

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK UWIĘZNIĘCIA KOŚCI U NASADY JĘZYKA, ZE ZRANIENIEM I NASTĘPCZYM ZAPALENIEM TRZONU 4-GO KRĘGU.

Pharyngotomia subhyoidea.

WYZDROWIENIE.

Podali

T. Heryng i F. Jawdyński.

W dniu 22 Listopada r. z. zgłosił się do mnie p. Ch., wieku lat 38, obywatel z guberni podolskiej i oświadczył, że dnia 16 Października, jedząc na śniadanie zającą ze śmietaną, po połknięciu łyżki śmietany poczuł na raz bardzo silny kłujący ból w gardle. Chory wyraźnie doświadczał uczucia jakoby uwięznięcia kości w gardzieli. Lekarze miejscowi, do których udał się na poradę, nie znaleźli przy badaniu żadnego ciała obcego. Oświadczyli oni choremu, że musiało nastąpić zranienie gardzieli i że wskutek tego zranienia rozwinęło się zapalenie. 12-go Listopada przy pulweryzacji chory silnie zakaszlał się i przy krztuszeniu wyrzucił kawałek kości. W ciągu 3-ch dni następnych chory miał wyraźną ulgę, lecz na 4-ty dzień znów powróciło uczucie zawady, ból w gardle i w szyi, które skłoniły chorego do przyjazdu do Warszawy.

Kostka, którą chory mi przedstawił, stanowi odłamek żebra zającą, $3\frac{1}{2}$ ctm. długą, 3 milim. grubą, w jednym końcu kolbiasto zgrubiała, lekko łukowato zgięta. Chory narzekał na ból przy polykaniu pokarmów stałych, na krztuszenie i regurgitacje przy przełykaniu płynów, na ból rozchodzący się do ucha i do karku, na utrudnione ruchy głowy zarówno obrotowe jak i schylania głowy. Skarżył się również na obfitą wydzielinę ropną, na kaszel i ciągłą potrzebę odpluwania śliny. Od czasu owego przypadku schudł znacznie, noce spędzał prawie bezsenne, głowy nie mógł unieść z poduszki, bez podtrzymywania jej rękami i leżeć mógł tylko na wznak.

Ogólne badanie nie wykazało żadnych zmian w narządach wewnętrznych, tan był bezgorączkowy, łaknienie podupadło, stolce często zaparte.

Wywiady nie wykazały ani uprzedniego przymiotowego zakażenia, ani dziejczego usposobienia do suchot. Badanie gardzieli nie wykryło zmian innych, różc rozlanej czerwonoci błony śluzowej ściany tylnej. W lusterku spotrzęgłem przy nasadzie języka zmiany następujące: błona śluzowa nasady po-

kryta grubym pokładem szarawym, trudno łuszczącego się nabłonka. Zatoka języko-nagłośniowa prawa (*valecula dextra*) prawidłowej głębokości. Lewa jamka języko-nagłośniowa zatarta, owszem na miejscu jej wypuklenie dość znaczne, pokryte białą ropną wydzieliną, wśród której sterczy brodawkowe wzniesienie. Zgłębnik, wprowadzony w miejsce, w którym widać ropę, zagłębia się na 1 ctm., nie wykazując obcego ciała, nie dochodząc nigdzie do obnażonej kości gnykowej; dotknięcie jednak zgłębnikiem sprawia choremu wyraźny i przykry ból. Przy badaniu krtani uderza przedewszystkiem ta okoliczność, że tylny odcinek zupełnie jest zakryty, tak, iż chrząstek nalewkowych wcale nie widać. Nagłośnia zaczerwieniona, lecz nieobrzmała, ku dołowi nachylona i oddzielona od tylnej ściany gardzieli przestrzenią, wynoszącą zaledwie $\frac{1}{2}$ ctm.. Okazało się, że przyczyną zasłonięcia obrazu tylnej części krtani jest obrzmienie rozlane, półkuliście błony śluzowej tylnej ściany gardzieli, poczynające się na wysokości nagłośni. Grubość tego nasięku wynosić musiała mniej więcej $1\frac{1}{2}$ ctm.. W lustrze obrzmienie to przedstawia się jako wypukłość poprzeczna, zwrócona do nagłośni, przedstawiająca w środku zagłębienie rynienkowate, pokryte ropną wydzieliną. Ogólne wrażenie tej sprawy przypominało otworzony ropień pozagardzielowy, w którym brzegi cięcia przeszły już w ropienie. Zgłębnik, wprowadzony w opisaną szparę, nie wykazał ani przetoki, ani obnażonej kości. Badanie palcem potwierdza opisanie tu zmiany i przekonywa o istnieniu ograniczonego półokrągłego, dość miękkiego nasięku.

Ze względu na wywiady i okazaną nam kość należało postarać się o ułatwienie sobie dostępu najprzód do ogniska w okolicy więzu języko-nagłośniowego środkowego, aby się przekonać, czy nie mamy do czynienia z ropniem głębokim miąższu języka, powstałym wskutek wdrażenia weń kości. Zrobiłem więc dwa cięcia krzyżowe, rozszerzyłem zgłębnikiem otwór, nigdzie jednak obcego ciała nie znalazłem. Rozciąłem również na linii środkowej cięciem długim na 3 ctm. nasięk zapalny tylnej ściany gardzieli. Nie znalazłem jednak ani ropy, ani też palcem ciała obcego stwierdzić nie mogłem. Ze względu na przykry bardzo stan chorego i ujemny wynik badania, prosiłem na poradę kolegów JAWDYŃSKIEGO i MATLAKOWSKIEGO, a w tydzień później i kolegę JASIŃSKIEGO, a to z powodu, że jakkolwiek po dokonanych cięciach poprawa w przełykaniu znaczna nastąpiła, bóle za to w karku i przy ruchach głowy wzmagały się z dniem każdym. Rozpoznanie postawiliśmy: cierpienie kręgów szyjowych, prawdopodobnie wskutek zranienia półkniętą kością, być może pozostającą jeszcze zarówno w pobliżu nasady języka, jak i w nasięku zapalnym tylnej ściany gardzieli. W kilka dni później w okolicy kości gnykowej rozwinęło się bolesne obrzmienie guzowate, wielkości orzecha włoskiego, które pod wpływem okładów ciepłych, wcierań maści szarej prawie zupełnie ustąpiło. Zmniejszył się również odpływ ropy, która poprzednio wydobywała się przy nacisku okolicy nadgnykowej, z nasady języka.

Ponieważ w braku ścisłych danych co do obecności ciała obcego i ze względu na tak długo trwające ropienie powstała myśl, czy cierpienie nie jest natury przymiotowej, przeto podano choremu jodek potasu, ten jednak żadnej ulgi nie przyniósł.

W dalszym przebiegu kol. JAWDYŃSKI wyczuł z prawej strony tuż pod kością gnykową ognisko wielkości połowy ziarna grochu, dające przy naciskaniu, oprócz bolesności, wyraźnie ograniczonej do tego punktu, inne uczucie odporności, niż w częściach otaczających. Skóra po nad tem ogniskiem, jak i tkanka podskórna nie przedstawiały zmian żadnych, były zupełnie przesuwalne. Uczucie, jakiego palec doświadczał przy badaniu tego ogniska, nie było podobnem do uczucia chelbotania, a raczej przypuszczać można było, że w tem miejscu znajduje się maleńkie nagromadzenie tkanki ziarninowej, która, leżąc na odpornej błonie tarczko-gnykowej, daje przy macaniu inne uczucie, niżeli części sąsiednie. W dniu 4 Grudnia kol. JAWDYŃSKI przeprowadził w tem miejscu cięcie równoległe do mięśnia mostko-sutkowego, doszedł do samej kości, skrobał po niej, wszelako żadnego ogniska znaleźć nie mógł. Jedna okoliczność zwróciła wszakże naszą uwagę, a mianowicie zapalne nacieczenie tkanki w sąsiedztwie kości. Tkanka mięśniowa na przecięciu nie przedstawiała prawidłowego różowego wyglądu, a zdawała się jakoby modzelowato-zwyrodnioną. Nie znalazłszy nic pozytywnego, ranę zaszyto. Zagojenie nastąpiło doraźne. Ze względu na bardzo silny ból w karku, który wybitnie się zwiększał przy obciążaniu kręgosłupa za pomocą nacisku na głowę, w celu unieruchomienia części szyjowej kręgosłupa, zalecono choremu noszenie odpowiedniego aparatu, z którym chory wyjechał z poleceniem, ażeby po kilku tygodniach powrócił do ponownego zbadania.

W początku lutego r. b. chory przyjechał do Warszawy, gdyż stan w niczem się nie polepszył. Aparatu nie mógł znosić i używał go tylko przez dni kilka. Badanie lusterkiem i palcem nasady języka i gardzieli nie wykryło żadnej zmiany ku lepszemu. Przełykanie pokarmów nie było zbyt utrudnione, bóle tylko w karku jeszcze więcej się wzmogły, tak, że chory przy najmniejszym ruchu ciała głowę musiał podtrzymywać rękami. Ogólne odżywianie jeszcze bardziej podupadło. Chory apatyczny, zniechęcony, wyraża usilne żądanie, aby cokolwiekbądź zrobiono i zgadza się na wszelką operację, byle pozbyć się bezustannych nieznośnych swych cierpień.

Zważywszy bezskuteczność dotychczasowych naszych zabiegów, żądaniu jego należało uczynić zadość. Wobec niepewnego rozpoznania, wobec istnienia w jamie ustnej i w gardzieli dwóch ograniczonych ognisk zapalnych i niepełnie pewnego ich pochodzenia, wobec ujemnych wyników poszukiwań zgłębnikiem, cięć eksploracyjnych — nic dziwnego, że po długiem wahaniu zdecydowaliśmy się na konieczność dokonania cięcia gardzieli (*pharyngotomia subhyoidea*).

Opis operacji i przebiegu pooperacyjnego pozostawiam tutaj kol. JAWDYŃSKIEMU, zastrzegając sobie w końcu niniejszego artykułu podanie wyniku badania drobnowidzowego wydobytych kawałków kości, jak i kilku uwag, dotyczących się danego przypadku.

Operację wykonaliśmy, jak to nadmienił kol. HERYNG, w dniu 11 Lutego przy łaskawej pomocy kolegów JASIŃSKIEGO, LUBLINERA, OLTUSZEWSKIEGO i TROCZEWSKIEGO.

Po wykonaniu uprzedniej tracheotomii, poprowadziłem cięcie równoległe do kości gnykowej i tuż pod nią, od jednego mięśnia mostko-sutkowego do dru-

giego. Przy przecinaniu mięśni z prawej strony znów zwrócił uwagę naszą niezwykły wygląd tkanki mięśniowej, przedstawiającej wybitne zmiany zapalnego pochodzenia. Doszedłszy do kości, natrafiliśmy na bardzo ograniczone ognisko między kością i błoną tarczowo-gnykową, cokolwiek z pod tej kości wystające. W ognisku tem, wypełnionem tkanką ziarninową i minimalną ilością ropy, końcem noża wyczuliśmy twarde ciało ruchome, które okazało się małym odłamkiem kości, mniej więcej około 1 ctm. długim, chropawym i nierównym. Sama kość gnykowa na wewnętrznej powierzchni swej, na dość znacznej przestrzeni przedstawiała wyżarcie przez ziarninę. W obawie, żeby zmieniona kość nie dała znowu powodu do ropienia, po wyłuszczeniu ogniska prawą połowę kości gnykowej wraz z rogami wyłuszczyliśmy, pozostawiając tylko wierzchołek rogu z przyczepami więzowemi i mięśniowemi. W innym razie zadowolilibyśmy się tą operacją, w danym jednak przypadku ognisko znalezione przy kości gnykowej wcale nie objaśniało bólów w karku, na które przedewszystkiem skarżył się chory, dlatego też postanowiliśmy wykonać przecięcie błony tarczowo-gnykowej, aby otworzywszy gardziel, zrobić sobie dostęp do kręgów szyjowych. Po przecięciu tejże błony i możliwie szerokiem rozwarciu rany przez odciągnięcie kości gnykowej ku górze, a nagłośni za pomocą ligatury przeprowadzonej przez nią ku dołowi, ujrzeliśmy na błonie śluzowej tylnej ściany gardzieli w okolicy 4 kręgu szyjowego prawie na samej linii środkowej obrzmienie, a na niem bliźnę podłużną. Pozornie zdawało się, że zabliznienie tu nastąpiło zupełne. Wszelako cienkim zgłębnikiem udało się nam wejść przez minimalnych rozmiarów otworek do dziury w trzonie kręgowym. Wprowadziwszy nóż w otwór, rozszerzyliśmy go dwoma cięciami ku górze i ku dołowi na 2 ctm.. Teraz palec wskazujący można było swobodnie wprowadzić do jamy w kości; jama ta we wszystkich wymiarach miała przynajmniej po jednym ctm., była wypełniona ziarniną i piaskiem kostnym. Ściany jamy były zupełnie gładkie. Po dokładnem wyłuszczeniu jamy ostrą skrobaczką, części miękkie naokoło jamy wycięliśmy, ażeby uniknąć zawijania się błony śluzowej do środka, zatrzymywania ropy i wynikających ztąd przeszkód w gojeniu. Jamę w kości wypełniliśmy tamponikiem z gazy jodoformowej, zawiązanym na nitce, którą wyprowadzono przez usta i przymocowano na zewnątrz. Po zeszytciu więzu języko-nagłośniowego i brzegów błony tarczowo-gnykowej, ranę w powłokach zeszyto na całej przestrzeni, pozostawiając tylko w lewym kącie mały otworek, przez który przeprowadzono pasek gazy jodoformowej.

Chory, jakkolwiek tylko z początku operacji był należycie uspiiony, zachowywał się podczas całego rękoczynu wybornie, odznaczając się niezwykłą cierpliwością i rezygnacją, to też można powiedzieć, że operację wykonywałem jakoby nie na żyjącym osobniku. Przebieg pooperacyjny nad wyraz pomyślny. Ciepłota nie podniosła się ponad granice prawidłowe: najwyższą była 3-go dnia po operacji, mianowicie 37,5° C., zresztą poniżej tego stopnia, a najczęściej poniżej 37° C.. Ażeby wprowadzaniem zgłębnika żołądkowego nie drażnić rany na podstawie języka z jednej strony, a na kręgosłupie z drugiej, postanowiliśmy przez usta w ciągu dni kilku nic choremu nie podawać, polecając natomiast w razie większego pragnienia zaspakajać je lawatywą. I ta jednak manipula-

cyja dzięki nadzwyczajnej cierpliwości chorego nie okazała się potrzebną. Tym sposobem w ciągu trzech dni chory nie przyjął literalnie ani kropli wody. Czwartego dnia zaczęto podawać choremu zimne napoje, które z początku wywoływały krztuszenie się i dopiero piątego dnia, po wyjęciu tamponu z dziury w kręgosłupie, zaczął chory pić dobrze, z początku jednak tylko zimne napoje, gdyż ciepłe wywoływały krztuszenie. Po tygodniu wyjęto rurkę tracheotomijną, zdjęto szwy z rany, chory zaczął przyjmować pokarmy stałe.

Bóle w karku zmniejszyły się bezpośrednio po operacji. Nader przyjemnie nam było, gdy trzeciego dnia po operacji chory zerwał się z łóżka na nasze powitanie, już nie podtrzymując rękami swej głowy. W ciągu pierwszego tygodnia chory skarżył się jeszcze na nieznaczne bóle w karku i szyi przy kaszlu, przy obciążaniu jednak kręgosłupa najmniejszego już bólu nie doświadczał. Cała rana zagoiła się *per primam*; z punktu tylko pozostawionego niezasztytm, w ciągu dwóch tygodni pokazywało się nieco wydzieliny, wreszcie i ten punkt doszczętnie się zagoił. Rana w kręgosłupie bez żadnych powikłań i jakichkolwiek przykrych objawów wypełniała się ziarniną. Po kilku tygodniach czuć można było na miejscu dziury w kręgu lekkie zagłębienie.

W d. 5 Marca r. b. chory opuścił Warszawę zupełnie wyleczony, ani przy obciążaniu kręgosłupa, ani przy kaszlu, ani przy polykaniu najmniejszych bólów nie doświadczał.

Odkładając obecnie szczegółowsze dane co do samej operacji cięcia podgnykowego gardzieli i wskazań do tejże operacji, czem zajmę się wraz z rozbiorem innych metod operacyjnych cięcia gardzieli w oddzielnej pracy o wycięciu tego narządu przy nowotworach złośliwych, ograniczę się tutaj na zwróceniu uwagi, że w danym przypadku wskazania do podobnego cięcia były tak jasne i wyraźne, że nie wybranoby żadnej innej metody, gdyby nawet cięcie MALGAIGNE'owskie dotąd nie było znanem. Mieliśmy dwa ogniska chorobowe zupełnie naprzeciwko siebie leżące: jedno w okolicy kości gnykowej, drugie w czwartym kręgu szyjowym. Ze wszystkich danych w przebiegu choroby wnosić było można, że w ogniskach tych znajdują się resztki połamanej kości, podtrzymujące ropienie, a przynajmniej wywołane przez zranienie tąż kością tego rodzaju zmiany, które, bez czynniejszej interwencji, zabliznieniu uledez nie mogły. Przedsiębrane przez kolegę HERYNGA próby postawienia tych ognisk w warunkach przyjaźniejszych do zagojenia drogą wewnątrz-gardzielową okazały się bezowocnemi. Na cięcie heroiczniejsze, wobec niedostępności ogniska dla oka i ręki, wobec zagrożającego krwotoku, który nie tak łatwo byłoby powstrzymać, wobec nawet braku ściślejszych danych, co do rozległości cierpienia, porywać się byłaby co najmniej zbyt śmiałem. Pozostawała tylko droga zewnątrzgardzielowa, wyłączająca wszystkie ujemne strony drogi wewnątrzgardzielowej, a zapewniająca oprócz tego możliwość postępowania aseptycznego tak podczas, jak i po samej operacji.

Cięcie podgnykowe zapewniało nam dostęp z jednej strony do ogniska, którego otwór znajdował się w zatoce języko-nagłośniowej lewej, z drugiej zaś strony dostęp do ogniska w czwartym kręgu szyjowym. Przebieg i wynik operacji wykazały, że zapatrywania nasze były zupełnie słuszne.

Dodać tu winieniem, że kol. HERYNG już przy pierwszej bytności chorego w Warszawie na naradzie ze mną i kol. JASIŃSKIM i MATLAKOWSKIM dowodził wskazania do cięcia podgnykowego. Wszelako wobec pewnej niejasności cierpienia i braku ściślejszych wskazań, postanowiliśmy powstrzymać się jeszcze z tą operacją. Kierowała nami w tym względzie nie obawa przed doniosłością operacji, z resztą jednej z najprostszych, tylko niepewność, czy istotnie po wykonaniu operacji postawimy chorego w warunkach, zapewniających mu wyleczenie; dopiero brak nadziei wyleczenia na drodze wyczekującej, skłonił nas do przedsięwzięcia tego rękoczynu.

Wyżej nadmieniał kol. HERYNG, że w Grudniu r. z., wyczuwszy pewne podejrzane ognisko pod kością gnykową z prawej strony, przeprowadziłem tam cięcie. Otóż, chociaż operacja ta nie dała nam żadnego pozytywnego wyniku, to jednak dalszy przebieg wykazał, że była ona zupełnie uzasadnioną, że czucie moje złudnem nie było, że istotnie w tem miejscu ognisko istniało. Żebym był wówczas poprowadził cięcie równoległe do kości gnykowej, to niewątpliwie natrafiłbym na ten minimalnych rozmiarów ropień, zawierający szczątek kości, poprowadziwszy jednak cięcie w zupełnie odwrotnym kierunku minąłem owo ognisko, chociaż byłem w odległości od niego może nie większej nad jeden milimetr. Powtórzyło się tutaj to, co się zdarza nieraz przy wydobywaniu drobniutkich ciał obcych, jak koniuszeczka igły. Jeżeli cięcie zrobionem zostanie chociaż na jeden milimetr z boku, to można bardzo głęboko wdrążyć się w tkanki, a poszukiwanego ciała nie znaleźć. To wszelako dodać wypada, że gdybym nawet trafił wówczas na wspomniane ognisko, to nie usunąłbym przeto zmian chorobowych w kręgu, do którego mogło dać przystęp tylko cięcie gardzieli.

Badanie drobnovidzowe kawałka blaszki kostnej, wyjętej z przetoki położonej w okolicy kości gnykowej, po odwapnieniu jej, wykazało tylko resztki tkanki chrzęstnej i ślady okostnej i resztki mięśni zmacerowanych i zniszczonych; tkanki kostnej wyraźnej nie znaleziono. Część łuku wyciętej kości gnykowej, odwapnionej i krajanej w cienkie skrawki, nie okazała pod drobnovidzem zmian patologicznych, okostna nie była zgrubiała, tkanka kostna i szpik były prawidłowe. Na obwodzie zewnętrznym znaleziono tylko zgrubiałą i bliznową tkankę wraz z resztkami mięśnia. Tego rodzaju wynik badania dowodzi: 1) że wydobyty w okolicy kości gnykowej odszczep tkanki kostnej nie pochodził z kości gnykowej, nie był z nią w połączeniu, bo leżał w ropniu, *resp.* przetoce; nie mógł stanowić jej części, bo zawierał resztki tkanki chrzęstnej, był więc ciałem obcym, które z podstawy języka, gdzie wdrążyło, na skutek ropienia opuściło się ku dołowi. Jak zrozumieć mechanizm impakcyi tej kości, która aż w dwóch miejscach wywołała tak poważne zaburzenia? Najprawdopodobniej kierunek długości kostki przy przełknięciu jej był równoległy do podłużnego wymiaru języka. Gdy kość nasadą języka do przelyku wpychana natrafiła na tylną ścianę gardzieli, jeden ostry jej koniec wdrążył w nasadę języka, którą zranił, drugą zaś prawdopodobnie wniknął w chrząstkę międzykręgową, lub też wsunął się pod błonę słuzową na pewną głębokość, póki wreszcie silny opór kości o trzony kręgosłupa

nie sprowadził odłamania kawałka, który utkwił w języku, podczas gdy większa część wsunęła się pod błonę śluzową i wywołała ograniczone zapalne wzniesienie. Czy wykrztuszony kawałek kości leżał w ropniu i po 3 tygodniach wyrzuconym przy kaszlu został, a sprawa zapalna, w kręgu raz wywołana, trwała dalej i doprowadziła do niszczenia kręgu, trudno dziś rozstrzygnąć. Tyle jednak wiemy, że obce ciało przewędrowało z nasady języka pod kość gnykową, gdzie stało się przyczyną ropnia, powtóre, że ono to wywołało cierpienie kręgow. Najwięcej zasługuje na uwagę operacja, uwieczniona tak szczęśliwym wynikiem, jak również i brak pozorny zmian w błonie śluzowej tylnej ściany gardzieli, pokrywającej jamę w kręgu, a głównie brak ropienia i ziarniny. Przypadek ten z tego powodu, zarówno jak i z powodu zejścia, należy bezwątpienia do wielkich rzadkości.

II. KILKA UWAG

O T. ZW. NERWICACH TRAUMATYCZNYCH.

[Odczyt, miany w Warsz. Tow. Lek. dnia 15 Października 1889 r.].

Przez

D-ra Teodora Dunina,

lekarza ordynującego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 17].

Na tem nie ogranicza się zbadanie istoty nerwic traumatycznych; CHARCOT genialnym swym rzutem oka wskazał nam drogę, po której dalej posuwać się należy. Przekonawszy się, że w hypnozie można wywołać wszystkie objawy, spotykane w nerwicach traumatycznych, a mianowicie przez poddawanie (*suggestio*), czy to słowem, czy czynem [np. uderzenie w ramię], rzucił on myśl, że i nerwice traumatyczne nie są niczem innym, jak tylko następstwem samopoddawania (*autosuggestio*). Według tego poglądu, trauma, a właściwie wrażenie psychiczne, wprawia chorego w stan osłupienia, równający się hypnozie; trauma materyjalna zaś, to jest uderzenie odgrywa tu rolę poddawania: jeżeli chory uderzony zostanie w ramię, powstanie *monoplegia brachialis* i t. p.. Tym sposobem rozumiemy, dlaczego histeryja, wybuchająca pod wpływem traumy, przybiera często tę lub ową postać, zależną od części ciała, uległej obrażeniu. Dla wielu przypadków objaśnienie to jest zupełnie wystarczające i niemal pewne; w innych tłumaczenie podobne nie jest zupełnie zadawalające, np. w powstałych pod wpływem przestrawienia, gdzie nie mamy tego bodźca materyjalnego, mającego odgrywać rolę suggestyi, a jednak powstają zarówno porażenia, jak i znieczulenia. W każdym razie porównanie wstrząśnienia, jakiego doznaje układ nerwowy, w chwili silnej traumy, do hypnozy jest bardzo pociągające i prawdopodobne. Jestem właśnie w stanie wykazać, że ta hypnoza nie jest bynajmniej mytem, lecz utrwaloną mogę niejako zdemonstrować *ad oculos*.

Przypadek, o którym mowa, należy do niesłychanie ciekawych i najrażdziej spotykanych w rocznikach chorób nerwowych. Oto jego opis:

Pyrkosz, lat 28 mający, uderzony został w miesiącu Lipcu roku 1889 w głowę z prawej strony bagnetem. Chory stracił przytomność i dziś nic nie wie, co się z nim stało w owej chwili. Jaki był przebieg cierpienia przez pierwsze kilka tygodni po wypadku, z nieścisłych opowiadań rodziny, wiedzieć nie można; tyle tylko wnioskować można, że chory zdradzał pewne nieporządki umysłowe. Lekarz, który go widział w kilka tygodni, stwierdził też nieprawidłowy stan umysłu, a nadto jakoby zauważył drgawki w lewej połowie ciała, które miały występować także za zaciśnięciem blizny, pozostałej po uderzeniu bagnetem. W takim stanie dla wykonania operacji chory odwieziony został na oddział kol. MATLAKOWSKIEGO. Tutaj chory przez kilka dni miał tylko raz drgawki i to w nocy, tak, że ich nikt nie widział. Naciśnięcie blizny nie wywoływało żadnego skutku. Wobec tych ujemnych danych, a nadto dziwnego stanu umysłowego, chory odesłany został dla szczegółowego zbadania na mój oddział.

Przy pierwszym badaniu uderzyło mię już, że chory odpowiadał cicho i to niechętnie, najczęściej zadawał się kiwnięciem głowy, lub zmrużeniem powiek. Leżał przytem nieruchomo, z oczami utkwionemi w jeden punkt. Jeszcze więcej zdziwiło mię, że kiedy chciałem zbadać tętno chorego i podniosłem rękę jego do góry, ręka ta puszczone nie opadła, lecz pozostała zawieszona w powietrzu przez długi czas. Gdy podniosłem drugą rękę, chory również jej nie opuścił, lecz leżał wciąż nieruchomo z podniesionemi rękami. Mieliśmy więc do czynienia z jakimś stanem automatyzmu mózgowego. Bliższe badanie nie wykryło najpierw żadnych zbożeń w sferze ruchu, czucia, lub zmysłów. Chory chodzi prawidłowo, rękami wykonywa ruchy dobrze i z należytą siłą, czucie zachowane, również jak i odruchy kolanowe; w nerwach czaszkowych żadnych zmian. Chory widzi dobrze, źrenice oddziaływają na światło, pole widzenia nie ograniczone, poczucie barw zachowane, dno oka zmian nie przedstawia [kol. ZIEMIŃSKI]. Słuch, węch, smak prawidłowe. Chory, aczkolwiek mówi mało i niechętnie, odpowiedzi daje jednak logiczne i budzące wiarę. Powiada mianowicie, że pochodzi z rodziny zdrowej, przynajmniej nie słyszał, aby ktoś chorował na jakieś choroby nerwowe; sam służył w dobrach Zakrzówek jako leśniczy, pisze i czyta, nadto mówi po rosyjsku i niemiecku. Oprócz tyfusu, na który chorował kilka lat temu, innych chorób nie przebywał. W jaki sposób zachorował i co się z nim od tego czasu stało, nie pamięta; wie tylko, że chodził do doktora. Zdaje sobie sprawę z tego, gdzie się znajduje i że przyjechał, aby się leczyć, na nic jednak się nie skarży. Dane te zebrano z wielkim trudem. Wielokrotnie przedsiębrane badania okazały, że Pyrkosz znajduje się w stanie pewnego rodzaju automatyzmu umysłowego, wskutek czego można nim rządzić jak maszyną, przytem na jawie, przy zachowanej świadomości. I tak: jeżeli go postawić na jednym miejscu, będzie stał godzinami; jeżeli mu podnieść i w jakiej bądź pozycyi ustawić ręce, będzie je trzymał. Jeżeli mu podnieść jedną nogę, stoi na jednej. Najniewygodniejsze pozycyje utrzymuje bez żadnej zmiany i opozycyi. Jeżeli obracać jego rękami około siebie, będzie obracał wciąż i automatycznie wykonywał te ruchy, bez żadnego oporu. Na tem jednak nie

koniec; podaję choremu pióro i powiadam mu: „to grzebień“; chory patrzy, ogląda pióro na wszystkie strony, kiwa niedowierzająco głową, lecz ostatecznie zaczyna się czesać, poczem czesze się już bez przerwy, dopóki mu pióra nie odbiorę. Natychmiast daję to samo pióro i powiadam: „Pyrkoszu! macie tu brzytwę“; chory goli się znów bez przerwy — i to wszystko przy otwartych oczach. Jeżeli to samo pióro daję mu do ręki i pytam się: „Pyrkoszu! co to jest?“, chory odpowiada: „pióro“. Ja: „co się robi piórem“. Chory po powietrzu robi ruchy, jak gdyby pisał. Od tego czasu, ile razy dałem mu pióro do ręki, tyle razy bez żadnego poddania zaczął pisać po powietrzu; gdy zaś powiedziałem mu, że to brzytwa, zaczynał się golić. Co zaś najciekawsze, że po pewnym czasie, sam, bez żadnej mojej interwencji, popisawszy trochę, zaczął się golić, jedynie dla tego, że poprzednim razem w tym porządku miał sobie poddawane czynności. Wszystko to chory robił na jawie, przy otwartych oczach i przytomny, gdyż wkrótce potem dawał logiczne odpowiedzi. Tyle wszakże można było zauważyć, że w chwili golenia, czesania i t. p. chory wpadał w pewien nieznaczný stan osłupienia; widać to było mianowicie po tem, że jeżeli w chwili golenia się [rozumie się zawsze piórem] było go się o co spytać, wtedy nie dawał odpowiedzi natychmiast; dopiero kiedy mu przerwałem automatyczne ruchy, polykał masę nagromadzonej w ustach śliny i dawał odpowiedź. Jednego razu powtórzyłem doświadczenie MESNET'a, a mianowicie: położyłem na sobie dwa kawałki papieru i kazałem choremu napisać, jak się nazywa i co mu jest. Chory napisał mniej więcej, co następuje:

Maciej Pyrkosz
Zaziębilem się w lesie kiedy chodziłem

Po tych wyrazach, Pyrkosz maczał pióro, ja zaś usunąłem pierwszą ćwiartkę i kazałem mu pisać dalej. Wtedy Pyrkosz w dalszym ciągu, jak gdyby i ta ćwiartka była napisana, począł pisać

s
na jelenie i zgrzałem się, dostałem reumatyzmu

Kazałem mu przeczytać, co napisał, podkreślając wyrazy pojedyncze. Chory czytał na ostatniej kartce wszystko, co pisał na obydwóch i puste miejsca podkreślał, jak gdyby tam stały wyrazy. Wreszcie powiadam mu: „Jakże napisaliście swoje nazwisko, przecież w wyrazie Pyrkosz brakuje s“. Wtedy chory na pustym miejscu, tam, gdzie wypadał wyraz Pyrkosz, napisał s, tak, jak to przedstawiłem wyżej.

Nie będę dalej przytaczał wszystkich doświadczeń, które w licznych odmianach wykonywałem z chorymi. I z tego już widać dostatecznie, że chory poddawał się mej woli w zupełności; jednym słowem: wykonywał wszystkie sugestyje i to na jawie. Znajdował się on więc w stanie zupełnie identycznym z hypnozą, od której różnił się jedynie tem, że miał oczy otwarte, a więc pozო-

stawał w związku ze światem zewnętrznym, a powłóre, że stan ten nie był wywołany przez osobę drugą, lecz, że powstał sam, pod wpływem obrażenia. Dodać winienem, że całe to badanie odbywało się przez kilka dni, zanim chory został zahypnotyzowany; nie może więc tu być mowy o żadnej edukacji hypnotycznej; i to też dodać winienem, że w chwili, kiedy chory przybył, w oddziale żadnych doświadczeń nie wykonywaliśmy wcale. I to także winienem nadmienić, że zostawiony samemu sobie, Pyrkosz leżał w łóżku nieruchomie całymi godzinami. Kiedy postawiono obok niego pożywienie, nie dotykał go wcale; dopiero trzeba go było niejako zmusić do rozpoczęcia jedzenia; wtedy już zjadał wszystko, co mu przyniesiono. Stołec i moc oddawał najczęściej w wychodku, zdarzało się jednak, że zrobił i pod siebie w łóżku. Bardzo naturalna była próba, czy chorego można wprowadzić w istotny sen hypnotyczny. Udało się to bardzo łatwo przez prosty nakaz: „proszę spać“. Chory natychmiast zamknął powieki i w tym stanie znów wykonywał wszystkie zlecone mu rozkazy. Ponieważ jednak czynił to wszystko i bez uspienia, właściwie więc nie było żadnej różnicy między oboma stanami i żadnego kryterjum, czy po zamknięciu oczu zachodzi jakaś różnica w stanie chorego. Być może tylko, że sugestyje terminowe chory łatwiej wykonywał po zamknięciu oczu. Wtedy można było mu odejmować władzę w rękę, zamieniać jego osobistość i t. p.. I tak: jednego razu powiedziałem mu, że po obudzeniu będzie doktorem. Chory, otworzywszy oczy, natychmiast wziął jednego z obecnych kolegów za rękę, zaczął go się pytać, jak dawno choruje, co mu jest, kazał pokazać język i wziął się do pisania recepty. Napisawszy: „proszę temu Panu wydać“, przestał pisać i zamknął oczy. Wogóle u chorego tego stwierdziłem to, co już widziałem u pewnej hysterzki, na której przeprowadziłem cały szereg doświadczeń hypnotycznych, a mianowicie: jeżeli poddać sugestyje nieskomplikowaną, np. powiedziec coś, kazać zrobić jakiś prosty akt, wtedy chory wykonywa rozkaz i nic po nim nie widać, aby się znajdował w nieprawidłowym stanie. Wprawdzie spytany po chwili, co powiedział, lub zrobił, zazwyczaj nie pamięta wcale, ale natychmiast po wykonaniu sugestyi jest przytomny zupełnie. Przeciwnie, jeżeli akt, który ma wykonać jest złożonym i wymaga kombinacyi, wtedy chory wykonywa go wprawdzie z pozorami przytomności, ale pod koniec usypia sam napowrót i z tego snu znów musi być obudzony. Zauważyć winienem, że aczkolwiek chory wykonywał wszystko, co mu zlecono, to jednak ślady rozumowania, a nawet niekiedy i oporu [wszystko jedno, czy na jawie, czy z zamkniętymi oczami] były widoczne. I tak: kiedy mu dawałem ołówek, mówiąc, że to brzytwa, Pyrkosz ołówek oglądał na wszystkie strony, kiwał głową, jakby powątpiewał, czy to prawda i dopiero po parukrotnem zapewnieniu, że to brzytwa, zaczynał się golić. Raz w śnie hypnotycznym nakazałem mu, aby po obudzeniu się poprosił siostry miłosierdzia o 2 kieliszki wódki. Chory zaczął się oburzać, że nigdy wódki nie pija, później płakać i ostatecznie o wódkę nie poprosił. Było to zdaje się jedyne wylamanie się z pod danych mu rozkazów ¹⁾).

¹⁾ Dalsze losy chorego były następujące: ponieważ chory poddawał się łatwo sugestyjom, sądziłem więc, że tą drogą będzie można go wyprowadzić ze stanu bierności, w jakim się znajdował.

Objaśnienie danego przypadku ze stanowiska psychologicznego byłoby niezmiernie trudnem, tembardziej, że z powodu pewnej umysłowej bierności i apatyj, od chorego żadnych objaśnień otrzymać nie byliśmy w stanie. Tyle tylko można powiedzieć, że władza rozumowania do pewnego stopnia była zachowana; chory opowiadał bowiem o swem życiu, dawał logiczne odpowiedzi. Wrażenia zewnętrzne odbierał i te odczuwał prawidłowo: widział i poznawał prawidłowo przedmioty, jakie mu pokazywano; słyszał, co do niego mówiono. Całe więc umysłowe zboczenie da się do pewnego stopnia objaśnić zaburzeniami w sprawie woli, które to zaburzenie nie pozwalało mu przeciwdziałać rozkazom, pochodzącym z zewnątrz. Jeżeli mu było pokazać ołówek, chory rozróżniał go należycie, gdy zaś mu powiedziano, że to brzytwa, nie miał dostatecznej woli do przeciwdziałania temu narzuconemu zdaniu; wtedy przymował rozkaz i stosował się do niego, jak gdyby istotnie miał brzytwę w rękę. To samo się da powiedzieć o ciągłym wykonywaniu nakazanej czynności: nie miał dostatecznej woli do zatrzymania nakazanej mu czynności. Zboczenie woli, do pewnego stopnia jej zanik niemal zupełny, ujawniał się i w braku samodzielnych bodźców: chory całemi godzinami leżał nieruchomy, nic nie mówił, nie żądał, nie jadł, dopóki mu nie kazano. Przykłady zaniku woli znajdujemy między innymi przytoczone i u RIBOT'a ¹⁾, ale tam zboczenia były chwilowe, a przytem częściowe, a nadto chorzy dokładnie sobie zdawali sprawę ze swego stanu. Nie jest tu miejsce wdawać się w dalsze psychologiczne zaciekania, tembardziej, że wszystko, coby można powiedzieć o naszym chorym, odnosi się i do stanu hypnotycznego, od którego stan, w jakim się znajdował Pirkosz, nie różni się wcale.

Przypadek ten trudnoby się dał podciągnąć pod którąkolwiek ze znanych postaci chorobowych i należy, zdaje mi się, zarówno do bardzo rzadkich, jak i pouczających. Z pozoru przedstawia on pewne podobieństwo to tych rzadzych form t. zw. *melancholia attonita*, lub też tego stanu, który KRAEPELIN (*Psychiatrie 1879*) opisuje pod nazwą „*Katatonischer Wahnsinn*“. Ale podobieństwo to istnieje jedynie w małomówności, obojętności, apatyj chorego. Natomiast nie ma tu bynajmniej uczucia niepokoju, obawy, która właśnie jest źródłem całego obrazu melancholii. Chory np. nie przedstawia żadnego oporu nadawanym mu ruchom, nie broni się od jedzenia; przeciwnie, popchnięty do pewnego czynu lub ruchu wykonywa go bez oporu, ale machinalnie, niemal bezwiednie. Ruchy jego też nie mają tej powolności, jaka jest cechą melancholii: chory chodzi tak, jak mu każą, prędko, powoli i możnaby powiedzieć raczej pospiesznie, niż ociężałe. Nie mówię już o tem, że nie ma żadnych przywidzeń, halucynacyj,

Nakazywałem mu więc wypełniać pewne czynności, np. pomagać posługaczowi, co chory spełniał dokładnie. Za każdym jednak razem, kiedy go chciałem hypnotyzować, okazywał wielki wstręt, który rósł z dnia na dzień. Chory przykrywał się kołdrą, kładł głowę pod poduszkę, aby tylko go ztamtąd nie wyprowadzać i nie zmuszać do wyjścia ze zwykłej mu bierności. Rozdrażnienie to doszło do tego stopnia, że chory raz uciekł przed hypnotyzowaniem na korytarz i kierował się ku oknu. Bojąc się wypadku, zaprzestałem prób hypnotyzowania i zostawiłem chorego w zupełnym spokoju. Powoli uspokoił się nieco, zaczął jeść, przytył widocznie, trochę wstawał, mówił już nieco. W tym stanie względnie polepszenia zabrany został przez rodzinę do domu.

¹⁾ Choroby woli.

idei prześladowczych; ta ostatnia cecha wyróżnia stanowczo nasz przypadek od wspomnianego powyżej stanu „*Katatonischer Wahnsinn*“, z którym ma wspólną jedynie giętkość woskową.

Zwracałem już nieraz uwagę na podobieństwo stanu, w jakim się znajdował Pyrkosz, do snu hypnotycznego; uważać ich jednak za jedno nie można, a tem samem nie można podciągnąć naszego przypadku pod kategoryje t. zw. *grand hypnotisme*, który, według poglądów szkoły w Salpêtrière, jest objawem histeryi. Stan taki u naszego chorego powstał samodzielnie, bez udziału drugiej osoby, istniał na jawie przy, do pewnego stopnia, zachowanym „ja“ chorego, trwał długi czas i przerwany być nie mógł.

W ostatnich czasach CHARCOT¹⁾ poświęcił automatyzmowi ambulatoryjnemu kilka wykładów. Stan ten jednak nie ma nic wspólnego z temi objawami, jakie widzieliśmy u Pyrkosza. Napady automatyzmu, opisywane przez CHARCOT'a, bywały zawsze przemijające i krótkotrwałe, najwyżej 8 dni. Powtórce cechowały się one popędem do wędrowania: chory puszczał się w drogę bez celu, przyczem wypełniał wszystkie czynności wprawdzie automatycznie, ale do tego stopnia prawidłowo, że nie zdarzyło się, aby zwrócił na siebie uwagę, lub wzbudził jakie podejrzenie co do stanu swego umysłu. Po pewnym czasie chory się budzi i o wszystkim, co się działo przez tych kilka dni, nic nie pamięta. Stany te CHARCOT uważa jako objaw częściowy epilepsji, równoznaczny z typowym napadem tej choroby; nazywa je zaś *automatisme comitial ambulatoire*. O ile się zdaje, CHARCOT nie widział nigdy chorego w samym napadzie i stan jego kreśli wedle własnych słów chorego; nie wiadomo więc wcale, jaki był stopień i charakter automatyzmu. W każdym razie stan ten musiał być zupełnie innym, niż u Pyrkosza; tam chorzy z własnego bodźca odbywali podróże, jedli, pili, płacili za jedzenie i wszystko wypełniali prawidłowo. Jest to więc zaćmienie świadomości, utrata pamięci, nie ma jednak tego charakterystycznego osłabienia woli, które cechowało umysłowy stan Pyrkosza.

Również nie dają się porównać z naszym chorym przypadki amnezyi traumatycznej, których kilka przytacza w swych wykładach CHARCOT. Jeden z nich, należący do D-ra ROUILLARD'a, najbardziej jest charakterystycznym. Akuszerka, idąc do rodzącej, spadła ze schodów, wskutek czego straciła przytomność. Przyszędłszy po kwadransie do siebie, nie wiedziała, gdzie jest, do kogo i po co idzie. Z tem wszystkim udała się do chorej, zbadła ją, pomagała jej przy porodzie, przewiązała pępowinę, wyjęła łożysko, wykąpała i spowila dziecko, nie mając najmniejszej świadomości tego, co robi. Dopiero po ukończeniu porodu przebudziła się z tego stanu letargicznego; zrazu nie wiedziała, gdzie jest, później zaś wierzyć nie chciała, że odbywała swą czynność i to najzupełniej prawidłowo.

Nie potrzebuję wykazywać, że przypadek powyższy, jakkolwiek sam w sobie niezmiernie ciekawy, nie ma nic wspólnego z chorobą Pyrkosza.

¹⁾ Leçons du mardi à la Salpêtrière. 1888—1889. 14 lekcya.

Jedyny przypadek, zbliżony do mojego, jaki odszukać mi się udało w literaturze, opisany został przez MESNET'a¹⁾ w r. 1874. Żołnierz francuzki uderzony został w wojnie 1870 r. bagnetem w głowę. Na razie nie stracił przytomności, wkrótce jednak upadł i został sparaliżowany na pół ciała. Po roku porażenie znikło, pozostały jednak pewne zбочzenia umysłowe. Chory mianowicie, który w stanie przytomnym był człowiekiem rozsądnym i przyzwoitym, nagle, w jednej chwili, bez żadnego przejścia, wpada w stan zupełnie odmienny. Traci zupełnie związek ze światem otaczającym, i żyje swoim własnym życiem. Na pozór, dla niewtajemniczonego, działa on zupełnie logicznie, ale wszystkie jego czyny odnoszą się nie do świata realnego, ale do jego wewnętrznego stanu. Żyje on stanem, jaki sobie wyobraża. Raz więc jest żołnierzem, nabija broń, strzela i t. p.; innym razem jest tenorem²⁾, ubiera się na przedstawienia, śpiewa i t. d.. Zawsze jednak znajduje się w stanie automatyzmu: zatrzymany staje, zachowuje nadane mu położenia, popchnięty idzie. Tak jak przejście ze stanu prawidłowego w automatyczny, tak i na odwrót z tego ostatniego do stanu świadomości odbywa się nagle, bez żadnego przejścia.

Ten tak ciekawy przypadek, choć różny od mojego, przedstawia z nim pewne podobieństwo, a mianowicie ze względu na stan bierności, która pozwalała rządzić chorym, jak maszyną. Różnica polega na tem najpierw, że stan automatyzmu był przejściowym i przychodził po okresach zupełnego zdrowia, a powtóre, że w czasie napadu chory przenosił się niejako do ubiegłej epoki życia, do której wtedy stosowały się jego słowa, czyny i t. p., Pomimo stanu bierności, chory jednak chodził, mówił, śpiewał i t. p. i t. p., w stosunku do swego urojonego stanu działał logicznie: nie było tu więc tego zupełnego zaniku woli, jak u Pyrkosza.

Opisany powyżej przezemnie przypadek Pyrkosza, oprócz interesu, jaki budzi sam przez się, ważnym jest i dla nauki o nerwicach traumatycznych. Pokazuje on, jak słusznym jest pogląd CHARCOT'a, iż pod wpływem traumy może rozwijać się stan, zbliżony do snu hypnotycznego, stan bardzo dogodny do powstawania różnych autosuggestyj. W niektórych razach, stan ten może się przeciągać długo po za działanie przyczyny i wtedy mamy do czynienia z automatyzmem traumatycznym, formą, która na pozór nie przedstawia żadnego podobieństwa z nerwicami traumatycznymi, która jednak w gruncie rzeczy do tej samej kategorii odniesioną być winna.

Na zakończenie wspomnieć mi wypada, że MEYNERT, wychodząc ze swych badań nad rozdziałem naczyń, dochodzi do wniosku, że połowiczne znieczulenie zależy od bezkrwistości w zakresie *art. chorioidea*. Pod tym względem zauważyć tylko muszę, że objawy nerwic traumatycznych są tak różne i tak się różnorodnie kombinują, że sprowadzenie ich do jakiegokolwiek anatomicznej podstawy, natrafić musi na niewzyciężone przeszkody.

¹⁾ L'union medicale. Nr. 87 i 88. r. 1874.

²⁾ Chory poprzednio był tenorem w *café-chantant*.

III. O CZERWONOWIDZENIU.

PRZYCZYNEK DO NAUKI O BARWNEM WIDZENIU.

Podał

D-r Med. Br. Ziemiński.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 17].

Przytoczymy jeszcze w treściwym wyciągu trzy spostrzeżenia, w których czerwonowidzenie wystąpiło wskutek zaburzenia, wynikłego w ogólnym układzie nerwowym przy szczególnym zamięcie w ustroju. Te spostrzeżenia podał w krótkiej pracy [Wiestnik oftalmologii. 1887] KUBLI, b. asystent kliniki ocznej Uniwersytetu Dorpackiego. Spostrzeżenia KUBLI'ego dotyczą trzech kobiet, z których dwie były w 9-ym miesiącu ciąży. Kobiety owe, po przebyciu długo trwającego, a ścisłego postu, doznały objawów czerwonowidzenia, następnie znacznego osłabienia bystrości wzroku i szczególnie wyraźnego zmniejszenia wrażliwości w uczuciu światła. Dwie z tych chorych dotknięte były zmierzchową ślepotą, co pozwala przypuszczać, że w układzie nerwowym siatkówki istotnie tkwiło organiczne zaburzenie; okoliczność ta niewątpliwie w znacznym stopniu sprzyjała rozwojowi czerwonowidzenia zarówno, jak to już powyżej zaznaczyliśmy, co do zapalenia naczyńki, co do krótkowzroczności i wogóle co do wszelkich zmian w umieszczonym na dnie oka przyrządzie, pochwytyjącym nerwowe pobudzenia. W każdym razie niewątpliwem jest, iż u chorych KUBLI'ego wycieńczenie ustroju przez długotrwałe poszczenie wnieciło w tych pacjentkach skłonność do przejawów nerwowych, lub też wzmogło tę skłonność nerwową i w następstwie wywołało rozwój objawów zabarwienia wzroku ¹⁾.

Zestawiając więc w treści, co się powiedziało względem pochodzenia omawianego zjawiska, zaznaczymy, iż: 1-o) dwie zdają się być ku temuż usposabiające przyczyny: brak soczewki w oku i nerwowość — skłonność do zaburzeń nerwowych w danym ustroju, z których to przyczyn każda — na pozór podług innej modły — wytwarza szczególną wrażliwość błony siatkowej; 2-o) niezliczona ilość powodów, przyczyn przypadkowych, wywołujących toż zjawisko, mianowicie te powody, które pochodzą z zewnątrz i bezpośrednio działają na siatkówkę, jako to: olśnienie promieniami światła; dalej te powody, które pośrednio sprawdzają takie olśnienie, czyniąc oczy ku temuż podatnymi, np.: zakraplanie do oczu leków, rozszerzających źrenicę; wreszcie te powody, które wywierają wpływ na siatkówkę choć nie bezpośrednio, lecz pośrednio, przy udziale układu nerwowego — wpływ tego układu może zostać w grę wprowadzonym czy to

¹⁾ Tu zaznaczymy też, że w przypadkach nieprawidłowej miesiączki — szczególnie przy zatrzymaniu się tejże — pacjentki wśród objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego doznają niekiedy zabarwienia wzroku, zwłaszcza żółtowodzenia (*xanthopsia*), przyczem najściślejsze przedmiotowe badanie oczu nie nieprawidłowego nie wykazuje. Niekiedy też stale występuje u kobiet żółtowodzenie w czasie słabości miesięcznej jednocześnie z żółtaczką.

przez nadmierne znużenie sił fizycznych, czy to przez zachwianie równowagi w stanie sił w ustroju, czy też wprost przez stan chorobowy tegoż układu [nerwowego], jak to widzimy przy ogólnej nerwowości, przy rzeczywistej hysterii, przy padaczce.

Obecnie, bliżej zapoznawszy się z warunkami, od których jest zależny rozwój czerwonowidzenia, postaramy się podać wywód (*pathogenia*) tego zjawiska, postaramy się skreślić prawo, stanowiące w rozwoju tego niezwykłego objawu wzrokowego.

Zastanówmy się przedewszystkiem nad różnemi zdaniem badaczy, wygłoszonymi w tej sprawie. Te różne zdania można w zasadzie podprowadzić pod dwie kategorie: 1-o) jedni autorowie uznają czerwonowidzenie za wynik zaburzenia w ośrodkowym układzie nerwowym, zaburzenia natury psychicznej; 2-o) inni twierdzą, iż szczególne zjawisko barwnego widzenia jest w związku z pewnym stanem chorobowym, czy to z nadczułością, czy też z odrętwieniem, wyczerpaniem przyrządu, pochwytyującego pobudzenia wzrokowe. Sądzić można, że znajdziemy się najbliżej prawdy, obierając środkową drogę między temi zapatrywaniami, mianowicie orzekając, że w mowie będące zjawisko powstaje w rzeczy samej przy wyczerpaniu błony siatkowej, przy tego rodzaju jednak wyczerpaniu, które przeważnie wynika z zaburzenia, istniejącego w ośrodkowym układzie nerwowym.

Stronnikami ośrodkowo-nerwowego pochodzenia omawianego zjawiska są DIMMER i BENSON. Z objaśnienia, podanego przez CHARCOT'a w sprawie barwnego widzenia osób historycznych, również można wywnioskować, że tenże zalicza czerwonowidzenie do rzędu podmiotowych zjawisk psychicznych. DIMMER spostrzegł młodą dziewczynę, o oczach pozbawionych soczewki, przy nienaruszonej, prawidłowej źrenicy: chora ta doznawała przypadków czerwonowidzenia przy wszelkiej czynności, porywczoko dokonywanej, wyczerpującej układ nerwowy — przy zbytnim śmiechu, przy dłuższem tańczeniu; zdaniem DIMMER'a, pobudzenie układu nerwowego było tu w stanie, samo przez się, spowodować przypadek czerwonowidzenia. BENSON zaś w swem dowodzeniu opiera się na tej szczególnej okoliczności, zaznaczonej w swem spostrzeżeniu, mianowicie, że jego chory raz pewnego doznał połowiczego czerwonowidzenia (*hemierhythropsia*): czerwona mgła powlokła górną połowę przedmiotów, w które chory wzrok utkwiał. BENSON'owi zdaje się niemożliwym zrozumienie tego zjawiska połowiczego czerwonowidzenia bez przyznania w danym razie, co najmniej, pewnej drażliwości układu nerwowego, zdolnej oddziaływać na błonę siatkową. Lecz ten dowód BENSON'a, oparty na istnieniu górnopółowiczego czerwonowidzenia, nie wytrzymuje krytyki, skoro tylko uprzytomnimy sobie szczególną postać tego zjawiska. Wynik ścisłych badań, dotyczących rozkładu nerwowych włókien w siatkówce, dalej w nerwie wzrokowym, oraz w mózgowych ośrodkach, czyni niemożliwym zrozumienie powstawania prawego lub lewego, jednolitego lub różnolitego połowiczego widzenia, a wręcz sprzeciwia się zrozumieniu objawów tego rodzaju połowiczego czerwonowidzenia ośrodkowej natury, któreby mogło zająć górną, czy też dolną połowę pola widzenia.

Jedna z chorych VALUDE'a, po usunięciu zaćmy, doznała też objawu górno-połowiczego czerwonowidzenia; chora ta, jakkolwiek nerwowo usposobiona, nigdy nie była dotkniętą najbliższym umiejscowionym nerwowym objawem chorobowym tak, że trudno w tym razie przypuścić, żeby ośrodkowy układ nerwowy mógł tu bezpośrednio wywrzeć wpływ na tak ograniczoną część błony siatkowej. Na poparcie tego twierdzenia przytoczyć też można fakt stopniowego ustępowania zjawiska połowiczego czerwonowidzenia, zaznaczony w temże spostrzeżeniu; ostatecznie nie tu nie przemawia za cierpieniem ośrodkowego pochodzenia. Zdaje się natomiast słusznem następujące wyjaśnienie przytoczonego zjawiska: górno-połowicze czerwonowidzenie zaznaczono tylko w dwóch spostrzeżeniach [jedno BENSON'a i jedno VALUDE'a] i obaj chorzy przebyli operację wydobycia zaćmy przy wycięciu części górnej połowy tęczy. W tych warunkach jaskrawe światło wywiera pewne wrażenie na błonę siatkową, jak o tem dalej podamy i wówczas błona ta oddziaływa, sprowadzając podmiotowy objaw czerwonowidzenia. Jeśli w następstwie wycięcia kawałka z górnej, naprzykład, połowy tęczy, dolny odcinek siatkówki silniej pobudzonym zostaje przez światło, spływające z góry, niż górny odcinek, natenczas wywiązać się może czerwonowidzenie, dotyczące wyłącznie części pola widzenia przynależnej dolnemu odcinkowi błony siatkowej; krócej mówiąc: wytworzyć się może górno-połowicze czerwonowidzenie, przy czem dany osobnik spostrzeże w barwie czerwonej górną li-tylko połowę rozpatrywanych przedmiotów. Zapytanoby jednak: czemuż wpływ promieni świetlnych, dochodzących z góry, niezawsze sprowadza to zjawisko częściowego czerwonowidzenia? Na to odpowiedzieć możnaby: a dlaczegoż nie wszyscy chorzy, którym zaćmę usunięto, doznają objawów czerwonowidzenia? Błona siatkowa bowiem różnych osobników nie w jednym stopniu jest pobudliwą; ztąd też można napotkać krańcowe przypadki, w których nawet mało wogóle wrażliwa siatkówka oddziaływa jednak w swym dolnym odcinku, ulegającym działaniu jaskrawego światła, sprowadzając połowicze czerwonowidzenie, podczas gdy górny odcinek pozostaje nieczynnym wobec słabszego pobudzenia. Słusznie też twierdzi VALUDE, iż przypadek, opisany przez BENSON'a, raczej mógłby sprzeciwiać się nadaniu wpływom ośrodkowo-nerwowym wybitnej roli przy wytwarzaniu się barwnego widzenia. U chorej DIMMER'a zaś istniało zaburzenie w ogólnym układzie nerwowym i to zaburzenie usposobiło ów układ do sprzyjania wytworzeniu się czerwonowidzenia, nie zaś do wywołania tego zjawiska.

Wobec zdań pomienionych badaczy, którzy szukają pochodzenia tego zjawiska aż w ośrodkowym układzie nerwowym, wystąpili inni badacze, jak SZILI, którzy twierdzą, że przynajmniej w pewnej liczbie przypadków całe zjawisko rozegrywa się w błonie siatkowej. SZILI usiłuje sprowadzić zjawisko czerwonowidzenia do rzędu znanych fizjologicznych objawów jednoczesnego przeciwstawienia barw. SZILI zaznacza, że skoro przy działaniu promieni słonecznych wpatruje się w czarne litery, zarysy tychże wydają się zabarwionemi na czerwono. Zestawia też z tem spostrzeżeniem znany objaw czerwonowidzenia, jakiego doznali w wigilię nocy Św. Bartłomieja Henryk [IV] de Navarre i ks. d'Alençon, grając w szachy u królowej - matki w Luvrze.

Obaj gracze, będąc umieszczonymi bocznie w stosunku do okna, przez które dochodziły promienie słoneczne, spostrzegli kilkakrotnie czerwone, „krwawe“, plamy, zalegające szachownicę. W ten sposób i w powyżej wyłuszczonych warunkach oświetlenia powstałe objawy są, w rzeczy samej, wynikiem przeciwstawienia barw, jak to już przed stu laty twierdził BÉGUELIN, a przed kilkunastu laty dowiódł CHEVREUL. W powyższych warunkach światło dzienne, wdzierając się z bocznego okna, dochodziło do oka również z boku i przenikało gałkę, dążąc przez twardówkę i naczyniówkę, przyczem dzięki błonie naczyniowej przybrało czerwoną barwę tak, że światło czerwone pobudziło siatkówkę; ta zaś oddziaływała, dając podmiotowy obraz zielonawy [t. j. barwy dopełniającej], który usadowił się na białych powierzchniach, rozpatrywanych przez oko. W przeciwstawieniu wszelkie czarne powierzchnie sąsiednie przedstawiły się w barwie czerwonawej. Z tej to przyczyny SZILI widział w tej barwie litery druku, a Henryk de Navarre i ks. d'Alençon w czerwonej barwie krwi czarne czworoboki warcabniacy.

Objaśnienie takie jest słuszne i wystarczające, lecz tylko dla pewnych fizjologicznych przypadków; większość zaś ogłoszonych spostrzeżeń czerwonowidzenia niepodobna podciągnąć pod rubrykę objawów jednoczesnego przeciwstawienia barw.

Tak samo rzecz się ma z pewnego rodzaju czerwonowidzeniem, niezawodnie wydarzającym się przy stopniowo występującem przeciwstawieniu. Ten szczególny rodzaj czerwonowidzenia, o którym na podstawie odpowiednich przypadków miał wykład FÉRÉ w paryżkiem Towarzystwie Bijologicznem, a służący za punkt wyjścia dla pracy DOBROWOLSKIEGO [znanej mi jedynie w streszczeniu], nie może być przyrównany do czerwonowidzenia, niejako chorobowego, a będącego następstwem operacji zaćmy i jednym z objawów skłonności do chorób nerwowych.

Następny jest sposób wytwarzania się takiego rodzaju czerwonowidzenia. Jeśli będziemy wpatrywać się przez kilka sekund w jaskrawo oświetlony, w sąsiedztwie słońca będący biały obłok, a następnie, w dosyć jasno oświetlonym pokoju, rzucimy wzrokiem na białe przedmioty, wówczas one wydadzą się w barwie fijołkowej, ciemne zaś przedmioty, wskutek przeciwstawienia, w żółtopomarańczowej, a nawet w czerwonawej barwie. Fijołkowe i czerwone widzenie może niekiedy nie ustępować przez 15 do 30 minut, lub przez dłuższy nawet czas, stosownie do stopnia pobudzenia błony siatkowej. Skoro fijołkowy obraz zniknie, spostrzegamy na miejscu tegoż czerwonawe zabarwienie, właściwe erytropsyi. To zjawisko nader łatwo wywołać w atropinizowanym oku; przy wężkiej zaś źrenicy zjawisko to trudniej wywołać, najłatwiej jednak przy wpatrywaniu się wprost w słońce, lecz i wówczas zjawisko występuje li-tylko w punkcie wpatrywania się.

Szczególne to czerwonowidzenie daje się choć nie tak łatwo wywołać i przy sztucznem oświetleniu; cały objaw występuje tu jednak mniej wyraźnie.

W pewnych warunkach, np. skoro oczy są znużone, a układ nerwowy w stanie fizjologicznego przygnębienia i sztuczne światło wystarcza już do wy-

wołania zupełnie wyraźnego czerwonowidzenia. Zgadza się to najzupełniej ze zdaniem, jakie dalej rozwinie w sprawie wytwarzania się erytropsyi.

FÉRÉ podaje też, iż razu pewnego, po mocno utrudzającym marszu, nocą odbyty, dotarłszy u wschodu słońca do wioski, wpatrywał się w mało jeszcze jaśniejący krąg słoneczny, poczem, przeniósłszy wzrok na otaczające go przedmioty, pokryte mgłą poranną, spostrzegł, iż ze wszech stron zarysowują mu się podmiotowe figury słońca, zabarwione na czerwono.

Podobnej natury fakt opisuje VALUDE. Zdarzyło się, iż pewnego wieczora, będąc mocno znużonym tak co do oczu jak i na umyśle, bezwiednie wpatrywał się, siedząc przy biurku, w jaskrawy płomień lampy naftowej; rzuciwszy potem wzrok na arkusz papieru, spostrzegł po obu stronach plamę karminowo-czerwoną, która posuwała się w ślad za punktem, w który za każdym razem wzrok utkwil; zjawisko nie ustępowało z dziesięć minut. VALUDE nadmienia, iż starał się, lecz bezskutecznie, wywołać toż zjawisko, nie będąc znużonym, przy rozpoczęciu zwykłej pracy wieczornej.

Mówiliśmy tu o zjawiskach czerwonowidzenia, lecz czerwonowidzenia, rzecz można, fizyjologicznego, wynikającego skutkiem przeciwstawienia barw, skutkiem przemijającego zaburzenia w czynnościach pewnych pierwiastków siatkówki; tego rodzaju barwne zjawisko dotyczy zwykle jednego oka. Za wyjątkiem przypadku FÉRÉ'go i VALUDE'a, w których wyczerpanie nerwowe mogło odgrywać pewną, choć nieznaczną rolę, trudno jest to szczególne czerwonowidzenie zidentyfikować ze zjawiskiem barwnego widzenia, wynikiem wskutek zaburzenia w układzie nerwowym, oraz ze zjawiskiem, będącem następstwem wydobycia zaćmy u osobników, swoiście usposobionych.

Przypadki czerwonowidzenia, powstałego po operacji zaćmy [zwłaszcza przy obecności szczeliny w tęczy, oraz wtórnej zaćmy], ale też te jedynie, mogłyby zostać do pewnego stopnia wyjaśnione na podstawie badań FÉRÉ'go i DOBROWOLSKIEGO, mianowicie: po operacji zaćmy cała siatkówka nieustannie była pobudzana przez jaskrawe dzienne światło, obfitujące głównie w żółte promienie; skoro więc wyczerpie się czułość oka na tę barwę, wówczas przy rozpatrywaniu niezbyt jaskrawo oświetlonych przedmiotów winno się widzieć je w mniej lub więcej wyraźnej fioletowej barwie. W wyjątkowych przypadkach chory, wskutek przeciwstawienia, może doznać uczucia barwy zielonej. DOBROWOLSKI twierdzi, że powodem niezbyt częstego wydarzenia się barwnego widzenia po operacji zaćmy, jest okoliczność, iż chorzy tacy zwykle nie narażają się na działanie jaskrawego światła, że nareszcie zjawisko to uchodzi uwadze wielu z tych chorych. Mimo, że DOBROWOLSKI zrećnie zwalcza zarzuty przeciwników tej teoryi, nie jest jednak w stanie zadosyć uczynić słusznym wymaganiom poważnej krytyki.

Nareszcie pewna liczba badaczy sądzi, że czerwonowidzenie jest prostym następstwem oddziaływania błony siatkowej, wyczerpanej w swych zwykłych czynnościach. To twierdzenie zdaje się być najbliższem prawdy. Lecz i tu wśród autorów zachodzi pewna różnica zdań, zwłaszcza co do sposobu, w jaki siatkówka wyczerpuje się. Według HIRSCHLER'a, jest to proste wyczerpanie

nerwowej błony, pochwytywającej swoiste pobudzenia, wyczerpanie, wynika z podrażnienia świetlnego; to wyczerpanie ma wykazywać się naprzód dla najbardziej łamliwych promieni światła, podczas gdy pobudliwość względem mniej łamliwych czerwonych promieni utrzymuje się jeszcze w tym okresie tak, że pole widzenia przybiera czerwoną barwę. Objaśnienie to autor oparł na spostrzeżeniu, wskazującym, że w przypadkach, w których zalecił czerwonowidzom noszenie szczelinowych okularów, zabarwienie wzroku zniknęło. Teoryja HIRSCHLER'a, który uważa czerwonowidzenie jedynie za wynik wpływów zewnętrznych na błonę siatkową, nie wytrzymuje krytyki. Innym badaczom nie udało się usunąć czerwonowidzenia w sposób, podany przez tego autora. VALUDE zaś podaje, że jedna z jego chorych, nosząc przez dwa dni okulary szczelinowe, doznała niezwykle silnego przypadku czerwonowidzenia. Zresztą, na podstawie tej teorii niepodobna byłoby zrozumieć faktu, że nie wszystkie osoby, pozbawione soczewki oka, doznają objawu czerwonowidzenia, podczas gdy łatwo to daje się pojąć, skoro nadamy ważną rolę, rolę gruntu odpowiedniego dla rozwoju tego zjawiska, właściwej wrażliwości siatkówki, lub też ogólnie chorobowemu usposobieniu nerwów.

Obok HIRSCHLER'a, nader jednostronnie rozpatrującego tę sprawę, inni, jakoto: PURTSCHER, BERGER i HILBERT twierdzą nie bez słuszności, że czerwonowidzenie wytwarza się w przypadkach, w których pobudzoną, odnośnie wyczerpaną, zostaje siatkówka, uprzednio osłabiona w ten lub w ów sposób. Jak twierdzi HILBERT, czerwonowidzenie jest wyrazem znużenia ciała, znużenia, umiejscowionego w ośrodku wzrokowym. PURTSCHER uważa czerwonowidzenie za wynik różnorodnych wpływów. Przy braku soczewki w oku, np. wskutek wydobycia zaćmy, siatkówka, będąc nagle pozbawioną przyrodzonej zasłony swojej, pręcej ulega znużeniu i łatwiej staje się wrażliwą — z tej przyczyny następuje odrętwienie względem najbardziej łamliwych promieni, a zarazem czerwonowidzenie. W innych zaś warunkach, pewne wpływy, czy to psychiczne, czy też somatyczne mogą oddziaływać na ogólny układ nerwowy, a ztąd już na błonę siatkową w tenże sam sposób, jak to poprzednio wspomnianem zostało. Nagłe, raptowne zazwyczaj występowanie czerwonowidzenia łatwo możnaby objaśnić, przyznając — w wytwarzaniu się tego zjawiska — wpływ układu naczynio-ruchowego: wiadomo, jak szybko, dzięki tym wpływom, krasnieje i blednie twarz nasza.

Lecz rzecz prosta, że i szczelina w tęczy, utworzona przy operacji zaćmy, że i atropinowe rozszerzenie źrenicy przyczyniają się do wywołania czerwonowidzenia, znacznie wzmagając siłę pobudzenia siatkówki przez promienie świetlne.

Jednym słowem, zdaniem PURTSCHER'a, osoby, z natury nerwowo usposobione i osoby, które utraciły soczewkę oka, a może właściwiej: osoby, które były dotknięte zaćmą, są skłonne do czerwonowidzenia; zwiększenie zaś wymiarów źrenicy potęguje tę skłonność. Zdaje się, że hipoteza PURTSCHER'a, uznająca czerwonowidzenie za wyraz znużenia błony siatkowej, występującego w odpowiednio usposobionym ustroju, jest najwięcej zgodna z rzeczywistością.

W rzeczy samej, zestawiając na zakończenie wyniki tak naszych własnych jak i przez innych badaczy ogłoszonych spostrzeżeń, przekonamy się, że wszystko sprzyja temu rozumieniu istoty omawianego zjawiska.

Chcąc zdać sobie sprawę z wywołu chorobowego objawu czerwonowidzenia, musimy w pierwszym rzędzie umieścić przyczynę usposabiającą: czy to brak soczewki, zwłaszcza przy jednoczesnej obecności szczeliny w tęczy tegoż oka, co razem wzięwszy, zwiększa olśnienie oczu, oraz łatwiej doprowadza do znużenia siatkówki; czy to nerwowość, jako usposobienie do zaburzeń w układzie nerwowym, albo też jako stan chorobowy przemijający, np.: w okresie wyzdrowiania, w niedokrwistości, w ciąży, przy pewnych otruciach i t. d..

W drugiej linii zaznaczyć należy szereg przypadkowych powodów, właściwie mniej ważnych, choć nieodzownie potrzebnych do wywołania objawu czerwonowidzenia, objawu u danej osoby zupełnie, co prawda, gotowego do wybuchu. Czerwonowidzenie więc rozwija się na takim gruncie, w takim ustroju, któremu brak soczewki oka, lub który odznacza się nerwowością, a to dzięki ziarnu, którem tu jest jedna z przypadkowych przyczyn. Te ostatnie przyczyny są różnorodne, zazwyczaj rolę tejsze odgrywa jaskrawe światło dzienne lub sztuczne, nadmierna praca, dalej wpływ atropiny na oko, sprzyjający podrażnieniu siatkówki przez promienie światła, wreszcie ogólne nerwowe wstrząśnienie zdolne samo przez się w pewnych przypadkach [napadach epilepsji, histeryi] wywołać objaw czerwonowidzenia.

Na podstawie powyżej przytoczonych faktów i rozpatrywań słusznem zdaje się być następujące pojmowanie zaczątku oraz następowania po sobie przypadków czerwonowidzenia.

Skoro błona siatkowa przygotowaną jest do czerwonowidzenia, czy to wskutek usunięcia naturalnej zasłony w oku [soczewki], a zarazem pewnej szczególnej wrażliwości, czy też wskutek ogólnego nerwowego stanu, wówczas ulega działaniu jednej z wyżej wymienionych przypadkowych przyczyn, jako to: niezwykle podrażnienie świetlne, olśnienie z powodu rozszerzenia źrenicy, wyczerpanie sił z powodu nadmiernego utrudzenia i t. d.. W tych warunkach, przyrząd optyczny, pochwytyjący wrażenia wzrokowe, zostaje ultra-fizjologicznie pobudzonym i stąd wyczerpuje się w swej prawidłowej czynności; wyczerpanie zaś to przejawia się utratą czułości na promienie barwne, najbardziej łamliwe tak, że zachowuje się uczucie li-tylko czerwonej barwy.

Że przy czerwonowidzeniu rzeczywiście istnieje pewne wyczerpanie w czynności siatkówki, pewne odrętwienie tej błony, dowodzą niejednokrotnie stwierdzone fakty, że w okresie przypadków czerwonowidzenia [i nie tylko w czasie trwania takiego przypadku, lecz i przed wystąpieniem oraz wkrótce po ustąpieniu tegoż] siła wzroku znacznie słabnie, przyczem badanie wzornikowe dna oka żadnych zmian nie wykazuje.

Pierwszy przypadek czerwonowidzenia jest najczęściej następstwem mniej lub więcej silnego pobudzenia siatkówki. Lecz skoro pierwszy napad tego zjawiska miał już miejsce, skoro usposobienie błony siatkowej do tego zaburzenia zostało wprowadzonym w grę, wówczas czerwonowidzenie może wydarzyć się

dzięki najbliższemu wpływow. W rzeczy samej widzimy, że następne przypadki tego zjawiska występują nawet w dniu pochmurne, nawet wskutek drobnego zaburzenia w przewodzie pokarmowym.

Ta właściwość czerwonowidzenia, to wznawianie się zjawiska pod najmniejszym pozorem dowodzi, że, jakkolwiek przypadkowe przyczyny są ważne, gdyż stanowią o chwili wystąpienia przypadku, w rzeczy samej jednak właściwym pierwiastkiem, właściwą podstawą tego zjawiska są usposabiające ku temuż przyczyny, t. j. nerwowość ogólna danego osobnika i brak soczewki w danym oku.

Czy jednak z czasem nie da się znaleźć dowodów, pozwalających wykluczyć tu z rzędu usposabiających przyczyn brak soczewki w oku? Czy ostatecznie szczególny stan układu nerwowego nie winien być uznany za jedyną, wyłączną przyczynę usposabiającą we wszystkich przypadkach chorobowego czerwonowidzenia? O tem nie chcemy na razie przesądzać, choć to zdaje się być wysoce prawdopodobnem, że przyczyną czerwonowidzenia u osób, którym usunięto zaćmę, jest podrażnienie ośrodków nerwowych, zupełnie nie będące w związku z operacją zaćmy, lecz pozostające w blizkiej łączności z warunkami, które spowodowały utratę przezroczystości soczewki.

L I T E R A T U R A.

- 1) MACKENZIE. *Medic. Trans. of the college of Physic.*, IV, p. 56. 1813. — 2) SZOKALSKI. *Ueber die Empfindungen der Farben in physiologischer und pathologischer Hinsicht*. Giessen. 1842. — 3) MACKENZIE. *Traité des maladies de l'oeil* [Traduction Warlomont et Testelin]. T. II, p. 660. 1857. — 4) ROBERTSON. *Epileptic aphasia and hemiplegia, coloured vision*. *Brit. Med. Journ.*, 18 April, 1874. — 5) BECKER. GRAEFE und SAEMISCH, *Handbuch der gesam. Augenh.*, V. 1877. — 6) CHEVREUL. *Comptes rendus de l'Acad. des scienc.*, XXXIV. 1877. — 7) CHARCOT. *Les troubles de la vision chez les hystériques*, *Gaz. des hôpitaux*. 1878. — 8) GAŁEZWOSKI. *Sur la vision rouge des opérés de la cataracte*. *Société de Biologie de Paris i Recueil d'Ophtalm.* 1879. — 9) PURTSCHER. *Ein Fall von Erythroopsie nach cataracta traumatica*. *Centrl. f. prakt. Augenh.*, 1881. — 10) MAYERHAUSEN. *Zur Kenntniss der Erythroopsie*. *Wiener. Med. Presse*. 1882. — 11) STEINER. *Zur Kenntniss der Erythroopsie*. *Wiener. Med. Presse*. 1882. — 12) HIRSCHLER. *Zum Rothsehen des Aphakischen*. *Wiener. Med. Woch.* 1883. — 13) PURTSCHER. *Zur Frage der Erythroopsie aphakischer*. *Centrl. f. prakt. Augenh.*, 1883. — 14) DIMMER. *Zur Erythroopsie Aphakischer*. *Wien. med. Woch.* 1883. — 15) BENSON. *On Erythroopsia in Aphakia*, *The Opt. Review*, 1883. — 16) MEYHOFER. *Zur Frage der Erythroopsie Aphakischer*. *Klin. Monatsblatt f. Augenh.* Mai. 1884. — 17) STEINHEIM. *Zur Casuistik der Erythroopsie*. *Centrl. f. prakt. Augenh.* Februar. 1884. — 18) HILBERT. *Ueber eine eigenthümliche Ermüdungserscheinung des nervösen Sehapparates und seine Beziehungen zur Erythroopsie*. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.* November. 1884. — 19) KATZAUROW. *Erythroopsie dans l'aphakie*. *Wraccz*. 1884, [ref. w *Annales d'Ocul.*]. — 20) PLUEGER. *Universitäts-Augenklinik in Bern*. *Bericht über das Jahr*. 1883. Bern. 1885. — 21) SZILI. *Ueber Erythroopsie*. *Centrl. f. prakt. Augenh.* Februar. 1885. — 22) REUSS. *Ophthalmologische Mittheilungen an der zweiten Universitäts-Augenklinik zu Wien*. *Wien. Med. Presse*. 1885. — 23) PURTSCHER. *Weitere Beiträge zur Frage der Erythroopsie*. *Centrl. f. prakt. Augenh.* 1885. — 24) STEINHEIM. *Contribution à l'étude de l'érythroopsie*. *Recueil d'Ophtalm.* 1885. — 25) BERGER. *Ein Fall von Erythroopsie*. *Centrl. f. prakt. Augenh.* 1885. — 26) VAN DUYSSE. *Deux cas d'érythroopsie*. *Revue génér. d'opht.* 1885. — 27) TYRMAN. *Ein Beitrag zur Lehre von der Erythroopsie*. *Deutsch. Med. Zeit.* 1885. — 28) SZILI. *Einige Bemerkungen zur Erythroopsiefrage*. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.* Juli. 1886. — 29) HILBERT. *Zur Kenntniss der Erythroopsie*. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.* December. 1886. — 30) FÉRÉ. *La vision colorée et l'équivalence des excitations sensorielles*. *Bull. de la Soc. de Biologie*. 1887. — 31) DOBROWOLSKI. *Ueber die Ursachen der Erythroopsie*. *A. von GRAEFE's Archiv* 1887. — 32) KUBLI. *Quatre cas d'érythroopsie*. *Wiestnik Oftalmologii*. 1887, [ref. w *Annales d'ocul.*]. — 33) PURTSCHER. *Neue Beiträge zur der Erythroopsie*. *Archiv für Augenh.* März. 1887. — 34) VALDÉ. *L'érythroopsie*. *Archives d'Ophtalmologie*. 1888. — 35) DUFOUR. *Sur la vue rouge ou l'érythroopsie*. *Annales d'Oculistique*. 1888. — 36) WESTHOFF. *Erythroopsie bei Aphakie*. *Centralbl. für d. m. Wissensch.* 1888, ref. z *Festbündel, DONDERS-Jubiläum*. 1888. — 37) VETSCH [St. GALLEN]. *Ueber das Rothsehen*. *correspondenz-Blatt f. Sch. Aerz.* October. 1889.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym dnia 1 Kwietnia 1890 r. przemawiał najprzód kol. JAWDYŃSKI, opisując przypadek wycięcia dolnej części gardzieli i górnej przelyku z powodu guza rakowego, okazując jednocześnie operowanego chorego. Opis tego interesującego spostrzeżenia zamieści w swych łamach Gazeta lekarska.

Następnie kol. SOKOŁOWSKI mówił o stosunku wzajemnym dyjatezy artrytycznej do suchot płucnych, co również w całości drukowanym będzie w naszym piśmie.

W dyskusyi, jaka się z powodu tego drugiego przemówienia wywiązała, kol. KRYSIŃSKI, zastrzegając się przedewszystkiem przeciw zbyt luźnemu pojęciu dyjatezy, zapytuje: na czem ma polegać owa istotna przyczyna wpływu wzajemnego artrytyzmu i suchot płucnych. Jeżeli to ma być nadmiar kwasu moczowego w ustroju, to wobec braku pewnej ścisłej granicy w pojęciu nadmiaru lub ilości prawidłowej kwasu moczowego, wydalonego w moczu, trzeba, dla istotnej ścisłości badania, określać ilość jego nie w moczu, lecz w samej krwi. Kol. SOKOŁOWSKI odpowiedział na to, że miał głównie na celu kliniczną stronę kwestyi, dlatego też w przedstawieniu cech dyjatezy artrytycznej trzymał się również znanego zbioru objawów klinicznych. Badanie chemiczne krwi ze względu na chorych i personel szpitalny, oraz na brak środków naukowych jest w naszych warunkach niemożliwe. Kol. KRYSIŃSKI zgadza się, w odpowiedzi, na trudne warunki badań podobnych, zaznacza jednak, że dla ścisłego naukowego określenia owej dyjatezy badanie krwi powinno być niezbędne.

Kol. FABIAN w obszernem przemówieniu zaznaczył, że już dawni autorowie uważali artrytyzm za cierpienie ustrojowe ogólne, którego objawy występować mogą w najrozmaitszych narządach. To pojęcie o ogólnej dyjatezie artrytycznej przetrwało aż do naszych czasów, a u najnowszych autorów nazwane zostało chorobą przemiany materii i ochrzczone nazwą dyjatezy urycznej. Bardzo już dawno również zwrócono uwagę i na kwas moczowy i nadmiar jego uważano za przyczynę zbytnej kwaśności soków, uszkodzający tkanki i narządy ustroju; usposobienie dziedziczne ma być główną podstawą rozwijania się tych zaburzeń w przemianie materii, a szkodliwemu wpływowi mogą ulegać i błony surowicze i narządy mięsaszowe. Następnie w miarę rozwoju badań chemiczno-lekarskich, zaczęto brać za wskazówkę owej dyjatezy dużą ilość wydalanego kwasu moczowego w moczu. Lecz ilość wydzielanego tego kwasu w moczu zależy od bardzo różnych warunków i względne ma tylko znaczenie dla określenia ilości jego krążącej w ustroju; dla ścisłości należy doprowadzić ustrój do t. zw. równowagi azotowej i dopiero wtedy badać przy jednostajnych warunkach pożywienia, ruchu i t. d. Dalej wykazano, a zwłaszcza HEINTZE i PFEIFER, że nie cała ilość kwasu moczowego, zawartego w moczu, daje się wykazać za pomocą kwasu solnego; przy filtrowaniu moczu przez filtr ze sproszkowanego kwasu moczowego, mocz oddaje pewną ilość swego kwasu moczowego filtrowi, lecz nie zawsze jednostajnie, inaczej u dzieci, starców, lub dorosłych, a nawet różnie u artrytyków w czasie napadu lub po nim. PFEIFER nawet na tej zasadzie twierdzi, że w ustroju złożone gdziekolwiek źdźbło kwasu moczowego wolnego staje się jądrem, przyciągającym nowe złoży z moczu i że właśnie soki i mocz ludzi usposobionych dziedzicznie do dny zawierają kwas moczowy w takiej łatwiejszej wydzielalności, co ma być genezą spraw stawowych, mięśniowych i t. p.. Wstrzykując pod skórę kwas moczowy lub jego sole artrytykom, którzy już przebyli napady pedagry, wywoływał napady tejże; zdrowi ludzie znosili iniekcye bezkarnie. Nadmiar kwasu moczowego w wydzielinach przyzwyczajono się uważać za dowód opieszalej przeróbki

materyi: wszystko więc, co czyni ją powolniejszą, ma stwarzać warunki powstania dyjatezy uryczej. Lecz pamiętać należy, że jeszcze wcale ściśle rozstrzygniętem nie jest, czy większa kwaśność moczu, zależna od obecności w nim dużej ilości kwasu moczowego, jest istotnie wskazówką opieszalej przeróbki materyi i usposabia do dny, gdyż razem z mocznikiem i innymi ciałami grupy ksantynowej kwas moczowy wyrabia się ciągle w tkankach [głównie w mięśniach], lecz ciągle na nowo ginie. Wiemy, że w pewnych stanach patologicznych [pseudoleukemija] istnieje jego nadmiar we krwi bez objawów artrycznych. Wydzielanie z moczem w danej chwili kwasu moczowego zależne od tego, ile się go wydzielilo w okresie czasu, bezpośrednio poprzedzającym chwilę badania, jak pokazuje między innymi pogorączkowe i poprzelomowe wydzielanie moczanów i mocznika po uprzedniej gorączkowej retencji.

Kol. MAYZEL przypomina, że istotnie kwestyja ilościowych oznaczeń kwasu moczowego i jego znaczenie semijotyczne jest jeszcze bardzo niewyjaśnioną. Zaznacza, że w ustroju kwas moczowy wcale nie potrzebuje zachowywać się tak, jak na filtrze PFEIFER'a, że więc z wnioskowaniem trzeba być bardzo oględnym. Wobec tego każdy przyczynek na tem polu jest ważnym. Zwracając się do badań kol. SOKOŁOWSKIEGO nad zachowaniem się moczu przy dyjecie mlecznej, zapytuje, czy w ciągu całej seryi badań dyjeta była istotnie wyłącznie mleczną, a to oczywiście mogłoby bardzo wpływać na wnioski, z tych doświadczeń wyciągnięte. Kol. SOKOŁOWSKI odpowiada na to, że żadnych zbieżeń w dyjecie nie było i być nie mogło i raz jeszcze zaznacza wyłącznie kliniczny charakter swego komunikatu.

Kol. HALPERN zwraca uwagę, że przy badaniu przyczyn wzajemnej zależności narządów i ich chorób oprócz na tkanki i krążenie, konieczne trzeba zwrócić uwagę na zawilóść i łączność nerwową, na nutrycyjny wpływ układu nerwowego. Kol. FABIAN odpowiada na to, że na ową łączność nerwową przy genezie objawów artrycznych zwrócono aż nadto uwagę, dowodem czego są liczne teoryje neurotroficzne i wozomotoryjne dny, stworzone przez dawniejsze i nowsze szkoły lekarskie angielskie i francuzkie.

Wiadomości bieżące.

— Otrzymałiśmy z Berlina w języku francuzkim drukowane zaproszenie do udziału w pracach sekcji medycyny wewnętrznej na Kongresie międzynarodowym w tem mieście odbyć się mającym — wraz z programem tymczasowym. Komitet sekcji stanowią: BIERMER, GERHARDT, LEUBE, LEYDEN, LICHTHEIM, LIEBERMEISTER, MOSLER, NAUNYN i ZIEMSEN.

W programie znajdujemy: Leczenie chorób serca [NOTHNAGEL — Wiedeń]. Leczenie chorób nerek [LÉPINE — Lyon, GRAINGER — STEWART — Edynburg]. Leczenie niedokrwistości [W. OSLER — Baltimore, LAACHE — Christiania]. Leczenie dyfterytu w Ameryce [JACOBY — New York]. Leczenie suchot płucnych, zwłaszcza w szpitalach angielskich [H. WEBER — Londyn, A. S. LOOMIS — New York]. Leczenie cukromoczu [PAVY — Londyn, DUJARDIN — BEAUMETZ — Paryż, SEEGEN — Wiedeń]. O myksoedemie [ORD — Londyn]. O dengue [FLORAS — Konstantynopol]. Leczenie piasku nerkowego [HARVEY — Londyn]. Natura i leczenie moczniicy [uremii] [LANDOIS — Gryfija]. Istota i leczenie *tabes dorsualis* [STRÜMPFEL — Erlanga].

Prócz tego, za anonosowano wykłady: O przyczynach chorób serca [CUTTER — New York]. Rozpoznawanie ropni wątroby [PEL — Amsterdam]. O ciśnieniu wewnątrzczaszki [ADAMKIEWICZ — Kraków]. Marskość wątroby [ROSENSTEIN — Leiden]. Leczenie operacyjne wysiękowego zapalenia opłucnej [LEWASCHEW — Kazań]. Leczenie cukromoczu [LEWASCHEW — Kazań]. Epidemija dyfterytu w Norwegii [JOHANESSEN — Christiania]. *Enuresis nocturna* u dzieci [TIENHOFEN — Haaga]. Teoryja mikrobowa gruźlicy i historyja kliniczna suchot [ANDREW CLARK — Bart-Londyn]. Patologija części brzusznej nerwu sympatycznego [TALMA — Utrecht]. Gorączka mleczna [?] [J. A. KIMMEL — Findlay, Ohio]. Metody terapeutyczne medycyny wewnętrznej [BRIEGER — Berlin]. Sprawy chorobowe płucne [ANDREW H. SMITH — New York]. O przekłóciu próbnem [FÜRBRINGER — Berlin].

Nadto zapowiedział wykłady: KERNIG — St.-Petersburg, KIDD — Londyn, D'ESPINE — Geneva, v. JAKSCH — Praga, GALASSI — Rzym, NAUNYN — Sztrasburg.

MYDŁO ICHTHYOLOWE.

Od czasu zastosowania ichtyolu w chorobach skórnych, przy których środek ten, dla cennych swych własności, coraz obszerniejsze zdobywa sobie uznanie, starano się w rozmaity sposób ułatwić i uprzyjemnić sposób jego użycia. Otóż jedną z najprostszych, a jednocześnie najwygodniejszą i pewnie działającą postacią jest — połączenie go z mydłem leczniczem, które już samo z siebie posiada rzadkie zalety, wpływające na prawidłowe odżywianie skóry. Mydło ichtyolowe więc, jest to mydło lecznicze zawierające w swoim składzie 10% ichtyolu.

Z pomiędzy chorób skórnych, przy których użyte mydło ichtyolowe, świetne dało rezultaty — są rozmaite postaci trądzika (*acne*). Z powodu umiejscowienia swego, choroba ta przedstawia wiele trudności dla odpowiedniego i dokładnego leczenia. Trudność tę, jeżeli nie znosi w całości, to usuwa w znacznej części użycie mydła ichtyolowego. Codziennie lub co drugi dzień dokonywane zmywania mydłem ichtyolowem odpowiednich miejsc skóry, dotkniętych cierpieniem, już w krótkim przeciągu czasu sprowadza znakomitą poprawę.

W wypadkach uporeczywszych należy namydloną pianę pozostawić na noc, aby w dniu następnym zmyć ją samem już tylko mydłem leczniczem.

Dalejmydło ichtyolowe wyborym jest środkiem zapobiegającym wypadaniu włosów, mianowicie przy tych postaciach cierpienia cebulek włosowych, które kozwijają się na podstawie w ostatnich dopiero czasach bliżej zbadanych grzybnów pasorzytnicznych. Nawet przy wypadaniu włosów zależnem od nadmiernego nagromadzenia się łupieżu, mydło ichtyolowe również pożądaną pomoc przynosi. Zmywanie głowy mydłem ichtyolowem uskutecznia się w ten sam sposób, jak mydłem zwyczajnem, albo też, po namydleniu głowy, pozostawia się pianę do dnia następnego.

Nakoniec mydło ichtyolowe stosować można we wszystkich tych postaciach chorób skórnych, gdzie wskazane są przetwory siarkowe i dziegieciowe w formie działania łagodniejszej.

E. Jarnuszkiewicz.

52—34

Właściciel apteki Nowy-Swiat № 35.

GRZYBKIEFIOWE

100.

SUCHE I MOKRE

Wypróbowanej dobroci, jak również i informację prowadzenia przebiegu fermentacyj, stale posiada na składzie apteka i Zakład kefirowy

E. GESSNERA.

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej, w Warszawie.

12—4

109.

APTEKA

GLÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

oraz **FABRYKA PASTYLEK**

egzystująca od 1855 roku

pod firmą

Sukc. **Karola Lilpopa i Edwarda Treutler**

w Warszawie, Nowy-Swiat Nr. 60 róg Ordynackiej ulicy istniejąca.

Stale zaopatrywaną bywa we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, oraz przetwory z wód mineralnych jako to: pastylki, sole, szlamy, ługi, mydła i t. p., jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone. Fabryka pastylek znacznie rozszerzona, przyjmuje obstalunki zarówno z własnych, jako też i z nadesłanych materyjałów.