

GAZETA LEKARSKA.

I. BADANIA KLINICZNE NAD WPŁYWEM WYCIĄGU GNILNEGO NA PRZEBIEG NIEKTÓRYCH CHORÓB ZAKAŻNYCH.

Przez

A. Chelmońskiego,
ordynatora szpitala Dzieciątka Jezus.

„Nie wy leczycie choroby, lecz zawsze
sama natura“.

HUFELAND.

Teorya istnienia pewnego rodzaju antagonizmu między chorobami dawniej daleko więcej miała zwolenników, niż dzisiaj. Przy dokładniejszym spostrzeżeniu i większem uwzględnianiu anatomo-patologicznych danych przekonano się, że w organizmie chorym przyłączająca się nowa choroba najczęściej ujemnie wpływa na przebieg pierwotnego cierpienia. Odnośnie do chorób zakaźnych znanym jest szkodliwy wpływ spraw ropnych na przebieg tyfusu brzuszno-go, ospy, szkarlatyny i róży, oraz zakażenia malarycznego, ropnego i pneumokokowego na przebieg gruźlicy i t. p..

Z drugiej wszakże strony niepodobna zaprzeczyć prawdziwości tak niektórych spostrzeżeń klinicznych, jakoteż doświadczeń na zwierzętach, wykazujących, że pewne zakażenia oddziaływać mogą dodatnio na przebieg innych.

W 1855 r. MIECZ¹⁾, naczelný lekarz Smoleńskiego wojskowego szpitala, w raporcie do departamentu lekarskiego, donosi o pomyślnych wynikach leczenia cholery za pomocą szczepionki ospowej. BOUCHARD, a za nim szereg innych badaczy stwierdza możliwość zwalczania karbunkułu za pomocą *bac. pyocyanei*; EMMERICH i PAWŁOWSKY za pomocą streptokoków i pneumokoków; BUCHNER, stosując toksyny laseczników FRIEDLAENDER'a, ZAGARI, szczepiąc toksyny choleryczne²⁾.

NEUMANN³⁾ i SCHWIMMER⁴⁾ spostrzegali przypadki syfilisu, wyleczonego za pomocą róży. O dobroczynnym wpływie tejże róży na przebieg wilka (*lu-*

¹⁾ Tygodnik Lekarski. 1855. Nr. 33.

²⁾ CHARRIN. Traité de Médecine. Przekł. pol. 1893.

³⁾ Allg. Wien. med. Zeit. 1888. Nr. 4.

⁴⁾ Wien. med. Presse. 1888. Nr. 14, 15, 16.

pus) wspominają SCHWIMMER ¹⁾ i FEHLEISEN ²⁾. WAIBEL ³⁾ opisuje przypadek wyleczenia gruźlicy płucnej za pomocą róży twarży. SOLLES ⁴⁾ utrzymuje, że róża, zaszczipiona świnie morskiej, zakażonej gruźlicą, powolniejszym czyni przebieg tej ostatniej. Znane są spostrzeżenia kliniczne, wykazujące, że ostra choroba gorączkowa, występująca u chorego na koklusz, częstokroć przerywa ten ostatni. SAM ⁵⁾ miałem sposobność przekonania się o dodatnim wpływie róży i tyfusu wysypkowego na przebieg suchot płucnych. RUMPF ⁶⁾ przytacza nader interesujące spostrzeżenia kliniczne, stwierdzające dodatni wpływ wstrzykiwań wyjałowionych hodowli *b. pyocyanei* chorym na tyfus brzuszny.

Z szeregu przytoczonych danych wnioskować by można: 1) że bakteryoterapia ma niejaką empiryczną podstawę i 2) że w bakteryoterapii rodzaj wtórnego zakażenia, ewentualnie—zatrucia, zdaje się, małe ma znaczenie.

Wobec powyższego i wobec przeświadczenia o doniosłości roli, jaką odgrywa gnicie w życiu każdego organizmu ⁷⁾, postanowiłem przekonać się, czy bakterye gnilne wywierają wpływ na przebieg chorób zakaźnych, *resp.* stać się środkiem leczniczym. Próby w tym kierunku tem więcej wydały mi się zachęcającymi, że przy szczepieniu nawet żywych saprofitów, jakimi są bakterye gnilne, nie grozi niebezpieczeństwo zakażenia organizmu.

Nie ja pierwszy wpadłem na myśl stosowania gnicia w celach leczniczych. Łód od dawna używa kału przy leczeniu róży. CANTANI ⁸⁾ zalecał inhalacje bakteryi gnilnych w suchotach. KOSTJURIN i KRAINSKY ⁹⁾ wstrzykiwali królikom, zakażonym lasecznikami węglíkowymi, toksyny gnilne i w ten sposób zdołali utrzymać zwierzęta przy życiu.

Pomijam tu z umysłu liczne doświadczenia laboratoryjne ¹⁰⁾, stwierdzające na zewnątrz organizmu hamujący wpływ bakteryi gnilnych—względnie ich toksyn—na wzrost i siłę żywotną bakteryi chorobotwórczych, jako mające wartość raczej dla biologa, niż dla klinicysty.

W 1891 roku rozpocząłem swe badania ¹¹⁾. Należało: 1) wynaleźć odpowiedni płyn iniekcyjny, 2) poznać jego działanie na organizm zdrowy zwierząt i człowieka i 3) przekonać się o wpływie na przebieg chorób zakaźnych.

1) L. c.

2) BAUMGARTEN. Mycologie. 1888 str. 397.

3) Centrbltt. f. Bakteriologie. 1889. V str. 187.

4) Centrbltt. f. Bakteriologie. 1889. VI str. 569.

5) Gazeta Lekarska. 1891. str. 77.

6) Deutsch. med. Woch. 1892. Nr. 41.

7) Prof. HUGOUNENQ w swej pracy p. t. „Les alcaloïdes d'origine animale“ [Paris 1886] takie między innymi wygłasza zdanie: „Jakkolwiek trudno utworzyć sobie dokładne pojęcie o roli, jaką ptomainy i leukomajny odgrywają w różnych chorobach, to jednak ta okoliczność, że leukomajny co do sposobu tworzenia się i co do swych własności są bardzo zbliżone do ptomain gnilnych, naprowadza nas na myśl, że życie naszego organizmu zbliża się do gnicia“....

8) Centralbl. f. d. med. Wiss. 1885.

9) Centralbt. f. Bakteriologie. 1891. X.

10) Porównaj prace: PIERRE de TOMA, MUFFUCI et FLORA, CINKOWSKIEGO, FALK'a, BAUMGARTEN'a, KITASATO, GÄRTNER'a, KARLIŃSKIEGO, SCHILLER'a, KOSTJURIN'a i KRAINSKY'ego i t. d.

11) Wyniki ogłosiłem w doniesieniu tymczasowem w Medycynie 1892 r. Nr. 11.

W celu otrzymania gnicia w pełni jego rozwoju drobno posiekane mięso wołowe pomieszczano w naczyniach nieprzezroczystych, nalewano wodą w stosunku 1:1 i przykryte pozostawiano w spokoju przy ciepłocie 15° — 16° R. w ciągu 7 — 10 dni, lub też w termostacie przy 37° C. w ciągu 48 — 72 godzin. Z początku mięso opada na dno naczynia; w miarę wytwarzania się gazów wypływa na wierzch i szczelnie zatyka naczynie. W ten sposób aeroby stwarzają warunki niezbędne dla rozwoju anaerobów. Po upływie wzmiankowanego czasu, kiedy gniciu rozwinęło się dostatecznie, zgniłe mięso przeciskano przez płótno i otrzymany ciemno-czerwony, cuchnący, płyn pomieszczano w sterylizatorze Koch'a na 1½ g., lub też gotowano go wprost na gazie, dopóki białko nie ścięło się całkowicie. Dodam, że dla otrzymania płynu przezroczystego należy stawiać naczynia z płynem do sterylizatora dopiero wtedy, gdy już para z niego wydobywać się będzie. Przetworzony w ten sposób i odfiltrowany płyn posiada odczyn alkaliczny lub obojętny, a zapach amoniakalny. Po zgęszczeniu płynu odczyn alkaliczny zmienia się na kwaśny, zapach zaś przypomina klej stolarski. Taki płyn filtrowano powtórnie, sterylizowano i używano do prób. Można też zgęszczenie prowadzić dalej i otrzymaną gęstą masę wysuszać do stałej wagi. Masę tą przed użyciem rozpuszcza się w wodzie.

Rozpoczynając doświadczenia z przetworem powyżej opisanym, z góry należało się spodziewać niejednakowego efektu działania. Jak wiadomo, w mięsie gnijącym w miarę postępu sprawy gnicia wytwarzają się różnorodne ciała chemiczne o odmiennych własnościach fizyologicznych. Rozwój zaś gnicia zależy od czasu trwania, ciepłoty, przystępu światła i innych nieuchwytnych czynników. Jakkolwiek, przygotowując płyn gnilny, usiłowałem, aby gniciu mięsa odbywało się zawsze w tych samych warunkach, to jednak niepodobna było uniknąć pewnych niedokładności pod tym względem. Z drugiej strony przy oddzielaniu białka, przy zgęszczeniu płynu zachodzić mogą nie zawsze jednakie procesy chemiczne. Wreszcie, ponieważ stopień zgęszczenia, ewentualnie ciężar właściwy płynu nie może być uważany za dostateczną rękojmię jego leczniczych własności, więc też dawkę każdego nowoprzyrządzonego płynu można zaledwie przewidywać, lecz niepodobna jej z góry ściśle określić.

Mając na uwadze powyższe, należało rozpoczynać doświadczenia z każdym nowym płynem zawsze od dawek bardzo małych i tylko stopniowo przechodzić do większych.

Otrzymawszy w sposób opisany płyn gnilny, przystąpiłem do doświadczeń na królikach. W ciągu kilku dni, niekiedy tygodni mierzono ciepłotę królika w odbytnicy. Gdy się przekonałem, jakie wahania ciepłoty zachodzą u danego osobnika, rozpoczynałem wstrzykiwania wyciągu gnilnego. Oto szereg faktów, jakie zdołałem zauważyć przy tych doświadczeniach.

Na miejscu wstrzykiwań najczęściej żadnych zmian zauważyć niepodobna; bardzo rzadko tworzy się nieznaczne stwardnienie, nie przechodzące jednak w ropienie.

Nawet na bardzo małą dawkę wyciągu gnilnego [0,001 — 0,002 suchej substancji] królik reaguje zwykle podwyższeniem ciepłoty, mierzonej w odby-

tnicy. Podwyższenie to występuje u danego osobnika nie zawsze w jednakowej porze: raz wcześniej [po godzinie], innym razem później [po 2 — 5 godzinach]. Po średnich dawkach podwyższenie trzyma się około 6 godzin, poczem ciepłota spada do normy lub nieco niżej; po dużych — podwyższenie do 40°—41° C. trzyma się około 2-ch dni, i wtedy królik przy ciepłocie 34° — 35° C. najczęściej zdecha.

Dana dawka wyciągu gnilnego sprowadza u różnych osobników niejednakowy stopień reakcyi temperaturowej.

Wyciąg gnilny mniej więcej po miesiącu traci zdolność podwyższenia ciepłoty u królika.

Po wstrzyknięciu, sprowadzającym podwyższenie ciepłoty, królik siada osowiały, szybko oddecha, nie chce jeść, niekiedy dostaje rozwolnienia.

Na uszach często zauważyć można znaczne rozszerzenie naczyń krwionośnych.

Przyzwyczajenia, zdobycia odporności na działanie wyciągu gnilnego u królików nie skonstatowałem ¹⁾.

Przechodzę do doświadczenia na ludziach.

Przekonawszy się, że dana dawka świeżo przyrządzonego wyciągu gnilnego sprowadza niezbyt znaczne podwyższenie ciepłoty [39° — 39,5° C.] u królika i że królik wraca do zdrowia, wstrzykiwałem taką samą lub nieco mniejszą dawkę ludziom. Jeżeli u danego osobnika wstrzyknięta ilość wyciągu gnilnego żadnego odczynu temperaturowego nie sprowadzała, powiększałem stopniowo dawkę wyciągu aż do otrzymania reakcyi.

Wstrzykiwania te, jak się przekonałem na sobie samym i innych, wykonane zręcznie i nie podskórnie, lecz w mięśnie, sprawiają zaledwie nieprzyjemne uczucie; rzadko w miejscu ukłucia pozostaje lekki ból, trwający 12 — 24 godzin.

Na setki dokonanych przezemnie wstrzykiwań tworzenia się ropnia ani razu nie widziałem. Podobnie jak u królików, na miejscu wstrzykiwań tworzy się niekiedy u ludzi nieznaczne stwardnienie, które po kilku dniach znika.

Wznoszenie się ciepłoty, występujące po wyciągu gnilnym, rozpoczyna się zwykle we 3 — 8 godzin po wstrzyknięciu; ciepłota trzyma się wyżej normy około 10 — 12 godzin, rzadko dłużej; poczem spada do cyfr normalnych, lub nieco niżej. Oto przykład, wskazujący charakter reakcyi temperaturowej.

(Patrz tabliczkę na str. 277).

Właściwości indywidualne uwydatniają się w omawianej reakcyi bardzo wybitnie: ten sam płyn, wstrzyknięty w jednakowej dawce i o teje same porze kilku osobnikom, sprowadza różną reakcyę temperaturową.

¹⁾ Wielokrotnie wstrzykiwałem królikom po 1—2 szpryki płynu gnilnego, niegotowanego i niesterylizowanego. I w tych razach w miejscu wstrzyknięcia ropnie nie wytwarzały się, ciepłota w odbytnicy podnosiła się, występowały wszystkie inne wyżej wymienione objawy, poczem króliki wracały do stanu normalnego.

Godzina.	Przed wstrzykiwaniami.		Przy wstrzykiwaniach o godz. 9-ej rano.		Po wstrzykiwaniach.	
	Dnia 14. IX. 1893 r.	Dnia 15. IX. 1893 r.	Dawka 0,004	Dawka 0,008	Dnia 18. IX. 1893 r.	Dnia 19. IX. 1893 r.
			16. IX. 1894.	17. IX. 1894.		
9	36,5	—	36,0	36,4	37,0	36
11	36,1	36,9	37,0	37,5	37,0	36,7
1	36,9	36,5	37,0	37,5	37,0	37,0
3	37,6	37,3	36,0	37,5	37,4	37,4
5	37,3	37,3	37,4	38,5	37,0	37,0
7	36,0	36,6	37,8	38,7	37,5	37,0

Przykłady:

Dnia 10. VII. 1892.

Godz.	N. W., lat 53, <i>Myelitis chr.</i>	Z. D., lat 30. <i>Tabes dors.</i>	A. N., lat 20. <i>Lupus.</i>
10	36,7°	36,8°	36,5°
godzin 10 min. 15 wstrzyknięcie 0,7 wyciągu gnilnego.			
2	37,0	37,5	37,7
5	36,5	38,8	37,4
8	37,0	39,0	37,6
Dnia 11. VII.			
10	36,8°	36,5°	36,7°
godzina 10 min. 15 wstrzyknięcie 0,9 wyciągu gnilnego.			
2	36,1	38,0	36,8
5	37,9	38,8	37,8
8	37,3	38,0	37,4

Ilekróć po wstrzyknięciu wyciągu gnilnego występuje podwyższenie ciepłoty, częstość tętna powiększa się odpowiednio do ciepłoty ciała. W moich doświadczeniach tętno znajdowałem zawsze pełne, miarowe. Przyspieszenie tętna odpowiada przyspieszeniu oddechu. Przy wyższych ciepłotach ilość moczu staje się mniejszą, ciężar właściwy podnosi się. Białko, cukier i t. p. nieprawidłowe składniki nigdy w moczu nie występowały. Dokładnego badania krwi nie przeprowadziłem.

Co się tyczy ogólnych objawów subiektywnych, to przekonałem się, że małe dawki wyciągu gnilnego żadnych prawie dolegliwości nie spowodują. Po większych ilościach wyciągu gnilnego występuje niekiedy senność, ból lub ciężar głowy, darcie w kończynach, bóle w mięśniach, łamanie w plecach, więcej lub mniej silne dreszcze, po których zjawia się uczucie gorąca i poty. Po 24 godzinach lub wcześniej wszystkie powyższe objawy podmiotowe ustępują w zupełności.

W końcu zwrócić muszę uwagę na jeden objaw, który miałem sposobność spostrzegać u kilku osobników. Mówię tu o wpływie wyciągu gnilnego na nerwy naczynio-ruchowe, ewentualnie na ich ośrodek. Otóż, w kilku przypadkach wkrótce po wstrzyknięciu wyciągu gnilnego w dość wysokiej dawce uderzyło mnie zaczerwienienie skóry twarzy, uszu, piersi i łącznicy oka. Objawowi temu towarzyszyło uczucie gorąca. Jedno i drugie ustępowały po kilku minutach. Takie własności posiada wyciąg gnilny świeżo przyrządzony; po upływie mniej więcej 3—4 tygodni wyciąg traci siłę.

* Kiedy liczne doświadczenia, przeprowadzone na ludziach niegorączkujących, upewniły mnie, że wyciąg gnilny, wstrzyknięty w ilości nieznacznej, t. j. spowodującej podwyższenie ciepłoty do 38° — $38,5^{\circ}$ C., żadnych szkodliwych następstw nie spowoduje, przystąpiłem do doświadczeń nad wpływem wyciągu gnilnego na przebieg różnych chorób zakaźnych ¹⁾.

Niestety, doświadczenia moje w tym kierunku są nieliczne; niepodobna z nich wyprowadzić ostatecznego wniosku o skuteczności wyciągu gnilnego. Są one jednak, jak sądzę, o tyle wymowne, że mogą zwrócić uwagę na ten przedmiot i zachęcić do dalszych poszukiwań.

Rozpoczynając próbę u ludzi gorączkujących, należało przedewszystkiem oznaczyć dawkę danego wyciągu. Doświadczenie przekonało mnie, że miarą skuteczności wyciągu gnilnego może być do pewnego stopnia wyższy lub niższy stopień reakcji temperaturowej królika, ewentualnie niegorączkującego człowieka, na daną dawkę. Leczenie zwykle rozpoczynałem od takiej dawki, która spowoduje podwyższenie ciepłoty u niegorączkującego człowieka do 38° C.. Jeżeli po pierwszym wstrzyknięciu ciepłota ciała dochodziła następnego dnia do 37° — 38° C., to wstrzykiwań nie powtarzałem; gdy następował spadek nieznaczny, tę samą dawkę stosowałem powtórnie. Jeżeli widocznej reakcji temperaturowej po pierwszym wstrzyknięciu nie było, to na drugi dzień ilość wstrzykiwanego płynu powiększałem; wreszcie jeżeli ciepłota następnego dnia ranna i wieczorna okazała się wyższą, niż w dniu wstrzyknięcia, to wstrzykiwania na 1—2 dni przerywałem, poczem nanowo wstrzykiwałem wyciąg gnilny, lecz już w mniejszej ilości. [C. d. n.]

¹⁾ Doświadczenia na chorych zwierzętach zmuszony byłem pominąć, gdyż chorób, w których zamierzałem stosować wyciąg gnilny, za pomocą szczepienia u zwierząt spowodzić niepodobna.

II. WODNIAK NIEWIEŚCI

(*Hydrocele muliebris*).

Podał

D-r Adam Majewski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 10].

Adolfina G., dziewczynka lat 13-tu, dziedzicznie nieobciążona, przechodziła szkarlatynę. Guz obecny pamięta chora od lat najmłodszych. Był on jednak początkowo znacznie mniejszym od orzecha laskowego. Rok temu zgłosiła się do lekarza, który przepisał jej noszenie paska przepuklinowego.

Osoba wzrostu, jak na swój wiek, dobrego, dobrze zbudowana i odżywiona, o skórze delikatnej i podściółce tłuszczowej obfitej. W okolicy pachwinowej lewej znajduje się wypukłość kształtu kielbasowatego, wielkości mniej więcej małej pięści. Skóra po nad nią niezmieniona, o temperaturze normalnej, daje się przesunąć i ująć w fałdy. Obmacywaniem stwierdzamy, że guz leży ponad więzmem POUFAT'a i że posiada dość miękką szypułę, przenikającą przez otwór zewnętrzny do kanału pachwinowego. Przy kaszlu lub przy uciskaniu na kanał pachwinowy—część guza zewnętrzna powiększa się kosztem części, zawartej w kanale pachwinowym. Otwór zewnętrzny kanału pachwinowego przepuszcza palec. Odgłos wypukowy ponad guzem w górnej jego części przytłumiony, w dolnej — zupełnie tępy. Powierzchnia guza — gładka. Konsystencja elastyczna; uczucie chęłbotania wyraźnie wyczuwalne. Przy prześwietlaniu guz jasno i wyraźnie prześwieca. Wargę sromną lewą jest większą trochę od prawej. Ani kręgosłup, ani staw biodrowy zmian nie przedstawiają. Wobec tych danych, przemawiających za wodniakiem niewieścim, przystąpiono do operacji. Po nacięciu powłok brzusznych cięciem skórnym, przez największy wymiar guza idącym, przekonano się, że mamy do czynienia z tłuszczakiem kanału pachwinowego. Część jego, wielkości gęsiego jaja, znajdowała się poniżej zewnętrznego otworu kanału pachwinowego; reszta zaś guza wypełniała kanał pachwinowy. Guz ten po wyłuszczeniu miał długości 14 ctm., szerokości ośm ctm.; kanał pachwinowy z jamą brzuszną nie komunikował. Wobec tego poprzestano na zaszcyciu otworu zewnętrznego kanału pachwinowego, poczem zaszyto ranę skórną. Rana operacyjna doraźnie się zagoiła, a chora ósmego dnia po operacji opuściła klinikę, jako zupełnie uleczona.

Opisany przypadek, ciekawy sam przez się ze względu na rzadkość tłuszczaków kanału pachwinowego, przedstawia jeszcze następujące ciekawe dane.

- 1-o. Tłuszczak kanału pachwinowego może dawać wybitne chęłbotanie.
- 2-o. Posiada szypułę, podobnie jak wodniak.
- 3-o. W czasie kaszlu zewnętrzny guz tłuszczaka może się zwiększać.
- 4-o. Tłuszczak może dawać jasne i wyraźne przeświecanie.

Objawy te, będąc wspólne dla tłuszczaka i wodniaka, wysoce utrudniają w przypadkach tych rozpoznanie. Na konieczność pamiętania o tłuszczaku kanału pachwinowego przy rozpoznawaniu wodniaka zwracam szczególną uwagę z powodu, że nie spotkałem się w dostępnej mi literaturze lekarskiej z żadną o tem wzmianką i że z drugiej strony, nawet świadomie różniczkując między wodniakiem i tłuszczakiem, można, jak w danym przypadku, postawić fałszywe rozpoznanie.

Co się tyczy przeświecania tłuszczaków, nie twierdzę, by wszystkie one przeświecały. Przeciwnie, prawdopodobnem jest, że często tłuszczaki nie przeświecają; z drugiej jednak strony z możebnością ich przeświecania przy rozpoznaniach wątpliwych koniecznie się liczyć trzeba. Potwierdza to następujący przypadek, na klinice chirurgicznej krakowskiej operowany.

Chaja F., lat 28, zamężna, dziedzicznie nie obciążona. Od lat dziecięcych pamięta istnienie obecnego guza. Był on początkowo bardzo mały; rósł powoli, stopniowo, lecz ciągle. Badanie kliniczne dało dane następujące. Osoba wzrostu średniego, dobrze zbudowana i odżywiona; w tkance podskórnej dużo tłuszczu; pod prawą sutką znajduje się guz kształtu jajowatego, o wymiarze poprzecznym, równającym się 15 ctm. i podłużnym 25 ctm.; skóra nad nim ruchoma, niezaczerwieniona, o temperaturze normalnej, nienapięta. Guz, konsystencji miękkiej, poruszalny na swej podstawie, daje wybitne fałszywe chelbotanie (*pseudofluctuatio*). Opierając się na tych danych, rozpoznano tłuszczaka; poczem dla stwierdzenia wyprowadzonych z poprzednio opisanego przypadku wniosków o przeświecaniu tłuszczaków, wyprobowano guz ten na przeświecanie. Okazało się, że prześwieca jasno i wyraźnie w najgrubszej części, wynoszącej po ściśnięciu i napięciu guza 7,5 ctm.. Guz wyluszczone; ranę zaszyto. Chora w siedm dni po operacji opuściła klinikę, jako zupełnie uleczona.

Oprócz wymienionych tu dwóch przypadków tłuszczaka, więcej tego rodzaju przypadków w ostatnich kilku miesiącach w krakowskiej klinice chirurgicznej nie było; obszerniejszych więc danych o przeświecaniu tłuszczaka obecnie przedstawić nie jestem w stanie; w każdym jednak razie, ponieważ obydwa opisane tłuszczaki, pomimo że różniły się wielkością i umiejscowieniem, jasno przeświecały, przeto sądzę, że przeświecanie to nie jest taką rzadkością, jakby się zdawało, wnosząc z tego, że w literaturze chirurgicznej nikt, o ile wiem, wyraźnie o niem nie pisał. Dalej, zdaje mi się, że należałoby zwrócić uwagę na to, czy nie da się stwierdzić przeświecania guza w niektórych przynajmniej przypadkach przepukliny sieciowej.

Wracając teraz do wodniaka, przechodzę do różniczkowego rozpoznania. Prócz torbieli, odsznurowanych od worka przepuklinowego, o których powyżej mówiłem, i tłuszczaka kanału pachwinowego, można wodniaka wziąć jeszcze:

1-o. Za torbiele zewnętrznych płciowych narządów, mianowicie za kaszaki, skórzaki, torbiele zastoinowe gruczołu BARTHOLINI'ego, dalej za torbiele surowicze LAGRANGE'a, wyłożone nabłonkiem, a pochodzące z resztek kanału MUELLER'a. Wszystkie te torbiele dość łatwo jednak odróżnić od wodniaka z powodu, że leżą zwykle nie w górnej, lecz w średniej lub dolnej

części wargi sromnej większej, i że nie posiadają szypuły, przenikającej do zewnętrzznego otworu kanału pachwinowego.

2-o. Za narządy, posiadające kształt torbieli, a znajdując się w worku przepuklinowym:

a) Za pęcherz moczowy; odróżniamy w tym przypadku za pomocą katetyryzowania pęcherza;

b) Za torbiele jajnika; dla rozpoznania staramy się stwierdzić obecność jajników na swoim miejscu; zwracamy uwagę na to, czy guz przy miesiączkowaniu chorej nie powiększa się; nareszcie, za pomocą punkcyi wydobywamy płyn i z jego własności wnioskujemy, z czem mamy do czynienia.

Dalej należy pamiętać o możliwości istnienia w worku przepuklinowym:

c) torbielowato zwyrodniałej sieci

i d) puchliny trąbki (*hydrosalpinx*).

3-o. Za ropnie opadowe; prócz innych danych, rostrzygają w tym razie własności płynu, otrzymanego przez punkcję.

Wodniak normalnie bywa nie bolesny, a staje się dla chorych nieprzyjemnym i zwraca na siebie ich uwagę często dopiero wtedy, gdy dochodzi do takiej wielkości, że utrudnia chodzenie. Bywają jednak przypadki, w których wodniak zwykle skutkiem urazu podlega zapaleniu. Obrzęka on wtedy; skóra nad nim staje się napiętą, czerwoną; ciepłota jej podnosi się. Równocześnie skutkiem nagromadzenia w torbieli ropy, a czasem i gazów, miewamy objawy podrażnienia otrzewnej: mdłości, wymioty, zaparcie stolca, bolesność i wzdęcie brzucha [CHIARI ¹]. Ogółem otrzymujemy objawy charakterystyczne dla uwięźniętej przepukliny, i z tego powodu rozpoznanie w tych przypadkach bywa bardzo trudnem i zwykle fałszywem [WRIGHT ²]. Za wskazówkę, że mamy do czynienia nie z przepukliną uwięźniętą, ale z wodniakiem zapalnym, mogą służyć z jednej strony wywiady, z drugiej—to, że przy wodniaku objawy podrażnienia otrzewnej nigdy nie dosięgają takiej siły, jak przy przepuklinie.

Analogiczny fakt mamy w wywiadach pierwszej naszej chorej, gdzie też lekarz rozpoznał przepuklinę uwięźniętą.

Rokowanie przy wodniaku bywa przy wszelkiego rodzaju sposobach leczniczych dobre.

Co się tyczy leczenia, to dawniej wodniaka leczono w ten sposób, że po wypuszczeniu płynu wstrzykiwano do torbieli jodynę, roczyn kwasu karbolowego [1% lub 2% procentowy] lub azotanu srebra; przeciągano także drut żelazny. Środki te stosowano w celu wywołania zapalenia zlepnego. Leczenie to jednak:

1-o. jest niebezpiecznem, gdyż płyny drażniące, wstrzykiwane do torbieli, mogą w razie jego łączności z otrzewną na nią podziałać;

2-o. leczenie to trwa długo, gdyż zwykle płyn na nowo wielokrotnie się nagromadza.

Poucającym pod tym względem jest przypadek z kliniki BILLROTH'a³)

¹) O. CHIARI. Ueber Entzündung der weibl. Hydrocele. Wien. med. Blätter. 1879.

²) WRIGHT. Drei Fälle von Hydrocele beim Weib. Centralblatt. f. Gynäkol. 1887, str. 533

³) BILLROTH. Bolletino delle cliniche. 1880, str. 450; przytoczone z GEINATZ'a l. c.

gdzie po wypróżnieniu płynu ze zwykłego jednokomorowego wodniaka i nastrzyknięciu do niego jodiny powstała z czasem nowa daleko większych rozmiarów torbiel wielokomorowa.

Wobec tego, teraz leczenie wodniaka powinno polegać na wyluszczeniu. Rękoczyn ten, będąc wykonany z zachowaniem zwykłych przepisów aseptyki, niebezpieczeństwem żadnym nie grozi, a leczy wodniaka radykalnie. Przekucie wodniaka może znaleźć racjonalne zastosowanie jedynie w ostatnim okresie brzemienności¹⁾[GEINATZ¹⁾], gdy chodzi nam o uwolnienie chorej od guza na czas porodu, a radykalną operację odkładamy na później.

Pracę tę rozpocząłem za inicjatywą prof. RYDYGIERA. W czasie jej wykonania korzystałem z jego wskazówek; ośmielałem się za to niniejszem wyrazić mu moją najgłębszą wdzięczność. Czuję się również obowiązany mocno dla prof. JORDANA, za pozwolenie mi korzystania z materiału kliniki ginekologicznej krakowskiej i za udzielenie mi książek ze swej biblioteki. Nareszcie, uważam sobie za miły obowiązek podziękowania D-rowsi BRONISŁAWOWI KOZŁOWSKIEMU i D-rowsi ALEKSANDROWI ROSNEROWI za cenne rady i wskazówki, udzielane mi w czasie pisania niniejszej pracy.

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

III. O HALUCYNACYACH JEDNOSTRONNYCH.

Przyczynek do teorii i patogenezy złudzeń zmysłowych.

Opisał

D-r med. Henryk Higier,

były asystent oddziału.

— 3 —

[Dokończenie — Patrz Nr. 10].

Druga chora na umyśle, pacjentka ПИСК'a, widziała bezustannie przed oczyma swymi tańczące figurki szare, które zmniejszały się lub powiększały stosownie do tego, czy przystawiono do oczu chorej szkła wklęsłe, czy też wypukłe. Przez szkła kolorowe figurki owe, czy postacie, odpowiednio się za-barwiały.

Podobne spostrzeżenie robili także SEPELLI i HOCHÉ. W przypadku HOCHÉ'a, o którym poprzednio wspominałem, odchylenie osi ocznej wystarczało, by wywołać widzenie podwójne halucynacyjnych obrazów, znajdujących się w półwzrocznym polu widzenia.

Podobne zjawisko optyczne opisał i SANDER, mając w obserwacji chorego na obłąd opilczy, który bezustannie widział różne postacie, zwiększające się, gdy chory zwracał się na łóżku do ściany, a malejące, gdy patrzył na pokój. Mimowolna akomodacja przy spoglądaniu na pobliską ścianę i powsta-

¹⁾ GEINATZ l. c. str. 633.

jące stąd uczucie mięśniowe brały prawdopodobnie poważny udział w ocenie wielkości postaci halucynacyjnych. „*In dieser Beziehung — kończy SANDOR — gewinnt selbst die scheinbare Ausnahme, dass einmal auch von der Stubenseite her sich eine grosse Gestalt näherte, beweisende Bedeutung; denn diese Gestalt stand am Bette, kann also sehr wohl ihre Grösse dem zufälligen Fixiren eines näher stehenden Gegenstande verdanken*“.

Powyższych kilka przykładów objaśnia nam zarazem trudność w ocenie umiejscowienia złudzeń zmysłowych. Tylko uwzględniając okoliczność, że halucynacje mogą zjawiać się lub zmieniać dzięki sprawom psychicznym, a utosuggestyjnym, jesteśmy w prawie mówić z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem o jakichś danych różniczkowo-rozpoznawczych. Oznakami obwodowych złudzeń zmysłów są głównie: dowody cierpienia danego narządu zmysłu, dalej elementarne wrażenia zmysłowe [iskry, szum], które poprzedzają złudzenia lub towarzyszą im, następnie jednostronność halucynacji *par excellence*, wreszcie zjawienie się i znikanie halucynacji z chwilą wykluczenia czynności samego narządu zmysłu. Co się tyczy specjalnie halucynacji wzrokowych, to obwodowe ich pochodzenie jest wielce prawdopodobne wtedy, kiedy istnieją ujemne obrazy następcze (*Nachbilder*), kiedy złudzenia są stałe i przesuwały się w polu widzenia, t. j. zmieniają miejsce w przestrzeni wraz z ruchami oka, kiedy zmieniają wielkość swą przy akomodacji, podwajają się przy spoglądaniu przez pryzmat i t. d., czyli jednym słowem: kiedy halucynacje podlegają prawom dyoptryi. Złudzenie natury osrodkowej przypuszczać należy wówczas, kiedy kilka narządów zmysłów jest zajętych jednocześnie sprawą chorobową, *resp.* jeśli porażenie obejmuje i okolicę ruchową i zmysłowo-czuciową. Inne poszczególne dane różniczkowo-rozpoznawcze były omówione wyżej.

Jeśli istnieje skojarzenie halucynacji i obwodowych i osrodkowych, to zwykle sami chorzy zwracają uwagę na odmienny charakter obu rodzajów złudzeń i przy szczegółowych wywiadach udzielają jak najdokładniejszych objaśnień pod tym względem [por. przypadek НОСНЬА]. Toż samo da się powiedzieć mniej więcej o przypadkach, w których połączone są halucynacje psycho-ruchowe z halucynacjami psycho-zmysłowymi [przyp. REIS'A].

Jeśli mamy do czynienia z halucynacjami jednostronnymi, winniśmy bezwarunkowo szukać cierpienia obwodowego i następnie leczyć je. Z punktu widzenia jednakże patogenezy i rokowania nie trzeba w każdym przypadku, w którym obok halucynacji obwodowych stwierdzamy psychozę, przypisywać nadto wielkiego znaczenia zajęciu obwodowego narządu zmysłu, gdyż wogóle główną rolę gra usposobienie neuropatyczne, cierpienie zaś obwodowe jest tylko najbliższym czynnikiem, wywołującym *agent provocateur* psychozy [porów. przypadek TOULOUSE'A].

Przechodzą teraz do opisu dwóch własnych spostrzeżeń nad złudzeniami zmysłów, istniejącymi w półwrocznym polu widzenia. Odnośne halucynacje były jednostronne. Na wstępie zaznaczę, co zresztą wynika z powiedzianego wyżej, że paradoksalne na pozór zjawisko — halucynacje wzroku w hemianoptycznej połowie pola widzenia — ma wiele analogii w zakresie innych zmy-

słów, a nawet w sferze ruchowej. Iskry i postacie w amaurotycznym polu widzenia, dzwonienie i szmery w uchu pozbawionem zdolności słyszenia, swędzenie i bóle w anestetycznej połowie ciała (*anaesthesia dolorosa*), drgawki kloniczne i toniczne w kończynie porażonej bezwładem [padaczka JACKSON'a]; wszystko to są objawy podrażnienia tkanki, otaczającej porażoną czynnościowo sferę ruchową lub zmysłową kory mózgowej.

Oba przypadki badałem na oddziale dla chorych nerwowych D-ra GAJKIEWICZA, któremu składam niniejszem najszczerze podziękowanie za udzielenie mi materiału i pomocy przy opracowaniu.

Spostrzeżenie I.

Ruchla C., 46 lat licząca skarży się na mocne bóle głowy i jakiś nieokreślony stan podniecenia. O stosunkach swoich rodzinnych i dziedzicznych chora nie pewnego powiedzieć nie może; chorób umysłowych i nerwowych podobno w rodzinie nie było. Chora jest wdową; nigdy nie rodziła; spełnia obecnie czynności kucharki w mieście prowincjonalnem, wśród warunków nie dość pomyślnych.

Cieszyła się zawsze dobrem zdrowiem i miała wygląd doskonały. Piętnaście lat temu cierpiała przez tydzień czasu na jakąś chorobę, której rodzaj i umiejscowienie były podobno także same, jak choroby obecnej; ta ostatnia ciągnie się już dwa tygodnie. Pacjentka nie jest w stanie wskazać przyczyny choroby terażniejszej, oświadcza tylko, przy drobiazgowem badaniu, że w pokoju, gdzie sypia zwykle, piec jest popsuty, i że drzwiczki zamykano zawsze wtedy, kiedy węgle jeszcze się żarzyły, co ją narażało nieraz na przemijające bóle głowy.

Choroba zaczęła się zwolna od bólów w skroniach i uczucia „pomieszania“. To ostatnie zjawilo się, według słów chorej, pewnego wieczoru i polegało na tem, że chora nie była w stanie oryentować się wśród otoczenia. Wszystko wydawało jej się bądź cudnie pięknem, bądź nad wyraz brzydkiem, nadmiernie dużem lub odwrotnie bardzo małym. Chwilami, co trwało zresztą bardzo krótko, nie widziała nic, lub też jakby przez gęstą mgłę. Poza tem chora zdawała sobie dokładnie sprawę ze swego stanu duchowego, dość krytycznie zapatrywała się na widzenia swoje i była zdumiona natarczywością złudzeń zmysłowych. Nigdy chora nie straciła przytomności i mówiła zawsze do rzeczy. Stan ten wkrótce się zmienił: bóle głowy zmniejszyły się, nie dokuczały bezustannie, lecz zjawiały się napadowo, aż wreszcie umiejscowiły się wyłącznie z lewej strony.

Chora była badana 15-tego dnia choroby [27 Maja, 1892] i wówczas można było stwierdzić dość wyraźną, prawie zupełną półwzroczność prawostronną (*hemianopsia homonyma dextra*), a nadto ogólne zwężenie pola widzenia z obu stron. Był to, że się tak wyrażę, jedyny prawie, stały objaw chorobowy u pacjentki. Ogólny stan chorej, względnie dobrze odżywianej, był dość pomyślny; stan psychiczny był pod każdym względem prawidłowy. Pamięć, uwaga, pojmowanie, bieg myśli, odczuwanie, samowiedza i usposobienie nie nastęrczały żadnych wyraźnych zbroceń.

Chora nie gorączkuje. Tętno 92, miarowe, miękkie. W naczyniach dostępnych dla badania nie stwierdzono sprawy miażdżycowej, również nie znaleziono żadnych śladów nałogowego pijaństwa lub przebytego syfilisu. Nie ma stygmatów zwyrodnienia. Dziedzina ruchu i czucia zupełnie prawidłowa.

Punktów neuralgicznych nigdzie nie ma. Z pośród narządów zmysłów jeden tylko wzrok szwankuje, o czym wyżej powiedziano. Jak najdokładniejsze, kilkakrotnie przez specjalistów przedsiębrane, badaniej oczu nie wykazało żadnych zбочeń ani w powierzchownych, ani w głębszych częściach. Również nie zauważono żadnych objawów przedmiotowych i podmiotowych, właściwych neurastenii lub histeryi. Serce, płuca, przewod pokarmowy są w należyтым porządku. Drugi ton aorty jest metaliczny. Łaknienie zadawalające. Zaparcie stolca—nawykowe.

Prócz jednego, stałego objawu—półwzroczności prawostronnej — zwrócić należy pilniejszą uwagę na lewostronne bóle głowy, zjawiające się w więcej lub mniej prawidłowych odstępach czasu. Ilekroć zjawił się napad bólu głowy, czy to silniejszy, czy słabszy, towarzyszyły mu przeróżne dziwaczne złudzenia zmysłowe w półwzrocznem polu widzenia. Chora widziała z prawej strony mnóstwo żołnierzy, odzianych w fantastyczne, po większej części potworne ubrania; żołnierze maszerowali od strony prawej ku lewej i znikali na linii środkowej widnokręgu. Z prawej strony sali szpitalnej, w miejscu, gdzie znajdowały się pacjentki, współtowarzyszki, chora nasza widziała najpiękniejsze, różnobarwne kwiaty i krzewy, cały ogród obficie zadrzewiony. Innym znów razem zwracała ona uwagę swoich sąsiadek na zbałwanione jezioro, które lada chwila grozi zalaniem; złudzenie to istniało z prawej strony. Większa część halucynacyjnych postaci i przedmiotów zmieniała wielkość, gdy chora dokładniej im się przyglądała. Z zamknięciem oczu widziadła znikaly na czas krótki, poczem zjawiały się ze wzmoczoną siłą.

Chora widziała kwiaty i krzewy, nie czuła jednakże zapachu ich; widziała dokładnie pochód wojska, nie słyszała jednakowoż szcęgku broni. Dwa razy tylko doznała przykrego uczucia, jakoby dziwaczne postacie dyabłów, maszerujących od strony prawej ku lewej, pchały się na jej ramię prawe. Ból i uczucie ściskania w prawem ramieniu [halucynacya dotykowa] trwały dopóty, dopóki nie ustąpiło widzenie. Chora wiedziała doskonale, że są to tylko widzenia i dziwiła się niepomieranie kalejdoskopowej różnorodności obrazów, które to zjawiały się, to znikaly.

Gdy napad bólu głowy przechodził, znikaly jednocześnie złudzenia zmysłów i chora spała spokojnie. Zwykle chora budziła się w nocy z bólem głowy i wtedy to podlegała złudzeniom; wyjątkowo zaś widzenia pojawiały się wieczorem. Wszystko to wielce utrudniało badanie kliniczne tych ciekawych zjawisk.

W początkach napady bywały 3—4 razy tygodniowo, później coraz rzadziej, aż wreszcie czwartego tygodnia pobytu w szpitalu zupełnie ustąpiły. Jednocześnie pole widzenia znacznie się rozszerzyło, półwzroczność znikła i chora wyzdrowiała prawie zupełnie.

Jaki obraz chorobowy mamy przed sobą w danym przypadku, tak mało w objawy obfitującym? Czy jest to cierpienie organiczne, czy czynnościowe? Wreszcie, czy dla zrozumienia halucynacyi i hemianopsyi wystarcza przyjąć jedną sprawę chorobową, czy też należy przypuszczać współistnienie dwóch odrębnych spraw?

Z cierpien organicznych możnaby zatrzymać się tylko nad cierpieniem mózgu, gdyż w narządzie myślu obwodowym nie dało się odnaleźć nic takiego, coby nam tłómaczyło złudzenia wzroku [zmętnienie rogówki, przekrwienie naczyńówki, rozwijająca się zaćma i t. p.]; skryty początek choroby, brak ciężkich i trwałych objawów mózgowych, brak wreszcie jakiegokolwiek cierpienia narządów krążenia — pozwalają wykluczyć z wielkim prawdopodobieństwem sprawę krwotoczną i zatorową.

Brak absolutny objawów, świadczących o zajęciu podstawy mózgu i objawów podkorowych [bezwład nerwów mózgowych, płasawica połowiczna, niedowład połowiczny, znieczulenie połowiczne] skłaniałyby do przyjęcia cierpienia kory mózgowej. Ze względu na odosobnione zjawiska optyczne możnaby przypuszczać zakrzep tej gałęzi tętnicy mózgowej tylnej lewej (*art. parieto-occipitalis*, według Monakow'a), która unaczynia ośrodek wzroku, t. j. *cuneus lobi occipitalis*. Porażenie pewnej części tego zrazu objaśniłoby nam dokładnie półwzroczność, podrażnienie zaś odcinków sąsiednich — halucynacje percepcyi. Przeciwno temu przemawia jednakże brak wszelkich danych etyologicznych: syfilis, cierpienie nerek, ostre cierpienie zakaźne wykluczone zostały z wszelką pewnością. Za arteryosklerozą, jeśli pominąć drugi metaliczny ton aorty, nie przemawiało zgoła nic. Wprawdzie chora wspominała, że w jej pokoju sypialnym piec nie zamykał się dość szczelnie i że przeto zmuszoną była nieraz spędzać dni całe w atmosferze, przepelnionej wylizwami węgla. Nie można zaprzeczyć, że rozmięczenie mózgu, jako następstwo zatrucia tlenkiem węgla, spotyka się nie rzadko; lecz gdybyśmy zgodzili się na to przypuszczenie, (niewytłomaczonym by pozostał dla nas tak swoisty przebieg choroby [napady peryodyczne bólów głowy pod wieczór i rano], jak i zniknięcie bez śladu objawów bezwładu i podrażnienia [hemianopsya i halucynacje]. Analogiczne co do istoty swej i umiejscowienia złudzeń zmysłowych, a przebyte przed 15-łaty, cierpienie naszej chorej pozostałoby zagadką, gdyby przyjąć fakt zatrucia tlenkiem węgla. Toż samo zarzucić można rozpoznaniu ograniczonego nowotworu [zwapniały gruzełek odosobniony i t. d.], umiejscowionego w korze lub w istocie białej zrazu potylicowego [t. zw. *sagittales Markbuendel*]. Rozpoznanie więc ogniskowego cierpienia natury organicznej jest również bardzo wątpliwe.

Z grupy tak zwanych cierpien czynnościowych żadne nie odpowiada naszemu obrazowi chorobowemu. Przeciwno nawrotowej ostrej psychozie halucynacyjnej, którą możnaby przypuszczać z uwagi na anamnezę [*dementia acuta*, obłąd asteniczny, *mania transitoria*, obłąd halucynacyjny, *amentia*], świadczy popierwsze brak absolutny objawów psychicznych [inteligencya, uwaga, pamięć, usposobienie] i danych etyologicznych [dziedziczność, pijaństwo nalogowe, *puerperium*, *asthenia*], a następnie charakter złudzeń zmysłowych, które

nie miały nic wspólnego z czystymi halucynacjami a percepcyj [niezależność od stanu świadomości, opanowanie jednego tylko zmysłu, obecność korygujących i hamujących pojęć, *hemianopsie* i t. d.].

Nie możemy również podejrzewać, by napady były równoznacznikiem padaczki; chora bowiem nie traciła nigdy przytomności i pamięci, a powtórę dlatego, że napad każdy zjawiał się wtedy, kiedy chora była w stanie prawidłowym i takąż pozostawała po każdym napadzie.

Pozostaje jeszcze *histeria*, ta w wielkim stylu symulantka przeróżnych cierpien natury organicznej. Na korzyść jej, zdawałoby się, przemawiały: niepomyślnie warunki życia chorej [wdowa, kucharka], peryodyczne napady bólu wraz z halucynacjami, ogólne zwięźlenie pola widzenia, rzekoma mikro-megalopsya. Przy dokładniejszym jednakże badaniu musimy i to rozpoznanie wykluczyć. Charakter i typ napadów, półwzrocność [objaw niesłychanie rzadki w *histerii*], brak wyraźnego, psychicznego *agent provocateur* dla napadów, wreszcie, co najważniejsza, brak zupełny wszelkich stygmatów *histerycznych*, jakoteż fizycznych lub psychicznych oznak zwyrodnienia: wszystko to są zarzuty poważne, wobec których rozpoznanie *histerii* ostać się nie może. Mikro-megalopsya podczas halucynacji również nie była charakterystyczną dla *histerii*; nie można było nigdy stwierdzić jej przy badaniu i prawdopodobnie polegała ona na uczuciu mięśniowem, zależnem od mimowolnej akomodacji. Mikro-megalopsya zatem, podobnie jak i chwilowe znikanie złudzeń przy zamkniętych oczach, była pochodzenia psychicznego, logicznym wnioskiem samej chorej [por. przypadki *PICK'a*, *SANDER'a*].

A może mieliśmy w danym przypadku migrenę, przy której, jak wiadomo, spostrzegane bywają bóle głowy jednocześnie z halucynacjami i napadami obłądki przejściowego [*ZACHER*, *BABIŃSKI*, *MINGAZZINI*]? I rzeczywiście, spotyka się nieraz *hemiambliopie* w tak zwanej „*migraine ophthalmique*“; wydaje mi się jednak nieprawdopodobnem, aby też *hemiambliopie* mogły ostawać się i w chwilach wolnych od napadów; jeszcze zgodziłbym się na tę możliwość w przypadku t. zw. *status hemicranicus*, gdzie napady, podobnie jak w *status epilepticus* i *status hystericus*, następują po sobie niezwykle szybko. Ale w naszym przypadku o podobnym stanie i mowy być nie może, gdyż ani typ halucynacji, ani dane anamnestyczne [dziedziczność] nie przemawiają za migreną oczną.

W każdym razie pozostanie ciekawą ta okoliczność, że złudzenia zmysłu i bóle głowy—dwa objawy podrażnienia—zjawiały się zawsze razem i napadowo, gdy tymczasem półwzrocność—objaw porażenia—trwała stale. Bóle głowy i halucynacje zależały prawdopodobnie od peryodycznych skurczów naczyń w obrębie ośrodka wzroku, mieszczącego się w korze mózgowej lewej półkuli [następcza niedokrewność?].

Na jakieś rozpoznanie pewne nie mogłem się w danym przypadku zdecydować i pomimo czterotygodniowej obserwacji musiałem pozostawić je w zawieszeniu. Symulacja, któraby mogła snadnie przyjść na myśl—jak to bywa we wszystkich przypadkach niezbyt obfitujących w objawy kliniczne—wykluczyłem na tej zasadzie, że sam badałem kilkakrotnie w pierwszym ty-

godniu pole widzenia chorej za pomocą perymetru; przy badaniach tych otrzymałem stale prawie jednakową figurę pola widzenia — półwzroczność przy ogólnem zwężeniu tegoż pola; symulować zaś taki objaw wydaje mi się więcej niż nieprawdopodobieństwem, ze względu na niski stopień inteligencji naszej chorej [porówn. pracę moją: „O tak zw. nerwicach urazowych i ich symulacji“, „Gaz. Lekarska“, 1893].

Spostrzeżenie 2.

Doba F., licząca 24 lata, przybyła do szpitala d. 21 października 1892 r., z powodu osłabienia ogólnego i rozdrażnienia. Przy wywiadach przekonałem się, że matka i rodzeństwo chorej cieszą się pomyślnem zdrowiem, ojciec zaś był nałogowym pijakiem i suchotnikiem. Przed trzema laty F. wyszła za mąż, lecz ani razu nie rodziła i nie roniła. Kilkakrotnie chora pluła krwią, zresztą była zdrowa i mogła dokładnie spełniać swoje czynności, jako służąca.

Choroba obecna trwa z górą rok: rozpoczęła się od bólów rozlanych w rozmaitych okolicach ciała, od uczucia osłabienia i rozdrażnienia, wreszcie od zawrotów głowy i bicia serca. Od czasu do czasu zjawiały się bez powodu, obfite biegunki, które kończyły się zwykle bez pomocy lekarskiej. Od 3 miesięcy istnieje prawostronna ptóza, od dwóch miesięcy chora niezwykle się poci, od czterech zaś tygodni siła prawych kończyn stopniowo słabnie.

Dane badania przedmiotowego były następujące: chora, bardzo wychudzona i małowkrwista; widocznych oznak jakichkolwiek bądź zboczeń w układzie kostnym i mięśniowym niema. Tętno 132 miękkie, miarowe. Stan bezgorączkowy. Słabo wyrażona *hemiparesis et hemihyphaesthesia dextra*.

Siłomierz wykazuje 16 z prawej strony i 35 z lewej. Osłabienie równomierne grubej siły tyczy się całej wogóle muskulatury z prawej strony, uczucie bólu, dotyku i mięśniowe jest również upośledzone. Lekkie drżenie rąk.

Odruchy ścięgniste i skórne znaczenie wzmożone. Objaw ROMBERG'a $\frac{1}{2}$ wyraźny.

Siła wzroku z obu stron prawidłowa; narząd ruchowy lewego oka prawidłowy; powieka górna prawego oka znacznie opuszczona, ruchy gałki ocznej ograniczone ku wewnątrz, ku górze i dołowi; źrenica rozszerzona, odruch na światło opieszwały (*paresis n. oculomotorii dextri*). Jeśli kazać chorej opuszczać powoli wzrok z góry na dół, to powieka górna na pewnej wysokości zatrzymuje się w miejscu; chora jednakże zamykać, może oko dowolnie [objaw GRAEF'ego]. Brodawki nerwów wzrokowych są dość blade. Czasami zjawia się bardzo wyraźna *insufficiencia convergentiae* i *diplopia*. *Hemianopsia sinistra incompleta*. Reszta nerwów mózgowych spełnia swe czynności prawidłowo.

Czynność ruchowa krtani należyta, wrażliwość nagłośni obniżona po stronie prawej. Zapalenie ucha średniego przewlekłe z lewej strony z następczą głuchotą.

Ulceratio conchae inferioris et septi nasi. Takież owrzodzenia, w części zabliznione, widać na szyi. Na *uwula* znaleziono defekt, który chora uważa za wrodzony.

W sercu, płucach i wątrobie nie chorobowego nie stwierdzono. Mocz nie zawiera ani cukru, ani białka. Narządy płciowe, szczególnie macica, są w stanie zaniku.

Pobudliwość muskulatury tak galwaniczna, jak i faradyczna — prawidłowa; przeciwnie odporność skóry na prąd stały — obniżona. Inteligencya całkiem zachowana. W ostatnich czasach chora jest trochę zdenerwowaną, wrażliwszą i bardziej skłoną do płaczu.

Dnia 31 X. Od kilku dni chora skarży się na zmieniające się kolejno uczucie gorąca, zimna i dreszczy. Przedmiotowo niema żadnego podniesienia ciepłoty. Ogólny stan znacznie się poprawił, *hemiparesis* i *anaesthesia* znikły. Objaw ROMBERG'a słabiej wyrażony.

Dnia 6 XI. Mocne bóle w części potylicowej głowy, które nie dają się usunąć ani za pomocą bromu, ani chininy, ani też antypiryny. Zatrzymanie stolca i moczu. Od dwóch dni wielomocz bez cukru w moczu.

Dnia 23 XI. Chora leży biernie na wznak. Apatya. Chora nie jest w stanie podnieść się, odpowiada niechętnie na zadawane pytania. Bóle głowy dokuczają co noc. Kilkakrotnie powtórzyły się napady uczucia nadmiernego gorąca, podczas których chora przypuszczała, że już umiera.

Dnia 24 XI. Dziś czuje się chora weselszą i żwawszą; spaceruje po pokoju. Nie przypomina sobie wcale wczorajszej apaty i adynamii. Tętno=108, łatwo daje się uciskać. Niedowład nerwu okoruchowego słabiej wyrażony. Owrzodzenie na szyi szybko się zabliznia.

Dnia 26 XI. Przedwczoraj chora straciła przytomność i kilkakrotnie powtórzył się napad ogólnej padaczki. Stan taki trwał 24 godziny. Wczoraj wieczorem chora, będąc całkiem przytomną, doznała wyraźnych halucynacyi w półwzrocznym polu widzenia: mianowicie widziała ładną dziewczynkę z kędzierzawymi włosami, spacerującą po pokoju z lewej strony. Wyraźny niedowład prawej kończyny dolnej; objaw stopowy w lewej nodze.

Dnia 2 XII. Chora jest bardzo osłabiona. Tętno łatwo wyczuwalne. Zupełny bezwład prawej nogi i kończyn górnych. Czucie znacznie obniżone, szczególnie po prawej stronie ciała. Czucie bólu i mięśniowe zniesione zupełnie na częściach obwodowych. *Clonus pedis* obustronny. *Incontinentia urinae. Retentio alvi.*

Dnia 6 XII. Bezwład zupełny wszystkich kończyn. Nerwy mózgowe — prawidłowe. W nocy, gdy chora była całkiem przytomna, zjawily się męczące halucynacje wzroku w ciemnym polu widzenia. Halucynacje prześladowały chorą nawet wtedy, gdy zamykała oczy. Pacjentka widziała chorego ojca swego i ośmiu starców, biało odzianych: jeden z nich kradł jej lewy bucik, dwaj inni podawali jej

jakis tajemniczy list, żądając za niego 10 złotych i t. p.. Takie sceny odbywały się wyłącznie po lewej stronie chorej. Chora wyraźnie zaznacza, że było to widzenie podczas czuwania, a nie sen. Toż samo potwierdzają zresztą sąsiadki chorej, z którymi rozmawiała podczas owych złudzeń.

Dnia 14. XII. Chora jest dość niespokojna i rozdrażniona. Ciepłota podniosła się do 39,2° C., bez wszelkich zapowiedzi. Gorączka trwa 4 dni, niema jednakże objawów, któreby mogły wytłomaczyć ją.

Dnia 19. XII. Bóle w całym ciele. Czynności ruchowe chorej zaczynają się nieco poprawiać. Prócz osłabionego czucia w członkach porażonych stwierdzono rozsiane po całym ciele ogniska analgetyczne, które sprawiają wrażenie histerycznych. Siła wzroku dobra; achromatopsyi niema. Stan podniecenia ogólnego ustąpił. Zjawiają się napady podmiotowego uczucia gorąca, które zmuszają chorą do wyrzucania pościeli z łóżka; trwają one zwykle $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny. Ciepłota niżej normy.

Dnia 14. I. Ruchy członkami są nieco silniejsze; chora może trochę podnosić się. Czynność pęcherza i kiszek prawidłowa. Pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów—prawidłowa.

Dnia 18. II. Chora opuszcza szpital z zupełną poprawą zdrowia. Stan ogólny jest całkiem zadawalający. Tętno mocne. Sfera ruchowa i uczuwo-zmysłowa w należyтым porządku. Hemianopsya i halucynacje ustąpiły. Odruchy ścięgniste i skórne—wzmoczone. Pozostały się tylko ślady niedowładnu nerwu okoruchowego i objaw GRAEFE'go w prawem oku.

Jaką jednostkę chorobową mamy w opisanym wyżej obrazie klinicznym? Powolny początek cierpienia w połączeniu z zaburzeniem stanu ogólnego, ze wzmoczoną pobudliwością, uczuciem osłabienia, niedokrwistością, wychudnięciem, wreszcie z zawrotami i bólami głowy oraz rozlanymi bólami—przemawiałyby za jedną z rozlicznych postaci neurastenii, która tak często nawiedza jednostki usposobione do niej, dziedzicznie obciążone [ojciec chorej był pijakiem i suchotnikiem] i żyjące w warunkach niepomyślnych [służąca]. Brak objawów przedmiotowych ze strony płuc i serca czynił rozpoznanie gruźlicy lub wady serca bardzo wątpliwem, pomimo niejednokrotnego krwioplucia. Podobnie trudno było myśleć początkowo o histeryi wobec braku znamion histerycznych.

Natomiast nie można było pominąć przy rozpoznawaniu cierpienia innej nerwicy czynnościowej, mianowicie choroby BASEDOW'a, która zwykle zaczyna się wśród objawów neurastenii, a w przebiegu swym odznacza się niezwykle zmiennością. I rzeczywiście, bliższe rozpatrzenie się w objawach przedmiotowych danego przypadku skłaniało mnie do tego przypuszczenia; prócz bowiem przytoczonych objawów, mogliśmy stanowczo stwierdzić: stałe przyspieszenie czynności serca [tętno 132], wyraźne drżenie rąk, szybkie i delikatne, jak przy chorobie BASEDOW'a, dalej *insufficienciam convergentiae* i objaw GRAEFE'go—jednem słowem: cechy typowe dla choroby BASEDOW'a. Napady rzekomo bezprzyczynowej biegunki, wysoce niemiłe uczucie gorąca przy ciepłocie ciała niżej normy, obfite poty, zmniejszenie odporności skóry na prąd galwaniczny, wielomocz, zanik narządów płciowych, gorączka, trwająca 4 dni, któ-

ra zjawiała się bez objawów przedwstępnych i znikła nagle bez śladów zakłócenia czynności jakiegobądź narządu i t. d.: wszystko to zgadzałoby się najzupełniej z powyższem rozpoznaniem. Rozumie się, że mowa by tu była o tych niewyraźnych i zaczątkowych postaciach tej choroby, które TROUSSEAU i CHARCOT nazywają „*formes frustes*“, gdzie objawy uboczne występują na plan pierwszy, brak zaś jeszcze niektórych objawów podstawowych [wypuklenie oczu, wole].

Na domiar wszystkiego tego, leczenie czysto wzmacniające [kąpiel, galwanizacya, pożywne jedzenie, żelazo, chinina], zastosowane początkowo, sprawiło znaczne polepszenie w ogólnym stanie chorej.

Niebawem jednakże przyłączyły się liczne objawy, powstałe na tle czynności psychicznych, ruchowych i czuciowo-zmysłowych, a które mogą, wprawdzie pojedynczo brane, towarzyszyć chorobie BASEDOW'a [*parapareses*, porażenie nerwu okoruchowego], lecz w sumie wzięte zdawały się przemawiać za ciężkiem cierpieniem organicznem, mózgo-rdzeniowem. Tak, na przykład, ciemnymi pozostawały następujące objawy: silne, świdrujące bóle nocne w potylicy, prawostronny bezwład nerwu okoruchowego, powtarzająca się hemipareza, do której przyłączył się potem bezwład zupełny wszystkich kończyn, napady podobne do padaczkowych, połączone z utratą przytomności, zaburzenia pęcherzo-kiszkowe, półwzrocność, halucynacye w bezwzrocnej części pola widzenia i t. d.

Owrzodzenia na szyi, na przegrodzie nosowej i na muszli dolnej, podejrzany defekt na języczku, wreszcie zapalenie ucha średniego lewego z następującą głuchotą zwróciły naszą uwagę w stronę syfilisu. I rzeczywiście, słuszność tego rozpoznania potwierdziło leczenie: stosowane jednocześnie z jodem wcierania szaruchy sprawiły, że chora zupełnie prawie wyzdrowiała.

Rzut oka na dany przypadek przekonywa nas zarazem, że jest to wieloogniskowe cierpienie syfilityczne. Już na początku choroby, gdy nie mieliśmy jeszcze objawów ze strony rdzenia, istnienie wielu ognisk w mózgu było bardzo prawdopodobne. Lewostronna półwzrocność i porażenie prawego nerwu okoruchowego przemawiały za zajęciem tej części podstawy mózgu, w której prawy nerw okoruchowy, opuszczając mózg, krzyżuje się ze szlakiem wzrokowym z tejże strony. Toż samo ognisko jednakże uciskając na sąsiednie odnogi, idące od mózgu ku mostowi WAROL'a (*pedunculus cerebri ad pontem*), musiałoby wywołać połowiczny niedowład lewostronny; powstałby w ten sposób t. zw. objaw WEBER'a [por. pracę moją „O apopleksyi, histerycznej“, Gaz. Lek. 1892 r.], w której porażenie nerwu okoruchowego krzyżuje się z porażeniem kończyn (*hemiplegia alternans*). U naszej zaś chorej oba rzeczzone podrażnienia istniały po jednej stronie, mianowicie prawej.

Przeciwno umiejscowieniu siedliska półwzrocności na podstawie mózgu świadczy jeszcze ta okoliczność, że nerwy czaszkowe, przebiegające w pobliżu szlaku (*n. trochlearis*), były zupełnie zdrowe, powtóre, że nie mieliśmy zapalenia lub zaniku nerwu wzrokowego. [Próby na hemioptyczny odczyn źrenicy WERNICKE'go nie doprowadziły do żadnych wyników pewnych!]. Owe zatem trzy objawy nie mogły zależeć od pojedynczego ogniska na podstawie mózgu.

A może drugie ognisko leżało wewnątrz mózgu? Na przebiegu dróg wzrokowych, wewnątrz-mózgowych [poduszczyk, ciało kolankowate wewnętrzne, wieniec promienisty GRATIOLET'a] również nie znamy takiego miejsca, które by mogło nam wytłumaczyć półwzroczność po jednej stronie, obok niedowładu połowiczego strony przeciwnej. Tylko wieloogniskowa sprawa korowa mogła dać obraz podobny; na korzyść jej przytoczyć trzeba jeszcze napady podobne do padaczkowych, objawy pobudzenia psychicznego i halucynacye.

Te ostatnie zaliczyć należy do działu złudzeń percepcyi. Uszkodzenie wewnętrznej powierzchni prawego zrazu potylicowego (*fissura calcarina*, według HENSCHEN'a) wystarczyłoby w zupełności do wytłumaczenia sobie objawów porażenia wzroku i pobudzenia jego, t. j. czystej półwzroczności i halucynacyi. Z dwóch tych objawów, zgodnie z ogólną zasadą, objaw porażenia był stały, objaw zaś pobudzenia—prześciowy.

Bezwład wszystkich czterech kończyn, jaki się w następstwie przyłączył do obrazu chorobowego, zdawał się przemawiać za porażeniem mostu, *resp.* rdzenia przedłużonego. Lecz w takim razie musowem byłoby porażenie nerwów czaszkowych i to bez względu na to, czy sprawa chorobowa przedstawiałaby się jako *gumma*, czy jako *aneurisma miliare*, czy jako *meningitis basilaris chr.*, czy wreszcie jako zakrzep tętnicy podstawowej (*art. basilaris*). Myśmy jednak nie mieli wcale objawów świadczących o porażeniu opuszki i mostu [*dysarthria*, *aphonia*, bezwład nerwu twarzowego, zakłócenie czynności żucia i polykania], natomiast widzieliśmy, prócz paraplegii, objawy, świadczące o porażeniu rdzenia: niewstrzymaność moczu, zatrzymanie kału, objaw ROMBERG'a i t. d.. Syfilis przeto rdzenia, obok wieloogniskowego porażenia mózgu, wydaje nam się najprawdopodobniejszym.

Specjalnie zajmujące nas halucynacye wzroku w półwzrocznym polu widzenia powtórzyły się dwukrotnie, lecz na nieszczęście w godzinach nocnych. Tak w tym, jak i w pierwszym przypadku hemiopia oraz halucynacye całkowicie ustąpiły; w większości zaś odnośnych przypadków innych pisarzy półwzroczność trwała uporeczywie, nawet po ustąpieniu złudzeń zmysłowych.

Na tem kończę pracę moją. Niejednokrotnie zaznaczyłem w niej, że badania nad halucynacyami jednostronnemi posiadają dla nas nie tylko znaczenie teoretyczne, rzucając nieco światła na patogenezę i siedlisko tła anatomicznego złudzeń zmysłowych, na mechanizm kory mózgowej i wreszcie na potężny wpływ psychiczny przy sprawach organicznych, lecz są również niezmiernej wagi dla każdego klinicysty, już to dopomagając często do postawienia właściwego rozpoznania [objaw ogniskowy], już też ułatwiając znakomicie trudne nieraz orientowanie w kwestyi rokowania i wyboru odpowiedniego leczenia [halucynacye obwodowe].

L I T E R A T U R A.

DONAT. Hist. med. mirab. Francfort. 1513, lib. XI, Cap. 1. — DON CALMET. Traité sur les apparitions des esprits. Paris. 1751. II. — MAISONNEUVE. Observations sur l'épilepsie. Paris. 1805.—

BERBIGNIER. Des farfadets Avignon. 1821. I. Cap. 7 — MOREAU de TOURS. Du haschisch et de l'alienation mentale. Paris. 1845. — BOUSSAT. Observations d'hallucinations. Encyclogr. méd. 1845. — MICHÉA. Du délire des sensations. Paris. 1851. — BALLARGER. Des hallucinations. Paris. 1846. — BODIN. Démonomanie des sourciers. Paris. 1850. — BRIERE de BOISMONT. Des hallucinations. Paris. 1862. — SCHRÖDER van der KOLK. Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten. Braunschweig. 1863. — GRIESINGER. Psychiatrie. 1863. — ROBERTSON. Brit. med. Journ. 1875. II. — GLYNN. Brit. Journ. 1878. II. — RÉGIS. Hallucinations unilatérales Encéphale. 1881. I. — PICK. Jahrb. f. Psych. 1880. II. — BALL. Annal. méd. psych. 1882. — BÜCH. Arch. f. Psych. 1881. XI. — MABILLE. Cas de guérison d'hallucination unilatérale. Annal. méd. psych. 1883. X. — MAGNAN. Hallucinations bilatérales à caractère différent etc. Union méd. 1883. — PICK. Prager med. Wochenschr. 1883. Nr. 44. — MILLET. Cas d'hallucination unilatérale. Annal. méd. psych. 1884. — WEBER. New York. med. Journ. 19. Dec. 1885. — RAGGI. Ref. w Neurol. Centrblt. 1884, pag. 41 — HAMOND. New York med. Journ. 12. Dec. 1886. — THOMASCHIEWSKY-SIMONOWITSCH. Wiestnik Psychiatrii. 1888. VI. — SOUCHON. Inaug. Dissert. Berlin. 1890. — SEPELLI. Rivista sper. di freniatria. 1891, pag. 82. — LWOFF. Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau. Thèse de Paris, 1890. — FÉRÉ. Hallucination unilatérale de l'ouïe dans le zona. Bull. méd. 5 Mai. 1892. — BIDON. Hemianopsie avec hallucinations dans le partie invisible du champ visuel. Revue de méd. Dec. 1891. — TOULOUSE. Hallucinations unilatérales chez une femme ayant une lésion circonscrite du cerveau. Gaz. des hôp. 1892, pag. 594. — PIERRACCINI. Uno fenomeno non ancora descritto nelle allucinazioni visivi. Rivista sper. di freniatria. XVIII. 2. — TOULOUSE. Les hallucinations psychomotrices. Progres. méd. 1888. — TAMBURINI. Hallucinations motrices. Rev. scient. 1890. — SEGAS. Note sur le dédoublement de la personnalité et les hallucinations verbales psychomotrices. Arch. de Neurol. Juli. 1891. — GUINON et WOLTKE. Ibiem. 1891. — HOCHÉ. Doppelseitige Hemianopsia inferior. Arch. f. Psych. XXIII. 1. — DESCOURTIS. Mémoire de l'Acad. de méd. 1889. — TIGGER. Zur Theorie der Hallucinationen. Allg. Zeitschr. f. Psych. XLVIII, pag. 309. — HOPPE. Erklärung der Sinnestäuschungen, 1878. 4. Aufl. — CHVOSTEK. Beiträge zur Theorie der Hallucinationen. Jahrb. f. Psych. XI. Heft 3. — RÉGIS. Folie systematisé religieuse avec hallucinations psychomotrices orales et graphiques. Bordeaux. 1893. — PICK. Beiträge zur Lehre von den Hallucinationen. Neurol. Centralbl. 1892. 11. — WUNDT. Hypnotismus und Suggestion. Leipzig. 1892, pag. 65 [por. T. ZIEHEN. Referat o ten samem. Philos. Monatsh. 1893. XXIX. Zesz. 7 i 8]. — GRASHEY. Ueber Hallucinationen. Münch. med. Woch. 1893. Nr. 8 i 9. — KRAEPELIN. Psychiatrie. 1889. Wyd. 3. — GOWERS. Handbuch der Nervenkrankheiten. 1892. II, str. 167. — PITRES. Leçons cliniques de l'hystérie et l'hypnotisme. 1891. II, str. 33. — WUNDT. Physiologische Psychologie. 1892. II, str. 434. — MAGNAN. Psychiatrische Vorlesungen. Niemieckie tłumacz. MÖBIUS'a. 1893. IV. Zesz. 5, str. 107. — RÉGIS. Journ. de méd. de Bordeaux. 1894. Nr. 17 i 18, str. 193. — COLMAN. Brit. med. Journ. 1894. 12, V, str. 1015. — LAQUER. Neur. Centralblat. 1894. 13, str. 503.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

ELEKTROTERAPIA PRZED SĄDEM KRYTYKI WSPÓŁCZESNEJ.

Podaj

A. Puławski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 10].

C. W. MUELLER jest przeciwnikiem sugestyi, a w szczególności w stosunku do elektroterapii. Według niego, suggestya nie gra tu absolutnie żadnej roli.

Dla dowiedzenia tej tezy mówca powołuje się na przykłady ze swojej własnej kazuistyki, którą ułożył dla zwalczenia poglądów MOEBIUS'a. MUELLER

nie pojmuje, dlaczegooby jakakolwiek tkanka ciała ludzkiego, płynna, czy stała, miała się wyłamywać z pod znanego powszechnie działania prądu elektrycznego; dla czego można elektrycznością leczyć *synovitis* [a skuteczność takiego leczenia MUELLER uważa za dowiedzioną], a nie można *meningitidis*? ¶Więc *dieser Elektrotherapeutissimus*, jak go nazywa EULENBURG, leczy skutecznie elektrycznością wszelkie organiczne cierpienia mózgu, wylewy krwawe korowe i podkorowe, embolie i trombozy, padaczkę JACKSON'a, *encephalitis*, *myelitis*, *tabes*, nie mówiąc już o porażeniach obwodowych i czynnościowych nerwicach, a to wszystko na mocy fizyczno-fizjologicznych praw elektroterapii. MOEBIUS, nazwał książkę MUELLER'a: *Sammlung von Wundergeschichte*. I rzeczywiście, są tu cuda. Szkoda tylko, że często spotykamy tu takie rozpoznania, jak *meninge-encephalitische Erkrankung*, *myelitis incipiens oder starke Hyperaemie medullae spinalis*, *myelitis incipiens* [czy nie histerya?]. Historje choroby tak są pobieżne, tak pisane *ad usum Delphini*, że często nie wiadomo, gdzie szukać błędu. Zjawił się np. do MUELLER'a oficer z ciężkim porażeniem *n. radialis* wskutek uwięźnięcia tego nerwu w *callus*, który się wytworzył po złamaniu postrzałowem ramienia i złem ułożeniu odłamków. Trzymiesięczna galwanizacya [111 posiedzeń!...] *machte den Callus mehr und mehr schmelzen*, dopóki nie uwolniła z niego nerwu i nie usunęła porażenia. MUELLER zaprzestał galwanizacyi. *weil ich fast fürchten musste, dass die Knochen wieder auseinander gingen...* O takich książkach, powiada MOEBIUS, powinni elektrotarapeuci mówić: od przyjaćiół moich chroń mię, panie Boże!

Dla BENEDIKT'a działanie prądu elektrycznego jest jasne i polega na jego własnościach: elektrolitycznej, katalitycznej i kataforetycznej. Suggestyę uważa za hasło beztreści (*Inhaltloses Schlagwort*). Wszystkie cuda suggestyi dla trzeźwego obserwatora są kłamstwem, komedią między lekarzem a chorym, albo też świadomym humbgiem. B. widział wszelkiego rodzaju porażenia ośrodkowe, wyleczone przez prąd elektryczny. Ci tylko mogą wątpić o leczniczej wartości tegoż w cierpieniach obwodowych, którzy nie znają tych ostatnich w ich naturalnym przebiegu i kliniczno-terapeutycznie nie umieją ich obserwować.

Więcej przekonujące od entuzjastycznych przykładów MUELLER'a i apodyktycznych twierdzeń BENEDIKT'a były niektóre uwagi LOEWENFELD'a. Nieraz mamy sposobność spostrzegania naturalnego przebiegu chorób, o jakim mówi ROSENBACH. Jeżeli chory przychodzi do nas z cierpieniem, które trwa miesiące i lata bez poprawy, jeżeli następnie ta poprawa zjawi się w ciągu kilku tygodni, przy odpowiednim leczeniu elektrycznością, mamy wówczas prawo przypisywać tę poprawę leczeniu. Przy cierpieniach ośrodkowych układu nerwowego [ogniska rozmiękczenia w mózgu lub rdzeniu] możliwem jest polepszenie funkcyi, zanim jeszcze przyjdzie do restytucyi zmienionej tkanki. Rozstrój funkcyi nie zależy całkowicie od sprawy ogniskowej, tylko od pośredniego jej wpływu na sąsiednie, często odległe części (*Fernwirkungen*), prowadząc w nich rozstrój mniejszej wagi, niż w samem ognisku. Te właśnie zmiany z odległości są przedmiotem centralnej elektryzacyi. Mówią, że wpływ na te sprawy może zależeć od suggestyi; przeciwko temu możnaby zarzucić, że pomyslny wpływ elektroterapii zależy jednak od pewnej metodyki. W prakty-

ce np. widzimy, że silne prądy, długie posiedzenia raczej szkodzą, niż pomagają; jest to wbrew przekonaniu chorych, którzy myślą, iż dużo elektryczności musi dużo pomagać. Mówca widział dwa przypadki wjadu rdzenia, w których po zastosowaniu za silnych prądów galwanicznych wystąpiły bardzo silne objawy bezładu. Dalej opisuje L. spostrzegany przez siebie fakt, że galwanizacja szyi przerwała napad *anginae pectoris*. Gdyby to zależało od sugestyi, możnaby z równym skutkiem galwanizować np. nogę. Ostatni argument, jako rzeczywiście najslabszy, wywołał żywą polemikę. BRUNS utrzymuje, że w danym przypadku galwanizacja nogi nie mogłaby podziałać suggestyjnje, gdyż chory odnosi swe cierpienia do klatki piersiowej. ROSENBACH zapytuje, czy, jeżeli przypuszczamy, że galwanizacja szyi może przerwać napad duszniczy bolesnej [który to napad, jak to powszechnie wiadomo, przechodzi szczęśliwie sam przez się], będziemy obwiniali galwanizację, gdy nastąpi śmierć w czasie napadu—co również zdarzyć się może?

Według zdania ERB'a, dlatego tak często przywołujemy sugestję do wytłumaczenia dodatnich wyników elektroterapii, że nie możemy sobie wyjaśnić działania tej ostatniej, że brak jest rzeczywiście przekonujących teorii w tym kierunku. Czy istnieje jednak zadawalająca teoria leczniczego działania sugestyi? Jeżeli wszystkie, a przynajmniej większą część wyleczeń, przypisywanych elektryczności, mamy przypisać sugestyi, należałoby wprzód dowieść, że sugestya sama przez się osiągnęła te wszystkie działania lecznicze. Gdyby i te dowody zostały dostarczone, pozostałby fakt, że na pewne choroby może dobroczynnie wpływać tak sugestya, jak i elektryzacja.

EULENBURG wreszcie jest zdania, że wiele myśli MOEBIUS'a nie zostało obalonych przez dotychczasowych mówców. Jak sobie np. wytłumaczyć ten fakt, że różni elektroterapeuci różnymi metodami dochodzą do tych samych wyników, albo, że wyniki lecznicze za dawnych czasów, przy niedokładnych aparatach, o wiele były świetniejsze, niż dziś przy tak udoskonalonych narzędziach.

O ile elektryzacja przyspiesza i wogóle o ile działa na wyleczenie nerwicy czynnościowych, rozpatrywał na drugim posiedzeniu zjazdu EWALD HENKER. Mówca uznaje całą trudność odróżnienia, co w danym przypadku nerwicy czynnościowej wpłynęło na wyzdrowienie: czy elektryzacja, czy sugestya, jednakże sądzi, iż elektryzacja, wywierając pewien niedający się zaprzeczyć wpływ na cyrkulację [zwłaszcza w postaci ogólnej faradyzacji, kąpieli faradycznych, pędzla faradycznego], tem samem musi mieć znaczenie przy leczeniu nerwicy czynnościowych, w których na pierwszy plan występują zaburzenia cyrkulacyjne [ból głowy, ciężar, oziębienia skóry na głowie i kończynach i t. d.]. Na te właśnie objawy elektryzacja ma wpływ niewątpliwy, jak o tem świadczy codzienne doświadczenie wielu lekarzy. Z drugiej strony wiadomo, że elektryzacja pomaga nieraz tam, gdzie sugestya była stosowaną bezowocnie. Przykłady przytoczone przez mówcę nie są zbyt przekonujące. W jednym, pewnym hypochondrykowi, któremu hypnotyzm nie pomógł, faradyzacja usunęła przykre bóle z tyłu głowy, w drugim—galwa-

nizacya szyi usunęła uczucie niepokoju, chociaż chory, zrażony do elektryzacyi przez swojego domowego lekarza, siadał do galwanizacyi ze strachem.

„*Es wäre abgeschmackt*, powiada HECKER, *hier an eine Suggestionwirkung denken zu wollen*“. „*Ich bin so abgeschmackt*, odpowiada na to MOEBIUS, *und andere sind es vielleicht auch*“, na co się trudno nie zgodzić.

W dyskusyi BENEDIKT, LOEWENFELD i MUELLER uważają elektryzację za najłagodniejszy środek leczniczy w nerwicach czynnościowych, BRUNS—jako środek pedagogiczny, który pozwala często chorego widywać i odpowiednio wpływać na jego ustrój; jest to przytem środek łagodny, dający się odpowiednio dawkować.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

27. A. Mackenrodt. Przyczynek do nauki o wyluszczeniu nerki przy przetokach moczowodo-pochwowych i moczowodo-maciczných.

W szeregu środków, leczących przetoki moczowodowe u kobiet, naczelné miejsce zajęło, wobec bezskuteczności leczenia miejscowego, wyluszczenie odpowiedniej nerki. Aczkolwiek rozpaczliwy los chorej, wyłączający ją z życia towarzyskiego i sprowadzający stan przygnębienia psychicznego, uprawnia do podjęcia rękoczynu wyluszczenia nerki, o ile druga nerka jest zdrową, to jednak pozbawienie ustroju narządu ważnego i w dodatku zdrowego jest zawsze rękoczynem nader przykrym dla każdego chirurga.

Autor dawniej już podał sposób, za pomocą którego wyleczył w dwóch przypadkach przetoki moczowodo-pochwowe; do tych dołącza obecnie trzeci wyleczony przezeń przypadek przetoki moczowodo-macicznej. Przy badaniu 42-letniej kobiety w siedm miesięcy po ostatnim porodzie M. znalazł rozdarcie szyi macicznej o zabliznionych brzegach, idące aż do ujścia wewnętrznego; blizna przechodziła na prawe sklepienie pochwy, dzięki czemu macica była unieruchomiona z tej strony tegoż sklepienia; w górnym kącie pęknięcia przerwany moczowód wpadał do jamy macicy. M. postanowił odpreperować moczowód i wszyć nowe jego ujście do ściany bocznej sklepienia pochwy, t. j. początkowo zamienić przetokę moczowodo-maciczną na moczowodo-pochwową. Ponieważ jednak na pochwie w okolicy prawego sklepienia nie było wśród blizn ani wysepki zdrowej błony śluzowej, do której możnaby było przyszyć moczowód, przeto autor postanowił usunąć całą zbliznowaciałą ścianę pochwy; zabieg ten jednak można było wykonać wraz z usunięciem całej macicy, co też autor zrobił, a następnie dopiero wszył moczowód do brzegu rany w pochwie. Nowopowstałą przetokę moczowodo-pochwową M. zoperował w miesiąc później za pomocą dawniej podanego rękoczynu plastycznego (*Zeit. f. Gin. Bd. XXX*), t. j. odprowadził ujście moczowodu do pęcherza.

Wynik rękoczynu doskonały, a badanie pęcherza za pomocą cystoskopu wykazało nowe ujście moczowodu obok dawniejszego, przez które swobodnie

sączył się mocz. Wobec świetnych wyników podanego sposobu M. wypowieda zdanie, że do usunięcia zdrowej nerki w celu wyleczenia niezatrzymywania moczu przez jej zraniony moczowód niema obecnie żadnych uzasadnionych wskazań.

(Berl. klin. Wochschft. 1894. Nr. 51).

W. Łapiński.

Wiadomości bieżące.

— ROCHS [Berlin] opisuje przypadek złamania miednicy, dotyczący 25-letniego człowieka, który spadł z konia i był przez niego stratowany. Chory skarżył się tylko na parcie do oddania moczu; brzuch wzdęty, szczególnie nad spojeniem łonowym, gdzie pod skórą wystaje odłamek spojenia. Krocze aż do guzów kulszowych podbiegnięte, również na wewnętrznej powierzchni górnej połowy uda wyznaczynienie, niezwykła wrażliwość obu dolnych kończyn. Przy wprowadzeniu kateteru do *bulbus* wypłynęła znaczna ilość ciemnej krwi z odczynem nie kwaśnym. Chory był uspijony [eterem] dla wykonania uretrotomii zewnętrznej. Po przecięciu skóry i powięzi znaleziono jamę wypełnioną krwią i tkanką zmiążdżoną. W jamie znaleziono kość wielkości łuku licowego dziecka i przedstawiającą część spojenia. *Bulbus urethrae* zmiążdżony, tak, że nie można było znaleźć końca ośrodkowego cewki, wskutek czego rana była wytamponowana; zrobiono następnie uklucie strzykawką PRAVAZ'a powyżej spojenia, lecz wydobyto tylko krew z odczynem nie kwaśnym. Wskutek tego przystąpiono do wykonania *sectionis altae*; po przecięciu pęcherza wylało się dużo moczu czystego i przezroczystego. Od strony pęcherza zaprowadzono kateter, co nie przedstawiało żadnych trudności. Po operacji przyłączyło się mocne zapalenie oskrzeli; ogólny stan pomimo to poprawił się; na trzeci dzień nastąpiło pogorszenie i chory zmarł. Oględziny pośmiertne wykazały: prawa nerka pływająca w wybroczynach, duże wynaczynienie w okolicy lewej kości kulszowej, wchodzące do małej miednicy, zajmujące wewnętrzną powierzchnię górnej trzeciej części lewego uda, a także przestrzeń przedpęcherzową. Obie gałęzie poziome kości łonowych złamane, prawa w dwóch miejscach, obie gałęzie wstępujące kości kulszowych również złamane, lewa w dwóch miejscach, spojenia krzyżo-biodrowe rozerwane. *Bulbus, pars bulbosa i membranacea* zmiążdżone. (Berl. kl. Woch. 1894). Weisblat.

— COUSIN [z Marsylii] stosował u dwu chorych, dotkniętych charłactwem zimniczem wraz ze znacznym powiększeniem śledziony, wstrzykiwania podskórne przefiltrowanego oraz wyjalowionego wyciągu ze świeżej śledziony baraniej. C. rozpoczął wstrzykiwania od 1,0 wyciągu i, stopniowo zwiększając dawkę, dochodził do 8,0—10,0 dziennie. Wstrzykiwania te, stosowane codziennie, sprowadzały często nader obfite wydzielanie się moczu, czasami pocenie się oraz lekkie podwyższenie ciepłoty; miejscowo wstrzykiwania te wywoływały często tworzenie się twardych guziczek. Działanie lecznicze wstrzykiwań polegało na szybkim zmniejszaniu się objętości śledziony, ustawianiu bólów zależnych od obrzmienia tejże, znacznej poprawie łaknienia, wreszcie na zwiększaniu się ilości czerwonych ciałek krwi, oraz przybytku na wadze. Chorzy po 35 wstrzyknięciach mogli być uważani za wyleczonych.

(La Semaine Méd. 1894. 63).

W. Ł.

— Według spostrzeżeń klinicznych i poszukiwań doświadczalnych HORSLEY'a, śmierć wskutek wylewów krwawych w mózgu, guzów mózgowia, złamania podstawy czaszki oraz gwałtownych urazów w okolicę potylicową uwarunkowaną jest wstrzymaniem czynności oddechowej, zależnem od ucisku mózgu; wobec tego nader skutecznym środkiem ratunkowym nawet w przypadkach rozpaczliwych ma być stosowanie oddechu sztucznego wraz z okładami lub kataplazmami gorącymi na głowę lub polewaniem tejże wodą gorącą, w celu pobudzenia ośrodka oddechowego. Zabiegi lecznicze HORSLEY'a stoją zatem w zupełnej sprzeczności z utartą praktyką, która w tych razach nakazywała użycie lodu. (La Semaine Méd. 1894. 63). W. Ł.

— W Nowym Yorku od maja 1893 r. istnieje tego rodzaju urządzenie dla ułatwienia rozpoznania błonicy: w 40 różnych miejscach miasta [po większej części w aptekach] można na każde żądanie dostać pudeleczek, zawierające dwie próbówki: w jednej znajduje się odpowiednio przygotowana surowica krwi, w drugiej — wyjąłowany tamponik z waty na druciku. Gdy lekarz podejrzywa u chorego błonicę gardzieli, posyła po takie pudeleczek do najbliższej apteki, sam wykonywa zaszczepienia na surowicy i odsyła próbówkę do apteki. Stamtąd odsyła się ją do pracowni centralnej i już na drugi dzień lekarz dostaje odpowiedź przez telefon, lub przez pocztę. W ten sposób w ciągu pierwszego roku dokonano 5611 rozbiórów bakteryologicznych. Prof. ESMARCH z Królewca nie jest za tem, ażeby każdy lekarz miał sam robić zaszczepienie na surowicy i proponuje rzecz tę uprościć w sposób następujący: należy przygotować pewną ilość pakiecików ze zwyczajnego lub gumowego papieru podobnych do tych, jakie aptekarze robią do proszków; do każdego pakieciku wkłada się mały kawałek [wielkości grochu szablatego] cienkiej nieco spłaszczonej gąbki. Wszystko to da się należycie wyjąłować w piecyku do suszenia. Pewną ilość takich pakiecików każdy lekarz może mieć u siebie. W razie potrzeby, wyjmuje się gąbkę za pomocą wyjąłowanej [nad lampą] pincety, osadza na tej ostatniej i służy ona do zdjęcia cząstki nalotu. Tak zaszczepioną gąbkę wkłada się do pakiecika i w kopercie odsyła przez pocztę do pracowni. Nie należy się obawiać ani wysuszenia gąbki, ani też niebezpieczeństwa zarażenia na pocztę. Co do pierwszego, wiadomo, że laseczniki błonicy noszą zupełnie nawet wysuszenie bez szkody; co do drugiego — niebezpieczeństwo mogłoby być tylko wtedy, gdyby ktoś naumyślnie kopertę i pakiecik otworzył. Jeżeli przesyłanie tak niebezpiecznego materiału, jak wypróżnienia cholelityczne, nie było, o ile wiadomo, nigdy przyczyną zarażenia, to można być spokojnym o przesyłanie w opisany sposób zarazka błonicy. Obmyślenie takich ułatwień rozpoznawania błonicy jest koniecznie potrzebne pod względem leczniczym i policyjno-lekarskim. (*Deut. med. Woch. 1895. 1.*)

A. P.

— DUEHRSEN dokonywa obecnie rękoczynu przytwierdzenia macicy do pochwy (*vagino-fixatio*) w sposób następujący. Za pomocą cięcia w sklepieniu przedniem otwiera fałdę otrzewnej pęcherzo-maciczną (*pliva vesico-uterina*) i, pociągając za przednią ścianę macicy przy jednoczesnym nacisku na część pochwową od tyłu, ściąga trzon macicy do pochwy aż do sromu. Tym sposobem stają się dostępne dla oka i ręki operującego nie tylko macica, lecz i jej przydatki, jak to ma miejsce przy cięciu brzuszmem; zrosty pomiędzy macicą, trąbkami i jajnikami oddzielić można za pomocą żegadła PACQUELIN'a. Umocowanie macicy wykonywa się w ten sposób, że przez brzegi rany pochwy i trzon macicy przeprowadza się dwa do trzech szwów z silkwormu, następnie odprowadza się macicę i przydatki, wreszcie wiąże szwy; skośną ranę pochwy na przedniem sklepieniu zaszywa się szwem ciągłym z katgutem. Rękoczyn powyższy określony przez DUEHRSEN'a jako *vaginofixatio introperitonealis* leczy trwale tak ruchome, jak i umocowane tyło-pochylenia macicy; nawrotów nie ma nawet po ciąży. Przed rękoczynem *ventrofixationis* ma powyżej opisany tę wyższość, że jest mniej niebezpieczny, nie daje blizny brzusznej z jej następstwami [noszenie opaski, przepaklina brzuszna, niedrożność kiszki, bolesne zrosty z siecią], wreszcie, że gojenie po nim trwa krócej. Na 200 rękoczynów *vaginofixationis* 120 odbyło się bez otwarcia otrzewnej i z jednym zejściem śmiertelnem z powodu posocznicy; wszystkie pozostałe przypadki z otwarciem otrzewnej skończyły się pomyślnie. Ponieważ na wskazanej drodze operowania usuwać można i niewielkie mięśniaki macicy tak podsurowicze, jak śródmiąższowe i podśluzowe, przeto D. rękoczyn powyższy, który nazywa jeszcze: *laparotomia*, ściślej *coeliotomia vaginalis*, a w pewnych razach *laparomyektomia vaginalis*, uważa jako zabieg przyszłości. DUEHRSEN wyłuszczył w jednym przypadku dziesięć mięśniaków, z których największy był wielkości jaja kurzego, w drugim zaś przypadku mięśniak wielkości pomarańczy z jamy macicy. (*Deut. med. Wochschft. 1894. 50.*)

W. Lapiński.

APTEKA

E. GESSNERA

Aleje Jerozolimskie 27 róg Kruczej

w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigulek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi 0,03	1) Dragées ferri albuminati 0,05
" " " 0,05	" " carbonici-Bi audii minor aa 10,00 =
" " " 0,05 c. acid. arsenicos	100
0,001	" " " -Blaudii major aa 15,00 =
" kreosoti Fagi 0,10	100
" " " 0,10 c. acid. arsenicos	" " " Valletti
0,001	" " dialisati peptonati 0,05
" kreosoti Fagi 0,15	" " lactici 0,05
" " " c. balsam. toltan aa 0,05	" " oxydulati Kirchmani (Eis. magn
" acid. arsenicos 0,001	pill.)
" aloes 0,10	" guajacoli 0,05
" balsam. peruviani 0,05	" " 0,05 c. acid. arsenicos 0,001
" " " 0,05 c. acid. arsen.	" " 0,05 c. extr. belladonnae 0,00
0,001	" ichtyoli 0,05
" chinini ferro-citrici 0,05	" jodoformii 0,05
" " muriatici 0,05	" " 0,05 c. acid. arsenicos
" " sulfurici 0,05	0,001
" extr. Cascar. sagrad. fluid. 0,5	" " 0,05 c. morph. muriatic
" " hydrast. Cenadens. fluid. 0,5	0,004
" " rhei comp. 0,05	" pepsini 0,05 (c. acid. muriat.)
" " rhei simpl. 0,05	" picis 0,05
" " Valerianae spir. 0,10	

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.

Dragées czyli pigułki cukrem powlekane, pomimo swego pięknego wyglądu posiadają tę wyższość przed innymi formami lekarskimi, że zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem słazowym i wyciągiem lukrecjowym, że zapobiegają rozkładowi lub też ułatwianiu się danego leku jakim podlegać może pod wpływem tlenu powietrza i długiego przechowywania, że znoszą nieprzyjemny smak lub zapach stosowanych środków leczniczych i że pozwalają z największą ścisłością dozowanie przepisane go leku.

Wszelkie zamówienia na draże z żądaną kompozycją jak najchętniej przyjmuje, lecz w ilości niemiejszej dwóch funtów, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) mniejszych ilości pigulek jest niemożliwym.

Liquor Ferri albuminati 0,4% Fe.

Liquor Ferri peptonati 0,4% Fe.

Liquor Ferro-Mangani peptonati 0,6% Fe i 0,1 Mn.

Chloroformium purissimum

do operacyi

flaszki oranżowe, objętości 60, 90, 180 i 360 gramów.

PREPARATY D^{ra} HEBRA

Ungt. diachil. Hebrae, Tr Rusci v. Waldheim i Tr Rusci
własna Ol., Rusci spissum i Ol. Rusci liquidum.

Wszystkie wina lecznicze.

TRANY LEKARSKIE

oprócz białego i żółtego Lofoden z następującymi
środkami: z jodem, z jodkiem żelaza, z tlenkiem
żelaza, z fosforem i z jodkiem potasu.

Apteka H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska róg Ś-to Krzyskiej.