. W wodzie jeziora Genewskiego mikrobów jest mniej, gdy jezioro jest spokojne; 3 razy mniej w lecie, niż w zimie.

— Uzdrowiska dla niezamożnych chorych piersiowych coraz liczniej zostają zakładane. „*Frankfurter Verein für Reconvalescenten-Anstalten*“ przy pomocy prywatnej i miejskiej urządziło taki zakład w znanej miejscowości Falkenstein w górach Taunus, prowadzony bezpłatnie przez lekarzy istniejącego tamże zakładu dla suchotników. Koszt dzienny każdego chorego [licząc w to utrzymanie zakładu, służby i t. d.] wynosi 2,07 marek. Toż samo towarzystwo Frankfurckie zakłada drugie podobne uzdrowisko w Ruppertshain w Taunus kosztem 200,000 marek na 75 łózek. — „*Bremer Heilstättenverein*“ urządziło [1893] takż zakład w Rehburg pod Hannoverem na 24 łózka — Miasto Berlin [1892] w Malchow dla 96 mężczyzn, cierpiących na płuca, kosztem 245,000 marek. — Miasto Worms urządza takż zakład dla 35 chorych kosztem 130,000 marek i przeznaczą na chorego dziennie marek 2,20. — „*Verein zur Begründung und Unterhaltung von Volksheilstätten für Lungenkranke im Königreich Sachsen*“ zdecydowało założenie 4 takich uzdrowisk, z których jedno już buduje w Reiboldgrün na 100—120 osób, kosztem 250,000 marek, zebranych drogą prywatnych składek. — Berliński „*Invalideitäts- und Altersversicherungsanstalt*“ postanowiło majątek swój Gütergotz pod Berlinem obrócić na ten cel i urządzić tam oddział dla 20 suchotników. W Anglii od dawna już funkcyonują takie specjalne zakłady dla cierpiących na płuca. — Prof. SCHROETTER buduje dla wiedeńczyków podobny zakład w Alland. — Miasto Paryż zamysła o takim schronisku dla 200 chorych w Agincourt. — Szwajcarskie kantony Bazylei i Glarus urządzają również zakłady specjalne dla biednych dotkniętych cierpieniem dróg oddechowych.

Mimowoli zazdrość się rodzi, iż u nas, mimo znacznej liczby osób zamożnych, a jeszcze większej liczby roztrwaniających pieniądze na cele nieprodukcyjne, nie znajdzie się osoba, którejby przyszła szlachetna myśl uwiecznienia swego nazwiska z pożytkiem dla biednych i nieszczęśliwych chorych, którzy roją się po szpitalach, poddaszach, suterrenach i t. d.

Zmarł: w Paryżu w 78 roku życia ALPHONSE GUÉRIN, znany chirurg i promotor antyseptyki.