

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## O HYPNOTYZMIE W MEDYCYNIE.

Napisał

**D-r Leon Rzezniewski.**

(*Ciąg dalszy.*)

### Objawy małego hypnotyzmu.

Małym hypnotyzmem nazwano jego formy kliniczne, otrzymane pierwotnie przez Liebeaulta i Bernheima w Nanczy, a stwierdzone przez licznych badaczy gdzieindziej.

Jak już było wspomniane, szkoła hypnotyczna w Nanczy wychodzi z zasady, że stan hypnotyczny nie objawia się wyłącznie u hysteryczek i neuropatów, lecz u wielu nie nerwowych chorych, a nawet u zdrowych (Bernheim, l. c. str. 197—202), i że hypnotyzm jest skutkiem sugestyi, t. j. że skupienie uwagi na idei snu urzeczywistnia wszelkie objawy hypnozy, które tym sposobem mają jedyne źródło psychiczne. Usypiają więc w Nanczy znaczną liczbę chorych, przedstawiających różnorodne warunki somatyczne i psychiczne za pomocą sugestyi słownej, za jej pośrednictwem, popartem niekiedy wpatrywaniem lub pociągami wzdłuż twarzy, skupiając uwagę hypnotyzowanego na idei snu (środek psychiczny).

Zazwyczaj przed hypnotyzowaniem zapewnia się chorego, że ma zasnąć snem zwykłym, który dobroczynne wywrze nań skutki, a w razie potrzeby czyni się go świadkiem usypiania innych chorych (naśladownictwo). Rzadko się zdarza, aby po 4—5 minutach hypnotyzowania sen nie został otrzymany.

Wyniki otrzymane w Nanczy muszą być odmienne od wielkiego hypnotyzmu hysteryczek Charcot'a, ponieważ odmiennym jest stan chorych i odmienny sposób hypnotyzowania.

Jeśli w wielkim hypnotyzmie bezpośrednim skutkiem

hypnotyzowania jest odrazu najgłębsza faza hypnozy, t. zw. letarg, z którego dopiero przez stopniowe budzenie zapomocą manipulacyj zewnętrznych przeprowadza się stopniowo w fazy lżejszej hypnozy, kolejno w katalepsyję i w końcu w somnambulizm (najlżejsza hypnoza), to w małym hypnotyzmie większość usypianych przechodzi kolej odwrotną w rozwoju hypnozy. Zaledwie 1 na 6—7 osób popada odrazu w najgłębszą fazę snu (cechą jej amnesia po obudzeniu), inne zaś przechodzą powoli i zatrzymują się na stopniach pośrednich między jawą a snem najgłębszym, albo zatrzymując się na jednym z tych pośrednich stopni odrazu stale (co zależy od własności osobnika), lub posuwając się z czasem o 1—2 stopni wyżej w tej skali pod wpływem powtarzanego hypnotyzowania. Nigdy zaś nie mógł stwierdzić Bernheim, aby jakiegokolwiek manipulacje zewnętrzne mogły zmienić fazę snu przez prostą sugestyją wywołanego.

Co do najgłębszej fazy snu u hypnotyków w Nançy otrzymanej, wyraża się o niej Bernheim (l. c. str. 93) w ten sposób: „jeśli pewna osoba, hysteryczka lub nie, jest hypnotyzowaną za pomocą wpatrywania w przedmiot blyszczący, palec lub oczy operatora, przez pociągi, sugestyją słowną, przymknięcie powiek, nastaje chwila, gdy oczy pozostają zamknięte, często, lecz nie zawsze, gałki oczne odwrócone ku górze; niekiedy powieki ulegają drganiom włóknikowym, lecz nic w tem niema stałego. Nie można wtedy stwierdzić nadpobudliwości nerwowo-mięśniowej, ani wzmożenia odruchów ścięgniowych. Czy to jest letarg? W tym stanie, jak we wszystkich stanach hypnotycznych (Bernheim kładzie nacisk na to), hypnotyk słyszy operatora, uwaga jego i słuch są zwrócone na niego. Często odpowiada na pytania; odpowiada prawie zawsze, gdy się nastaje i gdy mu się powie, że może mówić. Wtedy nawet, gdy pozostaje nieruchomym, znieczulonym, z twarzą bez wyrazu, oderwany na pozór od świata zewnętrznego, słyszy on hypnotyzera, czy zachowa wspomnienie po obudzeniu, czy też nie. Dowodem tego, że nie dotykając go, nie dmuchając mu w oczy, proste wyrazy „obudź się“, raz, lub kilka razy wymówione, budzą go. Hypnotyk w tym stanie zdolnym jest przedstawić objawy katalepsyji, lub somnambulizmu bez żadnych manipulacyj, byleby tylko znajdował się w stopniu d. głębokiej hypnozy. Aby otrzymać katalepsyję kończyny nie potrzeba otwierać mu oczu. Wystarczy unieść kończynę i potrzymać ją chwilę

w powietrzu, w razie potrzeby zapewnić, że nie może być ona więcej opuszczoną; wtedy kończyzna pozostanie w katalepsyi <sup>1)</sup>; hypnotyk zachowa biernie nadane położenie. Aby wywołać somnambulizm nie potrzeba pocierać vertex; wystarczy mówić do hypnotyka, a ten wykonywa akt lub objaw poddany. Dotknięcie lub podmuchi na skórę działający nie wywołuje przykurczenia mięśni, jeśli nie dano sygestyi, i tem się różni ta najgłębsza faza snu hypnotycznego, nazwana w Nançy somnambulizmem od somnambulizmu Charcota.“

Wogóle więc można powiedzieć, że cechy spontaniczne hypnozy w Nançy ograniczają się tylko do zamknięcia powiek, często, choć nie zawsze, do kurczowego ich zawarcia z drganiem w nich, lub nie, i odwróceniem gałek ocznych ku górze, lub na wewnątrz, do unieruchomienia ze zwolnieniem mięśni, częściowe bowiem tu i owdzie stężenie, szczykościsk, lub drgania, są przymieszką od stanu nerwowości chorego zależną i wreszcie do znieczulenia na ból, które podług Liébeaulta, rozprzestrzenia się w kierunku od kończyn do tułowia. Co zaś do stanu psychicznego można ogólnie powiedzieć o nim, że mimo pozornego bezwładu psychicznego, zmysły i mózg hypnotyka są otwarte dla przyjęcia i urzeczywistnienia sygestyi, chociaż od tej reguły są wyjątki, jak to zaraz zobaczymy.

Wszelkie inne po zatem objawy zależą od sygestyi. Pod tę kategorię podciąga Bernheim i działanie magnesu.

Stwierdził on tylko różne stopnie wrażliwości na sygestyją u hypnotyków; jedni mają tylko zamknięte oczy

<sup>1)</sup> Ten objaw przedstawia odmiany stosownie do stopnia wrażliwości na sygestyją. Mózg urzeczywistnia sygestyją z większym lub mniejszym skurczem lub przykurczeniem. To katalepsja bywa wiotka, kończyzna opada za najmniejszym ciśnieniem wywartem na nią; to katalepsja trwa i szła bez sztywności—*Cat. cerea*, daje się zginać i wyprostować bez oporu i pozostaje w nadanem położeniu. Lub wreszcie mamy *c. rigida*, prawdziwe przykurczenie, które nie ustępuje pod wpływem sygestyi, przy usiłowaniu zmiany położenia przedstawia wielki opór, a gdy nacisk ustaje, wraca jak pod wpływem sprężyny do pierwotnego położenia—*c. tetanica* zwykle wyraźniejsza w górnych niż dolnych kończynach; u niektórych całe ciało można tetanizować. Tylko przez sygestyją „mogę opuścić ramię i poruszać niem jak zechcą,“ można znieść ten stan tężcowy. Wtedy tężec ustaje a katalepsja pozostaje wiotka lub woskowa jak w stopniach poprzedzających. U większości hypnotyków do wywołania katalepsyi nie potrzeba sygestyi słownej, a dosyć nadać położenie (bezwład mózgowy).

z odrętwieniem lub bez takowego, drudzy—zwolnienie mięśni z obezwładnieniem i niezdolnością do wykonywania ruchów dowolnych, inni zachowują nadane położenia (catalepsja). Wreszcie, przykurczenie poddane, posłuszeństwo automatyczne, znieczulenia (anaestezje), omamy zmysłowe (hallucynacje) wywołane, znaczą rozwój stopniowy tej wrażliwości na sugestję. Wrażliwość jednak na sugestję wogóle nie jest proporcjonalną do wrażliwości na sugestję hypnotwórczą (co zależy od warunków psychicznych osobnika). Stąd w lekkich stopniach snu (z zachowaniem wspomnienia po obudzeniu) można otrzymywać różne objawy sugestji (przejście do sugestji na jawie); jak znowu w głębokich stopniach hypnozy -- somnambulizmie (brak wspomnienia po obudzeniu), niekiedy brak zupełny wrażliwości na sugestję. Zdawałoby się, że niema wtedy żadnego stosunku z hypnotyzerem, a jednakże obudzenie przychodzi do skutku przez sugestję.

Rozwijający się stopniowo bezwład psychiczny, od stanu jawy do somnambulizmu, starał się zaznaczyć Liebeault w swojej klasyfikacji hypnotycznej, oparłszy się w niej na objawach ze strony ruchu, zmysłów i pamięci, czucie bowiem, jako nie przedstawiające d. wyraźnej demarkacji, nie mogło być wzięte za podstawę. Stopnie te są:

1-szy stop. *Senność* (somnolence). Znaki mało ścisłe. Ogólne większe lub mniejsze odrętwienie; oczy, albo się otwierają, albo, gdy raz się zamkną, otworzyć ich dobrowolnie hypnotyk nie może. Zwolna, mimo sugestji budzącej, powraca do stanu zwykłego. Zdaje się, że wpływu żadnego niema, jednakże sugestja możliwa dla pewnych aktów organicznych można np. usunąć pewne bóle. 10% usypianych popada w ten stan.

2-gi stop. *Sen lekki* (sommeil léger). Powieki zamknięte. Mięśnie w stanie zwolnienia; słuch i pamięć zachowane, lecz katalepsja zaczyna się pojawiać jako zachowanie nadanych położeń, w różnym stopniu, niekiedy zaś tylko pod wpływem sugestji słownej. 18,9% usypianych.

3-ci stop. *Sen głęboki*. Prócz odrętwienia i położeń kataleptycznych, hypnotyk robi się zdolny do wykonywania ruchów automatycznych nadanych, przy zachowanej świadomości. 35,9% usypianych.

4-ty stop. *Sen b. głęboki*. Prócz poprzedzających objawów, usypiani tracą do pewnego stopnia słuch i pa-

mieć, ponieważ słyszą tylko hypnotyzera i pamiętają po obudzeniu tylko to, co zaszło pomiędzy nimi a hypnotyzerem (8,2%).

5-ty stop. *Somnambulizm lekki*. Amnezyja po obudzeniu z możliwością zapamiętania wszakże niektórych szczegółów; udaje się otrzymać przez sugestyję anaestezję, katalepsyję, ruchy automatyczne, hallucynacje.

6-ty stop. *Somnambulizm głęboki*. Amnezyja zupełna po obudzeniu, lub też hypnotyk może pamiętać, lecz tylko pod wpływem sugestyi, żeby pamiętać.

Sugestyje w zakresie psychicznych władz i zmysłów pohypnotyczne z włączeniem dotyku. 18,7% hypnotyków popada w oba rodzaje somnambulizmu.

Widać z tej klasyfikacji, że prócz czucia na ból, które ginie niekiedy w pierwszych stopniach hypnozy, a niekiedy dopiero w ostatnich, władza czynienia wysiłków uwagi i woli utracą się naprzód w mięśniach (bezruch, katalepsyja, automatyzm ruchowy), potem w słuchu i pamięci (słyszy wszystko, potem tylko hypnotyzera, pamięta naprzód wszystko, potem niektóre szczegóły, wreszcie nic), w końcu w dotyku (możność odróżnienia przez dotyk hypnotyzera od innych osób).

W tej klasyfikacji Liébeault chciał tylko wytknąć punkta oparcia, stan bowiem hypnotyczny właściwie nie jest podzielny, to też w każdym z tych stopni możemy znaleźć niekiedy znaki mniej lub więcej niewyraźne, innego stopnia lub wyjątkowe. W somnambulizmie np. anomalje zależą od tego, że zmysły i umysł hypnotyka nie gasną nigdy. Te narzędzia otwarte zawsze dla hypnotyzera są też tylko pozornie zamknięte na to, co się wkoło nich dzieje. Tak, że jeśli np. ktoś, od kogo zdają się być izolowani, pobudza ich przez czas pewien gestami lub głosem, może wejść z nimi w stosunek, w miejsce hypnotyzera (zwracając ich uwagę). Przez własny wysiłek somnambulika może on wejść w stosunek z samym sobą. Liébeault widział takich somnambulików, którzy jako jedyny znak somnambulizmu przedstawiali zapomnienie po obudzeniu, a w uśpieniu wchodzili w stosunek z całym otoczeniem, a nawet stawiali opór niektórym sugestyjom hypnotyzera (u Bernheima l. c. obserw. V, VI, VII, str. 67—70). Liébeault przytacza damę, która zachowywała się w somnambulizmie zupełnie, jakby była obudzona z wyjątkiem, że oczy miała zamknięte, i pewną dziewczynkę,

która zawsze pozostawała w somnambulizmie w stosunku ze swoją matką i przez suggestyjną nie udawało się zerwać tego stosunku. Tym sposobem powstają różne typy somnambulików. W tych przypadkach, w których jedyną cechą somnambulizmu jest zamknięcie oczu i zapomnienie po obudzeniu, niełatwo bywa niekiedy wykluczyć symulację.

W przypadkach, w których osobiście stosowaliśmy hypnotyzycją w celu terapeutycznym, mieliśmy do czynienia z hysteryczkami, dotkniętymi przeważnie wielką hysteryją, pod względem intelektualnym rozwiniętymi i przedstawiającymi w znacznym stopniu cechy charakteru hysteryczne, uniemożliwiające wszelki wpływ na nie lekarza na jawie. Sposób nasz usypiania—położenie ręki na głowę. Hypnozę w tych przypadkach otrzymywaliśmy zazwyczaj szybko i głęboką (amnesia po obudzeniu). Cechy jej fizyczne były: zamknięcie powiek bez możliwości ich otworzenia i odwrócenie gałek ocznych ku górze lub na wewnątrz, znieczulenie na ból, unieruchomienie ze zwolnieniem mięśni, lub niekiedy szczękościskiem, który dawał się usunąć. Nadpobudliwości nerwowo-mięśniowej, ani przykurczenia przez lekkie podrażnienie skórne nie otrzymywaliśmy. We wszystkich przypadkach spostrzegaliśmy zjawisko „stosunku“ przy pozornej izolacji od świata zewnętrznego. W niektórych jednak przypadkach, nawet przy amnezyi po obudzeniu, mieliśmy dowody niewyraźnej percepcyi wrażeń zewnętrznych za pomocą zmysłów słuchu i dotyku. „Stosunek“ mogliśmy przenosić na inną osobę. Katalepsii przez uniesienie kończyny nie otrzymywaliśmy nigdy, innych doświadczeń np. hallucynacyj ze względu na cel naszego hypnotyzowania próbować nie mogliśmy. Przemawiając do takich hypnotyczek, u jednych otrzymywaliśmy odpowiedzi natychmiastowe, u innych po usunięciu szczękościsku, w razie zaś jego obecności porozumiewanie się za pomocą znaków głową. Z rozmowy wnosząc o stanie umysłowym nigdyśmy nie dopatrzyli cech odmiennych stanu umysłowego niż na jawie, łatwiej wszakże udawało się wpływać na przekonanie chorych.

Co do suggestyj terapeutycznych jedne były akceptowane bez oporu, drugie dopiero po przekonaniu chorych, inne nareszcie natrafiały na stanowczy opór. Tylko te suggestyje, które zostały zaakceptowane, udawały się.

Sądzę, że stan umysłowy naszych hypnotyczek był

wypadkową ich stanu normalnego oraz tej kultury umysłowej, którą dawaliśmy im, a w której starannie unikaliśmy rozwoju biernego posłuszeństwa rozkazom, i co zatem idzie biernego automatyzmu.

Jeżeli wspomnimy tu jeszcze o t. zw. fascynacji, odrębnej jakoby postaci hypnozy, to głównie dla tego, że przedstawienia Donata wywarły zdaje się silny wpływ na umysły ciała lekarskiego. Fascynacja była przedmiotem badań Brémaud'a. Z powodu usypiania za pomocą gwałtownych środków psychicznych (skupienie uwagi i przestach) i całej następczej kultury psychicznej hypnotyka fascynacja wytwarza stan umysłowy będący rodzajem obłądu, interesującego głównie psychiatryją.

### O suggestyi <sup>1)</sup>.

Suggestyją nazywa się wszelka operacja, która musi przejść przez intelligencją hypnotyka, czy też w ogóle osoby, która jej podlega, pierwej zanim skutek jej się objawi.

Narzędziem działania na intelligencją jest i d e a. Skutek więc suggestyi jest wynikiem ideacyi. Trzeba jednakże zaraz dodać, że idea jest objawem końcowym, poza którym istnieje pewien proces fizjologiczny, sam jeden tylko zdolny wywołać skutek materyjalny.

Na podstawie powyższego spróbujemy wykazać na przykładzie co jest suggestyja a co nią nie jest. Trudności w odróżnieniu są częstokroć znaczne. Prof. Charcot jako przykład suggestyi robi następujące doświadczenie: uderzając niespodzianie zlekka somnambulika w bark, otrzymuje bezwład w odpowiedniej kończynie górnej i porażenie to jest skutkiem działania fizycznego, względem którego umysł hypnotyka (szczególniej gdy się to robi poraz pierwszy) pozostaje obcym. Ten sam skutek można jednakże otrzymać mówiąc do somnambulika „twoja kończyna jest porażoną, nie możesz nią poruszać“. Porażenie w ten sposób otrzymane jest natury psychicznej, ponieważ wynika z przekonania, którego nabiera hypnotyk, że ma kończynę porażoną, jest skutkiem procesu ideacyi—powstaje przez suggestyją.

W obu przypadkach porażenie powstaje prawdopodobnie w skutku zmian zachodzących w ośrodkach ruchowych

<sup>1)</sup> Pozwalamy sobie zatrzymać tymczasowo ten wyraz cudzoziemski, zanim terminologia polska się ustali. (Przyp. autora).

kory mózgowej, ponieważ cechy fizyczne porażenia w obu przypadkach są identyczne. Są to zatem refleksy mózgowe. Niemniej przeto różnią się pod względem swego rozwoju. Porażenie przez suggestyą wymaga współdziałania inteligencji i przypuszczać należy, że gdyby czynność myślenia została zawieszoną, porażenie tego rodzaju nie mogłoby się wytworzyć, (dla tego nie objawia się porażenie przez suggestyą w fazie letargicznej Charcota).

Badania hypnotyczne w ogóle można z powyższych względów rozdzielić na dwie części. Jedna obejmuje objawy hypnotyczne wywołane przez udział czynników fizycznych, druga zajmuje się objawami hypnotycznymi, otrzymanymi przez działanie za pomocą idei. Ta część druga jest właśnie teorią suggestyi. Oba rodzaje badań iść powinny równolegle. Badania suggestyi rzucić mogą dopiero istotne światło na stan umysłowy hypnotyka lecz są zaledwie w zaczątku.

### Wrażliwość na suggestyą.

Wrażliwość na suggestyą spotyka się we śnie zwykłym (Maury l. c.), w pewnych zatruciach (alkohol, haszysz, jak stwierdzili Laségue, Ch. Richet), u niektórych osób usposobionych na jawie, szczególnie jednakże usposabia do niej stan hypnotyczny.

Jeśli osobie znajdującej się w zwykłym stanie umysłu na jawie sprobujemy dać suggestyą hallucynacyi wzrokowej, zapewnimy ją np. że trzyma książkę w rękę, wówczas odpowie nam ona, że książki nie trzyma. W zwykłym stanie świadomości, t. j. na jawie w polu psychicznem współistnieje i ściiera się wzajemnie tyle wrażeń, wyobrażeń, popędów, wspomnień i t. d., że narzucone przez suggestyą naszą wyobrażenie dosięgnie takiego tylko stopnia natężenia, aby dać wyobrażenie zjawiska nie zaś zjawisko same. Dla urzeczywistnienia się zjawiska potrzeba niezwykłego natężenia wyobrażenia, co może być osiągnięte tylko w odpowiednich warunkach psychicznych. Otóż te warunki psychiczne przytaczają w hypnozie dwojaki:

1) Inercyją psychiczną, umysł hypnotyka nie otrzymuje żadnych wrażeń. Brak idei (innych wyobrażeń), któreby mogły jak na jawie neutralizować ideę przez suggestyą narzuconą, jest powodem, że wyobrażenie przez nią wytworzone nabiera niesłychanego natężenia (Heidenhain, Richet, Ribot i inni). Lecz, dodaje Féré (l. c. str. 130), po-

nieważ stan monoideizmu istnieje tylko w fazie kataleptycznej, w somnambulizmie zaś w polu świadomości (jak tego mamy dowody codzienne) zjawia się już więcej idei, trzeba więc przypuścić istnienie:

2) Nadpobudliwości psychicznej, jako przyczynę wrażliwości na sugestyją. Jeśli poddana idea mówi Fèrè, wywiera potężne swoje działanie na inteligencyją, czucie, ruchy hypnotyka, to przedewszystkiem przez swoje natężenie,

Nam się wydaje słusznem określenie psychologicznego stanu w hypnozie p. Ochorowicza <sup>1)</sup>, jako ograniczenie pola psychicznego (choćby z powodu zmniejszonej ilości wrażeń zmysłowych) w skutku skupienia uwagi w jednym kierunku. Kolejno od stanu jawy przechodzi sfera psychiczna etapy poliideizmu, monoideizmu, aż do zupełnego braku idei, który ma przypuszczalnie miejsce w fazie snu najgłębszej, letargu, i ten stan można uważać za inercyją psychiczną rzeczywistą; to też sugestyje w nim się nie udają. W innych zaś stanach inercyją jest tylko pozorem, poza którym ukrywa się czynność umysłowa, w skutku ograniczenia ilości wrażeń, pojęć, popędów etc. i izolacji uwagi nabywająca zdolności odtwarzania wyobrażeń przez sugestyje narzuconych z potężną siłą.

Z powyższego wynika że w letargu sugestyje są niemożliwe, w katalepsyi noszą charakter fatalizmu automatycznego, wreszcie somnambulizm jest fazą również sprzyjającą sugestyjom.

Różne stopnie wrażliwości na sugestyją, nawet w głębokiej hypnozie, różne odmiany tej wrażliwości tak że, np. sugestyje odnośnie do pewnych zmysłów (słuch, powonienie) udają się, gdy do innych nie (wzrok), zresztą różne stopnie odtwarzania umysłowego sugestyi, które to spostrzeżenia w obfitości znajdujemy u Bernheima, zależą podług tegoż autora od nieznanych dotychczas właściwości osobnika.

Najniższym stopniem wrażliwości podług pr. Bernheima są sugestyje odnoszące się do modyfikacji pewnych rodzajów czucia (kłucia, ciepła i t. p.). W wyższym stopniu wrażliwość odbija się w sferze ruchu (położ. kataleptyczne przykurczenia, ruchy automatyczne). Te rodzaje sugestyi nie potrzebują nawet właściwej hypnozy. W najwyższych stop-

<sup>1)</sup> Ochorowicz: Sur la théorie de l'idéoplastie. Soc. de Biologie 28 juin 1884.

niach suggestyja wywołuje hypnozę, oraz zmiany w zmysłach i w sferze intelektualnej.

### Różne sposoby dawania suggestyi.

Tyle jest sposobów dawania suggestyi ile sposobów działania na inteligencyją. Słowo mówione lub pisane jest rodzajem suggestyi najbardziej rozpowszechnionym, ponieważ za jego pomocą każdą myśl i to najdokładniej wyrazić można. Słowo działa przez zmysł słuchu.

Gest jest narzędziem suggestyi o wiele niższem. Działa głównie na hypnotyków w stanie fascynacyi. Można dać im hallucynacyją wzrokową np. węża, robiąc ruch wężowy ręką i nie wymawiając przytem żadnego wyrazu. Za pomocą gestu można dawać rozkazy wstawania, chodzenia za hypnotyzerem, przyciągania ku niemu, zatrzymywania jakby wobec rzeczywistej przeszkody i t. p. Można inne czynności poddawać za pomocą gestu: jeśli hypnotyzer wskazuje pewien przedmiot, hypnotyk go bierze, jeśli to jest np. kapelus, to gdy się następnie wskaże na głowę, hypnotyk go nakłada. Jest to o tyle ważnem, że Pitres widział hypnotyków, którzy z zadziwiającą dokładnością odgadywali znaczenie najmniejszego ruchu palców, warg, spojrzenia hypnotyzer. Chociaż jednak jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że gest działa na hypnotyka przez swój charakter psychiczny, ekspresyjny, t. j. przez ideę, którą wzbudza, niewiadomo jednak napewno czy nie zachodzi tu jeszcze coś więcej. Suggestyja za pomocą gestu może być często bardzo potężna. Wyobrażenie ruchu wywołane przez suggestyję słowną ruchu jest zawsze słabsze, aniżeli jeśli ruch poddany wykonywa hypnotyzer sam wobec hypnotyka. Féré<sup>1)</sup> przekonał się o tem: jeśli wyrażał słowem suggestyję ściśnięcia dynamometru całą siłą, okazywała się niewielka różnica od siły normalnej na dynamometrze; jeśli jednak suggestyją słowną popierał gestem ściskania dynamometru siła normalna mogła się okazać zdwojoną. Dobrze jest więc niekiedy łączyć suggestyję słowną z gestem. Gest działa naturalnie przez zmysł wzroku. Można dawać suggestyję i za pośrednictwem innych zmysłów np. kluciem lub szczypaniem można obudzić wyobrażenie zwierząt, które kłusają. Wszystkie jednak te procedery ustępują pierwszeństwa suggestyi słownej. We wszystkich powyższych przy-

<sup>1)</sup> Féré: *Sensation et mouvement études de psycho-mécanique* I vol. Paris. 1887.

padkach, w których suggestyja pochodzi z zewnątrz od hypnotyzera, hypnotyk znajduje się w zależności od tego ostatniego.

Suggestyja za pomocą czucia mięśniowego bierze początek do pewnego stopnia w samym hypnotyku. Jest ona najwybitniejszą w fazie kataleptycznej, jak już było wspomiane. Stosownie do nadanych *położeń* członkom wyrażających pewien afekt, odpowiedni afekt odbija się w wyrazie fizyjononii z taką precyzją, że stanowić może nieoceniony materiał studyjów dla rzeźbiarzy i malarzy.

Można także w katalepsyi pobudzić do pewnych czynności wkładaniem w ręce odpowiednich przedmiotów, z zastosowaniem których kataleptyk jest obznajmiony. Richer np. wkładając mydło w rękę i stawiając miednicę dawał suggestyją umywania się. Jeśli w tej fazie zamykał Richer powiekę jednego oka i wywoływał hemiletarg, to kataleptyk wykonywał ruch automatyczny mycia tylko ręką po stronie katalepsyi. Tu należy także nadanie pewnego ruchu kończynom np. ruchu obrotowego, który hypnotyk kontynuuje; jeśli się zbliża rękę hypnotyczki do jej łona, w sposób jak gdyby trzymała dziecko, poddaje się jej wyobrażenie piastowania dziecka i t. p.

Ponieważ każda suggestyja powstaje na drodze wrażenia zmysłowego nie trudno pojąć, że to wrażenie wyjść może od przedmiotów zewnętrznych bez interwencji hypnotyzera i nie w hypnozie u osób usposobionych, jak tego przykład podaje Bennet. Do tej kategorii należą też porażenia historyczne t. zw. traumatyczne. Te ostatnie zjawiska stanowią stopniowe przejście do t. zw. *autosuggestyi*. W tym razie suggestyja bierze początek w intelligencji tego, kto jej ulega. Suggestyja jest tu skutkiem wrażenia wewnętrznego i jest rodzajem przymusowego wyobrażenia (*Zwangvorstellung*). Może ono wytwarzać szereg pojęć następczych; np. Féré daje hypnotyczne suggestyją, że upadła i uszkodziła sobie nogę; zaczyna ona jęczeć i skarży się na ból, następnie zaś poddaje sobie sama logicznie możliwe skutki tego upadku, wytwarza sobie parę kończyny i po obudzeniu kuleje.

Wniosek ogólny z powyższych faktów i doświadczeń daje się wyprowadzić taki, że suggestyja polega na wprowadzeniu i wzmocnieniu w umyśle hypnotyka pewnej idei. Jakież siły zawiera w sobie idea, że

u pewnych osób wywiera tak potężne skutki? Idea rozpada się na wyobrażenia, te zaś na wrażenia przypominane. Suggestyja zatem działa przez przypomnienie wrażeń doświadczonych. Jest ona psychicznem odnowieniem bodźców obwodowych, znanych z doświadczenia. Poza ideą kryje się energia rozwinięta przez uprzednie pobudzenie fizyczne.

Na poparcie tego twierdzenia może służyć, że za pomocą bodźców fizycznych udaje się otrzymać też same skutki co i za pomocą suggestyi t. j. idei, np. zamiast wywołania porażenia za pomocą suggestyi można je wywołać przez uderzenie w kończynę lub czaszkę (dośw. Charcota). Anestezya hysteryczna może być wywołana i usunięta w ten sposób. Rozumie się, że jest to tylko myśl ogólna, którą tu rzucamy. Idzie nam głównie o wykazanie, że suggestyja może być sprowadzona do znaczenia pobudzenia obwodowego, od którego pochodzi, ponieważ jedna i drugie sprawia w ośrodkach nerwowych też same zmiany dynamiczne.

Na podstawie tej potęgi suggestyi niektorzy badacze (ze szkoły w Nançy) dali się uwieść jednostronnemu kierunkowi, działanie metali, magnesu, zjawisko transfert'u przypisując suggestyi (jak dawniej expectant attention Carpentera).

Podług pojęć szkoły Salpêtrierowskiej, na której stanowisku tu stojemy, błąd wypływa z fałszywego rozumowania, że jeśli przez suggestyją można otrzymać pewien objaw przypisywany dawniej bodźcom fizycznym, to zawsze suggestyja tylko jest jego przyczyną. Znaczyłoby to samo, co ze spostrzeżenia, że imaginacyjny głód hypnotyka można zaspokoić również imaginacyjnym pokarmem, wnosić, że istotne pokarmy nie są mu potrzebne.

Nie można tego rodzaju poglądu uznawać za uproszczone, bo również trudno jest zrozumieć, jakim sposobem idea porażenia może spowodować porażenie, jak pojąć, jakim sposobem uderzenie w czaszkę lub ramię wywołuje ten sam skutek.

Zresztą przypisując jedyną rolę idei, byłoby to zapominać, że jest ona objawem wtórnym i pochodnym a utrzymywać, że nie wchodzi ona w zakres czynności czucia. Byłoby to rujnować psychologiczną teorię stosunku wrażeń do wyobrażeń i sprzeciwiać się fizjologii, która wykazuje, że znaczna liczba czynności fizjologicznych, np. wydzieliny łez lub potu mogą powstawać zarówno z przyczyn fizycznych,

jak psychicznych i jeden sposób powstawania nie wyklucza koniecznie drugiego.

### Metoda badania.

W metodzie badań psychicznych zjawisk hipnotyzmu w wielu przypadkach jest rzeczą niesłychanie trudną odszukać i zestawić odpowiednie warunki doświadczenia, którego by wynik był ścisły i rostrzygający.

Wogóle jednak można powiedzieć, że jedna jest metoda badania tak objawów somatycznych, jak zjawisk sugestyi. Metoda ta da się streścić w następujących punktach:

I. Określeniu warunków somatycznych i psychicznych osoby poddawanej doświadczeniu i to nie tylko odnośnie do choroby, ale możliwie dokładnie i odnośnie do własności indywidualnych, szczególnie psychicznych.

II. Określeniu warunków doświadczenia: wpływów psychicznych i fizycznych przypadkowych, poprzedzających doświadczenie, wyboru środków hipnotwórczych psychicznych lub fizycznych, możliwych wpływów wywieranych przez otoczenie, wreszcie środków, których używa już w samej hipnozie i celów do których dąży operator.

Często zdarza się, że hipnotyzujący sam się myli i dając pewną sugestyją w tejże chwili nieświadomie podsuwa inną ideę, która odmienia pierwszą; lub hipnotyk przyjmuje udział czynny, udając pewne objawy i oszukując spostrzegacza. Symulacja i sugestya nieświadoma są dwie rafy, których szczególnie trzeba unikać w badaniach sugestyi.

1. Symulacja w badaniach hipnotyzmu większe jeszcze ma znaczenie niż w hysteryi. O ile chodzi o objawy fizyczne, łatwiej od niej się zabezpieczyć. Lecz co innego dla znacznej części objawów sugestyi, jako objawów podmiotowych. Nic łatwiejszego jak symulować np. hallucynacyją. Tam gdzie ona się zjawia trzeba najprzód być pewnym, że ma miejsce istotnie. Sprawdzenie, że hipnoza istnieje nie wystarcza, ponieważ symulacja i somnambulizm nie wykluczają się wzajemnie. Pitres wykazał, że hipnotyk może symulować. Potrzeba więc od faktów sugestyi wymagać potwierdzenia ich rzeczywistości. Gwarancyje moralne ze strony osoby mogą mieć wartość tylko dla tego, kto zna osobę. Metoda, której się trzeba trzymać w podobnych okolicznościach

streszcza się w 2-ch słowach, jest to metoda doświadczalna obejmująca najbardziej ulepszone sposoby obserwacji klinicznej i doświadczenia fizjologicznego. Wywołać objaw sugestyi, jest dopiero przygotowaniem doświadczenia, a nie doświadczeniem. Nie wystarcza tu bierna obserwacja. Wywoławszy np. hallucynacją nie dosyć patrzeć na to, co robi hallucynant i słuchać co mówi. Potrzeba poddać objaw otrzymany doświadczeniu, aby wydobyć z niego cechy przedmiotowe. Środki zaś w tym celu czerpać z fizyki, z psychologii, fizjologii i patologii układu nerwowego. Wykrytych tymi sposobami cech charakterystycznych hypnotyk symulować albo by nie umiał, albo nie mógł. Metoda zatem badania zjawisk sugestyi powinna być doświadczalną, celem zaś, do osiągnięcia którego dąży, jest obiektywacja zjawisk podmiotowych.

Ciekawe wszakże nastęrcza się tu pytanie, czy symulacja ze strony osobnika wrażliwego na sugestyją nie jest w stanie wytworzyć tegoż samego zjawiska, co sugestyją? Przy symulacji np. porażenia, czy idea porażenia powstała w umyśle hypnotyka w celu oszukania badacza, nie jest w stanie wytworzyć porażenia, które będzie nosiło cechy porażenia przez sugestyją; wszystko bowiem jedno, czy idea porażenia została narzuconą przez hypnotyzera, czy powstała w umyśle hypnotyka, jeśli tylko natężenie jej w obu razach jest jednakowe. Prawdopodobnie w niektórych przypadkach może zachodzić podobne powikłanie. Jest to ułamek donioślejszego pytania o wpływie woli na zjawiska sugestyi, t. j. czy osoba wrażliwa na sugestyją jest w stanie przerobić lub zniweczyć dowolnie skutki wywołane przez sugestyją? Odpowiadamy na to pytanie twierdząco i Féré (l. c. str. 141) przytacza przykłady oswobodzenia się chorej dobrowolnie od porażenia kończyny górnej wywołanego przez sugestyją; lecz kiedy przez sugestyją to porażenie usunąć możnaby prawie natychmiastowo, oswobodzenie się dobrowolne nastąpiło po 5 minutach.

2. Sugestya nieświadoma. Jest ona rodzajem pasożytu w sugestyi pożądaney przez hypnotyzera i przeinacza jej wyniki. Trzeba wiedzieć, że niektóre zahypnotyzowane hysteryczki nabierają własności tak delikatnych odczynników, że nie tracą ani jednego słowa, ani jednego ruchu hypnotyzera. Widząc i słysząc wszystko zanotowują to

sobie z dokładnością aparatów piszących. Może się zatem zdarzyć i zdarza się często, że badacz poszukujący jakiegoś objawu zdradza mimowolnie zachowaniem się swoim myśl swoją, naprowadzając na nią somnambuliczkę, która też myśl ową urzeczywistnia. Jestto właśnie sugestyja nieświadoma, najczęstsze źródło błędów w dotychczasowych badaniach hypnotyzmu, przykładów też jej odnaleść łatwo wielką ilość. Łatwość wywoływania sugestyi nieświadomej największą jest w somnambulizmie. Gwarancya moralna ze strony osoby poddanej doświadczeniu niema tu znaczenia, ponieważ nie chodzi o symulacyją. Jeden więc jest tylko sposób: unikanie roztropne dawania sugestyi nieświadomej, niezależnie zaś od tego doświadczenie na osobie poraz pierwszy hypnotyzowanej ma znaczenie najważniejsze, ponieważ przy następnym hypnotyk przypomina sobie wyniki poprzednich.

W powyższem streszcza się metoda badań zjawisk sugestyi. Zachowanie tej metody dozwoli nietylko porównywać wyniki otrzymane przez różnych badaczy, lecz utworzyć paralelę między zjawiskami sugestyi hypnotycznej z jednej strony, a zjawiskami psychologii, fizjologii i zbroceń umysłowych z drugiej strony. To porównanie wykaże, że zjawiska sugestyi nie są czemś oderwanem, lecz że niema wśród nich prawdopodobnie ani jednego, któreby nie kielkowało w stanie normalnym. Tym sposobem ułatwi się oryjentowanie w badaniach hypnotyzmu, który może posłużyć za metodę badań użyteczną dla psycho-fizjologii i psychopatologii.

### Skutki sugestyi.

Sugestyja, jak wiadomo, wywołuje w układzie nerwowym zmiany analogiczne z temi, jakie wywołać mogą bodźce obwodowe. Dalekimi jednakże jeszcze jesteśmy od znajomości wszystkich skutków sugestyi. Wydaje się prawdopodobnem, że sugestyja działając na osobnika wrażliwego w tym kierunku, może wywołać wszelkie skutki wchodzące w zakres czynności kory mózgowej. Jestto wszakże tylko hipoteza z powodu braku dowodów bezpośrednich, oraz braku dokładnej znajomości tak zakresu wpływu kory mózgowej na cały układ nerwowy, jak również wpływu układu nerwowego wogóle na resztę ustroju, która to kwestyja w fizjologii nie jest wyświetlona ostatecznie.

### Zmiany w czynnościach t. zw. roślinnych życia org.

Zmiany wywołane przez sugestyjną w krążeniu, wytwarzaniu ciepła, wydzielinach, trawieniu i t. p. stanowią nowy, najmniej jeszcze opracowany rozdział w historii sugestyi. Do tej pory jest tylko kilka luźnych, nie powiązanych z sobą spostrzeżeń w tym przedmiocie.

Najwięcej powszednim jest znany fakt działania sugestyi na czynności kiszek.

Najważniejszym jest fakt wezykacji skórnej otrzymany za pomocą sugestyi przez aptekarza Focachon'a z Charmes. Fotografie tych wezykacji przedstawił prof. Beaunis na posiedzeniu Tow. psychologii fizjologicznej w Paryżu 29-go Czerwca 1885 r. Fakt podobny obserwował jeszcze w 1840 roku lekarz włoski Prejalmini i opisał w Journal de magnétisme animal Ricard'a (1840 r., str. 18 i 151).

Towarzystwu biologicznemu przedstawił Dumontpallier 11 Lipca 1885 r. wyniki doświadczeń swoich nad podwyższeniem miejscowej ciepłoty przez sugestyjną.

W roku zeszłym na klinice prof. Charcot byłem świadkiem podwyższenia miejscowej ciepłoty na dłoni o  $1\frac{1}{2}^{\circ}$  przeszło, przyczem jednocześnie ciepłota dłoni drugiej ręki obniżyła się odpowiednio. Doświadczenie robione było na mężczyźnie hysteryku.

Jednocześnie z Dumontpallier'em profesorowie z Rochefort'u Bourru i Burot komunikowali Tow. biolog. spostrzeżenia swoje nad krwawieniem z nosa, potem krwawym i pojawieniem na skórze krwawych stygmatów przez sugestyjną u mężczyzny hysteryka.

W Salpêtrière wywołują często oparzenie przez sugestyjną po kilku godzinach inkubacji.

Féré (sprawozd. Tow. biol. za 1886 r., str. 399) stwierdził za pomocą sposobów analogicznych z zastosowaniami przez Mosso, że sam fakt skupienia uwagi na jawie na daną część ciała u niektórych hysteryczek, wpływa na zmianę jej objętości, co objaśnia i poprzedzające zjawiska, wykazując wpływ jaki może wywierać u osób nadpobudliwych, prosty objaw ideacyi na nerwy naczynioruchowe, od zmian w których wszystkie poprzednie zjawiska zależą.

### Zmiany w czynnościach t. zw. zwierzęcych życia org.

Były przedmiotem bardziej ścisłych badań, tak że je określono i sklasyfikowano. Ogólne ich pojęcie obejmuje

wpływ idei na zmiany ruchu, czucia ogólnego i zmysłowego i intelligencji. Podług pojęć panujących w psychologii idea jest wypadkową ostateczną; objawy psychiczne rozpoczynają się do pewnego stopnia na obwodzie, a kończą w górnych ośrodkach ideacyi <sup>1)</sup>. Z tego powodu objawy sugestyi, których mechanizm działa w kierunku odwrotnym, od ośrodków ku obwodowi są bardziej powierzchowne. Można np. poddać uczucie głodu, lecz to uczucie głodu podyktowane przez ideę nie będzie tak prawdziwe, jak głód spowodowany potrzebą ustroju. Również można zmienić osobowość hypnotyka, lecz ta zapożyczona osobistość odbita na tle osoby rzeczywistej nie zmieni gruntu jej charakteru. Aby sugestya spowodowała modyfikacje trwałe, potrzeba, aby była często powtarzana, może ona wtedy, przynajmniej w niektórych przypadkach stworzyć nawyknienie. Chorzy, którym dawano często sugestją porażenia ruchowego mówią, że często we śnie czują się sparaliżowanymi. Stąd potrzeba zachowania ostrożności w dawaniu pewnych przynajmniej sugestyi; niewiadomo bowiem zawsze co z nich pozostać może.

### Różne rodzaje sugestyi.

Są dwa zasadnicze rodzaje sugestyi: s. dodatna i ujemna zadaniem pierwszej jest wywołać objaw czynny jak hallucynacja, akt; zadaniem drugiej wytworzyć objaw wprost przeciwny, anaestezją pewnego zmysłu, porażenie, odrobić to co sprawiła pierwsza.

Nie podlegają one obie jednemu prawu psychicznemu. Większość sugestyi dodatnych, których przedstawicielami głównymi są hallucynacje i akty, da się wytłomaczyć za pomocą wielkiego prawa skojarzenia wyobrażeń (associatio idearum). Każda sugestya obejmuje 3 rzeczy: wrażenie działające przez zmysły, stan odpowiedni wytworzony w mózgu i skojarzenie ich wzajemne za pośrednictwem kojarzenia się wyobrażeń. Jeśli np. damy sugestją słowną hallucynacji wzrokowej „oto ptak“ i hallucynacja ptaka powstaje natychmiast, to dla tego, że słowo wymówione skojarzyło się przez edukacją, powtarzanie i nawyknienie z wyobrażeniem przedmiotu, który oznacza (associatio per contiguitatem), wywołuje więc to wyobrażenie, jak w danym razie

<sup>1)</sup> Ribot: Meladies de la personnalité. Paris. str. 131.

ptaka. Wyobrażenie zaś wytwarza hallucynacją. Jeśli zamiast słowa użyjemy do wywołania hallucynacji wzrokowej ptaka gestu naśladującego lot ptaka, to hallucynacja powstaje w skutku skojarzenia ruchu naszej ręki z ruchem przedmiotu hallucynacji (*associatio per similitudinem*). Jest to szczególony przypadek ogólnego prawa psychologicznego, że jeśli pewne wyobrażenie powstaje w umyśle, dąży ono do odтворzenia wszystkich wyobrażeń, które mu współtowarzyszyły w poprzednim akcie świadomości. Czyli jedno wyobrażenie poddaje drugie.

Skojarzenie wyobrażenia ruchu z ruchem tłumaczy sugestyją aktów; wszystko zaś jedno, czy to wyobrażenie ruchu będzie wywołane wykonaniem wobec hypnotyka ruchu lub wyrażeniem go słownem. Sugestyja aktów, ze wszystkich zjawisk sugestyji najbardziej się zbliża do stanu zwykłego, polega bowiem na prostym wykonaniu rozkazu. Nawiązując sugestyje hallucynacji i ruchów do znanych praw psychologicznych, któreby im mogły służyć za dowód i kontrolę, nie trzeba się łudzić, żeby tłumaczyły one w zupełności zawikłane zjawiska sugestyji aktów. Akt np. poddany nie jest biernym, automatycznym wykonaniem rozkazu, w wykonaniu aktu objawia się pewien popęd, jakby wola bez względu na treść aktu; stan bardzo zawity i ciemny, dla objaśnienia którego skojarzenie wyobrażenia ruchu z ruchem zupełnie nie wystarcza.

Jeżeli tyle spotyka się zagadek w zakresie sugestyji poddanych, to bez porównania więcej ich jeszcze, gdy chodzi o objaśnienie sugestyji ujemnych. Nowe zupełnie widnokreśli otwiera dla psychologii fakt porażenia lub znieczulenia przez sugestyją. Jeśli np. damy tego rodzaju sugestyją hypnotykowi, aby po obudzeniu nie widział, nie słyszał ani spostrzegał w jaki bądź sposób danej osoby lub przedmiotu, to możemy przypuszczać, że wrażenie, przez zmysły na umysł hypnotyka działając, wywołuje tamże anaestezją odnośnie do przedmiotu wskazanego.

Co jednak zachodzi między daną sugestyją, która jest środkiem i systematyczną anaestezją, która jest celem, nie wiadomo.

Prawo skojarzenia wyobrażeń nie da się tak w tym przypadku, jak również w przypadku porażenia przez sugestyję zastosować. Prowizorycznie można przypuszczać, że sugestyja w razach podobnych wywołuje w umyśle wyo-

brażenie, które ze swej strony wywiera działanie hamujące (inhibicyjną), odpowiednich przez sugestyją wskazanych czynności ośrodków psycho-ruchowych, lub psycho-zmysłowych. Rozumie się samo przez się, że działanie hamujące w odpowiednich ośrodkach, powoduje nie wyobrażenie samo, lecz współtowarzyszący mu proces fizjologiczny.

Dziela jeszcze sugestyje hypnotyczne ze względu na czas, w którym skutki ich się ujawniają na sugestyje: 1) objawiające się i trwające tak długo, jak trwa hypnoza i 2) sugestyje pohypnotyczne, które mogą być znowu bezpośrednio po obudzeniu, lub też t. zw. terminowe.

Jeśli się wywołuje w somnambulizmie hallucynacją przez sugestyję, tą hallucynacja ta albo ustępuje równocześnie z przebudzeniem, co jest regułą u hypnotyków niezbyt wrażliwych i nie oddawna hypnotyzowanych.

Chcąc aby hallucynacja przetrwała hypnozę, potrzeba to wyrazić słownie. U wielkich hypnotyczek, u hypnotyków wyćwiczonych, hallucynacja może pozostać i po obudzeniu bez żadnej specjalnej w tym względzie sugestyi. Skutek każdej sugestyi bez oznaczenia terminu pozostać może i po obudzeniu rozmaicie długo.

Szczególniej ma to miejsce dla hallucynacyj, porażień i t. p. Objawy wywołane przez sugestyją i przechodzące w stan jawy, mają ten właściwy charakter, że osobie, która ich doświadcza, wydaje się jakby powstały dobrowolnie. Odnosi się to zarówno do hallucynacji, porażień, aktów i t. p.

U niektórych somnambulików udają się nie tylko sugestyje aktów bezpośrednich po obudzeniu, ale i aktów w odległym terminie. Wspomnienie aktu, który ma być wykonanym, pozostaje wtedy poza zwykłym stanem świadomości. (Souvenir latent) aż do oznaczonego terminu. Bernheim przypuszcza jednak (l. c. str. 175), że idea wprowadzona do mózgu jest świadomą w tym stanie świadomości, w którym została zaszczeponą; że świadomość jej znika wprawdzie przy przejściu hypnotyka w inny stan świadomości—w stan jawy; że wspomnienie skryte może się wszakże obudzać dobrowolnie, przy dobrowolnie od czasu do czasu wywoływanym odpowiednim stanie świadomości; tak że zdaniem tego autora, wspomnienie aktu mającego się spełnić pod wpływem sugestyi terminowej niepozostaje nieświadomem stale aż do chwili spełnienia, lecz od czasu do czasu w chwilach

odpowiedniego skupienia psychicznego dochodzi do świadomości, odnawiając się i wzmacniając tym sposobem.

Jako fakt mający analogją z sugestją terminową, przytaczają zazwyczaj budzenie się dobrowolne ze snu zwykłego w oznaczonej godzinie pod wpływem autosugestyi obudzenia, danej sobie przed zaśnięciem, oraz budzenie się kilkakrotne przed terminem oznaczonym pod wpływem tejże autosugestyi.

Obserwacja spełnianego aktu pod wpływem sugestyi terminowej wykazuje, że stan świadomości wtedy zdaje się odpowiadać stanowi świadomości, w którym syggestyja aktu uczynioną została, akt zaś nosi cechę czynności poniewolnej jak u obłąkanych. Są to zatem sugestyje szkodliwe.

Trzeba jednak dodać, że nie zawsze sugestyje terminowe spełnione być muszą.

Sugestyje wreszcie, jak wykazał Bernheim nietylko odnoszą się do złudzeń, aktów mających nastąpić w przyszłości, mogą też sięgać i wstecz. Można np. przez sugestją wytworzyć przekonanie, że akt pewien miał miejsce, że osoba widziała to, lub owo (Bernheim l. c. str. 183). Są to t. zw. przez Bernheima *hallucinations rétroactives*. Mogą one mieć znaczenie doniosłe głównie dla medycyny sądowej, tem więcej, że podług Bernheima i Liégeois u wrażliwych na hypnotyzm, można je otrzymać i na jawie.

Zmuszeni ograniczyć się dla braku miejsca, zaznaczymy tylko jeszcze, że hallucynacje, akty, porażenia ruchu i uczucia przez sugestją wywołane, były dotychczas przedmiotem badań bardzo ścisłych i doniosłego znaczenia w Salpêtrière. Są to wszakże dopiero najprostsze objawy sugestyi.

### O sugestyi na jawie.

Jak było wspomniane, jeszcze Grimmes w Ameryce w 1848 r. spostrzegał zjawiska sugestyi na jawie. Braid w dodatkowym rozdziale napisanym w 1860 r. i dołączonym do jego dzieła *Neurypnology* podaje sprawdzenie tych zjawisk sugestyi (hallucynacyi i t. p.) na jawie (t. zw. *vigilant phenomena*) i, zastrzegając przedewszystkiem, że nie zależą one od żadnej siły odcycznej (Reichenbach), lub mesmerycznej, przypisuje je wygórowanej wyobraźni, rozwijającej się pod wpływem uwagi kierowanej i podsycanej przez wrażenie wywarte zapewnieniem operatora. Stan umysłowy, który

przy zachowanej świadomości wtedy się wytwarza, nazywa mono-ideizmem, zjawiska zaś tak psychiczne, jak fizyczne pod wpływem mono-ideizmu powstałe, mono-ideo-dynamicz-nemi, która to nazwa obejmuje cały szereg zjawisk, nie tylko w sferze ruchu lecz czucia i zmysłów. Jako jeden z pięknych przykładów wspomnianych zjawisk, przytacza Braid spostrzeżenie, zrobione na osobie wielce rozwiniętej pod względem literackim, naukowym i filozoficznym. Przy tej sposobności wyraża Braid że nazwę hypnotyzm potrzeba ograniczyć tylko do snu z zapomnieniem po obudzeniu. (Braid. l. c. str. 244, przekładu francuzkiego).

W nowszych czasach Bernheim pierwszy w Sierpniu 1883 roku, na kongresie w Rouen zwrócił uwagę, że u niektórych osób, które przedtem były przez niego hypnotyzowane, można otrzymać zjawiska sugestyi na jawie, co następnie było sprawdzone przez Ch. Richet'a<sup>1)</sup>, Botteya, Dumontpalliera. Bernheim stwierdził, podobnie jak Braid, zjawiska sugestyi na jawie w sferze ruchu czucia i zmysłów. Udawało mu się nawet otrzymywać transfert i analgezyję skórnią przez sugestyją. Nie potrzebował zaś przy sugestyi ani wyrażać się rozkazującym tonem, ani fascynować osoby poddane doświadczeniu wzrokiem, otrzymywał zjawisko mówiąc głosem naturalnym, często śmiejąc się, a otrzymywał je nietylko u osób z umysłem uległym, lecz i u posiadających, jak się mówi swoją wolę, a nawet z natury niesubordynowanych chociaż rozsądnych. Najciekawszym niewątpliwie jest stan psychiczny osób, ulegających sugestyjom na jawie, oraz stosunek wrażliwości na sugestyją do wrażliwości hypnotycznej. Ogólną wprawdzie zasadą jest, że hypnoza wzmaga wrażliwość na sugestyją, lecz nawet szkoła w Nanczy, która cały hypnotyzm przypisuje sugestyi, stwierdza wiele od tej zasady, jak widzieliśmy wyżej, wyjątków, bywa bowiem głęboka hypnoza bez wrażliwości na sugestyją, jak również wrażliwość na sugestyją bez właściwej hypnozy. Właśnie 3 pierwsze stopnie według klasyfikacji Liebeault'a, w któch niema właściwie hypnozy, bo niema amnezyi po obudzeniu, wrażliwość zaś na sugestyją może być znacznie rozwiniętą, przedstawiają nam

<sup>1)</sup> Ch. Richet: De la suggestion sans hypnotisme. Soc. de Biologie. 11 Oct. 1884.

przykład stopniowego przejścia wrażliwości na sugestyjną od stanu hypnozy do stanu jawy. Niezależnie od indywidualnych własności, na to wytworzenie wrażliwości na sugestyjną na jawie u hypnotyków Bernheima, zdaje nam się wpływać znacznie kultura hypnotyczna w Naney, zmierzająca właśnie do wytworzenia tej wrażliwości. Nie zdarzyło nam się bowiem nigdy stwierdzić, aby hypnotyzm jako taki, przy innych sposobach hypnotyzowania i innej kulturze rozwijał wrażliwość na sugestyjną na jawie. Co do stanu umysłowego hypnotyków w 3-ch pierwszych stopniach według klasyfikacji Liebeault'a, w których świadomość jest zachowana, trudno go poddać, jak się wyraża Bernheim dokładnej analizie. Obserwacja jest delikatna, analiza subtelna, wątpliwości nastrocza się wiele, symulacja jest możliwa, łatwiej jednakże jeszcze uwierzyć w symulację tam, gdzie ona nie istnieje, zwłaszcza jeśli osoba poddana doświadczeniu, zapewnia nas, że jeśli co spełnia, to tylko przez uprzejmość, że gdyby nie chciała, toby mogła nie spełnić.

Podług Férégo znowu możliwym jest wpływać przez sugestyjną na osoby, które nigdy nie były hypnotyzowane i w zwykłym znaczeniu wyrazu normalne, jeśli sprowadzić proces fizjologiczny sugestyi do procesu skupienia uwagi, która jest równoznaczną z natężeniem wyobrażenia (*expectant attention* angielskich autorów). Piękne są w tym kierunku prace Férégo o wpływie natężonej uwagi na modyfikacje fizjologiczne w narządziach ruchu, których rezultat streszcza w artykule: „*La médecine d'imagination*“ pomieszczonym w *Progrès médical* z roku 1886, str. 741.

Jaki jest stosunek zdolności natężenia uwagi u pewnych osób, aż do urzeczywistnienia objawów sugestyi w zakresie ruchu i czucia ogólnego i zmysłowego, do stanu umysłowego wogóle tychże osób otychczas nie badano. Co się zaś tycze uległości sugestyjom zewnętrznym w sferze moralnej, to zdaje się, że stan psychiczny może przechodzić wszelkie stopnie od prawidłowego aż do t. zw. przez Bernheima niedośćstwa (*imbécillité instinctive*), między którym a tem, co psychiatrzy francuzcy oznaczają nazwą *folie instinctive*, *folie morale*, *folie lucide* lub *raisonante* możnaby przeprowadzić paralełę. Jest to jednakże przedmiot niezmiernie interesujący wprawdzie dla psychjatrii, psychologa i sociologa, mniej wszakże związany z treścią niniejszej pracy. (d. n.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

140. M. G. KURŁOW. **O uleczalności gruźlicy płuc.** (Z anatomopatologicznego Instytutu prof. Bollinger'a w Monachjum. Wraczu, NN. 9, 10 i 11, r. 1888).

Autor zachęcany przez prof. Bollinger'a przedsięwziął dowieść na drodze doświadczalnej, o ile zachowują zdolność zarażenia te, jakoby uleczone z punktu widzenia anatomopatologicznego, przypadki gruźlicy płuc, które dość często napotyka się przy seceky.

Gruźlica w tkankach jej uległych wywołuje zmiany tak znaczne, że nawet w przypadkach uleczalnych, tkanki te nie powracają już do stanu pierwotnego, lecz na miejscu poprzednio zajętem sprawą gruźliczą, wytwarza się blizna, lub też swoiste stwardnienie łączno-tkankowe.

Blizna jako wynik pomyślnie przebytej sprawy gruźliczej, według Niemeyera wytwarza się w ten sposób, że zserowaciałe gruzelki po uprzedniej przemianie tłuszczowej ulegają zupełnemu wessaniu, a miejsce po nich pozostałe wypełnia się tkanką bliznowatą. Że gruzelek serowaty może się wessać, za tem przemawiają i te fakta, że częstokroć znajdowano znaczne bliznowate stwardnienia, z boku których były wprowadzone serowate gruzelki, trudno atoli mniemać, żeby to one właśnie dały powód do powstania tak znacznych stwardnień, wypada więc przypuścić, że właściwe gruzelki uległy już wessaniu. Wprawdzie czyste blizny są nadzwyczaj rzadkie, tem bardziej, że same przez się nie mogą one być dowodem przebytej gruźlicy, lecz tylko przez analogię, to jest jeśli w pobliżu, lub w drugim wierzchołku znajdują się ogniska gruźlicze, to wtedy można dopiero przypuszczać, że znalezione blizny są prawdopodobnie pochodzenia gruźliczego. Blizna może również powstać na drodze zropienia serowatego gruzelka, przyczem ropa wydziela się przez najbliższe oskrzela, a powstała stąd jama wypełnia się bliznowatą tkanką.

Bliznowate stwardnienia mogą być wynikiem i innych cierpień opłucnej i płuc nie gruźliczej natury, wtedy jednak wyróżniają się one swą budową, wyglądem, wielkością i umiejscowieniem.

Serowaty gruzelek w fazie swego rozwoju może również uleść częściowemu lub całkowitemu zwapnieniu, otacza się mącą torebką, a powstały zapalny rozrost śródmiąższowy wytwarza w okolo niego stwardnienie łączno-tkankowe.

Tego rodzaju stwardnienia umiejscowione przeważnie w wierzchołkach płuc, wielkością swą różnią się znacznie. Od stwardnienia na kilka millimetrów zagłębionego w zdrową tkankę płuc, dochodzą one do wielkości jaja kurzego i więcej. Od otaczającej tkanki płuc stwardnienie wyróżnia się widocznie, jakkolwiek pączki łączno tkankowe zagłębiają się w postaci

promieni w graniczącą tkankę płuca, zazwyczaj w stanie rozedmy będącego.

Przyległa opłucna zgrubiała i zrosnięta z otaczającymi częściami. Tkanka samego stwardnienia twarda, zbita, na rozkroju ciemno-szarym koloru, zwykle zawiera rozsiane serowate gruzelki zupełnie lub częściowo zwapniałe, otoczone mącą gołym okiem widoczną torebką, w około której często znajdują się prosowate gruzelki. Powyższe gruzelki nie są niezbędną częścią składową opisywanych stwardnień, obecność ich dowodzi tylko, że zamarłe ognisko gruźlicze (otorbione i częściowo zwapniałe) pod wpływem warunków dla niego sprzyjających na nowo rozrastać się poczęło, a przerwawszy swą czasową zagrodę, w około nowy zasiew stworzyło. Jednocześnie i same ognisko rozrasta się, otoczka jego niknie, a zlewając się z sąsiednimi wytwarza większe ogniska.

Rozrost i zlewanie się ognisk nie wstrzymuje poczynającego się w nich zwapnienia. Wspólna ich torebka i postępujące reakcyjne bujanie młodych komórek tkanki łącznej wypełniających wolne przestrzenie między gruźlicze, tem więcej odgranicza te zserowaciale masy, czyniąc je przez to mniej szkodliwymi dla organizmu. Zależnie od ilości soli wapiennych nasycających podobne ogniska, ogólny wygląd samych mas serowatych zmienia się znacznie, bieleją one, twardnieją poczynając od środka i wreszcie tworzą twarde zalogi wapienne. Takie „kamienie płucne“ opisał Salen, Bounet i Scheneck, a dopiero Bayle i Broussais wyjaśnili właściwy ich związek z gruźlicą.

Cokolwiek inaczej przedstawiają się zupełnie obumarłe ogniska gruźlicze, niema tu bowiem w około nich prosowatych gruzelków, jak również niema tu tak zwanego bujania komórek, różnicę tę jednak można tylko skonstatować przy badaniu mikroskopowem.

Na znaczenie tego rodzaju wyżej opisanych zmian anatomo-patologicznych, pierwszy Laennec zwrócił uwagę, sądził on jednak, że cała sprawa dotyczy samych jam gruźliczych i że ich zwapnienie doprowadza do wyleczenia.

Andral a następnie Rogée dowiedli, że zwapnieniu ulegają same gruzelki t. j. ich zawartość i na tej drodze otrzymuje się wyleczenie gruzelka. Szkoda tylko, mówi autor, że w ogóle na tego rodzaju zmiany zbyt mało dotąd zwracano uwagi, a one tylko mogły by dać należyte dane, co do częstości uleczeń gruźlicy u człowieka. Statystyczne dane jakie posiadamy obecnie, a dotyczące omawianej sprawy, przedstawiają taki chaos, że oryentować się w pośród nich trudno. I tak Cruveilhier wraz z innymi francuzkami anatomo-patologami twierdzi, że w ogóle rzadko zdarzy się znaleźć trupa dorosłego, a mianowicie starego, u którego by w wierzchołkach płuc nie znaleziono zmian, będących dowodem uleczałości gruzelków poprzednio tam umiejscowionych.

Rogée na 100 trupów starych kobiet, zmarłych nie wskutek suchot płucnych, w szpitalu Salpêtrière w Paryżu, u 51 znalazł w wierzchołkach płuc stare serowate zwapniałe ogniska.

Takież same cyfry przedstawia Déjerine. Boyer w tym że szpitalu na 160 trupów podobnej kategorii, u 157 znalazł bliźnowate ściągnięcia wierzchołków.

Prof. Bollinger w Monachjum na 400 badanych trupów u 14 znalazł zwapniałe serowate ogniska wpośród tkanki bliźnowatej, a u 55 łączno-tkankowe stwardnienia, w około których znajdowały się jeszcze prosowate gruzelki; u 12 z tych przypadków były jeszcze serowate ogniska, a u 11 zarosnięte otorbione jamy. Wykluczając z ogólnej cyfry trupów umarłych w skutek suchot płuc otrzymamy na 256 przypadków 69 przemawiających za uleczalnością gruźlicy płucnej.

Dr. Standacher na 1000 trupów, a wyłączając suchotników, na 751 u 202 znalazł wierzchołkowe stwardnienia, które również uważa za dowód uleczalności gruźlicy.

Dr. Massini z Bassel na 228 trupów zmarłych nie wskutek suchot płucnych, znalazł stare stwardnienia i bliźny u 55, serowate zwapniałe ogniska u 22, stare pleurytyczne zrosty u 52, serowate i zwapniałe gruczoly oskrzelowe u 6 i w ogóle 89 dawnych zmian wierzchołkowych, przemawiających również za uleczalnością gruźlicy.

Heitler z 16,562 protokółów wiedeńskiego patologo-anatomicznego Instytutu za r. 1869 — 1879 wybrał 76 przypadków, w których były znalezione obumarłe gruzelki i gdzie śmierć nastąpiła nie w skutek suchot płucnych, lub ogólnej gruźlicy. Z pośród znalezionych wykluczył 780 (500 mężczyzn i 277 kobiet) gdzie były zaznaczone zrosty pleurytyczne, albo tylko bliźnowate stwardnienie wierzchołków.

Przedstawiając w % w porządku jak wyżej otrzymamy 51—98,1—27,3—26,9—39 i 4,7, cyfry te wielce różne, a znaczna ta różnica pochodzi głównie ze sposobu zapatrywania się przytoczonych badaczy, przy ocenianiu danych zmian za uleczalne. Chcąc więc mieć pewne dane, wypada dowieść na drodze doświadczalnej, że rzeczywiście znalezione zmiany anatomo-patologiczne są uleczonemi i przez to nie szkodliwemi dla organizmu. W tym jednak kierunku dotąd znane są tylko dwie prace, autorzy których uleczalność ognisk gruźliczych opierali na braku w nich laseczników Koch'a. I tak Standacher w 5-ciu przypadkach wierzchołkowych stwardnień, niezawierających serowatych mass, laseczników nie znalazł. Déjerin poszukiwał laseczników w 17 przypadkach i szukał ich w zawartości serowato-zwapniałych ognisk gruźliczych. W 10 przypadkach takich ognisk zupełnie zwapniałych laseczników nie znalazł, raz tylko znalazł kilka laseczników i to zapewne pochodziły one z otaczającej tkanki. W 7 pozostałych w których serowate masy uległy zwapnieniu tylko w warstwach środkowych, w środku laseczników nie znalazł, w otaczających zaś nie zwapniałych massach były one, lecz wykrywały się z trudnością, lubo kilka razy były nawet w większej ilości. Z tych poszukiwań Déjerin przyszedł do wniosku, że w zupełnie zwapniałych serowatych ogniskach laseczników nie bywa wcale, ogniska te więc tracą wszelką cechę zaraźliwości i są tylko anatomicznym wyrażeniem zamarłej spr-

wy gruźliczej. W ogniskach ze złoгами w środku, a z serowatemi, lub serowato-zwapniałymi massami w otoczeniu, laseczniki bywają zwykle w tych otaczających massach, chociaż mogą zniknąć i w pierw, zanim wspomniane massy ulegną całkowitemu zwapnieniu.

Badanie oparte wyłącznie na obecności lub braku laseczników nie są dostateczne jużby tylko dla tego, że lubo przy kilkakrotnych badaniach laseczników nie znaleziono, to jednak mogą się one znajdować, a jeśli nie same laseczniki, to ich zarodniki; lub też przeciwnie gdyby i skonstatowano obecność laseczników, to napewno przewidzieć nie można, że zachowały one swą siłę żywotną i są w stanie wywołać gruźlicę.

Wszystkie powyższe wątpliwości wyjaśniają się na drodze szczepień zwierzętom podejrzanych tworów chorobliwych. Takich jednak szczepień dotąd zrobiono zbyt mało, bo tylko 4. I tak dr. Déjérin trzykrotnie szczepił do jamy brzusznej u 2-ch królików zupełnie zwapniałe gruzelki szprycą. Rezultat był ujemny, zwierzęta żyły 7—8 miesięcy i były zupełnie zdrowe. Czwartego szczepienia dokonał Standacher, wprowadził on pod skórę królikowi cząstki podejrzanego ogniska. Królika zabito 15-go dnia (! autor), w wewnętrznych organach zmian żadnych nie znaleziono. Pod skórą w miejscu szczepienia znaleziono serowate ognisko wielkości wiśni, w którym laseczników nie wykryto, a jak utrzymuje St. pochodziło ono z miejscowego zakażenia.

Sam autor z zachowaniem ścisłej antyseptyki szczepił pod chloroformem do jamy brzusznej morskim świnkom podejrzane i możliwe antyseptycznie przyrządzone cząstki wierzchołków płuc, które następnie były badane na obecność w nich laseczników. W ten sposób dokonał 25 szczepień, a mianowicie: podejrzanych bliznowatych stwardnień—2, takich samych stwardnień, zawierających czyste złogi wapienne—4, serowate i zwapniałe ogniska bez gruzelków—12, także same ogniska lecz z gruzelkami—7. Pomijając szczegółowy opis każdego ze wspomnianych szczepień, przytaczamy następującą tablicę streszczającą wyniki takowych, a podaną przez autora:

I) Szczepienie czystych wierzchołkowych stwardnień, pozostałych prawdopodobnie, po cierpieniu gruźliczem.

| N <sup>o</sup> doświadczenia | Ilość zaszczipionych zwierząt | Ilość zdechłych  |                            | Ilość pozostałych zdrowi |   |
|------------------------------|-------------------------------|------------------|----------------------------|--------------------------|---|
|                              |                               | Wskutek gruźlicy | Wskutek zakażenia gnilnego |                          |   |
| 1                            | 3                             | —                | 1                          | 2                        |   |
| 2                            | 3                             | —                | —                          | 3                        |   |
| Razem . . .                  | 2                             | 6                | —                          | 1                        | 5 |

II) Szczepienie wierzchołkowych stwardnień z całkowicie zwapniałymi ogniskami.

| N <sup>o</sup> doświadczenia | Ilość zaszczipio-<br>nych zwierząt | Ilość zdechłych     |                                  | Ilość pozostałych<br>zdrowymi |
|------------------------------|------------------------------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------|
|                              |                                    | Wskutek<br>gruźlicy | Wskutek<br>zakażenia<br>gnilnego |                               |
| 1                            | 2                                  | —                   | 1                                | 1                             |
| 2                            | 1                                  | —                   | —                                | 1                             |
| 3                            | 2                                  | —                   | —                                | 2                             |
| 4                            | 2                                  | —                   | —                                | 2                             |
| Razem . . .                  | 4                                  | —                   | 1                                | 6                             |

III) Szczepienie wierzchołkowych stwardnień z serowatozwapniałymi ograniczonymi ogniskami.

|             |    |    |    |   |
|-------------|----|----|----|---|
| 1           | 2  | 2  | —  | — |
| 2           | 4  | 2  | 2  | — |
| 3           | 3  | 2  | 1  | — |
| 4           | 2  | 1  | 1  | 1 |
| 5           | 2  | 1  | —  | — |
| 6           | 1  | 1  | —  | — |
| 7           | 2  | 2  | —  | — |
| 8           | 2  | 1  | 1  | — |
| 9           | 2  | 2  | —  | — |
| 10          | 2  | 2  | —  | — |
| 11          | 2  | 2  | —  | — |
| 12          | 2  | 2  | —  | — |
| Razem . . . | 12 | 26 | 20 | 5 |

IV) Szczepienie wierzchołkowych stwardnień z serowatozwapniałymi ogniskami i gruźelkami w około.

|             |   |    |    |   |
|-------------|---|----|----|---|
| 1           | 2 | 2  | —  | — |
| 2           | 1 | 1  | —  | — |
| 3           | 2 | 2  | —  | — |
| 4           | 2 | 1  | 1  | — |
| 5           | 3 | 1  | 2  | — |
| 6           | 2 | 2  | —  | — |
| 7           | 2 | 2  | —  | — |
| Razem . . . | 7 | 14 | 11 | 3 |

Dość jednego rzutu oka na przytoczoną tablicę, by się przekonać, że tylko czyste wierzchołkowe stwardnienia (pozostałe prawdopodobnie po gruźlicy) i zupełnie zwapniałe ogniska

zszczepione nie wywołały gruźlicy, tam zaś gdzie zaszczepiono serowate masy w niewielkiej nawet ilości -- gruźlica rozwijała się zawsze.

Rezultat powyższych doświadczeń odpowiada poszukiwaniom na obecność laseczników. Z badanych 20 serowato-zwapniałych ognisk w 14 znalazł autor laseczniki, w 1 były one wątpliwe, a zupełnie ich nie było w 5-ciu, chociaż w 2-ch z tych autor przeglądał po 20 preparatów. Mimo to przypuszcza K., że powstała u doświadczanych zwierząt gruźlica nie będąc zależną od laseczników, których nie znalazł, powstać mogła od ich zarodników, obecność których wykluczać, jak dotąd, nie mamy prawa. Z powyższych doświadczeń widzimy, że dopóki w organizmie znajdują się serowate masy, mogą one wywołać nową sprawę gruźliczą, a nawet ogniska częściowo zwapniałe i widocznie odgraniczone, nie są obojętnymi dla organizmu, przechowują bowiem w sobie zarazę przeważnie w postaci zawartych w nich laseczników.

Prof. Bahl pierwszy oceniał znaczenie dla organizmu tych nieograniczonych serowatych ognisk. Z 23 przypadków ostrej gruźlicy w 21 znalazł on także serowate ogniska i poczytuje je za powód powstałej gruźlicy. Hoffmann mniema, że gruźlica jest wynikiem rozpadu serowatych mass, a Waldenburg w podobnym znaczeniu uważa gruźlicę jako chorobę resorbacyjną, wreszcie Virchow rzadko spostrzegał ostrą gruźlicę, bez obecności starych serowatych ognisk w uległym jej organizmie.

Autor przytacza następujące statystyczne dane, zebrane przez Billroth'a i Menzel'a, wskazujące na znaczenie tych serowatych mass dla organizmu, na 2,106 przypadków miejscowej gruźlicy kości, wypada 1,143 przypadków śmierci w skutek następnej gruźlicy płuc, a Heitler cytuje, że z 780 przypadków starych serowatych wierzchołkowych, po części zwapniałych ognisk, 127 razy znalazł gruźlicę w innych narządach.

I tak więc za zupełnie uleczone mogą być uważane te tylko przypadki gruźlicy, w których w miejsce dawnej sprawy chorobowej wytwarza się czysta blizna, lub też w których serowate masy uległy zupełnemu zwapnieniu.

Serowato-zwapniałe ogniska po większej ożeści nie mogą być uważanemi za uleczalne, ponieważ bardzo długo zachowują one siłę zarażającą i przez to mogą wywołać nowe formy gruźlicy płucnej, a nawet i ogólnej. Tem mniej za uleczone mogą być uważane ograniczone ogniska, w około których znajdują się gruzelki; ogniska te są dowodem, że chwilowo zamarła sprawa gruźlicy płucnej, a nawet i ogólnej. Tem mniej za uleczone mogą być uważane ograniczone ogniska, w około których znajdują

141. L. GALLIARD. **Odma piersiowa prosta, bez płynu, i jej uleczalność.** Arch. gén. de. med. 1888. Mars et Avril

Fakty, zdobyte na drodze doświadczalnej, i spostrzeżenia kliniczne, zeczerpnięte z literatury, oraz kilka własnych stanowią materiał, który pozwala autorowi rozpatrzeć tę stosunkowo rzadką formę odmy piersiowej.

Kiedy do jamy zdrowej opłucnej dostanie się pewna ilość

powietrza i skoro otwór, przez który ono przeszło, zostaje zamknięty, rozpoczyna się stopniowe wchłanianie zebranych gazów. Doświadczenia Demarquay'a na psach wykazały, że powietrze, zebrane w opłucnej, szybko zmienia się w swym składzie: ilość tlenu zmniejsza się tak, że w końcu znika i zastąpioną zostaje przez kwas węglany, ilość azotu powiększa się. Ta nowa mieszanina gazów o wiele łatwiej ulega wessaniu, niż poprzedzająca. Aby jednak wessanie gazów odbyć się mogło, potrzeba przedewszystkiem, by otwór został zamknięty. Zamknięcie to skutecznie się może albo przez bliznę opłucnej albo płuca.

Ad 1) Powietrze, zawarte w opłucnej, mogłoby sprzyjać zabliznieniu otworu przez drażnienie tej błony, gdyby nie to, że bardzo rychło powietrze to zastąpionem zostaje przez gazy, pochodzące z naczyń, które nie posiadają własności drażniących w tym stopniu, co powietrze. Dla tego to Laennec bardzo mało liczy na zamknięcie odmy przez zabliznienie opłucnej.

Ad 2) Zamknięcie otworu przez bliznę płuca jest bez wątplenia pewniejsze. Wielu autorów widziało takie blizny po odmach pochodzenia urazowego, rozedmowego i gruźliczego.

Przechodząc do części klinicznej, autor pomija przypadki odmy prostej pochodzenia urazowego i odróżnia:

I. Odme prostą, wydarzającą się u osobników w zdrowych w następstwie wysiłku, lub powstającą samodzielnie. Odma taka ustępuje po kilku tygodniach. G. przytacza 21 spostrzeżeń z literatury i 1 własne. Oto jedno z nich (Ranking'a), jedyne, w którym była sposobność zbadania zwołok. U mężczyzny lat 19, który uważał się za zupełnie zdrowego, wystąpił nagle silny ból kłójący w lewym boku i duszność. Rozpoznano lewostronną odme piersiową bez płynu; żadnych znaków gruźlicy. Wyzdrowienie po 2 miesiącach. W 3 miesiące później osobnik ten zmarł nagle wskutek tętniaka tętnicy głównej. Przy badaniu zwołok znaleziono: brak gruźlicy, zupełny brak śladów zapalenia opłucnej; u wierzchołka lewego płuca kilka pęcherzyków płucnych, dotkniętych rozedmą i łączących się wzajemnie. Przerwanie jednego z tych pęcherzyków spowodowało zapewne odme.

II. Odma prosta, jako następstwo pewnych cierpień płucnych. a) Odma w przebiegu gruźlicy zwyczajnie powstaje wskutek przedziurawienia jamy lub rozpadłego gruźelka, znajdujących się w bliskości powierzchni płuca.

W nielicznych tylko przypadkach gruźlicy odme uważać należy za następstwo pęknięcia pęcherzyków płucnych, dotkniętych rozedmą następczą (emphysema vicarium). Jakkolwiek odma prosta, bez płynu, wydarza się niekiedy u osobników gruźliczych (kilka takich przypadków zebrał autor), to jednak przypadki te należą do rzadkości; zwyczajnie bowiem do odmy tego pochodzenia przyłącza się zapalenie opłucnej albo zaraz po jej wystąpieniu, albo dopiero po niej jakim czasie, według

Trousseau po 16 dniach. Co się tyczy zejścia odmy prostej spostrzeganej w przebiegu gruźlicy, autor przytacza kilka przypadków z literatury odnośnej, które się zakończyły zupełnem wessaniem gazów.

b) **Rozedma płucna**, jak widzieliśmy, odgrywa poważną rolę w powstawaniu odmy u osobników zupełnie zdrowych (vid. spostrzeżenie Ranking'a) i w niektórych przypadkach gruźlicy (vid. emphysema vicarium); u chorych zaś, dotkniętych rozedmą, odma wydarza się tylko wyjątkowo. Biach na 2710 przypadków rozedmy zadawnionej przytacza zaledwie 1 przypadek odmy. Autor odszukał w literaturze jeszcze 2 podobne przypadki. W rozedmie świeżego pochodzenia, w następstwie koklusz, odma jest również chorobą nadzwyczaj rzadką. Fakty te autor objaśnia, jak następuje:

Dla powstania odmy resp. przedziurawienia opłucnej trzewowej koniecznym warunkiem jest ściśle a mocne przyrośnięcie takowej do płuca; w wieku podeszłym czyli w wieku, w którym rozedma zazwyczaj się rozwija, jako też w wieku dziecięcym, czyli w zwykłej porze koklusz opłucna jest wiotka i słabo przylega do płuca; w obu więc razach w warunkach sprzyjających rozwinąć się może rozedma podopłucnowa (sous-pleural), wyjątkowo tylko odma. Za to rozedma zastępcza powstawać może i dawać początek odmie prostej w gruźlicy (patrz wyżej); w zapaleniu płuc włóknikowem (rzadko), w zapaleniu opłucnej (wyjątkowo), w końcu w odmie jednostronnej (bardzo rzadkie przypadki odmy obustronnej).

Wszystkie te dane pozwalają autorowi przejść do uogólnień.

Ze względu na pochodzenie odmy prostej odróżnić można dwie grupy przypadków: 1) te, które się leczą i których podstawa anatomiczna przez to samo pozostaje nieznaną. 2) te, które są następstwem cierpień płucnych: rozedmy i gruźlicy. Przypadki 1-ej grupy, niejasne co do pochodzenia, przebieg i rokowanie mają podobne. Podstawę anatomiczną tych przypadków stanowi zapewne rozedma ograniczona, której nie jesteśmy w stanie rozpoznać za życia i która powstaje bądź wskutek wysiłków fizycznych, bądź wskutek kaszlu, bądź też bez widocznego powodu. Odma prosta tego rodzaju wydarza się zazwyczaj u mężczyzn (na 22 mężczyzn—3 kobiety) w wieku lat 17—37.

Choroba rozpoczyna się nagle od kłójącego bólu w boku. U dzieci bólu może nie być. Drugim objawem ważnym i stałym dla odmy całkowitej jest duszność. W odmie częściowej duszności może nie być. Wskutek tego objawu choroby zmuszony jest siedzieć, pochylając się ku przodowi. Objaw ten zwykle trwa dni kilka t. j. przez czas, dopóki płuco zdrowe nie przygotowuje się należycie do zastąpienia uciśniętego. Duszności towarzyszą: przyspieszony odddech, sinica, uczucie strachu. Kaszlu niema, o ile odmy nie wzięła nieżyt oskrzeli. W przypadkach, w których spostrzegano gorączkę, było zapewne jakieś ognisko zapalne w płucu lub w opłucnej, w odmie prostej bez powikłań gorączki nie spotykamy.

Objawy fizykalne. Wzmocnienie dźwięczności odgłosu wypukowego (la sonorité exagérée à la percussion), brak szmeru oddechowego pęcherzykowego, wreszcie brak drgań głosowych (vibrations thoraciques) poczytuje autor za objawy stale towarzyszące odmie i uważa je za wystarczające do postawienia rozpoznania. Laennec'owi wystarczają dwa pierwsze objawy. Oddech i podmuch dzbanowy, dzbanowy charakter głosu i kaszlu należą do objawów bardzo często spostrzeganych w odmie ale niestałych. Przydźwięk metaliczny (tintement métallique), oraz szcęk spiżowy (bruit d'airain) należą również do objawów nie stałych. Brak szmeru pluskającego (bruit de succussion) odróżnia odnę prostą od odmy z puchliną. Odma powoduje niekiedy wyparcie (dislocatio) serca i wątroby.

Tylko co wymienione objawy podmiotowe i przedmiotowe pozwalają postawić właściwe rozpoznanie. Zdecydowawszy się, że mamy do czynienia z odną prostą, warto zwrócić uwagę na następujące punkty:

1) Co dało początek odmie? Jakkolwiek w większości przypadków przedziurawienie płuca i opłucnej staje się przyczyną odmy, to jednak są przypadki, w których powietrze dostaje się do opłucnej z przewodu pokarmowego przez przetokę żołądkową opłucnową lub dwunastnico-opłucnową przy obecności wrzodu dziurawiącego żołądka lub dwunastnicy. Taki przypadek spostrzegął Stephanides (Wien. Med. Woch. N. 33, 1882).

2) Gdzie jest siedlisko przedziurawienia? W odmie pochodzenia gruźliczego płuco przedziurawionem bywa w wierzchołku, w odmie pochodzenia rozedmowego w dolnych ustępach płuca. Fakt ten łatwo zrozumieć, pamiętając, że gruźlica umiejscawia się zwyczajnie w wierzchołkach, rozedma u podstawy płuca. W przypadkach pochodzenia niewiadomego o siedlisku przedziurawienia nie powiedzieć niepodobna.

3) Czy odma jest całkowitą? Istniejące uprzednio zrosty opłucnej przeszkadzać mogą powstaniu odmy całkowitej. W tych przypadkach w miejscach, gdzie odmy niema, gdzie płuco nie zostało uciśnięte, słyszymy szmer oddechowy pęcherzykowy.

4) Kiedy odma staje się zamkniętą? Dopóki otwór, łączący jamę opłucnej z powietrzem atmosferycznym, pozostaje otwarty, ucisk gazów na płuco nie może się zmniejszać, płuco nie może powracać do dawnej objętości; z chwilą kiedy zaczynamy słyszeć szmer oddechowy pęcherzykowy, kiedy powraca drganie głosowe, twierdzić można, że odma już jest zamkniętą.

Jak widzieliśmy, choroba powstaje nagle, wystarcza na to kilka wdechów; następnie „status quo“ trwa przecięciowo 15 dni. Cała choroba ciągnie się od 10 dni do 2 miesięcy, przecięciowo 3—4 tygodni. Co się tyczy powrotów, to tylko Bull opisał jeden taki przypadek.

Rokowanie nie opierać się powinno na stanie płuc i opłucnej. Widzieliśmy, że odma prosta u osobników gruźliczych, przez czas krótki tylko pozostaje na tym stopniu i zwyczajnie przyspiesza

nieszczęsny koniec. Co się tyczy pozostałych przypadków odmy prostej, których podstawę anatomiczną stanowi prawdopodobnie ograniczona rozedma, to te kończą się wyleczeniem w ciągu 3—4 tygodni. Nieznaczna domieszka płynu surowiczego w opłucnej zwyczajnie nie zmienia pomyslnego rokowania, jakkolwiek oddala nieco zupełne wyzdrowienie.

**L e c z e n i e** nazywa autor wyczekującym. Choremu należy spokój, unikanie głębokich wdechów, które mogą przeszkadzać zabliznieniu otworu, unikanie przeziębienia resp. nieżyty oskrzeli.

Przy przyjmowaniu morfiny oddech staje się powierzchowniejszy i powolniejszy, duszność zmniejsza się. W otwartej odmie przy każdym wdechu ilość powietrza w opłucnej powiększa się, duszność wzmagą się. Proponowane w tych razach przekłócie klatki piersiowej uważać należy za mało użyteczne, gdyż poprawa, tą drogą otrzymana, jest krótko trwała. W odmie zamkniętej przekłócie klatki piersiowej jest bezwarunkowo przeciwwskazane, gdyż po rozrzedzeniu powietrza w opłucnej płuco rozszerza się szybko, co spowodzić może przerwanie świeżej blizny.

*Chelmoński.*

**142. Dr. POTAIN. O leczeniu odmy piersiowej gruźliczej przez wypuszczenie płynu z połączeniem wprowadzenia powietrza sterylizowanego do jamy opłucnej.** (*Le Praticien* N. 18).

W większości przypadków odmy piersiowej, w których nagromadzenie się płynu w znacznej ilości zmusza do przedsięwzięcia wypuszczenia takowego, nastrocza się obawa, że przy rozszerzaniu się płuca blizna rany, która dała początek odmie, otworzy się, wskutek czego odma się odnowi, albo, co jeszcze gorzej, cząstki rozpadowe z jamy w płucu przedostaną się do jamy opłucnej i wywołają otok ropny. Prócz tego w rozszerzającym się płucu łatwo powstają sprawy zapalne. Do pewnego stopnia usuwa te obawy wypuszczenie wysięku po trochu. Wtedy jednak wystawia się płuco naprzemian na ucisk i rozszerzenie, co sprzyja rozwojowi sprawy gruźliczej. Aby zapobiedz temu, autor wypuszcza płyn całkowicie, zastępując go powietrzem uprzednio sterylizowanym. Przyrząd obmyślony w tym celu składa się z dwóch naczyń, objętości 2 litrów, połączonych tak zapomocą rury gumowej, że zawartość jednego, drogą syfonu, można przeprowadzić do drugiego. Jedno naczynie wypełnia się całkowicie silnym roztworem fenolu i łączy się z rurą ogrzaną do 200° i napełnioną watą. Po opuszczeniu naczynia pustego płyn przelewa się doń, a miejsce jego zajmuje powietrze, oczyszczające się przy przejściu przez rurę.

W opisywanym przypadku trójgraniec wkłóto w 7 międzyżebrzu, a powietrze wprowadzono przez cienką krótką igłę wbitą w 6 międzyżebrzu. Wypuszczono 1500 c. n. płynu. Chory nie gorączkował. Płyn kilkakrotnie się odnawiał i operację powtórzono kilkakrotnie zawsze z dobrym skutkiem. Przy ostatniej, kiedy można już było przypuszczać dostatecznie mocne zabliznienie się rany, autor nie wpuszczał powietrza;

ale niebawem wystąpił ból żywy i duszność, które zmusiły do wypuszczenia powietrza, poczem objawy nieprzyjemne zaraz ustały. Chory ten znakomicie się poprawił. Sprawa gruźlicza przycichła, w płwocinie nie można było wykryć laseczników gruźliczych. Klatka piersiowa nie zapadła się. Również dobre wyniki Potain otrzymał jeszcze w dwóch przypadkach odmy przy gruźlicy.

Autor stawia następujące prawidła przy postępowaniu w podobnych razach:

1) Z początku, skoro odma rozwinięta nie wywołuje znacznej duszności, należy się wstrzymać od rękoczynów chirurgicznych.

2) Tylko przy odmie z klapką, wentylem, gdzie powietrze wciągane w wielkiej ilości do jamy otrzewnej dosięga wysokiego stopnia napięcia, może być pożytecznem wypuszczenie częściowe powietrza, na tyle, aby zrównać ciśnienie w jamie z atmosferycznem, albo też uczynić je nieco niższem.

3) Skoro wytworzy się wysięk surowiczo-włóknikowy nie należy również przybiegać do wypuszczania go, dopóki nie zagraża swoją objętością.

4) W ostatnim razie należy go wypuścić całkowicie, zastępując powietrzem sterylizowanem, tak aby ciśnienie w jamie opłucnej doszło mniej więcej do zwykłej normy (7 milim. rtęci).

5) W ten sam sposób należy postępować, jeżeli wysięk jest surowiczo ropny ale nie cuchnący.

6) W ostatnim razie wskazaną jest operacyja radykalna, jeżeli tylko drugie płuco może pełnić dostatecznie swoją czynność; w przeciwnym razie należy założyć dren hermetyczny z syfonem.

Co się tyczy nowej metody, to Potain streszcza jej korzyści tak, że

1) przy pomocy jej można wysięk opróżnić całkowicie,

2) nie wywołuje ona żadnego szkodliwego odczynu,

3) pozwala płucom rozszerzać się zwolna i stopniowo; usuwa konieczność częstego powtarzania przekłowań.

4) pozostawiając chore płuco w spokoju i bezczynności, zdaje się sprzyjać zabliznieniu się i leczeniu zmian gruźliczych.

O. Hewelke.

143. SZAPIRO. Wyleczenie Biermer'owskiej niedokrwistości złośliwej przez wydalenie brzódogłówca. (*Heilung d. Biermer'schen perniciosen Anämie durch Abtreibung von Botrioccephalus latus. Zeit. f. Klin. Med. B. XIII. H. 5*).

Prof. Runeberg z Helsingforsu na Zjeździe Lekarzy w Berlinie czytał rzecz „o brzódogłowcu i niedokrwistości złośliwej.“ Runeberg przyszedł do przekonania, że nagminnie panująca w Finlandyi niedokrwistość złośliwa w znacznej części bywa wywoływana przez obecność w kiszka brzódogłowca, będącego w tych okolicach zjawiskiem bardzo częstem (zależnem od spożywania pokarmów rybnych). Niedokrwistość ta znika wraz z wydaleniem pasożyta. Poglądu tego nie podzielali na zjeździe Biermer, Quincke i Immerman, którzy utrzymywali, z jednej

strony, że nie widzieli nic podobnego w swoich przypadkach niedokrwistości złośliwej, z drugiej zaś, wątpią, czy przypadki Runeberga cechowała właściwa niedokrwistość złośliwa. Reyer, Hoffman z Dorpatu spostrzegali również wiele przypadków znikania wszystkich objawów niedokrwistości złośliwej po wydalaniu brzódogłówcza, który w ogóle nad Bałtykiem stanowi zjawisko codziennej obserwacji. Autor pracy obecnie streszczane podaje niezmiernie ciekawy pod tym względem przypadek niej dokrwistości złośliwej, badany i spostrzegany bardzo starannie i wszechstronnie. Przypadek ten dotyczy 13-letniego chłopca. Na obraz kliniczny złożyły się następujące objawy, cechujące zazwyczaj niedokrwistość złośliwą, klasycznie przez Biermera opisaną: 1) Oligocythaemia rubra, przy której liczba czerwonych ciałek była sześć razy mniejszą od normalnej; zjawisko to, jak wiadomo, nie ma miejsca przy najwyższych stopniach blednicy (chlorosis). 2) Poikilocythaemia, jaka bywa tylko przy niedokrwistości złośliwej. 3) Gorączkowy przebieg. 4) Wynaczynienia w skórze i krwawienie z błony śluzowej nosa i dziąseł (siatkówka nie badana). 5) Objawy ze strony serca i naczyn. 6) Brak widocznego wycieńczenia. W przypadku tym, pomimo najusilniejszych starań i poszukiwań, nie można było wykryć cierpienia jakiegokolwiek narządu, które byłoby w stanie tłumaczyć ową niedokrwistość. Jedynie kał chorego, badany drobnowidzowo, wykazywał zawsze znaczną ilość jajek brzódogłówcza dość charakterystycznych. (Jajka te są owalne, mają otoczkę, ziarnistą zawartość. Na jednym biegunie daje się zauważyć linia, dzieląca jajko na dwa nierówne odcinki. Ref.).

Po zastosowaniu środka czerwiopędnego, wyszło kilka brzódogłówców, przynajmniej 3 lub 4, gdyż długość wszystkich kawałków wynosiła 23 metry, średnia zaś długość brzódogłówcza wynosi, jak wiadomo, 6—8 metrów. Nie jest to ilość znaczna, gdyż spostrzegano znacznie więcej pasożytów w przewodzie kiszczowym; największą ilość, bo 78 pasożytów zawierały kiszciki pewnego majtka, jak to przypadkowo wykryła autopsja. Wkrótce po wydaleniu pasożyta chłopiec zaczął się poprawiać, trupiebla cera twarzy stopniowo znikala i w niespełna 2 tygodnie chory o tyle się wzmocnił, że mógł o własnej sile chodzić po pokoju, gdy poprzednio, najmniejsze czynne poruszenie chorego, pociągało za sobą mroczyki przed oczami i omdlenia. Ilość czerwonych ciałek krwi stopniowo powracała do normy, jak przekonały obliczenia krążków krwi pod drobnowidzem. Autor zastanawia się nad istotą cierpienia zarówno w danym przypadku, jak w podobnych przypadkach niedokrwistości złośliwej, zależnej od brzódogłówcza. W obecnym stanie nauki w kwestyi tej można tylko robić mniej lub więcej uzasadnione przypuszczenia. Botkin np. sądzi, że idzie tu o odruchowo wywołane zmiany w przypuszczalnym ośrodku krwiotwórczym. Reyer zaś sądzi z analogji objawów przy „*anhylostomum duodenale*“, że i w przypadkach zależnych od brzódogłówcza niedokrwistość ma swoje źródło w tem, że pasożyt czerpie wprost soki z naczyń krwionośnych i chłonnych. Przypuszczenie Reyera mało jest prawdo-

podobnem, gdyż brózdogłowiec nie posiada narządów, mogących pełnić tę funkcję, a żywi się, jak wiadomo, całą powierzchnią swoich proglotyd. Nie można zaprzeczyć temu, że następuje w ustroju chorego znaczna utrata soków, idących na korzyść pasożyta, niemniej jednak zdarzały się przypadki, jak powyżej zanotowany, w którym było 78 brózdogłowców, zastanawiające z tego względu, że pomimo znacznej ilości pasożytów w kiszkiach, objawy niedokrwistości wcale nie występowały tak plastycznie, jak by można było sądzić à priori, albo też brakowało wszelkich objawów cierpienia. Należy przypuścić, że w niektórych przypadkach ustroj pasoyta wydzielać może pewien chemiczny jad, który działa niszczaco na elementy morfologiczne krwi i powoduje zmiany, składające się na obraz kliniczny niedokrwistości złośliwej. Powstawanie owego jadu tem bardziej dało by się uzasadnić, że pasoyt ten ulega zmianom chorobowym i częstokroć w przewodzie kiszkiowym obumiera bez widocznych przyczyn. Gorączka, jaka w pewnych przypadkach daje się zauważyć, zależy od tego, że pasoyt nieżywy ulega rozkładowi w przewodzie kiszkiowym całkowicie, lub też następuje częściowe tylko obumieranie i gnicie proglotyd, które wskutek zaparcia stolca nie będą w porę wydalone z kiszki. Rozkład taki powoduje zakażenie ustroju chorego, objawiające się gorączką, która znika po wydaleniu pasoyta.

W końcu swej pracy zastanawia się autor nad tem, że brózdogłowiec, występujący dość często w Szwajcaryi, nigdy nie powoduje tak groźnych zmian w ustroju swego gospodarza i przychodzi do przekonania, że przyczyną tego zjawiska musi być albo różnica warunków życia Północnej Rosyi i Szwajcaryi, takich np. jak klimat, pożywienie, panujące choroby, albo też polega na różnicy w ustroju samego pasoyta na północy i w środkowej Europie. Na poparcie tego ostatniego przypuszczenia przytacza autor zdanie takich badaczy, jak Kùcheumeister i Braun, którzy dowodzą, że pomiędzy północnym i środkowoeuropejskim brózdogłowcem zachodzą pewne różnice morfologiczne.

*Ignacy Grundzash.*

144. Dr. E. De RENZI. Leczenie merkuryjalnego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej merkuryjuszem. (*Rivista Clin. e Terap.* 1888).

Zdaje się, że trudno byłoby wyszukać większego paradaksu nad ten, że najlepszym środkiem przy leczeniu zapaleń błony śluzowej jamy ustnej wywołanych użyciem merkuryjuszu jest sam merkuryjusz. Powyższy jednak sposób leczenia zachwala Dr. E. De Renzi i zdanie swoje popiera przytoczeniem dwóch przypadków. Pierwszy przypadek tyczy się trzydziesto letniego mężczyzny, który z powodu trzeciorzędnych objawów przymiotu pozostawał w szpitalu. Leczenie polegało na podawaniu jodku potasu i chlorniku rtęci; ostatni środek stosowano podskórnie. Jednocześnie zalecono choremu przemywania jamy ustnej chloranem potasu. Po siódmej iniekcji wystąpiły objawy zapalenia błony śluzowej jamy ustnej. Zalecono płukać usta roztworem sublimatu i po upływie dni czterech gingi-

vitis całkowicie ustąpiło, chociaż wstrzykiwania dalej prowadzono.

Drugi przypadek przedstawia się mniej więcej jak i powyższy z tym tylko wyjątkiem, że zapalenie błony śluzowej jamy ustnej wystąpiło w znacznie silniejszym stopniu: na dziąsłach i błonie śluzowej warg i policzków miejscami potworzyły się owrzodzenia oddech chorego był mocno smrodliwy. Leczenie merkuryjuszem zostało przerwane, natomiast przepisano płukanie jamy ustnej sublimatem. Po czterech dniach foetor ex ore ustąpił a owrzodzenia były blizkie zagojenia.

De Renzi utrzymuje, że stomatitis mercurialis pod żadnym względem nie różni się od innych postaci zapalenia błony śluzowej jamy ustnej i sądzi, że merkuryjusz nie jest wcale bezpośrednio przyczyną zapalenia jamy ustnej, lecz że tylko naruszając odżywianie ogólne a zatem i błony śluzowej jamy ustnej stwarza sprzyjające warunki, dla rozwoju mikrobow. Sublimat użyty do płukania jamy ustnej niszczy mikroby i tą drogą leczy cierpienie. Roztwór sublimatu używany do płukania wynosił 0,2 na 2,000 mniej więcej trzy grany na dwa litry wody. Jeden litr zużywano dziennie.

*J. Drzewiecki.*

145. Dr. ALTHAUS z Londynu. **Przyczynę do patologii i leczenia, dzwonięcia w uszach tinnitus aurium.** (Deut. Arch. für Klin. Med. 42 Band. 5 Heft.).

Głośne i uporczywe dzwonięcie w uszach należy do najnieznajniejszych cierpień i wywiera wpływ bardzo pognębiający na cały układ nerwowy chorego.

Różnorodność szmerów słyszanych przez chorych jest tak wielką, że wyliczyć ich tu niepodobna.

Z początku cierpienia chorym zdaje się, że te szmery pochodzą ze świata zewnętrznego; jednak z czasem umiejscawiają je w uchu, albo też w którejś z okolic czaszki; zdarza się zaś także, że pierwotne złudzenie pozostaje i nadal.

Niekorzystne wpływy atmosferyczne, jak dżdżysta pogoda, wielki upał potęgują cierpienie; także wszelkie gwałtowniejsze ruchy ciała, nadużycia w przyjmowaniu pokarmów i trunków, jakoteż wszystko, cokolwiek osłabia ogólny stan chorego. Czasem tinnitus staje się najdokuczliwszym w nocy, wśród ciszy.

Tinnitus aurium powstaje zawsze skutkiem chorobliwego pobudzenia nerwu słuchowego.

Stan ten sprowadzają najrozmaitsze czynniki.

Przedewszystkiem przyczyną może być zmiana w ciśnieniu endolimfy w labiryncie, co może zależeć albo od pewnego stanu ogólnego, albo też od miejscowego cierpienia ucha.

Tak więc tinnitus wywołuje nieraz zmniejszone ciśnienie w tętnicach. Ma to miejsce w rozmaitych postaciach niedokrwistości: po obfitych krwawieniach, w zemdleniu po wstrząsie (shock), u dziewcząt chorujących na blednicę i u kobiet, które za długo karmiły; szmery te mają charakter przerywany.

To samo zdarza się i pod wpływem podwyższonego ciśnienia w tętnicach, jak marskości nerek, w dniu, przy zastoju krwi w chorobach serca. Tętniaki carotidis internae, a. basilaris i a.

meningeae także powodują szmery charakteru przerywanego, występujące jednocześnie z pulsem.

Jednak w większości przypadków dzwonienie jest ciąglem i pochodzi z jakiegoś miejscowego cierpienia usznego, które zmienia ciśnienie w błędniku i w ten sposób drażni nerw słuchowy.

A więc przede wszystkim zjawia się przy nagromadzeniu wydzieliny gruczołów łojowych w uchu zewnętrznym, jakoteż przy rozmaitych cierpieniach tej części. Tłumaczy się to w ten sposób, że błona bębenkowa zostaje mniej lub więcej odcisnięta ku wewnątrz, ruch ten udziela się kostkom słuchowym i okienkom, co wywołuje podwyższenie ciśnienia endolimfy w labiryncie. Zamknięcie przewodu Eustachiusza może w ten sam sposób działać na błędnik.

Jednak najczęstszą przyczynę dzwonienia, stanowi zlepane zapalenie średniego ucha i choroba samego nerwu w błędniku.

Zlepane zapalenie średniego ucha polega na przeroście tkanki łącznej, skutkiem czego powstaje zeszywnienie łańcuszka kostnego, zwłaszcza zaś anhyloza strzemięcia. Przewodnictwo fal dźwiękowych zostaje utrudnionem i zjawia się głuchota; z drugiej zaś strony wskutek podwyższonego napięcia w układzie przewodniczącym podnosi się ciśnienie w labiryncie, co wyprawia nerw słuchowy w stan chorobliwego podrażnienia i wywołuje tinnitus. W podobnych przypadkach pewne środki mechaniczne i chirurgiczne, zwłaszcza zaś procedura Politzer'a mogą się okazać skutecznymi i zwalczać głuchotę, jakoteż i szmery.

Tam zaś, gdzie głuchota i tinnitus, są następstwem pierwotnej choroby nerwu w labiryncie, tam od wyżej zaznaczonych środków pomysłnego rezultatu spodziewać się nie można, i tylko ostrożne zastosowanie elektryczności pomódz coś może.

Cierpienia nerwu słuchowego w błędniku, od których zależy też tinnitus, są rozmaite.

Przedewszystkiem wymienić tu należy krwotok do błędnika błoniastego, który daje zbiór objawów, znany pod nazwą choroby Menière'a. Krwotok powstać może po uderzeniu, upadku na głowę, może jednak zdarzyć się i bez widocznego powodu. Choroba zaczyna się od tinnitus, z początku słabego, potem wzmagającego się bardzo znacznie; głuchota następuje bardzo szybko, w przeciągu kilku godzin; chory doznaje zawrotu głowy i wymiotuje, nie traci jednak przytomności; próba z kamertonem wskazuje, że nie mamy do czynienia z cierpieniem średniego ucha. W przypadkach krwotoku do błoniastego labiryntu, w którym brak wszelkiego momentu przyczynowego okolicznościowego, wytłumaczyć go sobie można obecnością tętniaków prosówkowych (Miliaraneuryzmen) drobnych tętnic labiryntu. Charcot poleca przeciw tinnitus przy chorobie Menière'a chininę. Autor radzi być pod tym względem ostrożnym, gdyż widział po chininie nawet pogorszenie; w każdym razie należy podawać środek ten w małych dawkach i rozpuszczać w acid. hydrobrom. dil. Najpewniejsze usługi od-

daje tu elektryczność, usuwa bowiem tinnitus, a nawet może poprawić słuch.

Objawy podobne do tych, jakie daje krwotok, spotyka się i przy skurczu drobnych tętnic błędnika. Autor diagnozuje stan ten tam, gdzie głuchota, tinnitus i zawrót głowy występują raptownie, gdzie im towarzyszy bladeść twarzy, mdłości i uczucie omdlenia, gdzie objawy te trwają stosunkowo krótko, t. j. 15 do 20 minut, czasem jednak dłużej, i potem mniej lub więcej szybko znikają, zupełnie lub też tylko częściowo. Po skurczu następuje stan paralityczny ścianek naczyń, o czym świadczy zaczerwienienie twarzy. Prawdopodobnie przekrwieniu temu towarzyszy często wysięk surowiczy albo nawet krwotok z naczyń włosowatych w labiryncie. Przypuszczenie to robi autor na tej podstawie, że po takim napadzie, zwłaszcza zaś jeżeli go poprzedziły inne, pozostaje jeszcze pewien stopień głuchoty i tinnitus. W podobnych przypadkach okazuje się skutecznym prąd stały.

Poważniejszą chorobą nerwu słuchowego, przy której zjawia się tinnitus, stanowi jego zapalenie, które może być samoistne, albo też objawowe, jak w ropnicy, ostrych wysypkach, róży, durze, gorączce połogowej, zapaleniu gruczołu okołosznego i przymocie. Objawy nie występują tu tak ostro, jak przy krwotoku. Zdarza się, że chory głuchnie w przeciągu 2 lub 3 dni, nigdy jednak nie widziano, ażeby to następowało w parę godzin, jak to ma miejsce w chorobie Menière'a. Dla przykładu przytacza autor dwa przypadki, jeden, w którym neuritis auditoria była zapowiedzią tabes,—drugi, gdzie zapalenie nerwów słuchowych było następstwem tyfusu brzuszkiego. W podobnych razach poprawy słuchu za pomocą elektryczności osiągnąć nie można, udaje się jednak nieraz znacznie złagodzić tinnitus.

N. acusticus może być także dotknięty przymiotem; ma to zwykle miejsce w późniejszym okresie choroby. W tych razach tinnitus jest bardzo głośny i głuchota następuje szybko. Przymiotowe zapalenie nerwu słuchowego pod względem natężenia i szybkości pojawiania się symptomatów ustępuje krwotokowi, przewyższa jednak zapalenie samoistne. Ciężkie cierpienie to zjawia się także u dzieci syfilityków. Czasem pierwszym objawem jest zawrót głowy. W zapaleniu syfilitycznym chodzi przede wszystkim o spieszne postawienie dyagnozy i jaknajrychlejsze rozpoczęcie leczenia swoistego.

Bardzo też uporczywy i przykry tinnitus spowodować mogą przyczyny natury ogólnej, jak zmartwienia, przestrasch, nadmierna praca umysłowa i nadużycia in Baccho. Spotyka się to najczęściej u osób niedokrwistych, macinnicznych i nerwowych, zdarza się jednak i w ustrojach prawidłowych. Nerw słuchowy jest widocznie szczególnie uciążliwy (vulnerabel) i łatwiej podlega wpływowi ogólnym, osłabiającym układ nerwowy, niż inne nerwy. W tych przypadkach tinnitus może być z początku nieznaczny i potęgować się z czasem. Słuch także słabnie i stan

ten pochłania całą uwagę i wszystkie myśli chorych, którzy często zapadają w melancholię.

Dzwonienie zjawia się także po użyciu pewnych środków lekarskich, jak chininy, salicylanu, soli salicylowych, morfiny, chloroformu i alkoholu. Doświadczenia Kirchner'a pokazały, że chinina spowodować może porażenie naczynioruchowe z następczem przekrwieniem i wynaczynieniami krwi do średniego i wewnętrznego ucha. W niektórych przypadkach dochodziło nawet do przekrwienia twardej i miękkiej opony mózgowej. Dlatego też w przypadkach, w których chinina lub salicylan sodu wywołały podobne skutki, stosować należy natychmiast środki odciążające w pobliżu zewnętrznego ucha.

Zdaje się, że tinnitus powstaje także na drodze odruchowej. Tak np. zjawia się razem z nerwobólem w twarzy lub bólem zębów i znika wraz z niemi. Zdarza się on także przy chorobach płuc i macicy.

Nareszcie tinnitus zależeć może od pewnych chorób mózgu i jego opon. Jeżeli szmery słyszane przez chorego odznaczają się wielką różnorodnością, jeżeli np. chory słyszy dzwonienie różnej wysokości, albo całe kawałki grane przez orkiestrę lub organy i przerywane strasznymi dyssonansami, albo głosy męczących się i t. p., to można przypuścić, że są one pochodzenia ośrodkowego, że mianowicie mamy do czynienia z nadczułością ośrodków słuchowych w korze mózgowej. Te więc wrażenia nazwać należy nie tinnitus, lecz halucynacjami słuchowemi. Zdarzają się jednak przypadki, w których trudno jest powiedzieć, gdzie się mieści siedlisko choroby, czy w labiryncie, czy też w korze mózgowej, rpwie w pierwszym zawoju skroniowym. W przypadkach tinnitus pochodzenia korowego poleca autor także prąd stały i radzi stosować go na tę część czaszki, która anatomicznie odpowiada ośrodkowi słuchowemu.

Dzwonienie z głuchotą zjawia się także w okresie zdrowienia po zapaleniu opon mózgowych i to czasem z chwilą powrotu przytomności. Po kilku miesiącach trwania stan może się polepszyć, z czasem jednak znów się pogarsza. Siedliskiem sprawy chorobowej nie jest tu labirynt, lecz jądra nerwu słuchowego położone w rdzeniu przedłużonym i pień nerwu na podstawie mózgu, gdzie z początku choroby znajdowano ropienie, w późniejszych zaś okresach zwyrodnienie tłuszczowe i skurczenie się nerwu.

Podobne objawy spotyka się i przy meningitis cerebrosplanalis. Może tu mieć miejsce zapalenie i ropienie w błędniku, albo też uszkodzenia mniej lub więcej ośrodkowe.

Czasem tinnitus jest zapowiedzią krwotoku mózgowego; zjawia się on także i przy innych chorobach mózgowych, jak np. przy zatorze i następczem rozmięczeniu, zapaleniu mózgu (encephalitis), wodogłowi i t. d., jeżeli sprawą chorobową dotknięte są ośrodki słuchowe w korze mózgowej, albo jądra nerwu słuchowego i włókna przewodniczące w moście, rdzeniu przedłużonym i t. d. Przy przewlekłym wodogłowi znalazło-

no zanik jąder i pni nerwu słuchowego. Guzy mózgowe, zwłaszcza jeżeli są umiejscowione w moście lub mózdku, także sprowadzają tinnitus, który jest wtedy zwykle jednostronny i łączy się z innymi objawami: jak: zawrót głowy, głuchota, zamieszanie, ból i ściskanie w głowie. Ponieważ to samo widzimy i w cierpieniach błędnika, przeto nieraz trudno jest postawić dokładną diagnozę, dopóki inne symptomy, jak neuritis optica, wymioty, napady w rodzaju padaczkowych, porażenie nie rozproszą wszelkie wątpliwości co do rodzaju i siedliska choroby.

Gdzie n. słuchowy cierpi tylko pośrednio i gdzie tinnitus zależy od jakiej uleczalnej choroby zewnętrznego lub średniego ucha, tam objaw ten znika prędko, skoro tylko usunięta zostanie jego przyczyna,—gdzie zaś jest on następstwem bezpośredniego cierpienia nerwu, tam zwykle mechaniczne i inne metody pozostają bez skutku i tylko stosowaniem stałego prądu można coś zrobić.

Za pomocą starannego leczenia elektrycznością w znacznej liczbie takich przypadków osiągnąć można wyleczenie. Fakt ten zostaje w najlepszych dziełach o chorobach usznych albo pomijanym, albo podawanym w wątpliwość. To niekorzystne mniemanie powag naukowych pochodzi zapewne stąd, że może w żadnej innej chorobie nie jest tak potrzebną dokładną znajomość fizjologicznego działania elektryczności, dobrze zbudowany przyrząd i wprawa w jego użyciu, jak przy leczeniu tinnitus. Niedbałe stosowanie prądu, bez zachowania tych ostrożności, jakie doświadczenie uznało za konieczne, prędzej zaszkodzi, niż pomódz może. Zdziwiającą jest zaiste rzeczą, że taki znakomity specjalista, jak Politzer uważa w podobnych razach reostat i galwanometr za zbyteczne.

Badanie Brenner'a dokonane w tej dziedzinie elektroterapii zostały przez większość obserwatorów stwierdzone i doprowadziły do doniosłych rezultatów praktycznych. Przypadki tak zwanej zwyczajnej nadczułości galwanicznej nerwów słuchowych są najczęstsze i tu anoda stale działająca (Stabile Anode, Anodendauer) pomaga w zadziwiający sposób. Ponieważ zaś otwieranie przy anodzie jest szkodliwym, przeto koniecznym jest tu reostat, dla zmniejszenia tego wpływu do minimum. Autor przytacza dwa przykłady bardzo uporczywego tinnitus, pochodzenia nerwowego, w których kilka zaledwie posiedzeń usunęło objaw ten zupełnie. Anodę umieszczał przytem na tragusu choroby ucha, katodę zaś na prawej ręce.

W innej znów klasie przypadków, jak to pokazał Brenner, anoda pogarsza dzwonienie, gdy tymczasem stale działająca katoda (Kathodendauer) pomyslny wpływ nań wywiera; w tych razach i formuła normalna jest odwrotną.

Z. H.

## II. Choroby dziecięce.

146. F. SCHEAKAMP. **O zmianach w rozmaitych narządach przy błonicy.** (Arch. für Kinderheilk. T. 9. Z. 3. 1888. str. 161—211).

Jakkolwiek od czasów Bretonneau o żadnej bodaj sprawie chorobowej nie pisano tak wiele jak o błonicy, to jednak wyłącznie prawie zajmowano się stroną kliniczną, mniej zwracając uwagi na rozmaite zmiany, jakie przy rzeczonyj chorobie w rozmaitych narządach zauważyć się dają.

Autor rozporządzając dość obfitym materiałem naukowym (54 sekcij), starał się uwzględnić w powyższej pracy dane anatomico-patologiczne, pomijając zupełnie dane kliniczne, jako powszechnie znane. Zanim przystępuje do opisu oddzielnych narządów, zwraca uwagę, iż błony dyfterytyczne najczęściej tworzą się na błonie śluzowej pokrytej płaskim nabłonkiem, przy czem znajdująca się pod nabłonkiem tkanka śluzowa i podśluzowa niemało sprzyjają rozwojowi sprawy błoniczej, natomiast w narządach pokrytych nabłonkiem cylindrycznym, leżąca bezpośrednio pod błoną śluzową tkanka elastyczna stanowi zapórę dla rozwoju błon wgląb. Same błony przedstawiają się pod mikroskopem w postaci tkanki siatkowatej lub bełczkowatej, w oczkach której znajdujemy komórki limfoidalne, ciała ropne, czerwone ciała krwi, pierwiastki komórkowe i jądrowe, krople tłuszczu i wreszcie drobnoustroje w znacznej ilości.

**J a m a u s t n a.** Błonicę jamy ustnej autor spostrzegł w 2 przypadkach (na 54). Znajdował on na wewnętrznej stronie warg i policzków białe, okrągławe błony wielkości marki, wyraźnie odgraniczone od ciemnej powierzchni błony śluzowej. Wogóle błonica jamy ustnej nie należy do zbyt częstych a rozpoznanie niekiedy jest niełatwem, trudno ją bowiem w niektórych przypadkach odróżnić od innych postaci zapalenia jamy ustnej (stomatitis ulceroso-membranosa, stomatitis aphosa).

**G a r d z i e l** najczęściej zajęta jest sprawą dyfterytyczną. Na 54 sekcij zmarłych na błonicę autor spostrzegł takową 43 razy w najrozmaitszym stopniu, poczynając od postaci, gdzie błony nie były zbyt grubemi a utrata substancji po ich zdrapaniu nieznaczną, do ciężkich postaci zgorzelinowych; najczęściej atoli przeważały przypadki, gdzie błony, jakkolwiek ściśle odgraniczone, wdrażały się dość znacznie wgląb (23 przypadki). W 5 przypadkach oprócz gardzieli autor spostrzegł przejście błonicy na krtań, tchawicę i oskrzela.

**J a m a n o s o w a.** Błonicę nosa autor spostrzegł 11 razy; we wszystkich tych przypadkach sąsiednie narządy również były zajęte sprawą dyfterytyczną. Błonicę nosa zaliczyć należy do najniebezpieczniejszych pod względem prognostycznym, zwykle bowiem towarzyszy ogólnemu septycznemu zakażeniu. Błony wytwarzające się w nosie dochodzą zwykle do znacznej grubości i wielkości niekiedy migdała, barwy najczęściej ciemno-brunatnej, zależnej od pokrywających je niewielkich skrze-

pów krwi. Niekiedy napotykałyśmy postać zgorzelinową, prowadzącą za sobą zniszczenie przegrody nosowej.

**Przełyk, żołądek, kiszki.** Przełyk zajęty był sprawą dyfterytyczną w 3 przypadkach. W jednym z nich cały narząd od gardzieli do odźwiernika pokryty był jedną grubą żółtawą błoną. W drugim przypadku zajęta była górna połowa przełyku, w dolnej zaś oraz w żołądku znalezione liczne, lecz niewielkie owrzodzenia, pokryte brunatnym rozpadowym nalotem. Krtań i tchawica pozostały zdrowymi. To samo prawie miało miejsce w trzecim przypadku. Żołądek sam zajęty był raz jeden tylko, w innym zaś przypadku oprócz żołądka zajęta była i błona śluzowa kiszki. W obu tych przypadkach sprawa nie przedstawiała się jako typowa błonica, lecz w postaci licznych wynaczynień i owrzodzeń pokrytych brunatnym wysiękiem. Gruczoły samotne oraz Payera były nieco powiększonymi i nastrzykniętymi.

**Krtań i tchawica.** Zupełnie wolną od błon lub stanu zapalnego krtań pozostała zaledwie w 3-ch przypadkach. Z liczby 51 przypadków znaleziono błony w 39, w 12 zaś błona śluzowa była mniej lub więcej przekrwioną i pokrytą śluzowo-ropnym wysiękiem. Błony znajdowano najrzadziej w dolnej części nagłośni (3 razy) i na strunach głosowych (6 razy). W czterech tylko przypadkach wdrażały się one wgłąb tkanek pozostawiając po zdjęciu znaczne owrzodzenia, w innych zaś można je było zaliczyć do kategorii błon rzekomych (pseudomembranae).

Tchawica zajęta była we wszystkich niemal przypadkach (52), błony atoli znaleziono jedynie w 35. Podobnie jak w krtańni nie wdrażały się one zbyt wgłąb tkanek z wyjątkiem dwu przypadków.

**Oskrzela i płuca.** Zapalenie płuc i oskrzeli przy błonicy stwierdzono przy sekyi w 36 przypadkach. Jakkolwiek zapalenie owo w większości przypadków stanowi jedynie powikłanie sprawy dyfterytycznej w innych narządach, przedstawia jednak niektóre cechy charakterystyczne tak, że możemy śmiało przyjąć odrębną postać zapalenia płuc błoniczego (diphtherie-pneumonie), podobnie jak Bartels przyjmuje odrębną postać zapalenia płuc odrowego (Masern-pneumonie). Anatomiczna postać zapalenia oskrzeli i płuc przy błonicy jest wytworem współdziałalności dwojakiego rodzaju czynników: zapalenia błony śluzowej oskrzeli, oraz zapalenia tkanki płuc. Prócz tego mogą tu w rozmaitym stopniu mieć miejsce powikłania jak: pleuritis, atelectasis, emphysema, haemorrhagiae etc.

Zapalenie oskrzeli przy błonicy przedstawia się albo w postaci wyczejnej w niczem się nie różniącym od zwykłego zapalenia oskrzeli, albo też oskrzela, zwłaszcza pierwsze rozgałęzienia takowych pokryte są błonami rzekomymi (bronchitis cruposa). W niektórych przypadkach błony rzekome znaleziono nawet w najdrobniejszych oskrzelikach. Pierwszy okres zapalenia oskrzeli powstaje może na drodze czynnej i biernej. Dla pierwszej z nich autor przyjmuje następu-

jące momenty przyczynowe: 1) błony dyfterytyczne, dostawszy się przez aspiracyją z krtani lub tchawicy do oskrzeli, mogą wywołać zapalenie; 2) w ten sam sposób zapalenie może powstać drogą krwi przy ogólnem zakażeniu dyfterytycznem; 3) wreszcie przy tracheotomii szkodliwy wpływ powietrza działa niekiedy drażniąco na drogi oddechowe, wywołując zapalenie.

Zapalenie płuc towarzyszyło zapaleniu oskrzeli w 31 przypadkach. Zajęte płuco przedstawia się pod mikroskopem w ten sposób, że na jaśniejszem tle zdrowej części znajdujemy oddzielne wysepki wielkości do 10 groszy (srebrnych) barwy ciemno-czerwonej lub ciemno-sinej; na przekroju wypływa z nich w nieznacznej ilości ciemna krew bez pęcherzyków powietrza. Ilość wysepek bywa rozmaita, co zależy przeważnie od długootrwałości cierpienia. Jurgensen charakteryzuje stan powyższy jako zapaść (collapsus) płuc.

Z powikłań zapalenia płuc najczęściej ma miejsce rozedma (19 na 31), powstawanie której da się objaśnić w ten sposób, że przy stenozie górnych dróg oddechowych z powodu wyteżonej pracy mięśni wydechowych następuje zbyt wielkie ciśnienie powietrza w pęcherzykach płucnych i powietrze przez ścianki takowych przenika do sąsiednich tkanek. Najczęściej ma miejsce rozedma pęcherzykowa i podopłucnowa, niekiedy jednak powstaje rozedma śródserdziowa i skórna na szyi i twarzy.

Atelektazę spostrzegano w 9 przypadkach; zależała ona poczęści od zatkania oskrzela błoną i wślad za tem idącej zapaści odpowiedniej części płuca, niekiedy znowu od nacisku wysiękiem pleurytycznym lub obrzmiałym gruczolem oskrzelowym.

Zapalenie opłucnej miało miejsce w 19 przypadkach, z nich w czterech z wysiękiem surowiczym, w dwu z ropnym. W trzech przypadkach znaleziono przy sekcji rozsiane w płucach niewielkie ropnie przerzutowe, zawartość których zawierała liczne kolonie drobnoustrojów.

Do nader częstych powikłań zapalenia płuc przy błonicy zaliczyć należy wylewy krwi, najczęściej w postaci podopłucnowych wynaczynień rozmaitej wielkości od główki szpilki do ziarnka grochu, a nawet orzecha laskowego. Pochodzenie ich jest dość zagadkowym. Autor przypuszcza, iż na powstawanie takowych składają się dwa czynniki, mianowicie napływ krwi czynny lub bierny w połączeniu z ogólnem zakażeniem dyfterytycznem, oddziaływającym na zmiany w składzie krwi oraz w ściankach naczyń, które w ten sposób stają się łamliwymi i skłonniemi do pękania.

Serce. Zmiany w sercu i otoczce sercowej przy błonicy nie należą do rzadkich. Zapalenie osierdzia sekcya stwierdziła w 14 przypadkach, z tych w 12 wysięk był surowiczy, w 2 ropny, zawierający mnóstwo drobnoustrojów. Błona surowicza była pozbawioną nabłonka i znacznie zgrubiałą, a na swobodnej jej powierzchni zauważyć można było w wie-

lu miejscach wykwitły włóknikowe. W 15 przypadkach znaleziono na osierdziu dość liczne wylewy krwi, jakkolwiek nie w takiej ilości jak na opłucnej; towarzyszyły one zwykle ciężkiej postaci błonicy z charakterem septycznym. We w s i e r d z i u przy sekcyi oprócz lekkiego zmętnienia nie znaleziono nic charakterystycznego. W dwu tylko przypadkach przy septycznej błonicy wykryto silne zapalenie wsierdza z owrzodzeniami i włóknikowemi wykwitami na zastawkach i przegrodzie lewej komory.

Zmiany w mięśni u s e r c o w y m przy błonicy nie należą do rzadkich, spostrzegano je bowiem w 7 przypadkach, z których w jednym mięsień okazał się zmiętniałym barwy żółtawo-szarawej, w innych zaś zauważano zwyrodnienie tłuszczowe takowego.

Z a k r z e p y zauważono jedynie w dwu wspomnianych wyżej przypadkach, gdzie jednocześnie miało miejsce zapalenie wsierdza z charakterem wrzodziejącym. Przedstawiły się one w postaci ciemno brunatnych niezbyt twardych czopków niekiedy z polipowemi rozgałęzieniami dość szczelnie zamykającemi światło tętnie.

N e r k i. Zmiany w nerkach spostrzegał autor przy sekcyi w 22 przypadkach. Po największej części nerka przedstawiała się nieco powiększoną zwłaszcza w rozmiarze przednio-tylnym czyli że zyskiwała na grubości. Powłoka nerki łatwo się zdejmowała, barwa jej była rozmaita: ciemno-czerwoną, białą lub żółtawą. Niekiedy w powłoce nerkowej znajdowano liczne wynacznienia. Na przekroju nerka przedstawiała się również rozmaicie. W świeżych przypadkach była w całości przekrwioną, granica zaś między istotą korową a rdzeniową niemal niewidoczną, ciała Malpighiego występowały w postaci wyraźnych ciemnych punkcików, nabłonek był lekko zmętniały, w kanalikach moczowych nierzadko znajdowano wałeczki, składające się z czerwonych i białych ciałek krwi, oraz oddzielnych komórek nabłonkowych. W niektórych przypadkach wałeczki owe składały się niemal wyłącznie z czerwonych ciałek krwi.

Skoro sprawa postąpiła już znacznie, znajdujemy istotę korową zgrubiałą, jednolitej barwy żółtawo-szarawej, lub też usprężoną żółtymi punkcikami i linijkami. Od istoty korowej oddziela się dosadnie istota rdzeniowa z ciemno-czerwonem zabarwieniem. Napęczniałe i zmętniałe komórki nabłonkowe z wyraźnem ciemnem jądrem ulegają poczęści ziarnystemu rozpadowi. Nierzadko znajdujemy w nich samych, lub też na ich obwodzie kropelki tłuszczu. Światło kanalików moczowych w niektórych miejscach z powodu napęcznienia nabłonka, zupełnie znika, w innych zaś wypełnionem jest wałeczkami, składającemi się z rozpadu komórek nabłonkowych, białych i czerwonych ciałek krwi, kropelki tłuszczu i szklanych mas. Niekiedy dało się w nich odnaleźć mikrokoki zwłaszcza przy septycznej postaci błonicy. Wreszcie gdy zmiany dosięgają najwyższego stopnia, nerki całkowicie ulegają stłuszczeniu.

G r u c z o ł y c h ł o n n e. Zapalenie gruczołów chłon-

nych miało miejsce w 46 przypadkach. Po największej części zajętemi były gruczoły podszczękowe, szyjowe, oskrzelowe a także krezkowe. W świeżych przypadkach gruczoły okazały się powiększonymi, miękkimi i soczystymi, w dalszym zaś rozwoju zauważyć można było na ich przekroju liczne wylewy krwi. Badanie mikroskopowe wykazało, iż powiększenie gruczołów zależało wyłącznie od bujania ciałek limfoidalnych. Oprócz tego znajdowano w naczyniach chłonnych oraz podściółce liczne kolonije mikrokoków zwłaszcza w gruczołach podszczękowych i szyjowych.

W dalszym rozwoju sprawy chorobowej zauważyć się dały na szarawo-czerwonym tle przekroju liczne żółtawe ropne punkciki, powiększające się szybko do tego stopnia niekiedy, że cały gruczoł ulegał ropnemu nacieczeniu, przyczem znajdowano liczne kolonije drobnoustrojów. Niekiedy przy znacznem bujaniu komórek gruczołowych naczynia gruczołów podlegały tak znacznemu naciskowi, iż krążenie krwi w nich ustawało i wtedy miało miejsce t. z. „Coagulations-Nekrose.“ Wreszcie spostrzegano w kilku przypadkach zwyrodnienie serowate gruczołów.

Błonicę skóry zauważono raz jeden w okolicy skrzydeł nosowych. W przypadku powyższym z zajętego błonicą nosa wypływała cuchnąca, drażniąca ciecz, która powodowała wyprysk skóry i ekskoryjacje, pokrywające się w następstwie blonami dyfterytczyniami.

Błonicę organów płciowych autor spostrzegał raz jeden na powierzchni warg sromnych u dziewczynki. Wargi same były w znacznym stopniu obrzękłe, a skóra naokoło nich przy życiu różowato zabarwioną. (Błonica organów płciowych zwłaszcza u dziewcząt nie należy do zbyt rzadkich. W szpitalu dla dzieci wyznania mojżeszowego w czasie epidemii błonicy miałem dość często sposobność spostrzegać typowe błony dyfterytczynne, miejscowione przeważnie na stronie wewnętrznej warg sromnych wielkich, na wargach małych a nikiędy i w okolicy otworu cewki moczowej. Przeważnie dotkniętemi niemi były dziewczęta z klasy ubogiej żydowskiej, niechlujnie utrzymywane. Najczęściej spostrzegałem u nich jednocześnie przebiegającą błonicę nosa. Przypadki powyższe należały zwykle do najcięższych. (Przypisek spraw.).

Wylewy krwi w skórne spostrzegano w 4 przypadkach. Przedstawiały się one w postaci okrągłych, płaskich ciemno-czerwonych mniejszych i większych plam, nie znikających przy nacisku palcem. Znajdowano je przeważnie na szyi, ramionach i górnych kończynach. Jako przyczynę ich należy przyjąć zmiany patologiczne, zachodzące w naczyniach przy błonicy, podobnie jak to ma miejsce i w innych narządach, oraz, być może, pewne zmiany w samym składzie krwi.

W końcu swej pracy autor zadaje sobie pytanie, jaka była bezpośrednia przyczyna śmierci w 54 badanych przypadkach i skłania się ku mniemaniu, iż najczęściej takowa zależała od zmian w rozmaitych narządach oddechowych, jakkolwiek i ogół-

ne zakażenie błonnicze i wślad za niem idące zmiany we krwi mogły też w niektórych przypadkach spowodować zejście śmiertelne.

A. Koral.

147. A. Russow. **Przyczynnik do statystyki chorób w rozmaitych okresach wieku dziecięcego.** (Jahrb. für Kinderheilk. T. XXVII. Z. 3 i 4. 1888).

Autor, opierając się na 85,500 przypadkach chorób u dzieci w wieku od narodzin do 15 roku, przez siebie notowanych według danych statystycznych szpitala dziecięcego Księcia Oldenburskiego (w Petersburgu) w ciągu lat 7, mianowicie od roku 1874—81 ułożył następującą tabliczkę:

| Wiek dziecięcia | Ilość przypadków zachorowania | Procent                           |
|-----------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| W 1 roku . . .  | 30,498                        | 35,69 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> |
| „ 2 „ . . .     | 18,668                        | 21,84 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> |
| „ 3 „ . . .     | 9,897                         | 11,58 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> |
| „ 4 „ . . .     | 5,658                         | 6,62 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>  |
| „ 5 „ . . .     | 3,930                         | 4,60 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>  |
| „ 6 „ . . .     | 3,155                         | 3,69 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>  |
| „ 7 „ . . .     | 2,457                         | 2,87 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>  |
| „ 8—10 roku .   | 2,274                         | 2,66 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>  |
| „ 10—12 „ .     | 3,642                         | 4,26 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>  |
| „ 12 „ . . .    | 2,779                         | 3,25 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>  |
| „ 12—15 „ .     | 2,542                         | 2,97 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>  |

Jak widać z powyższej tablicy, najwięcej przypadków chorób przypada na pierwszy rok życia, zmniejszając się mniej więcej proporcjonalnie w miarę wieku. Ponieważ w pierwszym roku życia organizm dziecięcia podlega najrozmaitszym ubocznym wpływom oddziaływającym szkodliwie na rozwój jego, przeto dla łatwiejszego zoryjentowania się autor podzielił rok powyższy na cztery trzymiesięczne okresy.

W pierwszych trzech miesiącach życia niemowlęcego najważniejszą i najwięcej ofiar zabierającą chorobą jest niestrawność (dyspepsia), na którą przypada 5,851 przypadków, co wynosi 6,84<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wszystkich chorób wieku dziecięcego do 15 roku życia. W miarę wieku procent dzieci dotkniętych tą chorobą zmniejsza się znacznie tak, że w 15 roku autor spostrzegł zaledwie 21 przypadków. Powstawanie powyższej choroby czyni on zależnem od mnóstwa przyczyn zarówno fizjologicznych jak i patologicznych, tyczących się budowy żołądka, położenia jego, słabości muskulatury, chemizmu trawienia i t. p. W drugim okresie od 3—6 miesiąca, gdy żołądek poczyna przyjmować bardziej poziome położenie wraz z rozwojem aparatu gruczołowego oraz powiększeniem pojemności żołądka ilość przypadków niestrawności zmniejsza się znacznie (2266 przypadków).

W trzecim okresie autor spostrzegał już tylko 804 przypadki niestrawności, w czwartym zaś od 9 — 12 miesiąca 411, wreszcie w drugim roku życia razem 646. Poczynając od 3-go roku życia niestrawność poczyna przyjmować w liczbie chorób dzieci coraz mniej wydatne stanowisko.

Drugie miejsce co do częstości w rzędzie chorób okresu pierwszego zajmuje nieżyt dróg oddechowych (Catarrrhus bronchiorum acutus), trzecie zapalenie kiszek cienkich, czwarte zaś rozmaite postacie cierpienia jamy ustnej, jak stomatomycosis, aphtae, soor. Cierpienia powyższe najczęściej napotykamy w pierwszych dniach lub tygodniach życia, co pozostaje w związku z pewnymi funkcjami fizjologicznymi jamy ustnej w powyższym okresie. Jak wiadomo bowiem, błona śluzowa teje reaguje kwaśno, ilość zaś śliny jest jeszcze nader małą, lub prawie żadną, wszystko to naturalnie sprzyja rozwojowi oidii albicantis i innych grzybków pleśniowych, zwłaszcza przy sztucznem karmieniu dzieci pokarmami zawierającymi krochmal oraz przy niedostatecznem przewietrzaniu powietrza.

Nader charakterystyczną i częstą chorobą w pierwszym okresie życia jest żółtaczka noworodków icterus neonatorum, icterus catarrhalis levis (120 czyli 1,12% wszystkich przypadków). Według statystyki Kehrer'a 63% wszystkich przypadków żółtaczki przypada na pierwsze dwa dni życia pozapłodowego, 24% na trzeci dzień i zaledwie 10% na okres czasu po 10 dniu. Na rozwój i powstanie powyższej choroby wpływa kilka momentów przyczynowych, powodujących dostanie się żółci do krwi. Na pierwszym planie należy tu postawić zaburzenia krwiobiegu u płodu, przecięcie sznurka pępkowego i wreszcie nowy typ oddechania i cyrkulacji krwi.

Dość rozpowszechnioną chorobą w pierwszym okresie jest wycieńczenie (inanitio), na które według statystyki autora przypada 439 przypadków. Niedostateczne odżywianie lub raczej głodzenie dziecięcia najczęściej powoduje jego wycieńczenie.

Na przymiot wrodzony (syphilis hereditaria) przypada w pierwszych trzech miesiącach 255 przypadków.

Dość częstą chorobą w tym okresie jest katar nosa (coryza), z ogólnej bowiem liczby 467 przypadków notowanych przez autora na pierwsze trzy miesiące przypada 102, zaś 217 na cały pierwszy rok. Wogóle im dziecię jest młodsze, tem częściej powyższa postać napotykać się daje, co objaśnić sobie można czułością błony śluzowej nosa na rozmaite wpływy atmosferyczne, natomiast angina, dławiec i błonica należą u bardzo młodych niemowląt do nadzwyczaj rzadkich (zaledwie 13 przypadków).

Na okres drugi życia od 3 — 6 miesiąca przypada 7451 przypadków rozmaitych chorób czyli 8,79% ogólnej liczby (85,500). I w tym okresie niestrawność zajmuje dominujące stanowisko (2236 czyli 30% wszystkich przypadków), do głę-

szych zmian atoli w błonie śluzowej żołądka nie dochodzi, albowiem stan nieżytywy tegoż autor spostrzegał zaledwie 62 razy.

Wogóle o ile w pierwszych miesiącach przeważa ilość przypadków ostrej niestrawności o tyle w miarę rozwoju dziecięcia sprawy nieżytowe biorą stanowczą przewagę, co zależy od bardziej urozmaiconej diety (chleb, mięso i t. d.) w związku z nieodpowiednio jeszcze rozwiniętym mechanizmem trawienia.

Drugie miejsce w tym okresie zajmuje nieżyt kiszek (1141 przypadków czyli 9,59%), a zatem nieco więcej niż w pierwszym okresie (1023). Zauważyć tu można stopniowy wzrost przypadków nieżyty w miarę ubywania przypadków niestrawności, w trzecim już bowiem okresie ilość nieżytyw kiszek wynosi 16,67% wszystkich przypadków, w czwartym zaś od 9—12 miesiąca 19,45%. Stopniowe wzrastanie powyższej frekwencji należy objaśnić sobie powiększoną ilością kwasów żołądkowych, oraz drażnieniem błony śluzowej kiszek zbyt kwaśną zawartością żołądka, powodującą nadmierną perystaltykę takowych.

Nieżyt dróg oddechowych przedstawia się często w pierwszych trzech miesiącach życia w postaci coryzae (0,9—0,12%) wszystkich przypadków, zmniejszając się stopniowo do końca pierwszego roku. Natomiast ostry nieżyt oskrzeli (bronchitis acuta) wzrasta równomiernie w tym samym czasie, w pierwszym bowiem okresie (do końca 3-go miesiąca) autor naliczył 1029 przypadków, w okresie zaś od 3—6 miesiąca 1988, czyli o 30% więcej. Wogóle w miarę wzrostu dziecka częściej zdarzają się przypadki zajęcia drobniejszych oskrzeli oraz płuc (bronchiolitis, pneumonia catarrhalis, pneumonia crouposa), co autor przypisuje z jednej strony mniejszemu narażeniu się ssawców na rozmaite wpływy atmosferyczne resp. na przeziębiecie, z drugiej zaś dziecię karmione prawie wyłącznie mlekiem matki lepiej jest zagwarantowanem przeciwko rozmaitym zarazkom powodującym choroby zakaźne narządów oddechowych, jak krupowe zapalenie płuc, koklusz (33 przypadki w okresie od 3—6 miesiąca).

Z innych chorób zakaźnych autor spostrzegał w tym okresie odrę i szkarlatynę po 5 razy. Tyfusów w pierwszym roku życia w postaci takiej, jak widzimy u starszych, autor nie zauważył ani razu, natomiast notuje w swej statystyce pewną ilość przypadków t. z. febriculae ephemerae z gorączką, powiększeniem śledziony lecz szybko przemijającą (w pierwszych trzech miesiącach 49 przypadków, w ostatnich zaś trzech pierwszego roku już 140).

O kres trzeci od 6—9 miesiąca cechuje się wzmocnionym rozwojem tych spraw, jakie spostrzegaliśmy w drugim okresie, mianowicie widzimy powiększenie ilości przypadków nieżyty żołądka, nieżyt kiszek cienkich i pewną tendencyję przechodzenia takowego na kiszki grube w postaci colitis catarrhalis (7,02% wszystkich przypadków). Przeważna ilość powyżej wymienionych chorób przypada na letnie miesiące. W okresie powyższym napotyamy dość często zapalenie błony śluzo-

wej jamy ustnej i dziąseł (zabkowanie) oraz sporadyczne przypadki angina catarr. et diphtheriticae, zapalenia płuc krupowego, krupu (6 przypadków), odry (33), szkarlatyny (10), koklusz, ospy, febriculae ephemerae (149) i wreszcie 8 przypadków febriculae typhoideae.

W czwartym okresie od 9—12 miesiąca autor spostrzegł 5,938 czyli 6,95% wszystkich przypadków, a mianowicie na pierwszym planie nieżyt kiszek (około 1200 przypadków), zapalenie płuc nieżytowe (300) i nieżyt oskrzeli (1400). Z innych chorób napotykały tu nieco częściej rozmaite postaci zapalenia jamy ustnej i gardzieli (te ostatnie rzadziej). Ilość przypadków chorób zakaźnych trzyma się mniej więcej na tym poziomie co w okresie trzecim. Zauważyć tylko należy, że gorączkę tyfoidalną autor spostrzegł w 20 przypadkach i że w okresie powyższym stają się już widocznymi oznaki angielskiej choroby (7,6%). Wreszcie zauważono raz jeden tylko zapalenie nerek.

W drugim roku życia, jak widać z załączonej powyżej tabliczki chorowało 18,668 dzieci, co wynosi 21,84% wszystkich przypadków. Z nich 11,400 (60%) przypada na nieżyty dróg oddechowych, przeważnie na nieżyt oskrzeli (3946 przypadków) i przewodu pokarmowego (diarrhoea ab lactatorum), czyli że rozmaite postaci nieżytowe dochodzą w tym okresie do swego punktu kulminacyjnego. Zapalenia narządów mięszowych napotykały się tu również częściej niż w pierwszym roku życia. Wogóle w drugim roku życia rozmaite choroby pod względem częstości idą po sobie w następującym porządku: nieżyt oskrzeli (22,70%), nieżyt kiszek (21,15%), rachitis (11,23%), colitis (9,54%), następnie idą dyspepsia, eczema, pneumonia catarr., febricula typhoidea (3,1%), koklusz, bronchitis acuta, catarrhus ventriculi, stomatitis catarrhalis i wreszcie laryngitis catarr. acuta (0,82%). Zasługuje na uwagę znaczny procent (11,23%) przypadków angielskiej choroby, reprezentujący poważną cyfrę 2,000 dotkniętych nią osobników.

Na tym okresie autor kończy ciekawą swą pracę, obiecując w najbliższym czasie uzupełnić takową danymi statystycznymi z następnych okresów wieku dziecięcego. *A. Koral.*

148. Dr. J. WIDOWITZ (Graz). **Przyczynę do leczenia koklusza.** *Zur Behandlung des Keuch hustens.* (Wiener Med. Wochenschrift N. 17, 1888).

Wszyscy badacze, którzy się patogenezą koklusza zajmowali zaczęwszy od Letzericha i Tschamera, a skończywszy na Afanasiewie zgadzają się na to, że przyczyną koklusza jest grzybek rozwijający się na błonie śluzowej dróg oddechowych.

Ponieważ jednak nie udało się dotychczas wynaleść leku, któryby był w stanie usunąć przyczynę choroby, przeto starać się musimy o wyszukanie środka, któryby ułatwiał samo wyliczenie. Następuje ono podług Tschamera <sup>1)</sup> i Letzericha <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Virchow'e Archiv. Tom 49, str. 532.

<sup>2)</sup> Jahrbuch für Kinderheilkunde tom 10, str. 181.

w ten sposób, że grzybki chorobotwórcze w drugim i trzecim okresie choroby skutkiem obfitego wydzielanego śluzu zostają podczas napadu kaszlu na zewnątrz usunięte; wyleczenie samodzielne tem szybciej następuje, im ilość usuniętych grzybków jest większą od nowo się rozwijających.

Z powyższego wynika, że głównem zadaniem przy leczeniu koklusu winno być rychłe i obfite wykrztuszanie wydzieliny zawierającej bodziec choroby.

Dla wypełnienia tego wskazania M. Netter zalecał podawanie oxymel scillae co 10 minut w ciągu godziny po łyżeczce kawowej. Autor podczas epidemii koklusu w ciągu zimy roku zeszłego panującej stosował oxymel scillae w wielkiej ilości przypadków w szpitalu dzieciennym i znalazł go skuteczniejszym od innych leków podczas tej samej epidemii używanych.

Skuteczność leczenia bardzo zależy, na co już Netter zwrócił uwagę, od sposobu stosowania i dobroci leku. Autor podawał swym chorym codziennie między godziną 5 a 6 wieczorem co 10 minut po łyżeczce kawowej oxym. scillae. W wielu przypadkach pierwszego i drugiego dnia autor spostrzegał pogorszenie; napady stawały się po przyjęciu leku częstsze i silniejsze i połączone były z wymiotami i wykrztuszaniem w obfitości śluzu; autor przeto zwrócił uwagę rodziców na to, by na pewien czas przed i po podaniu leku ograniczyli ilość pokarmów. To pogorszenie pierwszego i drugiego dnia leczenia szybko ustępowało; już trzeciego dnia można było stwierdzić znakomitą poprawę; napady stawały się rzadsze, a śluz mniej gęsty łatwiej wykrztuszony, a i stan ogólny się poprawiał. Gdy zaprzestano podawać leku i napady stawały się częstsze i silniejsze.

Z 149 tak leczonych przypadków u 59 już po pierwszej ordynacji (w ciągu 3 dni prawie 90 gramów oxym. scillae) stwierdzono zmniejszenie ilości i natężenia napadów, w 24 przypadkach po 2 ordynacjach w 19 po 3 lub 4; żadnej poprawy nie spostrzeżono w 14 przypadkach; w 33 przypadkach skutek niewiadomy.

Dodatni wpływ ox. scillae na ilość napadów pokazują następujące liczby: Po jednej ordynacji ilość napadów raz spadła z 24 na 6, w innym przypadku z 10 na 2, raz z 23 na 3, z 24 na 0, z 10 na 3, z 10 na 4 w ciągu 24 godzin.

Mały bardzo wpływ wywierał lek na trwanie choroby.

Dla przekonania się o ile skuteczniej działa oxymel scillae od innych zachwalanych leków, autor często robił chorym na przemian z oxym. scillae wdmuchiwania do nosa Pulv. res. Benzoës zachwalane przez Michaela, podawał zachwalaną przez Sonnenberga antypyrynę, jakoteż chininum sulfuricum i tannicum w dużych dawkach.

Lecz żaden z powyższych środków nie sprowadzał tak znacznej poprawy, jak oxymel scillae; ile razy przerwano podawanie ostatniego leku, a podawano powyższe leki napady stawały się częstsze i silniejsze aniżeli przy podawaniu oxymel.

Oxymel scillae nie jest wprawdzie idealnym lekiem dla koklusu; zmniejszając jednak ilość i natężenie napadów zmniej-

sza niebezpieczeństwo i śmiertelność; z pomiędzy 116 dzieci obserwowanych przez autora przez cały czas choroby z leczonych za pomocą oxymel scillae umarło tylko 4; troje na zapalenie płuc zrazikowe, jedno na drgawki; wynosi to 3,5<sup>2</sup>/<sub>0</sub>; jestto wynik bardzo pomyślny w porównaniu z cyfrą śmiertelności podaną przez Töplitza z polikliniki wrocławskiej; umarło tu od koklusu 26,8<sup>7</sup>/<sub>0</sub> dzieci w pierwszym, a 13,8<sup>8</sup>/<sub>0</sub> w drugim roku życia.

Na mocy własnego doświadczenia (około 300 przypadków) autor uważa oxymel scillae za lek, który warto próbować w leczeniu koklusu; szczególnie dobrze nadaje się on w leczeniu chorych ambulatoryjnych.

Szkodliwych następstw po użyciu oxymel scillae autor nigdy nie widział, chociaż niektóre dzieci brały go w ciągu 14 dni. Wprawdzie w pierwszych dwóch dniach często, jakieżmy to wyżej wzmiankowali następuje pogorszenie polegające na wymiotach z współczesnem wykrztuszaniem w znacznej ilości lepkiego śluzu; lecz pozorne to pogorszenie uważać należy jako następstwo zwiększonego wydzielania śluzu i jako znak przyspieszonego samowyleczenia. *F. Arnstein.*

149. RICHTER. **Mleko kozie jako pokarm dla dzieci.** (Berliner Klin. Woch. N. 18. 1888).

Ilość dzieci karmionych sztucznie powiększa się z każdym rokiem, zwłaszcza w pośród proletaryjatu miejskiego. Pomijając rozmaite surrogaty, mączki i t. p. dostępne dla warstw zamożniejszych, dotychczas przeważnie mleko krowie cieszyło się monopolem zastępowania pokarmu matki. W ostatnich atoli czasach rozmaici badacze spostrzegali nader częste przypadki zarażenia gruźlicą dzieci karmionych mlekiem krów chorych na perlicę (perlsucht)<sup>1)</sup>. Choroba powyższa, jak się okazuje, jest dość rozpowszechnioną u krów, albowiem odsetek zwierząt powyższych dotkniętych perlicą dochodzi w niektórych miejscowościach do 50<sup>3</sup>/<sub>0</sub>. Na nieszczęście badanie za życia gruźliczych krów jest nader trudnem, zwykle zaś dopiero sekcya pozwala nam wykryć perlicę. Mając to wszystko na uwadze autor proponuje zupełne wyrugowanie mleka krowiego u dzieci, a zastąpienie go koziem, a to z następujących praktycznych względów. Koza jest zwierzęciem stosunkowo dość taniem, nie wymaga tylu starań koło siebie co krowa, a co najważniejsza, jak wykazały najświeższe badania, znacznie rzadziej zapada na gruźlicę niż krowa. Autor radzi przeto urządzać obory kozie odpowiednio urządzone pod względem higienicznym, oraz pod kierunkiem specjalistów, w razie zaś dostrzeżenia gruźlicy u zwierzęcia natychmiast zabijać takowe, co przy stosunkowo niewielkim koszcie osobnika, nie mogłoby narazić właściciela na wielką stratę.

Co się tyczy wartości odżywczej mleka koziego u dzieci, to takowe stosowane przez autora i innych dało świetne wy-

<sup>1)</sup> W ostatnich czasach Power, Klein i inni znajdowali również w mleku krowiem *micrococcum scarlatinae*. (Przyp. spraw.).

niki. W 15 przypadkach u ssawców przystąpiono do odkarmiania mlekiem kozim wtedy, gdy, pomimo użycia krowiego mleka oraz innych surrogatów, wystąpiły objawy ostrej niestrawności, nieżytku kiszek i t. p., wraz z powiększającym się coraz wychudnieniem dzieci. Po zastosowaniu mleka koziego w rozcieńczeniu 1 : 1 do 1 : 4 wody przegotowanej stosownie do wieku, dzieci szybko przychodziły do siebie, objawy niestrawności znikaly, waga zaś ciała wznagała się stopniowo. Że mleko kozie posiada większą wartość odżywczą od krowiego, wykazują następujące analizy Gorup-Besanez'a i prof. Fleischmana.

Według pierwszego znajduje się:

| Na 100 części mleka     | Kobiety | Krowy  | Kozy   |
|-------------------------|---------|--------|--------|
| Wody. . . . .           | 88,908  | 85,705 | 86,358 |
| Części stałych . . . .  | 11,092  | 14,295 | 13,642 |
| Sernika . . . . .       | 3,924   | 4,828  | 3,360  |
| Białka . . . . .        | —       | 0,576  | 1,299  |
| Tłuszczów . . . . .     | 2,666   | 4,305  | 4,357  |
| Cukru mlecznego . . . . | 4,364   | 4,037  | 4,004  |
| Soli . . . . .          | 0,138   | 0,548  | 0,622  |

Według Fleischmann'a przypada przeciętnie:

| Na 100 części           | W mleku krowim | W mleku kozim |
|-------------------------|----------------|---------------|
| Wody. . . . .           | 88,6—90,0      | 85,0          |
| Tłuszczów . . . . .     | 2,8— 4,5       | 4,8           |
| Sernika . . . . .       | 3,0— 5,0       | 3,8           |
| Cukru mlecznego . . . . | 3,0— 5,5       | 4,0           |
| Białka . . . . .        | 0,2— 0,6       | 1,2           |
| Soli . . . . .          | 0,4— 0,8       | 0,7           |

Z badań powyższych widocznem jest, że mleko kozie zawiera znacznie większy procent białka niż krowie, co w połączeniu z taniością jego winno zapewnić mu pierwszeństwo przed ostatniem.

Koral.

### III. Akuszeryja.

150. H. FEHLING. **O** obecnym stanie postępowania w okresie łożyskowym, fizjologicznym i patologicznym. *Ueber den gegenwärtigen Stand der Leitung der physiologischen und pathologischen Nachgeburtszeit.* (Volkmann's Sammlung Klin. Vortr. N. 308).

Główną przyczynę oddzielenia się łożyska od ściany macicznej stanowi zmniejszenie się powierzchni ściany, co najwyraźniej widać przy placenta praevia. Wszyscy zgadzają się na

to, że bezpośrednio po wydaleniu dziecka, łożysko całkowicie lub częściowo jest oddzielone i że oddzielenie się błon płodowych wymaga pewnego czasu, póki łożysko pociągnie je za sobą swoim własnym ciężarem. Mówiąc o sposobie Credé'go, F. zwraca uwagę, że nie jest on tak zgubnym, jak go niektórzy opisują. Wprawdzie, niektórzy zwolennicy zbyt pospiesznie i zbyt gwałtownie starali się wydalić łożysko przez wyciskanie, następstwem czego było częste odrywanie się błon płodowych z krwotokami i wtórnym zakażeniem w pòłogu, ale z drugiej strony i bierne postępowanie przez pozostawianie łożyska całymi godzinami i dniami, aż do gnicia, wywołuje ciężkie, a nawet śmiertelne zakażenie. F. postępuje w myśl Stein'a: nie należy przeszkadzać poprzedzającemu oddzieleniu się łożyska, ale w zaraz potem następującem sztucznem wyciskaniu takowego należy naśladować naturę. Co się tyczy pierwszego aktu, to większość niemieckich akuszerów jest obecnie zdania, że lepiej jest pozostawić macicę w spokoju bezpośrednio po wydaleniu dziecka, t. j. nie czuć nad nią ręką, ani też nie rozcierać jej; dopiero przy zauważeniu zbroceń, należy czynnie wystąpić, t. j. rozcierać macicę, a ewentualnie wycisnąć łożysko. Natomiast F. radzi po wydaleniu dziecka kolisto rozcierać macicę, co, jak nawet przeciwnicy przyznają, nie jest wcale szkodliwem. Większa już zgodność panuje odnośnie drugiego aktu, t. j. wyciśnięcia łożyska, znajdującego się poniżej obrączki skurczowej (Kontractionsring). Większość, a na czele ich Schröder, sądzi, że, gdy łożysko znajduje się wraz z błonami oddzielone w dolnym odcinku macicy i szyi, co zwykle ma miejsce po upływie 15—30 minut, nie ma żadnej zasady do przeciągania tej chwili, leży to zarówno w interesie fizycznego i psychicznego spokoju rodzącej, jakoteż w interesie lekarza, spieszącego do swych zajęć.

Schröder podał dla wyciskania łożyska, znajdującego się poniżej obrączki skurczowej, własny rękoczyn, polegający na wywieraniu lekkiego ucisku ku dołowi za pomocą brzoju ręki, którą kładzie na bródce, oddzielającej górną dobrze skurczoną część macicy od dolnego miękkiego wypuklenia nad spojeniem łonowem, zawierającego łożysko. F. uważa ten rękoczyn nie za bardzo racjonalny, chociażby z tego względu, że błony płodowe, zawarte w macicy, powyżej bródki, mogą się oderwać. Niedawno Freund zalecił uchwycić macicę ręką przy obu brzożach i pociągnąć ku górze, przez co wyrównywa się fizjologiczne przodozgięcie i uwalniają się uwięzione błony płodowe. Większość lekarzy poleca rękoczyn Credé'go (Schröder poleca go także dla niewprawnych) dla wydalenia łożyska przed srom, skąd usuwa się takowe ostrożnie za pomocą świeżo zdezynfekowanej ręki i stosuje go po upływie około pół godziny. Dobrze jest zwrócić uwagę na skręcenie, jakie widać przy wysuwaniu się łożyska z części rodnych i ostrożnie skręcać w tym samym kierunku powrózek, utworzony z błon płodowych; nie należy tylko zbyt szybko skręcać, gdyż przez to mogą się łatwo oderwać błony płodowe. Gdy część błon uwięźnie w szyi, albo też nawet mocno się trzyma w jamie macicznej, należy wejść świe-

żo zdezynfekowaną ręką do pochwy lub co najwyżej do szyi i wydalić je przez bezpośrednie pociąganie. Gdy w ten sposób trzeci okres porodowy został ukończony przez wyciskanie w ciągu  $\frac{1}{2}$  godziny, wystarcza czuwanie nad macicą w ciągu 5—15 minut, poczem można położnicę zostawić w spokoju. Co się tyczy zatrzymania się łożyska i zależnego od tego krwotoku, a dalej atonicznego krwawienia przed lub po wydaleniu łożyska, to nawet najzagorzalsi zwolennicy wyczekującego postępowania zalecają metodyczne koliste rozcieranie. Przy atonicznych krwawieniach, nie ustępujących pod wpływem rozcierania, najlepszym, prawie nigdy nie zawodzącym środkiem jest gorące przestrzyknięcie macicy po uprzednim wyczyszczeniu jej. F. nie stosuje w tym celu sublimatu, gdyż ilość zatruc dochodzi do poważnej liczby; natomiast stosuje 2—3% gorący roztwór karbolu, przyczem nigdy nie widział zatrucia. Następnie F. rozpatruje zatrzymywanie się błon płodowych. Od czasu, gdy zaczęto bacznie oglądać każde wydalone łożysko, coraz bardziej przekonywano się, jak łatwo zatrzymują się części błony doczesnej, a nawet kosmówki. Ahelfeld przypisuje całą winę tego rękoczynowi Credé'go. Nie da się zaprzeczyć, że zbyt wczesne i gwałtowne wyciskanie jest często przyczyną braku błon płodowych. Są jednak jeszcze inne przyczyny. Römer dowiódł, że im później następuje pęknięcie pęcherza płodowego, tem krótszym jest okres łożyskowy i tem łatwiej zatrzymują się błony płodowe. Drugim daleko częściej zdarzającym się powodem braku części błon bywa t. z. placenta marginata, gdyż kosmówka nadzwyczaj łatwo odrywa się u brzegu w tym przypadku. Jak należy postąpić przy zatrzymaniu się błon płodowych? Co się tyczy zatrzymania części błony doczesnej, to wszyscy autorowie zgadzają się na to, że nie ma wskazania do czynnego wystąpienia; różnią się oni za to, co do postępowania przy zatrzymaniu się kosmówki. Credé i Olshausen nie widzą żadnego niebezpieczeństwa w zatrzymaniu się nawet całej kosmówki. F. przy większym braku kosmówki dotychczas wydalal ręcznie brakującą część, na zasadzie rzucającego się w oczy faktu, że przy endometritis septica po wydaleniu rozpadającej się kosmówki i zdezynfekowaniu jamy macicznej, gorączka natychmiast i na stałe spada; z drugiej znowu strony znane są przypadki, gdzie w następstwie zatrzymania się rozwijało się śmiertelne endometritis. Badania d-ra Reihlen'a dowodzą ku niemałemu zdziwieniu, że wyczekujące postępowanie przy częściowym i całkowitem braku kosmówki, daje lepsze wyniki odnośnie lżejszych i cięższych zachorowań, niż czynne postępowanie. Przy braku całej kosmówki F. radzi przestrzyknąć pochwę dezynfekującym płynem, następnie ostrożnie zbadać pochwę i szyjkę i jeżeli tam znajdziemy kosmówkę, starać się wydostać ją przez lekkie pociąganie dwoma palcami; jeżeli zaś kosmówka mocno trzyma się w jamie macicznej, radzi wyrzec się wydobycia jej. Przy zatrzymaniu się części błon płodowych niema powodu do czynnego wystąpienia; gdyby jednak w następstwie tego wystąpiło atoniczne krwawienie, należy, w razie jeżeli rozcieranie nie

pomaga, przystąpić do ręcznego usunięcia takowych, przyczem przed tem należy przestrzyknąć pochwę, zaś potem i macię gorącym 30% karbolowym roztworem. Gdy nie było wskazania do czynnego wystąpienia, należy bacznie czuwać nad macią w położeniu, ewentualnie zastosować pęcherz z lodem i ergotyne, dla wywołania dobrego skurczenia się takowej w pierwszych dniach. Przy wystąpieniu gorączki, należy spróbować dezynfekcji za pomocą przestrzykiwań pochwy sublimatem (1 : 4000), powtarzanych co 2 godziny. Gdy gorączka w następstwie tego nie spada po 1—2 dniach lub znacznie się podnosi, należy przestrzyknąć macię karbolem i powtórzyć jeszcze raz to samo po 12—24 godzinach, poczem po większej części endometritis ustępuje. Gdyby jednak przy wyższej gorączce objawy rozpadu dalej trwały, należy przystąpić dodatkowo (obecnie już z gorszym rokowaniem) do wyczyszczenia jamy macicznej, należy jednak czekać z tem o ile można do początku drugiego tygodnia. Gdy już postawiliśmy pewną dyagnozę przez ręczne wymacanie, które należy poprzedzić dezynfekcyjnym przestrzyknięciem pochwy i macicy, wówczas unikamy dalszego wprowadzenia palca, gdyż przez to można spowodować większe obrażenia lub przystęp powietrza i zarodników; natomiast usuwamy resztki, w położeniu na boku po ściągnięciu macicy, szczypczykami polipowemi (Polypenzange), tępą łyżeczką lub skrobaczką, przyczem często dość mocno krwawi; następnie przestrzykujemy macię gorącym 30% roztworem karbolu i zakładamy do niej paleczkę jodoformową (zawierającą 1,0 jodoformu), poczem należy jeszcze podać ergotyne dla przyspieszenia inwolucji macicy. (Przystępować do oczyszczenia jamy macicznej z resztek błon płodowych dopiero wówczas, gdy wystąpią objawy rozpadu (endometritis septica) i wykonywać cały rękoczyn, jak to sam Fehling przyznaje, już z gorszym rokowaniem, wydaje mi się dla położnicy niebezpiecznym, a ze strony lekarza niesumiennym. Czyż nie jest bardziej racjonalnem natychmiastowe wykonanie tego rękoczynu? Od kilku lat, przy zatrzymaniu się znacznej części błon płodowych w macicy, usuwam je natychmiast przez wprowadzenie starannie zdezynfekowanej ręki do macicy, poczem zaraz przestrzykuję takową ciepłym 5% roztworem kwasu karbolowego. Muszę dodać, że nigdy jeszcze nie widziałem żadnych złych skutków po zastosowaniu tego rękoczynu. Przyp. sprawozdawcy).

W końcu F. rozpatruje kwestyją zeszywania rozerwań szyjki i pochwy. Co się tyczy pęknięć krocza i mocniej krwawiących rozerwań sromu, szczególnie w okolicy łechtaczki, jak również łatwo dostępnych rozerwań pochwy, to należy je zawsze zeszywać. Co się zaś tyczy rozerwań szyjki, to pierwszy Kaetenbach radził zeszyć krwawiące powierzchnie, jeżeli inaczej nie można wstrzymać krwawienia z rozerwanej szyjki. Nie każde rozerwanie szyjki należy zeszywać, tylko mocniej krwawiące wymaga czynnego postępowania; te ostatnie, na szczęście bardzo rzadkie, następują prawie bez wyjątku po ciężkich, operacyjnych porodach, a szczególnie po obrotach z następczą

zbyt wczesną ekstrakcją. F. zwraca uwagę, że rękoczyn ten nie jest tak prostym, jak się wydaje. Nieraz trzeba zarzucić zeszyte szyjki i przystąpić natomiast do tamponacyi. F. poleca tedy rękoczyn ten dla klinik, praktycznym zaś lekarzom zaleca zaopatrzyć się przy każdym operacyjnym porodzie w watę sublimatową lub gazę jodoformową. Jeżeli rozerwanie szyjki nie ustępuje pod wpływem zimnych natrysków do pochwy, należy zatamponować sklepienie pochwowe gazą jodoformową lub paskiem waty sublimatowej (szerokim jak ręka, a długim około  $\frac{1}{2}$  metra). Do zatrzymania krwawienia wystarcza mocne uciskanie ku górze ręką, gdy druga ręka uciska macicę od góry ku dołowi. Po upływie 12 godzin tampon należy usunąć. Sposób ten jest prostszym, niż tamponowanie kulkami z waty, które później trudno usunąć. Jeżeli i potem krwawienie nie ustępuje, należy przystąpić do zeszycia w asystencyi doświadczonego kolegi. Podług metody Schröder'a: należy przez mocny ucisk sprowadzić macicę do miednicy, potem uchwycić przy pomocy zwiernika Simsa, lub po ciemku każdą wargę macieczną oddzielnie szczypczykami Muzeux'go i następnie przez pociąganie warg sprowadzić rozerwaną szyjkę przed srom i zeszyć jedwabiem lub drutem srebrnym; nie zawsze jednak macica da się ściągnąć tak nisko, wówczas wypadnie zeszywać z wielką trudnością w sklepieniu pochwowem. Jedyne w najrozpaczliwszych przypadkach, gdy nie pomaga ani tamponowanie, ani też zeszywanie, należy wprowadzić do pochwy duże zwierciadło Fergusson'a i wywrzeć ucisk na krwawiące miejsce za pomocą 2—3 dużych cylindrycznych tamponów z waty zmoczonych w półtorachlorku żelaza (liq. ferri sesquichl.); przez wprowadzenie zwierciadła unika się złego wpływu tego środka na pochwę i srom.

*Stanisław Huzarski.*

151. **CREDE.** Postępowanie z łożyskiem przy prawdziwych porodach. Die Behandlung der Nachgeburt bei regeltmässigen Geburten, (Archiv für Gynaekologie. Tom 32. Zeszyt I).

W artykule niniejszym C. dowodzi, że wszystkie zarzuty, czynione jego metodzie postępowania z łożyskiem, a znanej popolicie pod nazwą „postępowania Credé'go“ lub „rękoczynu Credé'go“, skierowane są głównie przeciwko podrzędnym częściom tegoż; natomiast zasadnicza myśl jego postępowania, ażeby dotychczasowemu czynnemu wewnętrznemu postępowaniu przeciwstawić metodyczne czynne zewnętrzne postępowanie albo krócej „zewnętrzne postępowanie“, została powszechnie uznana za odpowiednią celowi, pozbawioną niebezpieczeństw i najbardziej odpowiadającą naturze.

Najwięcej zarzutów robiono chwili, którą C. uważa za najwłaściwszą do wykonania zewnętrznego postępowania. C. radzi w tym względzie zastosować się do okoliczności i do zadania, jakie mamy spełnić, w każdym poszczególnym przypadku. Czynne zewnętrzne postępowanie może mieć do rozwiązania trzy zadania: 1) usunięcie niebezpieczeństwa już powstałego, 2) zapobieżenie grożącemu niebezpieczeństwu, 3) oszczędność na

czasie. W pierwszym przypadku należy wykonać rękoczyn C. natychmiast i jak najprędzej. W 2—okoliczności wskazują właściwą chwilę do wykonania takowego. Doświadczenie poucza, że w przyjaznych okolicznościach może być dokonane takowe niekiedy już jednocześnie z urodzeniem się płodu (postępowanie szkoły dublińskiej) lub przy jednym z pierwszych bólów poporodowych, ale w daleko większej liczbie przypadków przy 3 lub 4 bólu poporodowym, na co trzeba czekać rzadko dłużej nad 15, a najwyżej 30 minut. Nie wyklucza to jednak wcale późniejszego dokonania rękoczynu, które C. zaleca dla tych przypadków, w których okoliczności są mniej przyjazne, a także gdy wykonywa je osoba nie dość wprawna. C. radzi zawsze unikać gwałtu, zaleca najwyższą cierpliwość i zwraca uwagę, że w pojedynczych przypadkach zewnętrzne postępowanie nie prowadzi do celu, a wówczas, gdy okoliczności zmuszają nas do ukończenia porodu, trzeba się zwrócić do starego czynnego wewnętrznego postępowania.

Co się tyczy 3-go punktu, to C. dowodzi, że w życiu praktycznym, szczególnie dla akuszerów i akuszerki, oszczędność na czasie znajduje zupełne uzasadnienie.

Drugi zarzut tyczy się zaleconego przez C. wczesnego dokonania zewnętrznego postępowania; wczesne dokonanie ma jakoby sprowadzać: 1) większą utratę krwi, 2) zatrzymywanie w macicy w znacznej ilości resztek błony doczesnej i kosmówki, 3) rozcieranie macicy jest zbyt szkodliwe, a nawet niebezpieczne, ad 1) rzecz ma się odwrotnie. Prawie wszyscy badacze dowiedli mniejszej utraty krwi. Podług C. zbyt często dawniej obserwowane niebezpieczne następstwa krwotoki prawie zupełnie ustały z wprowadzeniem jego metody, dla uniknięcia których C. zaleca dłuższe czuwanie nad macicą, ad 2) dla wyjaśnienia tego zarzutu trzeba dowiedzieć: a) czy rzeczywiście pozostają w macicy częściej i obficiej resztki jaja płodowego; b) jeżeli to ma miejsce, czy rzeczywiście pociąga za sobą rozmaite następstwa, a nawet niebezpieczne choroby? Na oba pytania C. odpowiada przecząco. ad a) częstość pozostawiania w macicy resztek jaja płodowego pozostaje prawie jednakową przy rozmaitych sposobach postępowania z łożyskiem; zresztą jest ona zależną od rozmaitych przyczyn, nie mających nic wspólnego z tą lub ową metodą postępowania. ad b) C. wspomina, że jakkolwiek przy 4969 porodach, jakie miały miejsce w lipskiej klinice i poliklinice w ciągu ostatnich czterech lat i 3 miesięcy, nie zwracano bardzo bacznej uwagi na często zdarzające się zatrzymywanie resztek jaja płodowego lub błony doczesnej, to jednak żadna położnica z tego nie zmarła, a nawet poważnie nie chorowała, u niektórych tylko zdarzały się lekkie zboczenia w odchodach macicznych, jak np. przykry zapach, lekkie przemijające podniesienie się temperatury, przy ogólnym jak najlepszym stanie. Przyczynę następstwach chorób, a nawet śmierci C. upatruje w nieszczęsnej zbytnej czynności lekarzy (Vielthuerei), mającej na celu oczyszczenie jamy macicy za pomocą ręki, narzędzi lub też wstrzykiwanych płynów z pierwiastków zakaźnych, których

resztki błon płodowych wcale nie zawierają i które również same z siebie się nie wytworzą. Gdyby nawet cała kosmówka i cała błona doczesna pozostały w macicy, to natura wydała je następnie na zewnątrz najprostszym sposobem, co najwyżej przy lekkich zbożeniach w ogólnym stanie położnic. O „samozakażeniu“ w tych właśnie przypadkach nie może być mowy. Zakażenie ma miejsce zawsze sztucznie z zewnątrz, przyczem pierwiastki zakaźne muszą być zaszczerpione na świeżych ranach lub też starych, ale odświeżonych zranionych miejscach, bądź ręką samej położnicy, bądź też przez inną osobę.

(Powyższy pogląd C. wydaje mi się zbyt optymistycznym z następujących dwóch powodów: 1) wiadomo, że przy zatrzymaniu się w macicy części błon płodowych czy to przez samoistne oderwanie się takowych wskutek ciężaru samego łożyska, czy też przez pociąganie za sznurek popkowy przez niedoświadczoną akuszerkę, często miewa miejsce bardzo obfity krwotok, który wstrzymuje się jedynie po usunięciu pozostałych w macicy oderwanych błon płodowych. 2) niejednokrotnie zdarzyło mi się być wezwanym do położnicy z wysoką ciepłotą ciała, dochodzącą do 40° C., silną bolesnością z dolnej okolicy brzucha, cuchnącą wydzieliną i t. d., u której przy badaniu wewnętrznym znajdowałem dość duże resztki osłon płodowych, sterzące w ustach macicznych; po usunięciu takowych starannie zdezynfekowaną ręką i przestrzyknięciu jamy macicznej rozczyłem kwasu karbolowego, wszystkie powyższe objawy natychmiast prawie zniknęły, a dalszy przebieg położa: nie różnił się już niczem od prawidłowego. Muszę dodać, że o zakażeniu z zewnątrz w tym przypadku mowy być nie może, gdyż akuszerka, nie podejrzewając obecności w macicy resztek osłon płodowych, nie robiła żadnych wysiłków dla wydalenia takowych, ani też nie robiła żadnych przestrzykiwań pochwy. O ile z jednej strony należy unikać zbyt częstego wprowadzania ręki do jamy macicznej, o tyle z drugiej strony nie należy wahać się w odpowiednim przypadku dokonać tego rękoczynu, naturalnie przy zachowaniu przepisów jak najściślejszej antyseptyki. Przypisek sprawozdawcy).

Ad 3). W tych tylko przypadkach rozcieranie macicy jest zbyteczne, gdzie naturalne siły wystarczają dla natychmiastowego wydalenia łożyska; w innych zaś przypadkach rozcieranie jest najnaturalniejszym i najskuteczniejszym, a bardzo często nieodzownym środkiem. O niebezpieczeństwie przy lekkim i cierpliwem rozcieraniu zdrowej macicy mowy nawet być nie może. Tylko użycie bardzo znacznej siły może spowodować szkodliwe następstwa dla macicy.

Następny zarzut dotyczy trudności w wykonaniu zewnętrznego rękoczynu. Tylko dla początkującego przedstawia on pewne trudności, to też powinien on wprawiać się C. odradza początkującemu wywierać ucisk na macicę już przy pierwszych skurczach jej, a przynajmniej miarkować go bardzo lub użyć tylko dla próby. Za najbardziej odpowiednią uważa chwilę, gdy macica najmocniej się skurczy, co się wyraża znacznem stwardnieniem takowej. Przy jednym z następnych bólów (8 lub 10) uczuje on wysunięcie się łożyska z macicy, a po większej części i z pochwy. Doświadczonemu zaś wolno przystąpić do rękoczynu przy jednym z pierwszych bólów poporodowych.

Następnie C. rozpatruje zalecone nowe lub ulepszone sposoby postępowania z łożyskiem. Niektórzy zamiast ręki zalecają ściągnięcie prasy brzusznej dla wzmocnienia pracy macicy. Niekiedy ucisk brzucha może być skutecznym; nie należy tylko zanadto liczyć na to, gdyż w pierwszych chwilach po urodzeniu dziecka, szczególnie u mnogorodzących, mięśnie pokryw brzusznych są rozluźnione, wydłużone i mało zdolne do czynnych skurczów. Zresztą skurcz ten nie zastąpi wcale sztucznego podrażnienia macicy za pomocą ręki, szczególnie w cięższych przypadkach. Inni radzą rozdrażnić dolny odcinek macicy, ażeby wycisnąć z niego już oddzielone łożysko, gdy C. radzi podrażniać całą macicę przez rozcieranie. Wydalenie łożyska powinno być pozostawione nie dolnemu odcinkowi macicy, rozluźnionemu, a często nawet naderwanemu, a zatem niezdolnemu do energicznych skurczów, ale raczej górnemu odcinkowi, obfitującemu w mocne i głównie czynne warstwy mięśniowe. Zresztą podrażnienie jednej części macicy przenosi się zwykle na całą i wywołuje skurcz takowej.

Niedawno zaproponowano w Wiesbaden, ażeby ciało macicy pociągać do góry ponad łożysko, zamiast uciskać je ku dołowi. Przez takie pociąganie macicy postępujemy wbrew usiłowaniom natury, starającym się przy porodzie sprowadzić macicę przy każdym skurczu coraz bardziej do pierwotnego prawidłowego położenia w małej miednicy, a dalej ściągnięte już rany dolnego odcinka macicy, szyi macicznej lub pochwy mogą znowu się otworzyć i krwawić. Zwolenników teorii, podług której natura, dla prawidłowego oddzielania łożyska, kosmówki i błony doczesnej, wymaga pewnej ilości krwi, która wdraża pomiędzy macicę i wymienione części i te ostatnie stopniowo odsuwa, C. usilnie przestrzega przed zbyt długim wyczekiwaniem, gdyż przez to można sprowadzić ogromne utraty krwi. Natomiast zwraca uwagę na bardzo stare, ale nieobalone spostrzeżenie, że skurcze macicy i otaczającej ją grupy mięśni zależnych od woli, wyciskają zawartość macicy. Dla tego też radzi korzystać w tych przypadkach w których okazuje się potrzeba takowego przy sztucznych rękoczynach.

*Stanisław Huzarski.*

152. OBERMANN. **Przyczynek do leczenia łożyska poprzedzającego.** Ein Beitrag zur Behandlung der Placenta praevia. (Archiv für Gynaekologie. T. 32. Z. 1).

O. jest gorącym zwolennikiem zalecanego przez Hofmeiera postępowania z łożyskiem poprzedzającym, polegającego, jak wiadomo, na skombinowanym obrocie na nóżkę z następczą powolną ekstrakcją. Procent śmiertelności dla matek wynosi przy tej metodzie 2,1% (u Hofmeiera 2,7%). O. w krótkości opisuje sposób postępowania. Przy groźnym krwotoku należy wystąpić czynnie, skoro tylko jednym palcem można przejść przez usta maciczne; w żadnym przypadku nie tamponowano, z wyjątkiem krwotoków w ciąży, przy których stosowano wielokrotnie tampon z gazy jodoformowej. Przy ośrodkowym przyklejeniu (centralnem) łożyska, gdy trudno było osiągnąć błon

plodowych, przedziurawiano łożysko. Obrót zawsze stosowano skombinowany; przy poprzędzaniu dolnego końca płodu sprowadzano jedną nóżkę. Ekstrakcyjja nie była nigdy dokonywaną gwałtownie, lecz była stosowaną do rozciągliwości ust macicznych; czas trwania takowej waha się pomiędzy 6 minutami a 6 godzinami. Życie dziecka o tyle brano pod uwagę, o ile po przernięciu się poślądków badano sznurek pępkowy i gdy czynność serca była prawidłową, to przyspieszano wyciąganie ramion i główki, o ile można było tego dokonać bez szkody dla matki. Zawsze stosowano jak najściślejszą antyseptykę; po porodzie zawsze przestrzykiwano macicę 3% gorącym roztworem kwasu karbolowego.

Procent śmiertelności dla dzieci wynosi przy tej metodzie 62,5% (u Hofmeier'a 63%), przy odliczeniu płodów niezdolnych do życia (od 5—7 miesiąca ciąży) i tych, które po przybyciu lekarza już nie żyły, wypadnie tylko 42% śmiertelności. O. podziela pogląd Behm'a, że metodę tę trzeba nazwać idealną, gdyż przez nią otrzymujemy możliwe wczesne i pewne powstrzymanie krwotoku i unikamy zakażenia. Skombinowany obrót nie przedstawia w większości przypadków zbyt wielkich trudności. O. w zupełności podziela pogląd Behm'a, że należy przy obrocie postępować możliwie czynnie. Co się tyczy drugiego przepisu B., ażeby przy ekstrakcyj zachować się możliwie biernie, to O. jest zwolennikiem przepisu Hofmeier'a, a mianowicie radzi powolną ekstrakcyjję. Przeciętny czas trwania ekstrakcyj wynosi u O. 30 minut. Pod powolną ekstrakcyjję O. pojmuje długotrwałe umocowanie poślądków dziecka w ustach macicznych. Rodząca przez cały czas trwania operacji musi leżeć na poprzecznym łożku; tylko dla dokonania skombinowanego obrotu należy ją zachloroformować. O. przekłada głęboką narkozę. Za bardzo ważny czynnik O. uważa ciągłe mięsienie (massage) macicy. Po ukończeniu obrotu i umocowaniu poślądków na ustach macicznych resp. zatamponowaniu ich udem dziecka, O. poleca akuszerce równomiernie i stale rozcierać dno macicy. Po upływie bardzo krótkiego czasu, w większości przypadków po kilku minutach, przychodzą mocne bóle, które w połączeniu z równomiernem przytrzymaniem poślądków, powodują dość prędkie rozszerzenie ust macicznych. Po przernięciu się poślądków przy dobrej, równomiernej czynności serca płodu, O. możliwie przyspiesza wywiązanie barków i główki. W 15 w ten sposób traktowanych porodach O. nie stracił ani jednej matki, natomiast z 15 dzieci zmarło przy porodzie 7; w pierwszym dniu życia zmarło jeszcze 3, co daje ostatecznie 66% śmiertelności. O. jest zdania, że w praktyce od samego początku nadzieja utrzymania dziecka przy życiu jest bardzo słaba, dla tego też trzeba zawsze mieć na uwadze tylko życie matki. Co się tyczy utraty krwi przy porodzie, to podczas dokonywania skombinowanego obrotu w niektórych przypadkach utrata krwi była bardzo znaczna, z chwilą jednak zatamponowania przez sprowadzoną część dziecka, krwotok zupełnie ustawał; w pojedynczych przypadkach podczas powolnej

ekstrakcyi kobieta nie traciła ani jednej kropli krwi. Absolutne powstrzymywanie krwotoku miało miejsce jedynie przy umocowaniu poślądków; przy puszczeniu nóżki dziecka, krew zaczynała, jakkolwiek powolnie, znowu wyciekać. O kładzie szczególny nacisk na umocowanie poślądków przez równomierne lekkie pociąganie. Krwawienie po porodzie było w większości przypadków obfitsze, niż po prawidłowych porodach. Zwykle wystarczały do powstrzymania krwawienia masaże i gorące wstrzykiwania. Z dwóch przypadków rozerwania szyjki, w 1 nie można było zeszyć, gdyż macica nie dała się obniżyć i trzeba było użyć dla wstrzymania krwawienia tamponów zmoczonych w liq. ferri, w 2 zaś krwawienie ustąpiło po założeniu 3 szwów. Z 15 wymienionych przypadków, w 7 połóg miał prawidłowy przebieg, w 5 istniały lekkie zboczenia, w 3 poważne choroby (1 Parametritis, 1 lekka septyczna gorączka płożowa, 1 lymfangityczna gorączka płożowa). Przy leczeniu tych ostatnich przypadków autor zachwala doskonale działanie dużych dawek alkoholu.

*Stanisław Huzarski.*

153. Dr. Theophil JAFFÉ. **O nadmiernych wymiotach u ciężarnych.** Ueber Hyperemesis gravidarum. (Volkma's Samml. Klin. Vortr. Nr. 305).

J. odróżnia 3 formy tego cierpienia. Pierwsza forma zwykle wymioty u ciężarnych—(vomitus gravidarum), zdarza się bardzo często i ma przebieg bez wyjątku pomyślny. Zrana na czczo, po większej części bez krztuszenia się, ciężarna wymiotuje większą lub mniejszą ilość śluzu, czasem zabarwionego żółcią; po za tem w ciągu dnia czuje się zupełnie dobrze. W 2 gwałtowniej występującej formie wymiotów u ciężarnych, nierzadko się zdarzającej, wymioty mają miejsce nie tylko zrana, lecz i w ciągu dnia, szczególnie po jedzeniu, przyczem zostaje wyrzuconą większa lub mniejsza ilość spożytego pokarmu. Apetyt po większej części jest dobry, przez co odżywianie ciężarnej mało bywa upośledzonym. Z wystąpieniem ruchów płodowych, zboczenie to ustępuje po większej części. Trzecia forma—Hyperemesis gravidarum inaczej zwana vomitus gravidarum perniciosus—nadmierne wymioty u ciężarnych, zdarza się bardzo rzadko (w Niemczech).

Dotychczas nie jest pewnem, czy nadmierne wymioty zdarzają się częściej u ciężarnych po raz pierwszy, czy też u mnogociężarnych. Co się tyczy czasu u wystąpienia wymiotów, to zdarza się to nie tylko zaraz po poczęciu, ale i we wszystkich innych okresach ciąży, z wyjątkiem dwóch ostatnich miesięcy. Sposób powstawania zupełnie nie jest znany. Cierpienie to uważają za nerwicę zwrotną, powstałą przez drażnienie nerwów macicznych i stawiają w zależności od patologicznych zmian macicy i jaja płodowego. Chore lub powiększone organa płciowe kobiece mogą wywołać na drodze zwrotnej przez wpływ n. sympatycznego nienormalne pobudzenia n. żołądkowych, przez co wydzieliny gruczołów żołądkowych podlegają zmianom. Dalej przez pobudzenie n. trzewiowych (nn. splanchnici), pochodzących od n. sympatycznego (hamujących podług Pflüger'a),

czynność kiszek może się opóźnić. Nakoniec wymioty mogą powstać przez drażnienie ośrodka wymiotnego, znajdującego się w medulla oblongota i mającego bliski związek z ośrodkiem oddechowym, za pośrednictwem włókien n. błędnego lub przez pobudzenie nerwów zawartych w ścianach żołądka również na drodze zwrotnej. W niektórych przypadkach nadmiernych wymiotów istniały zapalenia błony śluzowej macicy lub warstwy mięsnej, ropne infiltracje, wysięki, polipy lub torbiele jajnikowe, za to w innych nie znaleziono żadnych zбочeń od prawidłowej ciąży. Niekiedy przyczyną powstania tego cierpienia są zmiany w położeniu macicy, zapalenie szyjki macicznej, nadmierne rozszerzenie macicy przez bliźnięta lub hydramnion, niekiedy zaś stanowi częściowy objaw ogólnego rozdrażnienia nerwowego.

Przebieg tego cierpienia dzieli autorowie na trzy okresy. Pierwszy okres przebiega bez gorączki. W większości przypadków od lekkich zwykłych wymiotów dochodzi do zupełnego oddawania wszelkiego pokarmu; występuje męczące pragnienie; chora narzeka na gwałtowne bóle w okolicy żołądka; często ma miejsce zaparcie stolca; daje się zauważyć mocny ślinotok. Chora staje się anemiczną i chudnie. Horwitz zauważył w dwóch przypadkach uderzającą zmianę powonienia „hyperosmia.“ Drugi okres odznacza się lekkimi objawami gorączkowymi, tętno staje się prędszem, słabszem, oddechanie częstszem. Wymioty trwają bez ustanku, język schnie, wydechane powietrze cuchnie, chora ciągle się skarży na bóle w dolku podsercowym. Mocz zgęszczony, zawiera białko i cylindry. Schudnienie dochodzi do znacznego stopnia; występuje znaczny upadek sił. W trzecim okresie choroby występuje wysoka gorączka, tętno ledwie się wyczuwa, pojawiają się zбочenia wzrokowe, omdlenia, bredzenie. Chora wpada w śpiączkę i umiera. Ostatnie objawy odpowiadają znalezionym u głodomorów. W niektórych, rzadkich, pomyślniej przebiegających przypadkach następuje poprawa dobrowolnie lub przez wywołanie poronienia w pierwszym lub drugim okresie. Co się tyczy trwania choroby, to rzadko zdarza się obserwować tak szybki śmiertelny przebieg, jak w przypadku Jaffé'go (śmierć po 3 tygodniowym trwaniu); po większej części choroba trwa 3 miesiące.

Rozpoznanie rzadko jest połączone z trudnościami. Przy skonstatowaniu ciąży, znaczenie powyższych objawów jest jasne. Naturalnie możebnem jest współczesne istnienie choroby żołądka lub ośrodkowego układu nerwowego z ciążą. Dość łatwo odróżnić, czy mamy do czynienia z chorobą żołądka, czy też z nerwicą.

Rokowanie jest bardzo poważne, jakkolwiek nie jest bezwzględnie niepomyślnem. Starsi autorowie podają śmiertelność na 44<sup>o</sup>/<sub>o</sub>; zresztą zależy ono od rozmaitych okoliczności.

Leczenie może być wyczekujące lub operacyjne. W I okresie przy spokojnem ułożeniu chorej, regulujemy dyjetę przez podawanie płynnego lub lekko strawnego pokarmu. Gdy nie otrzymujemy poprawy, trzeba spróbować odżywiania za pomocą

lawatyw peptonowych. Zalecano niezmierną ilość lekarstw przeciwko temu cierpieniu. Stosunkowo najlepiej działają przetwory bromu i makowca. Niekiedy jednak zawodzą one, zarówno jak gorąco polecana kokaina. Gdy istnieją zбочzenia ciężarnej macicy, należy je usunąć na drodze miejscowego lub operacyjnego leczenia. Przy zapaleniu szyjki macicznej należy spróbować kilkakrotnego przypalania ust macicznych lapisem, lub też wielce zachwalanego postępowania Copeman'a. Sposób Copeman'a polega na rozszerzeniu kanału szyjki macicznej za pomocą palca i nie przerywając ciąży, powstrzymuje wymioty. Przy zбочeniu w położeniu macicy po odprowadzeniu takowej należy zastosować wianek.

Wszystkie te rękoczynny ustępują jednak w skuteczności sztucznemu opróżnieniu jamy macicy przez przerwanie ciąży, a zatem w początku ciąży przez sztuczne poronienie, w późniejszym zaś okresie przez sztuczny poród przedwczesny. Natura sama wskazała ten sposób, gdyż w niektórych przypadkach nadmiernych wymiotów u ciężarnych, takowe ustąpiły po zamarcu płodu i spowodowanem przez to przerwaniu ciąży. Gdy więc wyczekujące dietetyczno-lecznicze postępowanie nie prowadzi do celu i występują niebezpieczne objawy wyniszczenia, co ma miejsce w 2 okresie, należy w celu ocalenia życia chorej, nie ociążać się z dokonaniem sztucznego poronienia, lub też sztucznego porodu przedwczesnego. W 3 okresie choroby śmiertelne zejście nie da się już niczem odroczyć.

*Stanisław Huzarski.*

#### IV. Chirurgija.

154. Prof. E. v. BERGMANN. **O chirurgicznem leczeniu chorób mózgu.** (Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten—Arch. v. Langenbeck. Bd. 36. Hft. 4, 759—872). (Dalszy ciąg—patrz Kron. Lek. N. 5. 1888 r.).

##### II. Nowotwory.

Prof. B. zaznacza przedewszystkiem, iż nowotwory mózgu daleko częściej były przedmiotem ożywionych rozpraw w towarzystwach lekarskich i artykułów gazeciarskich, niż ropnie mózgowia, a pomimo to chirurgija nowotworów mózgowych ma, zdaniem prof. B., daleko mniejsze szanse powodzenia niż operacyjne leczenie ropni mózgowych. Pochodzi to prawdopodobnie ztąd, iż wymaganiami chirurga rzadko tylko mogą zadosyć uczynić środki dyagnostyczne, jakimi dotychczas rozporządzamy, w dodatku sama technika chirurgiczna pod nie jednym jeszcze względem szwankuje.

Chirurg nie może się zadowolnić li tylko rozpoznaniem obecności guza w mózgu, nim przystąpi do operacji musi on z niejakiem przynajmniej prawdopodobieństwem wiedzieć: gdzie się guz znajduje i czy się da usunąć. Jeśli anato-

mo-patolog wskazuje na pewien i to dość znaczny procent guzów mózgu, które by się łatwo dały usunąć nożem za życia, to jednak nie dowód, aby istotnie tak było; rezultaty otrzymane na sekcji należy zestawić z objawami obserwowanymi za życia i przekonać się, czy te ostatnie były dość charakterystyczne dla umożliwienia rozpoznania. Każdy guz, który nie daje się rozpoznać, nie istnieje dla klinicysty, a więc nie ma co rozprawiać o możliwości usunięcia go. Możemy się zastanawiać nad możliwością usunięcia tych tylko guzów, które, przez istnienie nie dwuznacznych, zupełnie określonych objawów ogniskowych zdradziły swą obecność za życia; dla nich dopiero możemy się pokusić o rozstrzygnięcie pytania czy dadzą się one usunąć, czy też nie.

Dla rozstrzygnięcia tego pytania potrzebujemy wiedzieć czy guz, którego obecność stwierdzono, jest otorbiony, czy nie, a dalej określić w przybliżeniu jego wielkość. Zazwyczaj przed operacją odpowiedzieć na te pytania nie możemy, co najwyżej można twierdzić, iż gdzie przy niewielu i późno występujących objawach ogniskowych istnieją wybitne objawy ucisku mózgu, szybko się wzmagające, tam podług wszelkiego prawdopodobieństwa guz nie jest otorbiony. Dla oznaczenia wielkości guza brak nam wszelkich danych, w jednym tylko razie mianowicie w guzach rozwijających się z kości czaszki i drażących do jamy, możemy, na zasadzie doświadczenia, twierdzić, że jeśli powstaną objawy ogniskowe (jak: Aphasia, paralis facialis; hemianopsia etc.) wskazujące na zajęcie kory mózgowej, to guz napewno dosięgnął wielkich rozmiarów. Tak więc w większości przypadków ani o odgraniczeniu guza, ani o jego wielkości nic nie wiemy, tymczasem niebezpieczeństwo dla chorego przy operacji rośnie w stosunku prostym do wielkości guza i zmniejsza się jeśli guz dobrze jest odgraniczony. Ciekawe pod tym względem są poszukiwania White'a; zbadał on 100 guzów mózgu, napotkanych przy sekcjach w Guy's Hospital, pod względem możliwości usunięcia ich za życia. Prof. B., poddając krytycznemu rozbiorowi przypadki White'a, wyklucza przedewszystkiem ziarniniaki przymiotowe mózgu i złogi gruźlicze: pierwsze dla tego, iż leczenie specyficzne niezaprzeczenie więcej tu zdziała niż operacja, drugie — z powodu złego rokowania (pomimo jednego szczęśliwego przypadku Horsley'a). Ostatecznym wynikiem tej ścisłej krytyki jest, iż z pomiędzy 100 guzów przytoczonych przez White'a — 9 dałoby się z powodzeniem usunąć za życia; była by to wcale jeszcze pokazna cyfra, gdyby nie to, iż z pomiędzy tych 9-ciu guzów, 7 zajmowało takie odcinki mózgu, że żaden charakterystyczny objaw nie mógł zdradzić ich obecności, pozostają więc dwa tylko guzy, które łączyły w sobie warunki niezbędne dla usunięcia ich z powodzeniem, t. j. zajmowały takie odcinki mózgu dla których objawy ogniskowe są nam znane, były otorbione i nie-wielkie.

Niebezpieczeństwa wynikające przy operacji z naciekowego (infiltrirt) charakteru guza i zbytnej jego wielkości są liczne.

Na to, żeby z powodzeniem usunąć guz nieotorbiony, należałoby, jak przy raku, prowadzić cięcia w zdrowej zupełnie tkance mózgu, usuwać nieraz całe płaty tego organu, jest to dotąd prawie nie wykonalne, a przynajmniej możliwe tylko w dwóch odcinkach mózgu: *Extremitas frontalis et occipitalis*, odznaczających się brakiem wszelkich objawów ogniskowych, które by mogły zdradzić obecność w nich jakichbądź guzów.

Z usuwania zbyt wielkich, chociażby nawet dobrze otorbionych, guzów wynikają dwa inne niebezpieczeństwa, które opanowywać nie nauczyła nas jeszcze dotychczasowa technika chirurgiczna, są to mianowicie: *k r w o t o k* i *o s t r y o b r z ę k m ó z g u*.

*K r w o t o k* — Prof. B. przytacza opis przypadku Bird-sall'a, w którym chory, podczas usuwania wielkiego nowotworu ze zrazu potylicowego, stracił przy operacji 12 uncyi krwi, i umarł w 9 godzin po operacji w skutek ciągłego trwającego, nie dającego się powstrzymać krwotoku.

Wprawdzie sposób, w jaki operator w powyższym przypadku starał się krwotok powstrzymać, był, zdaniem prof. B., wadliwy, jednak należy przyznać, że przy usuwaniu wielkich guzów i zranieniu głęboko leżących naczyń, na przykład *Art. cerebrealis posterior*, można się znaleźć w niemożności powstrzymania krwotoku. Dwa mamy sposoby zatrzymania takiego krwotoku, albo należy krwawiące naczynie podwiązać, lub jeśli się to nie udaje musimy całą jamę wytamponować gazą jodoformową. Bird-sall chwycił się w swoim przypadku tego ostatniego sposobu, popełnił jednak błąd, zaszywając skórę nad wepchniętą do jamy gazą; której tylko koniec przez dolny kąt rany wyprowadził; taki sposób postępowania jest gorszy niż użycie drenu, gdyż gazą, raz nasiąklszy wydzieliną, a nie znajdując się w dostatecznym zetknięciu z pozostałymi częściami opatrunku, nie będzie mogła pozbyć się wilgoci i wsiąkać nowe ilości krwi, dla tego też pod tamponem z gazy zacznie się zbierać wydzieliną, a tampon będzie jej tylko przeszkadzać wychodzić na zewnątrz. Zdaniem prof. B. należy taką jamę luźno wytamponować zmiętą gazą jodoformową do poziomu otworu w czaszce, pokryć ją płatem skórnym, którego jednak przyszywać nie trzeba, a na płat położyć pozostałe warstwy opatrunku; w ten sposób tampon, stykając się na większej przestrzeni z powierzchniami warstwami opatrunku, będzie im swą wilgoć oddawał i przygotowywał się w ten sposób do wsiąkania coraz to nowych ilości wydzielin. Postępowanie takie wymaga naturalnie drugiego chloroformowania chorego dla spokojnego usunięcia tamponu i nałożenia wtórnego szwu na ranę we 2 — 3 lub 4 dni po pierwszej operacji zależnie od przypadku. Tamponowanie gazą jodoformową jest rzeczywiście potężnym haemostatycum, lecz tylko w przypadkach krwotoków żylnych, przy krwotokach tętniczych, szczególnie z tętnic grubszych, okazuje się bezsilnym. Dla tego też podług prof. B., jeśli guz mózgu okaże się zbyt wielkim, to lepiej rozpoczętej operacji zaniechać, niż narazić się na utratę chorego z krwotoku.

Usunięcie wielkich odcinków sklepienia czaszki, niezbędne dla wydobywania guzów wielkich rozmiarów, pociąga za sobą inne niebezpieczeństwo dla życia, mianowicie bardzo łatwo i z wielką szybkością rozwija się obrzęk mózgu. Przez usunięcie części kostnego sklepienia czaszki, znosimy ucisk, do którego mózg i naczynia jego były przyzwyczajone, bezpośrednio następnym tego będzie przekrwienie żyłne odpowiedniego odcinka mózgu i, co zatem idzie, utrudnienie wysysania wytwarzającego się ciągle *Liquoris cerebro spinalis*. Płyn mózgowodzeniowy nasiąka tkanki i jest przyczyną obrzęku. Sama obecność guza zmienia znakomicie warunki krążenia w jamie czaszkowej, czego następstwem rozwijający się *hydrocephalus ventriculorum*, a wyrazem brodawka zastoinowa. Jeżeli do zwiększonej ilości *Liquoris cerebro spinalis* dołączą się warunki utrudniające jego rezorbcję, to nic dziwnego iż obrzęk mózgu szybko się rozwijać będzie. Z powodu tej łatwości z jaką występuje po operacji obrzęk mózgu należy zaniechać zdaniem prof. B., operowania guzów, które wywołały już ciężkie ogólne objawy: brak przytomności, *torpor coma*, będące dowodem istniejącego już obrzęku. Ponieważ po operacji obrzęk powiększać się tylko będzie, wzrosnie on więc w jakie 6 — 12 godzin, do takiej siły, przy której utrzymanie życia staje się niemożliwym.

Prof. B. zebrał wszystkie operowane dotąd przypadki guzów mózgu.

Wogóle trepanowano w 7-miu przypadkach nowotworów mózgu, a jeśli do tego dodamy 4 przypadki w których trepanowano z powodu ziarniniaków i gruzlicy mózgu, to otrzymamy ogółem 11-scie trepanacyj. Z tej liczby wyklucza prof. B. 3 operacje (2 dokonane przez Mac Ewen'a i 1 — przez Bird-sall'a), które, zdaniem prof. B., nie były dostatecznie usprawiedliwione i dla tego nie należało ich wcale dokonywać. Pozostaje więc 8 przypadków, w których rękoczyn był usprawiedliwiony, a mianowicie operacje: Horsley'a (4), Hirschfelder'a (1), Hammond'a (1), Bennett'a i Godlee (1) i Bird-sall'a (1).

Trwałe wyleczenie (stwierdzone we 4 miesiące po operacji) nastąpiło w jednym tylko przypadku Horsley'a. W drugim przypadku tegoż operatora jeszcze przed zagojeniem się rany wystąpiła recydywa, szybko prowadząca do śmierci. W trzecim przypadku Horsley'a (gruzlica) we 3 miesiące po operacji wystąpiły znów napady padaczkowe; ponieważ nie można rozstrzygnąć czy objawy te zależą od powstałej w mózgu blizny, czy też od powrotu miejscowej gruzlicy, należy więc przypadek ten zaliczyć do szczęśliwych. Nakoniec czwarty, operowany przez Horsley'a, przypadek gruzlicy mózdzku zakończył się śmiercią w 19 godzin po operacji. Horsley był wyjątkowo szczęśliwym operatorem, gdyż tylko jeden jego chory zmarł bezpośrednio po rękoczynie. Przypadki Bennett'a, Godlee, Hirschfelder'a i Bird-sall'a zakończyły się śmiercią. Nakoniec w przypadku Hammond'a, chociaż guz znajdował się rzeczywiście na miejscu odpowiadającym zrobionemu w czasie otworowi, nie odnaleziono go jednak podczas operacji.

Nieszczególne rezultaty dokonanych dotychczas operacji, skłaniają prof. B. do zalecania trepanacji tylko w bardzo ograniczonej liczbie przypadków, w których można było zrobić należyte rozpoznanie. Nawet w tych przypadkach trepanacja będzie miała zawsze znaczenie operacji próbnej, dokonywanej w celu bliższego rozpatrzenia czy rozpoznany guz da się dosięgnąć i czy jego wielkość nie przeszkodzi wyłuszczeniu. Chirurg rozpoczynając taką operację, musi być zawsze przygotowany na to, że przerwie ją jak tylko się przekona iż guz nie jest dobrze odgraniczony, lub zbyt wielki.

### III. P a d a c z k a.

Statystyczne obliczenia w zastosowaniu do leczenia padaczki okazały się zupełnie błędnymi. Ostatnia tego rodzaju praca Dougalls'a oblicza na 296 trepanacji przy padaczce 179 wyleczeń i to właśnie w chwili, w której operacja ta u chirurgów prawie cała, przypisywane jej dawniej, lecznicze znaczenie straciła. Pochodzi to stąd, iż większość operatorów, uszczęśliwiona ze zniknięcia napadów na pewien, bardzo ograniczony, przeciąg czasu po operacji, spieszyła z ogłoszeniem przypadków jako wyleczonych. Statystyka, tworzona na podstawie przypadków, ogłaszanych w jakie 3—4 tygodni po operacji, musi być fałszywą, gdyż, jak wiadomo sam, uraz operacyjny bez względu na to jaki, może na pewien przeciąg czasu powstrzymać napady. Dowiodła tego jasno praca Maclaren'a, który badał wpływ, jaki miało na napady dokonywanie różnych operacji (z powodu raka, chorób stawów etc.) na osobach cierpiących na padaczkę; okazało się iż zwykle napady na dłuższy przeciąg czasu znikają, lub nawet wcale się nie wracały.

Jak wiadomo neuropatologowie odróżniają dwa rodzaje padaczki: samodzielną (*Epilepsia genuina*) i odruchową (*Epilepsia reflectoria*). Do tej ostatniej kategorii zaliczano padaczkę powstającą po obrażeniach. Rzeczywiście niekiedy, pozostająca po urazie, blizna jest punktem wyjścia napadów padaczkowych (*epileptogene Zone*), wtedy najróżnorodniejsze mechaniczne podrażnienia blizny są w stanie wywołać napad ogólnych drgawek, które się w takim razie rozpoczynają zawsze skurczami grupy mięśni unerwionych przez nerw urazem dotknięty. W takich wyjątkowych razach wycięcie blizny może przynieść istotną korzyść, a nawet zupełnie wyleczyć chorego, jak to obserwował prof. B. w jednym operowanym przez siebie przypadku, w którym punktem wyjścia napadów była blizna zrosnięta ze strzałką. Przypadki jednak tego rodzaju należą do największych rzadkości i dla tego na operację decydować się powinniśmy wtedy, gdy napewno stwierdzimy przyczynowy związek pomiędzy istnieniem blizny i napadami padaczki.

Szczególniej rzadko zjawia się traumatyczna epilepsja po obrażeniu szyi, tułowia i kończyn, daleko zaś częściej po obrażeniach głowy. Sprawozdania urzędowe z francuzko-pruskiej wojny wykazały, iż podczas gdy liczba epileptyków po obraże-

niach głowy stanowiła 0,57% ogólnej liczby rannych w głowę, to na obrażenia innych okolic ciała przypada tylko 0,076% epileptyków.

Tak wielka częstość powstawania epilepsji po obrażeniach głowy zmusza nas do przypuszczenia, iż przyczyną ją wywołujące są inne. Nie idzie zatem, aby zupełnie wykluczyć możliwość powstawania padaczki odruchowej (Reflexepilepsie) po obrażeniu peryferycznych nerwów czaszki; przeciwnie, możliwość powstania padaczki tą drogą prof. B. przyznaje, twierdzi tylko, iż wtedy nie byłaby ona częstszą przy obrażeniach głowy, jak innych okolic ciała. Aby sobie objaśnić tę względną częstość powstania padaczki tą drogą prof. B. przyznaje, twierdzi tylko, iż wtedy nie byłaby ona częstszą przy obrażeniach głowy, jak innych okolic ciała. Aby sobie objaśnić tę względną częstość powstania padaczki tą drogą prof. B. przyznaje, twierdzi tylko, iż wtedy nie byłaby ona częstszą przy obrażeniach głowy, jak innych okolic ciała.

Jak wiadomo doświadczenia Hitzig'a i Fritsch'a wykazały, iż można wywołać u zwierząt napady padaczki przez drażnienie ośrodków ruchowych w korze mózgowej. Późniejsze badania dowiodły, iż chociaż przy silnem elektrycznem drażnieniu innych części kory mózgowej, powstają też napady padaczki, to jednak powstają one zawsze tylko przez pośrednictwo ośrodków ruchowych, jeśli takowe wyciąć, to napady nie powstaną pomimo najenergiczniejszego drażnienia, czy to kory mózgowej, czy też substancji białej. Te doświadczenia zmuszają nas do szukania przy padaczce zmian w ruchowej okolicy mózgu. Na czem te zmiany polegają pozostaje dotąd w wielu przypadkach wątpliwem, gromadzi się jednak coraz więcej obserwacji, w których przy padaczce znaleziono namacalne anatomiczne zmiany, czy to w samej korze mózgowej, czy też w błonach ją pokrywających. Szczególniej często zmiany takie napotymano w przypadkach w których padaczka powstała po obrażeniu głowy.

Dalsze doświadczenia wykazały, iż podczas gdy silne prądy, drażniąc korę mózgową, wywoływały ogólne drgawki w całym ciele, to słabsze podrażnienia pojedynczych tylko ośrodków ruchowych wywołują ściśle określone, zawsze w tym samym porządku rozprzestrzeniające się drgawki. Wszyscy badacze stwierdzają, iż napad rozpoczyna się zawsze od tej grupy mięśni, która odpowiada drażnionemu ośrodkowi ruchowemu i: albo nie rozszerza się dalej (Monospasmus), albo zajmuje powoli wszystkie mięśnie tej samej połowy ciała (Hemispasmus), lub nakoniec zajmuje mięśnie całego ciała (ogólna epilepsja).

Rozprzestrzenianie się drgawek jest bardzo prawidłowe, odpowiada anatomicznemu położeniu ośrodków, żaden ośrodek nigdy nie bywa przeskoczony. Jeśli na przykład u psa będziemy drażnić lewy ośrodek przeznaczony dla ruchów powiek, to wystąpią po kolei: drgawki w Mluc. orbicularis palpebrarum dextr., później skurecz Mli. levatoris anguli oris, mięśni usznych, Nystagmus, zamykanie i odmykanie szczęk, skurecz mięśni językowych. Następnie głowa przegina się na prawo, najpierw górna a potem dolna kończyna przyjmują udział w drgawkach. Jeśli drgawki zajmą całą połowę ciała przechodzą na drugą

stronę (po której wykonywamy podrażnienie) to i tu panuje ścisły porządek w ich rozprzestrzenianiu się: rozpoczynają się one mianowicie w odwrotnym porządku jak po drugiej stronie; tak więc w podanym wyżej przykładzie przechodząc na lewą stronę zaczynają się od kończyny dolnej a skończą na Mlus. orbicularis sinistr. W ten sposób drgawki okrążają niejako całe ciało, rozpoczną się od mięśni powiek z prawej strony, przejdą na kończynę górną, potem na dolną prawą, następnie na dolną lewą na górną lewą i skończą się na mięśniach lewej powieki.

Jednym słowem napady padaczki, zależące od zmian powstających w jednym z ośrodków ruchowych kory mózgowej, mają tak charakterystyczne cechy, iż łatwo je odróżnić, a przez ścisłą ich obserwację dojść do wniosku, jaka mianowicie część ruchowej okolicy mózgu uległa zmianie.

Padaczka, powstająca w skutek zmian w korze mózgowej nazwaną została padaczką korową (Rindenepilepsie). Jeszcze przed dokonaniem wyżej opisanych doświadczeń, Hughlings Jackson z zupełną dokładnością podał kliniczny obraz takiej padaczki i dla tego słusznie nosi ona nazwę Jackson'owskiej padaczki korowej (Jackson'sche Rindenepilepsie).

Jak wiadomo przy obrażeniach głowy, nawet wtedy, gdy całość czaszki przerwana nie została w skutek jej elastyczności, bardzo często znajdowano uszkodzenia kory mózgowej. Jeśli zestawimy częstość uszkodzeń kory mózgowej z częstością występowania padaczki po obrażeniach czaszki, to musimy dojść do przekonania, iż w większości przypadków jest to padaczka korowa, t. j. mająca swą przyczynę w anatomicznych zmianach odpowiedniego ośrodka ruchowego.

Zasługą Horsley'a jest zużytkowanie tego nowego poglądu na padaczkę traumatyczną dla terapii cierpienia. On pierwszy wygłosił zasadę: iż w przypadkach tego rodzaju nie należy ograniczyć się tylko trepanacją, lecz potrzeba dotrzeć do kory mózgowej i usunąć z niej wszystko co się nam przedstawi chorobliwie zmienionem.

Zdaniem prof. B. racjonalne przeprowadzenie zasad podanych przez Horsley'a dozwoli na istotny postęp w leczeniu tej strasznej choroby. Na to jednak aby się można na podobną operację zdecydować potrzeba, aby w danym przypadku drgawki występowały i rozprzestrzeniały się zupełnie prawidłowo jak w doświadczeniach na zwierzęciu, t. j. żebyśmy mieli przed sobą nie dwuznaczny obraz Jackson'owskiej padaczki. Tylko wtedy będziemy mogli jasno sformułować czego od operacji żądamy i mieć nadzieję iż dążenia nasze pożądanym skutkiem uwieńczone zostaną.

Operować tylko w przypadkach padaczki traumatycznej z jasno wyrażonemi oznakami Jackowskiej korowej padaczki; usuwać nie tylko kość i opony mózgowe lecz i odnośny ośrodek kory mózgowej; unikać operowania

w niejasnych przypadkach ogólnej padacki—oto zasada, którą przy dzisiejszym stanie nauki wyznawać powinniśmy.

Prof. B. podaje, jako komentarz do streszczonych wyżej zasad, opis 4-ch, operowanych z powodzeniem przez Horsley'a, przypadków, i jedną własną operacją nie uwięzioną pomyślnym skutkiem, prawdopodobnie dla tego, iż przypadek był za-  
starzały i nie zupełnie odpowiadał obrazowi padaczki Jackson'owskiej.

W końcu tego interesującego artykułu, pełnego ciekawych szczegółów, dotyczących rozpoznawania i operowania przytoczonych przypadków, po które musimy odesłać ciekawego czytelnika do oryginału, prof. B. zaznacza, iż 3 rozebrane przezeń grupy cierpień mózgowych przy których wskazana jest chirurgiczna interwencja, nie wyczerpują wszystkich stanów patologicznych mózgu i jego opon, w których chirurgia pożytek przynieść może. Jako dowód przytacza prof. B. ciekawy przypadek Cecci'ego, w którym ten ostatni z powodzeniem usunął wylew krwawy będący następstwem Pachymeningitis chronica haemorrhagica. Sam prof. B. w jednym przypadku nadzwyczaj uporeczywego bólu głowy, powstałego po uderzeniu kamieniem, znalazł po przecięciu skóry kość zcienziałą tak, iż przeświecał przez nią wylew krwawy; po usunięciu kości i wylewu, bóle głowy znikły raz na zawsze.

W. H. Krajewski.

## V. Nerwopatologija.

155. FRANKLIN H. HOOPER. **Fizjologija nerwów krtaniowych wstecznych.** (The Physiology of the Recurrent Laryngeal Nerves). New-York Medical Journal, Vol. XLVI, N. N. 4 i 6.

Dokonawszy całego szeregu doświadczeń w fizjologicznej pracowni Harvard Medical School w Bostonie na psach i kotach, dr. Hooper przyszedł do następujących rezultatów:

1. Że nerwy krtaniowe wsteczne są w swem działaniu nerwami czysto ruchowemi.
2. Działanie ich na głosnię (glottis) jest różne u różnych zwierząt.
3. U psów czynność omawianych nerwów prawidłowo wywołuje zamknięcie szpary głosowej, u kotów zaś rozszerzenie.
4. U psów eter siarczany i duże dawki morfiny nicują prawidłową czynność nerwów krtaniowych wstecznych: na bodźce tych nerwów pod wpływem powyższych środków głosnia oddziaływa rozszerzeniem się zamiast zamykaniem.
5. Wpływ eteru („ether-effect“) uwydatnia się różnie co zależy od wrażliwości psa, zużytej ilości eteru i siły bodźców działających na nerwy.
6. Pod wpływem małych dawek eteru drażnienie nerwów

wstecznych wywołuje u psów podwójny efekt na głosnię: a) drżenie strun (vibration); b) zwięźnienie szpary głosowej. Pod wpływem dużych dawek, stosownie do siły działającego bodźca na nerwy, można otrzymać cztery efekty: a) drżenie strun; b) zupełne rozszerzenie szpary; c) ruchy mieszane; d) zamknięcie głosni.

7. Pod wpływem bardzo dużych dawek eteru u niektórych psów, nawet najsilniejsze bodźce na nerwy nie są w stanie wywołać zamknięcia głosni.

8. Pod wpływem małych dawek chloralu, chloroformu i morfiny drażnienie nerwów wstecznych u psów sprawia także sam efekt, jaki okazuje się przy drażnieniu nerwów, będących pod wpływem małych dawek eteru, a mianowicie: a) drżenie strun; b) zamknięcie głosni.

9. Ruchy mieszane można niekiedy zauważyć u psów, gdy miasto eteru podane zostały w dużych ilościach inne narkotyki.

10. U kotów po śmierci następuje wyciwana czynność nn. wstecznych: przez ciąg czasu pięciu do dwudziestu minut, po śmierci drażnienie nerwów powoduje zamknięcie szpary, podczas gdy u żyjących sprawia rozszerzenie. *J. Drzewiecki.*

156. Prof. TUMAS. **O ośrodku wymiotnym**. „O rwtomno centrie.“ (Odbitka z Leżeniedielnoj Klinicznej Gaziety).

Przekonawszy się na mocy całego szeregu doświadczeń na psach i kotach, że poprzeczne przecięcia rdzenia przedłużonego, przeprowadzone mniej więcej ku przodowi od środkowej części dolka skośnoczworokątnego (fossa rhomboidalis) nie usuwają możliwości wymiotowania, prof. Tumas przyszedł do przekonania, że ośrodek omawiany musi leżeć gdzieś poniżej, t. j. ku tyłowi od środkowej części dolka skośnoczworokątnego. Dotykając ostrożnie pędzelkiem, umyślnie do tego celu przystosowanym, zmoczonym w 1—2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztworze chlorku apomorfiny, różne części rdzenia przedłużonego i początek części szjowej, autor zauważył, że jedno miejsce, a mianowicie tylny kąt dolka skośnoczworokątnego, jest szczególnie wrażliwy na apomorfinę, albowiem po upływie jakich 1' lub 1½' natychmiast pojawiały się silne wymioty, powtarzające się po kilka razy. Efekt otrzymywano nawet wtedy, gdy działano możliwie minimalną ilością preparatu.

Okoliczność powyższa naprowadziła na przypuszczenie, ażali w tem miejscu nie leży ośrodek wymiotny.

Dalsze doświadczenia wyjaśniły stanowczo, że jeżeli przeprowadzić cięcie w okolicy pióra pisarskiego na dwa millimetry ku przodowi, na przestrzeni mniej więcej 5 młm., a zatem 3-ch młm. po za piórem pisarskim, naturalnie przecinając i o b e x, to pomimo wszelkich starań wymiotów wywołać się nie udaje.

Autor sądzi, że u tych zwierząt, które niewymiotują, co ma miejsce u przeżuwiających, gryzących i innych, albo istnieje zupełny brak ośrodków wymiotnych, albo jeżeli są takowe, to są w bardzo rudymentalnym stanie. U królików, naprzykład, prof. Tumas starał się wszelkimi sposobami wywołać wymioty i ani razu ich nie otrzymał. *J. Drzewiecki.*

157. CHARLE L. DANA. **Drżączka dziedziczna, nieopisana dotąd postać nerwicy ruchowej.** Hereditary Tremor, a Hitherto Undescribed Form of Motor Neurosis. (The American Journal of the Medic. Sciences, October, 1887).

W artykule tym autor zwraca uwagę na szczególniejsze sfery ruchowej dziedziczne cierpienie, które nie było dotąd opisane, a które spostrzegał w trzech rodzinach. Wszystkie przypadki jakie autor przytacza, przedstawiają ogólne kliniczne podobieństwo.

Cierpienie to poczyna się w wieku niemowlęcym lub dziecięcym i zdarza się że niekiedy zostaje wywołane jakąś chorobą zakaźną, trwa przez ciąg całego życia, którego nie skraca i w swoim przebiegu nasileni stopniowych nie przedstawia. Wywiady, odnoszące się do rodziny chorych, wykrywały istnienie skłonności do chorób nerwowych lub psychicznych.

Drżączka owłada najsilniej kończynami górnymi, lecz może zająć także i głowę i szyję i krtani, — słowem wszystkie dowolne mięśnie.

Podczas snu drżączka ustępuje i siłą woli może na chwilę być wstrzymana. Wszystko, co pobudza lub drażni nerwy, powiększa drżączkę, która może uwydatnić się w bardzo znacznym stopniu. Wyjątek w tych razach stanowią niektóre środki pobudzające, — jak naprzekład, — wpływ alkoholu i niko-  
tyny.

Opisywana drżączka ani nie utrudnia, ani też nie powiększa dowolnych ruchów i pod tym względem różni się od drżączki przy paralysis agitans i sclerosis multiplex. Przy rzezonem cierpieniu mogą dosyć wczesnie zjawić się nieznaczące przykurczenia palców, nie zwiększające się wcale z czasem, lecz za to mamy brak zupełny tej sztywności, tego niedowładu, tych subiektywnych sensacyj i zaburzeń naczynioruchowych, jakie spotykamy przy paralysis agitans, zaś głowa i szyja nie są tak silnie zaatakowane jak przy drżączce starczej. Odruchy ściągające mogą być wzmożone lub też prawidłowe.

Omawiane cierpienia przedstawia najwięcej podobieństwa do drżączki neurastenicznej (śledzienniczej), lub też do drżączki, występującej przy otruciach i od tych ostatnich różni się tylko zupełnym brakiem ogólnego wyczerpania nerwów i brakiem osłabienia siły mięśniowej.

Cierpienie to pozostaje w związku z innymi nerwicami lub zaburzeniami psychicznego charakteru, jako to z obłąkaniem, pijaństwem nałogowym, padaczką, albo też z niezwykłym talentem lub intelektualną siłą i w następnych pokoleniach ma skłonność do zacierania się.

Cierpienie to może być bezpośrednio dziedziczne lub tylko rodzinne, występując u wuja i wnuka; może także w jednym pokoleniu przedstawić się jako drżączka śledziennicza.

Okoliczność, iż cierpienie to jest dziedziczne, że nie postępuje wcale i nie przedstawia żadnych innych nerwo- i naczynio-ruchowych objawów, odróżnia je od paralysis agitans.

Różni się także symptomatycznie i od drżączki starczej, przy której głównie i przedewszystkiem głowa i szyja zostają zajęte.

W zakończeniu autor przytacza następującą klasyfikację drżączek i w grupie drżączek śledzienniczych cierpieniu temu miejsce przynajmniej.

### Klasyfikacja drżączek przewlekłych.

|  |  |                    |   |
|--|--|--------------------|---|
| Organiczne   | A. Zależne od zapalenia stwardnienia,          | }                  | drżączka post hemiplegiam.                                  |
|  |  |                    | „ przy Tabes spasmodica.                                    |
|  | nowotw. rów, lub                               | }                  | „ przy Sclerosis multiplex.                                 |
|  |  |                    | drżączka przy nowotworach w mózgu lub w mleczu pancerzowym. |
| B. Zależnych od takich samych spraw w nerwach ruchowych lub mięśniach. | }  | Paralysis agitans. |   |
|  |  | Tremor senilis.    |   |
| Czynnościowe   | Drżączki w skutek otrucia.                     | }                  | drżączka przy zapaleniu nerwów.                             |
|  | Drżączka śledziennicza (Tremor neurastenicus). |                    | tremor fibrillaris myatrophi-cus.                           |
|  |  |                    |   |
|  |  |                    | nabyta { u suchotników.<br>u syfilityków.<br>profesjonalna. |
|  |  |                    | <b>dziedziczna lub wrodzona.</b>                            |
|  |  |                    | <i>J. Drzewiecki.</i>                                       |

158. A. BUMM. O masażu w neuropatologii. (Wiener Klinik 1888).

Masaż jako środek leczniczy w chorobach nerwowych działa bądź bezpośrednio, bądź też pośrednio na nerwy dotknięte cierpieniem. Do pierwszej kategorii chorób należą nerwobóle. Przy samoistnych niezbyt zadawnionych nerwobólach n. trójdzielnego i innych, autor opisuje świetne wyniki. Pouczającym jest przypadek dziewczynki dotkniętej nerwobólem n. kulszowego: po długim bezowocnym leczeniu stwierdzono rozdęcie kiszki grubej zstępującej w skutek zaparcia przewlekłego, po usunięciu którego nerwoból ustąpił. Szczególną uwagę autor zwraca na migrenę. Ma on na myśli jedynie postać myopatyczną, przy której znajdujemy punkty bolesne i nabrzmienia w mięśniach szyjowych, ustępujące pod wpływem mięsienia. Wspomina autor o kilku przypadkach z zejściem pomysłnem i przytacza przypadek zadawnionej choroby, która po 90 posiedzeniach ustąpiła. Bardzo dobre wyniki otrzymuje autor przy leczeniu hysterycznych nerwie stawowych. Rozpoznanie posta-

wionem być może jedynie po zachloroformowaniu. Ogólne a zwłaszcza psychiczne leczenie nie powinno być jednak pomi-  
nięciem,

Pomiędzy zaburzeniami sfery ruchowej autor zwraca szczegól-  
ną uwagę obok kurczu n. twarzowego na kurcz pisarski. W kilku przypadkach drgawkowej postaci tego kurczu, autor  
zaznacza znaczne polepszenie po zastosowaniu mięsienia. Nie  
przypuszcza B. możliwości zupełnego uleczenia tej postaci, na-  
tomiaś osiągnął takowe w postaci paralitycznej kurczu pisar-  
skiego w jednym przypadku. Również i inne nerwice profes-  
syjonalne (muzyków, tancerek i t. p.) kwalifikują się do lecze-  
nia tą metodą.

Porażenia stanowią wtedy wdzięczne pole dla metody, je-  
śli są pochodzenia reumatycznego i wcześniej są leczone.

Pośrednie działanie masażu, rozbierane w 2-m rozdziale  
mniejsze ma znaczenie aniżeli poprzednie, przy którym nerwy  
cierpieniem dotknięte dostępne są bezpośrednio rękoma massera.  
Są jednak cierpienia skutecznie tą metodą leczone. Stany prze-  
krwienia mózgu mogą być usunięte za pomocą mięsienia szyi,  
wpływającego deplecyjnie na mózg (metoda Gerst'a); tym spo-  
sobem może być masaż użytecznym przy usposobieniu do uda-  
rów mózgowych.

Z rzędu chorób rdzenia kręgowego autor wspomina o Dy-  
strophia muscularis progressiva, przy której dobre wyniki  
otrzymał też Hühnerfauth. W dziale nerwice czynnościowych  
pierwsze miejsce zajmuje tu płasawica, przy której Sée już  
w 1850 r. stosował leczenie mechaniczne. Autor stwierdza za-  
sadę jego temiż słowy: „należy skurcze poddać działaniu woli.“  
Osiągnąć to można współdziałaniem masażu i gimnastyki.  
Przy neurastenii i hysterii masaż znajduje też niekiedy zasto-  
sowanie. Co do wpływu masażu na zapalenie nerwu, autor  
nie posiada własnych spostrzeżeń. *A. Rosental.*

159. LONDON C. GRAY. **O przymiocie układu nerwo-  
wego i leczeniu tegoż.** (Medical News 1887).

Cechę przymiotowego cierpienia układu nerwowego stano-  
wią: bóle głowy peryjodyczne, ustępujące pod wpływem chini-  
ny; porażenie połowicze (hemiplegia) przed 40-ym rokiem,  
a zwłaszcza poprzedzane silnym bólem głowy; drgawki u do-  
rosłych bez uprzedniego obrażenia głowy, choroby nerek lub  
cięży i t. d.—i wreszcie długo trwałe stany bez przytomności  
w tych razach, gdy ani obrażenie, ani zapalenie opon, tyfus,  
cukrzyca lub zapalenie nerek nie były stwierdzone. Przyłącze-  
nie się objawów cierpienia podstawy mózgu lub rdzeniowych  
do poprzedzających zbroczeń mózgu wskazuje również na przy-  
miot mózgu.

Co do leczenia przy iotu mózgu, to jedynie jodek potas-  
su wywiera tu wpływ skuteczny. Autor daje z początku po  
20 granów (1,2) 3 razy dziennie, którą to dawkę codziennie  
o 2—3 gran powiększa. W razie wystąpienia zatrucia (Iodis-  
mus) zaleca on zwiększać jeszcze dawki (o  $\frac{1}{3}$ ), gdyż zauważył  
on, iż wtedy objawy zatrucia ustępują. Gdy to ostatnie nie

ma jednak miejsca, zmniejsza on dawki o połowę w stosunku do ilości podawanej przed otruciem i pozostaje przy tej dawce, aż objawy zatrucia znikną. Wtedy dopiero zwiększa on znowu dawki tego leku. Przypadki, w których zatrucie nie ustępuje przy żadnej z tych 2-ch metod leczenia, uważa za niepomysłne pod względem prognostycznym. Autor dochodził zresztą do olbrzymich dawek: do 800 granów = 50 gram jodku potassu w ciągu doby i to z dobrym skutkiem. Podaje on jodek po jedzeniu w szklance wody lodowej lub jeszcze lepiej w wodzie Giesshübler albo Vichy. Jednocześnie skuteczną jest metoda leczenia według Playfair-Mitchell'a. Po uzdrowieniu nawet zaleca on przez kilka lat małe dawki jodku potassu, podobnie jak bromek potassu podawanym bywa dotkniętym padaczką.

*A. Rosental.*

160. T. L. BRUNTON. **O użyciu strychniny jako środka nasennego.** (The Practitioner 1888).

W przypadkach bezsenności powstałej w skutek przeciążenia sił fizycznych i duchowych, użycie makowca i narkotyków jest niewłaściwym; łatwo bowiem następuje przyzwyczajenie się do tych środków, z drugiej strony powodują one apatyję i niechęć do pracy, zamiast wzmocnienia i odświeżenia sił. Chloral wprawdzie nie wpływa tak niepomysłnie na ustrój duchowy dnia następnego, działanie jego jednak słabnie a po dłuższym użyciu następuje osłabienie serca. Autor widział nawet raz po dłuższym używaniu chloralu pojawienie się szalu, który po zaprzestaniu tego środka ustąpił. Bromek potassu jest znów w przypadkach bezsenności w skutek przeciążenia prawie bezsilnym. W przypadkach tych autor starał się stan przedrażnienia zamienić w stan zwykłego zmęczenia z następującym snem naturalnym. Zalecając w tych razach befsztyk, sok mięsny Valentine'a, małe dawki alkoholu i t. p., osiągał rezultat pomysłny. Środki te, powodując rozszerzenie naczyń żołądka, odcinają krew od mózgu a jednocześnie działają podnie ająco na układ nerwowy. Takież same działanie przypisuje autor strychninie, przyczem mała dawka tego środka sprowadza stan zmęczenia powodujący sen spokojny. Podaje on T-re nuc vomic. 5 — 10 kropel lub pigułki Schieffelin'a (1 pig. =  $\frac{1}{200}$  gran. Strychn. sulphur.); tych ostatnich daje on 1 — 2 pigułki i powtarza dawkę, gdy sen po 1 — 2 godzin ustępuje. Autor nie rozstrzyga, czy strychnina okaże się skuteczną i w innych przypadkach bezsenności; w jednym przypadku niedokrwiistości otrzymał autor też pomysłny wynik.

*A. Rosental.*

161. M. LEUWINE. **O wpływie antypyryny na padaczkę.** (Gaz. med. de Paris, 1887. N. 52).

Środek ten okazał się skutecznym w niektórych tylko postaciach padaczki: 1) w przypadkach, w których napady występowały w związku z miesiączkowaniem, 2) przy Epilepsia larvata i 3) u epileptyków z napadami migreny. Wystarcza za zwyczaj 2 gramy dziennie, którą to dawkę można dłuższy czas bez szkody podawać; jednakże przy zbyt długim zażywaniu chory przyzwyczaja się do środka.

*A. Rosental.*

## VI. Wiadomości pomniejsze.

162. Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Londynie w dniu 23 Kwietnia dr. Bloxam przedstawiał swoje wyniki leczenia przymiotu za pomocą głębokich wstrzykiwań przetworów rtęci. B. oddaje pierwszeństwo roztworowi Alembroth'a składającemu się z 1 gr. sublimatu, 0,5 gr. salamiaku i 30 gr. wody dystylowanej; na wstrzyknięcie używa 10 kropeł tej mieszaniny raz na tydzień. Bl. używał tych zastrzykiwań około 900 razy z powodzeniem. Obrzęk i ból po zastrzyknięciu były nieznaczne. Dla zupełnego usunięcia objawów wystarczy 6—8 tygodni. Podczas leczenia choroby mają wzbronione użycie napojów wyskokowych i palenia tutuniu. Roztwór Alembroth'a nie psuje się, lecz bardzo niszczy igły w strzykawce.

Większość uczestników tego posiedzenia np. E. Owen, Morgan Heron oddaje pierwszeństwo leczeniu przymiotu za pomocą środków podanych wewnątrznie, szczególnie polecają użycie pigulek w hydrargyrum cum creta. (Semaine médicale N. 18, 1888).  
W. K.

163. NORDEELING przepisuje Santoninę w oliwie (3 grany Santoniny na 2 uncje oliwy, można również do tego dodać 4 krople olei ciniae aetheri, przyjmą na dwa razy), a to w celu by doprowadzić ten środek niezmiennym do przewodu kiszkiowego. W następstwie podaje olej rycynowy w niewielkiej ilości (dr. 2), ponieważ większe dawki wywołując energiczną perystoltykę kiszki, zbyt prędko wydalają santoninę, przez co nie otrzymuje się pożądanego rezultatu. (Le Cour. Med. 88. N. 14).

164. BENNETT na podstawie własnych spostrzeżeń robi słuszną uwagę, by środki przeciwczewiowe nie naznaczać na czczy żołądek, wtedy bowiem ulegają one szybkiemu wessaniu i działają na chorego, a nie na glisty. Najodpowiedniej podawać powyższe środki na 1—2 godzin po jedzeniu, kiedy żołądek zaczyna się opróżniać, przyjęte więc lekarstwo nie podlegając a kto wi trawienia przechodzi w zupełności do przewodu kiszkiowego i tam swe działanie wywiera. (New. Eug. Med. Mroth. Now. Ter. N. 5).

165. BURTON potwierdza skuteczność soli kuchennej przy migrenie. Środek ten albo przerywa ją w zupełności, lub też znacznie ją zmniejsza. Przyjmą należy  $\frac{1}{2}$  do 1 łyżeczki soli, popijając wodą, przy pierwszych oznakach migreny. Według autora środek ten najlepiej powinien działać przy migrenie będącej w związku z zaburzeniami trawienia. (Bul. gen. de ther. 88. N. 8).

166. Dr. BUCHATOW otrzymywał pomyślne rezultaty przy leczeniu febrzy podając 20—25 granów acidi borici. 1—2 razy dziennie. Czasem środek ten zawodził, a china natychmiastowo pomagała. Przy innych chorobach gorączkowych kwas borny był bezskutecznym. (Wrzecz r. 88, N. 18).

K. W. S.

## Nadesłano do Redakcyi.

Dr. O. Moczutkowski: Ob istericzeskich formach hipnoza. (Odessa, 1888).

Dr. W. Szumlański: Wyniki doświadczeń leczniczych dokonanych przez p. Ochorowicza w klinice terapeutycznej. (Odd. ze Zdrowia)

St. Klein: Rozklejenie się komórek mięśnia sercowego. (Odd. z Gaz. Lek.).

*Dr. I. Dynnicki:* Sprawozdanie XXX z czynności lekarskiej u zdrojo-wiska w Busku za r. 1887.

*A. Bukowski:* Podręcznik do rozbioru moczu dla studentów i farma-ceutów. (Warszawa, druk M. Ziembkiewicza, 1888).

*Dr. B. Wicherkiewicz:* Przypadek otrucia pilokarpinem i kilka uwag nad działaniem tego środka.

## S P R O S T O W A N I E.

W N-rze 5-ym na str. 304, wiersz 3 od dołu, zamiast sprawozdaniu, ma być sprawozdaniem.

Na str. 305, wiersz 4-ty od dołu, zamiast pochwie, ma być pochwie  $103\frac{2}{5}$  F.

Na str. 306, wiersz 4-ty od góry, zamiast kontynuowano, ma być kontynuowano.

Na str. 322, wiersz 5-ty od dołu, zamiast zbrzękłym, ma być obrzękłym.

Na str. 322, wiersz 13-ty od dołu, zamiast jakie, ma być jakimi.

Na str. 330, wiersz 21-szy od dołu, zamiast 3,00, ma być 30,0.

**Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1888/9 zawakuje sześć stypendyjów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego, zmarłego w r. 1878 w mieście Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierszeństwo do tych stypendyjów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali, c) Strojcecy, synowie po Adolfie Strojceckim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacperze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzeczony stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 3 (15) Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały, *D-r Szokalski*.

**Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akad. 1888/9 wakować będzie stypendyum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. Ignacego GOŁĘBIEWSKIEGO, Doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, — przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego

Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyjum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczone stypendyjum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, najpóźniej do dnia 3 (15) Września r. b. z dołączeniem wymienionych w poprzedzającym ogłoszeniu 4-ch dowodów. Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału Lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały, *D-r Szokalski*.