

GAZETA LEKARSKA.

I. INTUBACYA KRTANI W DŁAWCU U DZIECI.

[NA PODSTAWIE WŁASNYCH SPOSTRZEŻEŃ].

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawsk. Towarz. Lekarsk. d. 19. IX. 1893 r.]

Opracował

Dr J. Bączkiewicz.

Intubacya krtani w dławcu zyskała sobie obecnie już prawo obywatelstwa w całej prawie Europie, w krótkim stosunkowo czasie została rozpowszechnioną i dziś poparta statystyką na tysiącach współzawodniczyć się zdaje z tracheotomią.

Do walki w tak ciężkiej, jak dławiec, chorobie, wyjątkowo prawie trapiącej wiek dziecięcy, zyskaliśmy nowy oręż, który aczkolwiek nie wyklucza zupełnie tracheotomii, lecz często czyni ją zbyteczną.

Nie mam tu zamiaru nużyć uwagę Szan. P. P. ani historią rozwoju tej operacyi, ani datami statystycznymi, dowodzącemi jej skuteczności. Piśmiennictwo polskie posiada kilka prac, śmiało rzec można, wyczerpujących dane kwestye; interesujących się więc czy to historią rozwoju, czy techniką, czy też i stroną kliniczną tej operacyi muszę odesłać do tych źródeł, a mianowicie do prac kol. SĘDZIAKA [1], prof. JAKUBOWSKIEGO [2] i kol. MOMIŁOWSKIEGO [3].

Zaznajomiwszy się na klinice prof. JAKUBOWSKIEGO z intubacją, stosowaną w dławcu u dzieci, począłem stosować ją po powrocie do Warszawy. Mam zamiar opisać 10 własnych obserwacyi, w których wydarzyły mi się wszystkie prawie trudności, spotykane przy intubacyi. Sądzę, że opis tych przypadków, jako ilustracya strony klinicznej tego tak mało u nas rozpowszechnionego ręko-czynu, nie będzie pozbawiony pewnej wartości.

Przypadek I. Wacio S. . . , lat 6, syn rzemieślnika, od 4-ch dni chory na „grypowy kaszel“. Trzeciego dnia choroby przyłączyła się duszność, a gdy ta coraz bardziej się wzmagala [dnia 26. XI. 1891 r.], rodzice odwieźli chłopca do szpitala dziecięcego. O godzinie 1½ po południu wspólnie z ordynatorem oddziału, D-rem MALINOWSKIM, oraz z D-rami PESZKEM, WÓJCICKIM i GLASEM obejrzelśmy dziecko.

Przedewszystkiem uderzała znaczna sinica [twarz blada, wargi sine] i mocna duszność; przy oddechu występował silny współudział wszystkich mięśni oddechowych, oraz wyraźne wciąganie dołka sercowego, międzyżebry i jamek szyjowych. Rzężenia tchawicowe, oddech świszczący, stenotyczny zdala były słyszalne, chrypka niezupełna, głos wyróżnić się dawał. Przy wystuchiwaniu płuc szmer stenotyczny nieco słabiej dochodził do ucha od tyłu po stronie prawej, szczególniej poniżej kąta łopatki. Na obu migdałkach nalot szaro-białawy. Ciepłota ciała podniesiona,

tętno przyspieszone. Wobec wskazanych powyżej objawów wysłuchowych ze strony płuc powątpiewać było można, czy wykonana intubacja w danym przypadku przedstawia szansę usunięcia objawów zwężenia dróg oddechowych; niepełny bowiem bezgłos, lecz mocna tylko chryпка wskazywała, że zwężenie, *resp.* sprawa błonicowa nie w samej głośni się znajduje, skoro struny są jeszcze zdolne do drgań, mogących wydać głos; przypuszczać raczej można było, że sprawa błonicowa zastąpiła poniżej głośni i że prawdopodobnie przeszła na oskrzele prawe, za czem przemawiały objawy wysłuchowe.

Wobec tak na podstawie danych klinicznych określonego umiejscowienia sprawy, intubacja, zdawało się, szans nie przedstawiała. Inna rzecz co do tracheotomii: ta ostatnia w danym przypadku jeszcze jakie takie powodzenie mieć mogła; daje bowiem możliwość bądź mechanicznego usuwania nalotów, bądź bliższego i łatwiejszego przez ranę stosowania leków, a nadewszystko warunkuje większy stosunkowo dopływ powietrza. Postanowiono jednak przed operacją krwawą wykonać rodzajem próby drugą operację niekrwawą, t. j. intubację, gdyż ta ostatnia w niczem zmniejszyć nie mogła szans powodzenia pierwszej. Ewentualne bowiem nagłe zatkanie błonami dolnego otworu rurki tak dobrze zdarzyć się może w danych warunkach podczas wprowadzania rurki intubacyjnej (*tubus*), jak i rurki tracheotomijnej.

W obecności i za zgodą wyżej wymienionych kolegów, przy zachowaniu zwykłych warunków ¹⁾, wprowadziłem do krtani odpowiedniej wielkości rurkę (*tubus*) o godzinie 2-iej po południu, poczem niezwłocznie wystąpiło zwykle towarzyszące krztuszenie, oraz charakterystyczny bezgłos. W ciągu kilku minut chłopiec wykrztusił bardzo wiele ciągnącego się, pienistego, nieco mętnego i krwawego śluzu, poczem zupełnie swobodnie oddechać począł. Przy wysłuchiwaniu znaleziono, że powietrze równomierny ma dostęp do obu płuc, że zatem tylko nagromadzony w oskrzelach śluz mógł warunkować przed intubacją wspomniane objawy ze strony płuca prawego [zwężenie oskrzela]. Objawy sinicy szybko ustępować zaczęły, a na twarzy malca malowało się zadowolenie z doznanej tak szybko ulgi. Znużony chłopiec po operacji spał w ciągu trzech godzin. Wystającą z jamy ustnej ligaturę, na której umocowano rurkę, przywiązałem dziecku do ucha i na policzku przylepiłem plastrem lepkiem.

Z powodu utrudnionego po intubacji przełykania, szczególniej płynów, zalecono dziecku ławatywkę z mleka, żółtka i koniaku.

Naloty na migdałach pędzlowano roztworem bromu w glicerynie i stosowano inhalacje z roztworu *ammon. muriat.* Wieczorem o godzinie 8-iej ciepłota 39,4° C., tętno 160 pełne, dość mocno. Objawy sinicy zupełnie ustąpiły. Chłopiec często i mocno wykrztusza pienisty śluz, w tchawicy słycać nieco rżężeń. Pije z trudnością z powodu zachłystywania się. Rurkę pozostawiono na noc. Zalecono znów ławatywkę odżywczą z dodatkiem 5 gr. chininy. Z obawy, aby dziecko podczas snu za niktę rurki nie wyciągnęło, nałożono kaftan krepujący.

W ciągu nocy zrobiono dwie ławatywy odżywcze.

Nazajutrz dnia 27. XI. o godzinie 10-iej rano stan chorego był następujący: ciepłota 39,3° C., tętno 160 słabsze, oddech dość swobodny, bardziej jednak przyspieszony, polykanie bardzo utrudnione.

W celu nakarmienia dziecka dokonałem ekstubacji [instrumentem]. Nadal, wobec spokojnego oddechu, pozostawiono dziecko bez rurki.

W ciągu następujących kilku godzin duszność stopniowo wzmagać się zaczęła, zjawilo się wciągnięcie i sinica: o godzinie 1-iej po południu przystąpiłem do powtórnej intubacji. Po dwukrotnych usiłowanjach wprowadzenia rurki wynik był ujemny: palcem wyczuć było można silny obrzęk w okolo wejścia do krtani. Po tych dwóch zabiegach sinica się wzmagala i pozostało wykonać tracheotomię. W kilkanaście godzin później dziecko życie zakończyło przy objawach przejścia błonicy na oskrzela.

Obserwacja powyższa nastęrcza następujące uwagi:

1) W przebiegu błonicy [dławca] krtani wysłuchowe objawy zwężenia oskrzela nie przedstawiają zawsze dowodu przejścia błonicy na oskrzela, a wa-

¹⁾ Opis wykonania intubacji znajdzie czytelnik w pracy D-ra SĘDZIĄKA, lub D-ra MOMIŁOWSKIEGO.

runkowane być mogą nagromadzeniem się śluzu. Po wykonaniu intubacji lub tracheotomii z chwilą wykrztuszenia śluzu, objawy tego rodzaju doraźnie ustępują.

2) Znaczny obrzęk wokół głośni przedstawiać może poważne trudności w wykonaniu intubacji.

3) Aczkolwiek w danym przypadku intubacja doraźnie usunęła duszność, zdołała jednak tylko odroczyć wykonanie tracheotomii [na 24 godzin].

Przypadek II dotyczy dziewczynki 2-letniej [Janinka G...], chorej na błonicę gardła od dni 10; chrypka i duszność przyłączyły się od tygodnia. Dziewczynka, przysłana do ambulatorium przez kol. KURTZA, przedstawiała typowe objawy ostrego zwężenia krtani; niezwłocznie też przystąpiłem do wykonania intubacji. Dwukrotnie dziecko wykrztuszało założoną rurkę, która wprowadzona poraz trzeci dopiero pozostała w krtani 24 godzin.

Zaraz po dokonanej intubacji dziecko w ciągu kilku minut wykrztusiło dosyć dużo pianistej plwociny, pośród której znajdowały się kawałki nalotów błonicowych, następnie dziecko się uspokoiło i spało w ciągu kilku godzin.

Wieczorem tegoż dnia ciepłota 40° C., tętno 160, oddechów 60 na minutę. Kaszel silniejszy, mocz zawiera wiele białka. W ciągu dnia chora otrzymała dwie ławatywy odżywcze, przy lyanianiu płynów mocno się krztusiła, w pozycji leżącej z głową opuszczoną poniżej tułowia stosunkowo łatwiej polykać mogła. Wieczorem o godzinie 11-ej obfite rżenia tachawicowe, które, po zastosowaniu inhalacji z roztworu kwasu borowego, przy kaszlu ustąpiły. Następnego dnia rano przy zupełnie swobodnym dopływie powietrza przez rurkę, znaleźliśmy przy ciepłocie 39,4° C., tętnie 164 i oddechach 84 na minutę, wyraźne objawy rozległego nacieczenia zapalnego pod łopatką prawą. W kilka godzin później [o godzinie 12 w południe] dziecko życie zakończyło. Po śmierci za pomocą nitki usunąłem rurkę ze światłem zupełnie wolnem.

W przypadku tym intubacja na razie usunęła niebezpieczeństwo, wynikające z powodu zwężenia krtani, *resp.* tachawicy, śmierć atoli nastąpiła wskutek zapalenia płuc.

Przypadek III. Intubację wykonałem u chłopca 4-letniego [Stasio P..., syn wyrobnika]. Dziecko to, przyniesione do ambulatorium 3-go dnia choroby, formalnie już dusiło się; chłopiec rzucał się na ziemię, chwytając rączkami za szyję w okolicy krtani. Naloty na migdałach wyjaśniały rodzaj cierpienia. niezwłocznie wykonałem intubację. Po założeniu rurki dziecko wykrztusiło dużo śluzopropnej plwociny i wkrótce się uspokoiło, sinica szybko ustępowała poczęła i chłopiec spokojnie spał wśród dnia i nocy. Zalecono inhalacje z kwasu borowego, roztwór jodu 1:500 do pędzlowania w gardle, ławatywy odżywcze. Wieczorem ciepłota 38,0° C., oddech swobodny. Lyanianie bardzo utrudnione.

Dnia następnego rano ciepłota 38,9° C., oddech mniej swobodny, przy wysłuchiowaniu znaleziono rżenia grube. W celu nakarmienia dziecka dokonałem ekstubacji o godzinie 10-ej rano. Chłopiec zaledwie zdążył wypić szklankę mleka, gdy objawy duszności szybko wzmogły się, tak, że w kilkanaście minut znów musiałem przystąpić do intubacji, lecz tym razem, po założeniu rurki, dziecko nie tylko nie doznało ulgi, lecz przeciwnie gorzej dusić się poczęło. Usunąłem natychmiast rurkę (*tubus*), światło tego było niezatkanie, ulga była nieznaczna. Po kilku minutach powtórnie wprowadziłem rurkę intubacyjną do krtani, lecz tym razem objawy zaduszania przybrały tak groźny charakter, że niezwłocznie po usunięciu rurki kol. SOLMAN wykonał tracheotomię. W chwili założenia rurki tracheotomijnej dziecko już prawie nie oddechało. Sztuczne oddechanie przywróciło słabe ruchy oddechowe i dopiero po kilku minutach chłopiec zdobył się na mocniejszy kaszel i wykrztusił zmięty, cały odlew błonicowy, tachawicowy. Ku wieczorowi duszność wzmagać się poczęła i w nocy o godzinie 4-ej przy objawach zstępującej błonicy na oskrzela nastąpiła śmierć dziecka.

W przypadku tym przy powtórnej intubacji nastąpiło zsuniecie błon do dolnego odcinka tchawicy w trakcie wprowadzania rurki. Założenie poraz 3-ci rurki spowodowało mocniejsze zacopowanie temi błonami w tchawicy i nagle zaduszenie dziecka. Dokonana szybko tracheotomia zdołała na razie uratować życie dziecku, gdyż dała możność łatwiejszego wykrztuszenia oderwanego i obsuniętego odlewu.

Zejście śmiertelne w kilkanaście godzin później było wynikiem krupu zstępującego.

Przypadek IV zasługuje na uwagę ze względów technicznych. Do dziewczynki 5-letniej [Zosia G . . . , córka urzędnika], cierpiącej od 5 dni na błonicę gardzieli i krtani, zalecono mi z polecenia D-ra SOKOŁOWSKIEGO, w celu wykonania intubacji. Zastałem dziecko ze znaczną sinicą i oddechem silnie stenotycznym. Zaraz też przystąpiłem do wykonania intubacji przy pomocy D-ra SZTEJNERA, którego poleciłem zalewać na wypadek ewentualnej tracheotomii. Wykonanie intubacji w tym razie przedstawiało wiele trudności z powodu silnego obrzmienia wszystkich części krtani [nagłośnia, więzy nalewko-obraczkowe]. Po wprowadzeniu rurki do krtani, dziecko ulgi nie doznało, nawet więcej dusić się poczęło. Usunąłem więc rurkę, której światło, jak się okazało, zatkało było kawałkiem błony. Po oczyszczeniu rurki powtórnie wykonałem intubację, lecz i tym razem, zamiast oczekiwanej ulgi, wystąpiło duszenie się dziecka. W celu przekonania się, czy *tubus* rzeczywiście w krtani, a nie w przełyku się znajduje, wprowadziłem palec do gardzieli, natenczas natknąłem się na *tubus*, który prawie był wykrztuszony, popchnąłem go więc ku dołowi. Natychmiast wystąpiła zupełna *asphyxia*, usunąłem zaraz rurkę, której całe światło zacopowane było odlewem tchawicy. Odlew ten widocznie wtłoczony był w światło rurki podczas sychania jej palcem. Po oczyszczeniu rurki założyłem ją poraz trzeci, ale okazała się za małą i dziecko zaraz ją z łatwością wykrztusiło.

Po odpoczynku dziecka o godzinie 8-ej rano założyłem poraz czwarty większą rurkę i ta pozostała w krtani. Po tej intubacji wkrótce dziecko uspokoiło się, sinica się zmniejszyła, „wciąganie“ ustąpiło, w kilka godzin później znów duszność wzmagać się poczęła. Odlew tchawicy i ten krótkotrwały dodatni wynik intubacji wskazywały, że sprawa błonicowa opuszcza się niżej na oskrzela. Na wykonanie tracheotomii rodzice się nie zgodzili i wkrótce nastąpiła śmierć [o godzinie 12-ej w południe]. Rurkę usunięto zaraz po śmierci, światło jej zupełnie było wolne.

W przypadku tym wykonanie i wynik bezpośredni intubacji związane były z wielu trudnościami. Przedewszystkiem mocne obrzmienie na około głośni znacznie utrudniało wprowadzanie rurki, następnie zacopowanie rurki, raz kawałkiem błony, drugi raz całym odlewem, w końcu wykrztuszenie rurki nieweczyło trzykrotnie oczekiwany doraźny efekt intubacji. Założona poraz 4-ty rurka usunęła objawy zwężenia, póki to ostatnie miało miejsce w tchawicy.

Pod względem technicznym przypadek ten nasuwa cenną uwagę praktyczną, że, gdy rurka wyskoczy z tchawicy i tkwi jeszcze dolnym końcem w krtani, nie należy jej spychać palcem ku dołowi; łatwo bowiem wtenczas światło rurki zatkać może być błonami. Daleko lepiej w takim razie powtórnie wykonać *lege artis* intubację, gdyż obturator uniemożliwia zatkanie rurki i zabezpiecza od zsunięcia błon.

Przypadek V dotyczył ssawca [Józia K . . .], 13 miesięcznego, który od 6 dni był chory na kaszel i chrypkę; w pierwszych dniach choroby jakoby miał mieć na migdałkach naloty [plamy]; od dwóch dni zjawiała się duszność stopniowo wzrastająca, z powodu której z polecenia lekarza ordynującego, D-ra KWIETNIEWSKIEGO, wezwano D-ra SZTEJNERA dla wykonania tracheotomii.

Dnia 21. II. 1893. wieczorem wspólnie z kol. SZTEJNEREM znaleźliśmy stan dziecka następujący: stan bezgorączkowy, w gardzieli zmian żadnych nie było, gruczoły podszczękowe nie

obrzmiacie, niebolesne, głos chrypliwy, oddech stenotyczny, wciąganie dołka sercowego i międzyżebry dość znaczne. Z powodu coraz bardziej wzmagającej się pod wieczór duszności, postanowiliśmy zrobić intubację, którą wykonał kol. SZTEJNER o godzinie 6 wieczorem. Po założeniu rurki dość długo dziecko się krztusiło [$\frac{1}{2}$ godziny] i wyrzuciło dużo śluzu. W nocy spało dobrze. Dalszy przebieg choroby był bez gorączki. Karmienie dziecka papką z mleka i bulki odbywało się w pozycji leżącej.

Ponieważ stan dziecka dnia następnego zupełnie był dobry, rurkę pozostawiono w krtani do dnia 3-go do godziny 10 rano; tym sposobem rurka intubacyjna pozostawała w krtani 40 godzin. Ekstubację wykonał D-r SZTEJNER. Duszność nie powróciła, dziecko w ciągu kilku dni przyszło do zupełnego zdrowia.

Prz. padek VI przypada również na dziecko 13 miesięczne [Autóš P... , syn wyrobniaka], od 6 dni chore na kaszel krupowy; od dwóch dni wystąpiła duszność. Dnia 29. II. 1892 r. chłopiec przyniesiony do ambulatorium przedstawiał stan następujący: lekka gorączka około 38° C., oddech przyspieszony, mocne wciąganie dołka sercowego, znaczna sinica, na migdałkach biały nalot, gruczoły podszczękowe obrzmiacie, płuca zmian nie przedstawiały.

O godzinie 11 $\frac{1}{2}$ wykonałem intubację w obecności i przy pomocy kol. SZTEJNERA i REICHSTEINA. Po założeniu rurki objawy stenotyczne wkrótce ustąpiły, dziecko w ciągu kilku godzin spało. Obudziliśmy się o godzinie 3-iej po południu, dziecko źle pilnowane schwyciło za nitkę i rurkę z krtani wydobyciło. Ponieważ zaraz potem chłopiec nieźle się miał, matka nie dawała znać o tem, co zaszło. Ponownie dopiero widziałem dziecko o godzinie 7 wieczorem: sinica i objawy stenotyczne były bardzo wybitne.

Powtórnie założony *tubus* ulgi nie przyniósł. W trakcie wykonywania intubacji przekonałem się palcem o znacznem obrzmieniu wszystkich części krtani. Rodzice na proponowaną tracheotomię się nie zgodzili i dziecko w 1 $\frac{1}{2}$ godziny później życie zakończyło.

W przypadku tym bezskuteczność powtórnej intubacji zależeć mogła od znacznego obrzęku krtani; w tych razach więzy nalewko-nagłośniowe obrzmiacie, układając się ponad rurką, znacznie utrudniają dopływ powietrza. Niezależnie od tego mogło też niskie umiejscowienie sprawy błonicowej w tchawicy [dolny koniec rurki sięga 1—1 $\frac{1}{2}$ centymetra ponad podział tchawicy na oskrzela] również spowodować ujemny wynik intubacji.

Przypadek VII należy do bardzo pouczających. Janinka F..., lat 5, córeczka lekarza, dnia poprzedniego miała chrypkę i lekką duszność przy stanie bezgorączkowym. W nocy i dnia następnego chryпка i duszność szybko wzmagać się poczęły, tak, że już po południu interwencja chirurgiczna była konieczną. Tegoż dnia [30. X. 1892] wspólnie z kolegami M. BRÜNEREM, SREBRNYM i DIXTEM widziałem dziecko niespokojne i rzucające się. Mocna sinica, wybitne objawy zwężenia krtani nie pozwalały odciągać się z pomocą. Niezwłocznie też o godzinie 6 $\frac{1}{2}$ wieczór wykonałem intubację, poczem dziewczynka spała godzin kilka. Wieczorem o godzinie 9-iej wspólnie z kol. M. BRÜNEREM, SPILREINEM i SREBRNYM widzieliśmy dziecko: ciepłota 38,4° C., tętno 140 dosyć pełne, oddech zupełnie swobodny, sinica znikła, chora często kaszle i wykrztusza dużo śluzu; wysłuchiwanie płuc wykazuje obecność grubych rzężeń. Polykanie płynów odbywa się z trudnością. Zalecono inhalacje z *ammon. muriat.*

W nocy dziecko przegryzło nitkę od rurki, umocowaną plastrem na policzku.

Nazajutrz dnia 31. X. 1892 r. o godzinie 8 $\frac{1}{2}$ rano ciepłota 38,2° C., tętno 130, oddech bardziej przyspieszony, nie tak swobodny, jak był wieczorem. W ciągu dnia zjawiała się duszność. Około południa dziecko mocno zaczęło się krztusić i wyrzuciło przez rurkę odlew tchawicy z podziałem na oskrzela (*bifurcatio*). O godzinie 3-iej po południu ponownie wystąpiły objawy stenotyczne tak groźne, że obecny wówczas kol. BRÜNER zdecydował się palcami wydstać rurkę z krtani, co z wielką trudnością wykonał. Po usunięciu rurki objawy duszności nie ustąpiły, przy wysłuchiwanu klatki piersiowej oddech w stronie prawej znacznie był słabszy niż po lewej; wskazywało to na zwężenie oskrzela prawego, *resp.* na przejście sprawy błonicowej na oskrzela. Z tego powodu wykonania powtórnej intubacji odmówiłem, pozostawało tylko uciec się do tracheotomii,

którą wykonał o godzinie 4½ kol. BRÜNER. Po przecięciu tchawicy i założeniu rozwieracza, dziecko wyrzuciło wielki odlew tchawicy z podziałem na oskrzela główne, z których prawe posiadało boczne odlewy oskrzeli drugorzędnych. Tak rozgałęziony odlew potwierdził rozpoznanie, postawione przed tracheotomią. Błonica, widać, dosyć szeroko zajęła oskrzela płuca prawego, skoro po tracheotomii wyrzucenie tak wielkiego odlewu mało wpłynęło na wyjaśnienie oddechu z prawej strony klatki piersiowej.

Dnia następnego 1. XI. 1892 r. objawy coraz słabszego dopływu powietrza do płuc się wzmacniały, aż o godzinie 4-ej w nocy nastąpiła śmierć.

Intubacja w danym przypadku tylko odroczyła wykonanie tracheotomii na 20 godzin. Wielki odlew tchawicy z rozgałęzieniami nie mógł być wyrzucony na zewnątrz przez stosunkowo wązki kanał rurki intubacyjnej, stąd też wynikła konieczność wykonania tracheotomii. Ta ostatnia jednak także okazała się bezskuteczną wobec coraz niżej zstępującej błonicy na oskrzela.

Przypadek VIII, pomimo zejścia śmiertelnego, przemawia na korzyść intubacji. W. Janinka, lat 4, córeczka pomocnika dozorey drogowego kolei żelaznej, 10 dni temu zachorowała na ból gardła, obrzmienie gruczołów podszczękowych z lekką gorączką. Trzy dni temu zjawiła się chrypka, zaś 2 dni temu w nocy wystąpiły pierwsze objawy zaduszania, które się szybko wzmacniały. Z powodu tej wzmagającej się duszności i przewidywanej pomocy chirurgicznej, za radą lekarza, rodzice przywieźli dziecko do Warszawy dnia 25. II. 1893 i udali się do szpitala Ś-go Ducha.

Daleko posunięte już objawy znacznego zwężenia krtani nie pozwalały długo ocalać się z właściwą pomocą; zaraz też o godz. 10-tej rano w obecności i przy pomocy kol. SZTEYNERA i HOLCA dokonałem intubacji, która objawy duszności usunęła. Gruby nalot żółtawy na migdałkach, łukach przednich, gardzieli i języczku, obrzmiałe gruczoły podszczękowe, ciepota ciała podniesiona [38°] i wywiady wskazywały na to, że mieliśmy do czynienia z błonicą gardzieli i krtani.

Po dokonanej intubacji dziecko umieściłem wraz z matką w szpitalu. Wieczorem: ciepota 37,8° C., stan ogólny dziecka zadawalający; moczu zawierał bardzo wiele białka.

Następnego dnia [1. III. 1893] o godzinie 9 rano podczas kaszlu nagle dziecko dusić się poczęło. Wezwany zastałem dziecko wyprężające się, sine, chwyciłem za sznurek i szybko usunąłem rurkę z krtani, poczem dziecko wykrztusiło zmięty, cały odlew tchawicy. Ponieważ oddech był swobodny, z powtórnią intubacją się wstrzymałem; tegoż dnia jednak ku wieczorowi duszność tak się wzmacniać poczęła, że o godzinie 6-ej zmuszony byłem założyć rurkę, która pozostawała w krtani 2½ doby [63 godzin], t. j. do dnia 4. III. godziny 9 rano. W ciągu tego czasu ciepota wahała się w granicach prawidłowych. Powoli dziecko nauczyło się pomimo obecności rurki dość dobrze łykać pokarmy. Oddech był swobodny, przy częstym kaszlu chora wyrzucała dużo śluzoropnej płwociny. Mocz u ilości niewielka. Mocz, badany w tym okresie czasu kilka razy, wykazywał zawsze znaczne ilości białka.

Dnia 4. III. po usunięciu rurki dziecko poczęło wydalać płwocinę, pienistą, krwawą, co dopiero dnia następnego ustało. Dalszy przebieg choroby w ciągu 9 dni był nader pomyślny: ciepota nie przechodząca granic 37,2° C.; w gardzieli powoli naloty oddzieliły się, oddech był zupełnie swobodny, bezgłoś powoli ustępować począł, łykanie, zaraz po ekstubacji mocno utrudnione, później znacznie się poprawiło, chociaż dnia 10. III. płyny wskutek lekkiego porażenia podniebienia miękkiego po części do nosa przy łykaniu się przedostawały. Łaknienie było dobre. Mocz oddawany w ilości małej stale białko zawierał.

Dnia 13. III rano: dziecko pobladło, w nocy było niespokojne, kilka razy miało gwałtowne wymioty. Mocz u nie oddawało. Ciepota niżej 37,0° C., twarz i stopy obrzmiałe. W ciągu dnia obrzęki się powiększyły, anurya zupełna, następnej nocy o godzinie 4-ej nagle zjawiły się drgawki ogólne, wśród których szybko nastąpiła śmierć.

Pomimo tego, że dany przypadek zakończył się śmiercią, względnie co do wyników intubacji zaliczyć go wypada do pomyślnych; intubacja bowiem w tym razie usunęła niebezpieczeństwo, wynikające z powodu umiejscowienia się błoni-

cy w krtani i tchawicy, śmierć zaś nastąpiła w 11 dni później z powodu cierpienia nerek i podczas napadu mocznicy (*uraemia*).

Przypadek IX. G. S., syn kupca, w wieku rok i 6 miesięcy, 9 dni temu zachorował na chrypkę. Pięć dni temu chorego widział Dr SOKOŁOWSKI, który, znalazłszy obok chrypki i lekkiego zwężenia krtani, w gardzieli tylko objawy kataralne, na wypadek większej duszności polecił zawezwać mnie dla wykonania intubacji.

Dnia 30. V. 1893 od godziny 2-jej w nocy duszność szybko wzmagać się zaczęła. Wezwany o godzinie 9-jej rano zastałem dziecko z wszystkimi objawami zwężenia krtani; w gardzieli obok umiarkowanego zaczerwienienia innych zmian nie było, gruczoły podszczękowe nie obrzmiały; ciepota 38,0°, w płucach zmian nie było.

Miałem więc do czynienia z ostrym zwężeniem krtani, lecz jego natury z powyższych objawów określić nie byłem w stanie. Wyraźne jednak było wskazanie do usunięcia już groźnej w swych objawach duszności. Zaproponowałem rodzicom wykonanie intubacji, a w razie jej nieskuteczności, tracheotomii. O godzinie 10-jej rano przy łaskawym współudziale kol. SZREYNERA wykonałem intubację.

Objawy ślucy wkrótce ustąpiły. Do wieczora ciepłota ciała podniosła się do 40,2° i wystąpiły objawy rozlanego nieżyty oskrzeli, liczne wilgotne rżżenia wysłuchać było można na całej przestrzeni klatki piersiowej. W nocy poty, dnia następnego ciepłota w granicach 38°—38,5° C., objawy kataru oskrzeli znacznie osłabły.

Dnia 1. VI. Ciepłota 38° C., objawy nieżyty w oskrzelach ustąpiły, rżżeń nie słyhać. Stan gardzieli bez zmiany. O godzinie 10 rano rurkę usunąłem [po 48 godzinach].

O godzinie 4-jej po południu znów wystąpiły groźne objawy duszności. Przy pomocy felczera wykonałem powtórnie intubację. Pomochnik jednak, usuwając rozwieracz z jamy ustnej, przez nieostrożność pochwylił jednocześnie za sznurek i rurkę wyciągnął. Dziecko się mocno zakrztusiło i wyrzuciło cały odlew tchawicy, poczem objawy stenotyczne znacznie złagodniały, powtórnego więc wykonania intubacji zaniechałem.

Noc przeszła względnie nieźle.

Dnia następnego 2. VI. rano ciepłota 38°, na migdale prawym lekki szary nalot, objawy ze strony krtani słabsze.

Dnia następnego ciepłota normalna, nalot w gardzieli znikł, objawy zwężenia ustąpiły, pozostała chrypka, która trwała jeszcze dni kilka. Odtąd dziecko poprawiać się zaczęło.

Przypadek ten przedewszystkiem zasługuje na uwagę ze względu na trudności rozpoznawcze; do ostatniej bowiem prawie chwili uważać można było całą sprawę za kataralną, dopiero wykrztuszenie odlewu wykazało naturę tego cierpienia. Mieliśmy zatem prawdopodobnie do czynienia z pierwotną błonicą krtani, która później przeszła na prawy migdałek. Zasługuje tu na uwagę jeszcze jedna okoliczność: po dokonanej intubacji wystąpiło silne, rozlane, nieżytowe zapalenie oskrzeli z nagromadzeniem się obfitej wydzieliny, groźne to jednak powikłanie przeszło pomyślnie, dziecko pomimo obecności rurki doskonale się krztusiło i wyrzucało obficie wydzielinę oskrzelową. Obserwacya ta zatem wskazuje, że obecność rurki nie tamuje wykrztuszania, że objawy rozlanego nieżyty oskrzeli nie mogą być przeciwwskazaniem do wykonania intubacji.

Spostrzeżenia powyższe, choć nieliczne, jednak, jak to widzieliśmy, wielką przedstawiającą różnorodność kliniczną, nasuwają pewne uwagi, nad którymi bliżej zastanowić się chciałem.

W celu łatwiejszego orientowania się w danym materiale spostrzeżenia te szematycznie zestawilem w przytoczonej poniżej tablicy.

№	Płeć.		Wiek.	Dzień chor.		Ile godzin pozostawała rurka w krta- ni.	Ilość godzin przerwy do powtórnej intubacji.	Ile godzin przerwy do następnej tracheotomii.	Przyczyna niewykonania lub nieskuteczności intubacji.	Zejście cho- roby.	Przyczyna śmierci.	Ilość przypadków w których intub. usunęła niebezpieczeństwo.
	Chłopcy.	Dziew.		Od porażki.	Od objawów zaduszenia.							
1	1	—	4	4	2	20	3	—	Obrzęk głośni	†	<i>Bronchit. dipt.</i>	—
2	—	1	2 ¹ / ₁₂	10	1	24	—	—	—	†	<i>Pneumonia.</i>	—
3	1	—	4	3	3	24	15 min.	1/2	Zsuniecie błon.	†	<i>Bronchit. dipt.</i>	—
4	—	1	5	6	6 g.	4	—	—	—	†	<i>Bronchit. dipt.</i>	—
5	1	—	1 ¹ / ₂	6	2	40	—	—	—	Sanat.	—	1
6	1	—	1 ¹ / ₁₂	6	2	3 ¹ / ₂	4	—	Obrzęk głośni <i>1 dipter. descend.</i>	†	<i>Oedema glotidis.</i>	—
7	—	1	5	2	1	20 ¹ / ₂	—	1 ¹ / ₂	<i>Did. terit. descen.</i>	†	<i>Bronch. dipter.</i>	—
8	—	1	4	10	2	1) 23 2) 63	9	—	—	†	<i>Uraemia.</i>	1
9	1	—	1 ⁶ / ₂	9	1	48	6	—	—	Sanat.	—	1

Przedewszystkiem, jeżeli zechcemy ocenić wyniki przez nas otrzymane podług śmiertelności, to okaże się, że na 9 przypadków w 2 nastąpiło wyzdrowienie, a w 7-miu śmierć.

Zapewne, że za mała to liczba obserwacji, aby na ich podstawie wyprowadzić wnioski co do intubacji wogóle; dla porównania więc przytoczę wyniki, otrzymane przez innych autorów.

SCHWALBE na 10 przypadków miał tylko 1 wyzdrowienie; URBAN z Lipska z 32 przypadków w 3-ech otrzymał wyzdrowienie, 18 razy wykonał następczą tracheotomię z zejściem śmiertelnem; W. H. MURD na 15 intubacji w żadnym przypadku nie widział wyzdrowienia; po 4 następczych tracheotomiach troje dzieci wyzdrowiało.

Są to wyniki oczywiście nie przemawiające na korzyść intubacji; statystyka jednak oparta na setkach, prowadzona w ciągu lat kilku podczas różnych epidemii, w innym świetle rzecz przedstawia.

Na klinice prof. JAKUBOWSKIEGO w Krakowie MOMIDŁOWSKI z 82 chorych intubowanych 35-ciu miał uleczonych [42,6%], podczas gdy z 71 chorych, leczonych wyłącznie przy pomocy tracheotomii, wyzdrowiało 15-ro [21,1%]. Na 82 przypadki intubacji 35 razy przyszło do następnej tracheotomii z 3-ma wyleczeniami [8,5%].

Statystyka RAUBE'go przedstawia następujące wyniki: z 326 przypadków pierwotnego dyfterytu przy pomocy intubacji wyzdrowiało 139 chorych [42,6%], przy czem w 72 przypadkach wykonano następczą tracheotomię z 5-ma wyleczeniami. Przy wtórnym dyfterycie [w przebiegu innych chorób] z 17 chorych wyzdrowiało 5

Dla porównania RAUBE podaje następujące wyniki po tracheotomii: z 221 przypadków pierwotnego dyfterytu wyzdrowiało 72 [32,5%], a na 16 przypadków wtórnego dyfterytu było 6 wyzdrowień.

M. BLEYER na 512 intubacji miał 189 wyzdrowień [37%]. Przytoczona przez tegoż autora bogata statystyka tracheotomii w mniej korzystnym świetle ją przedstawia, a mianowicie sprawozdania lekarzy niemieckich obejmują 5795 tracheotomii z 31% wyzdrowień; w szpitalach niemieckich na 3063 tracheotomii wyzdrowiało 30%. Chirurgowie francuscy podają na 9242 tracheotomii 28% wyzdrowień. W końcu przypomnieć mi należy wyniki, otrzymane u nas w Warszawie przez kol. KRAUZEGO, a przemawiające znów na korzyść tracheotomii: na 200 bowiem przypadków otrzymano 40% wyzdrowień.

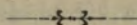
Jak widzimy z powyższych cytów, statystyki z różnych źródeł różne podają wyniki. Niezgodność taka zależy może od wielu różnorodnych warunków, w rzędzie których, obok tracheotomii i intubacji, przedewszystkiem postawić należy stopień złośliwości samej sprawy chorobowej, jej naturę i natężenie.

[D. n.]

II. OWRZODZENIE POWIERZCHOWNYCH, PŁASKICH GUMATÓW SKÓRY.

Podał

D-r Jakób Halpern.



Przebieg trzeciorzędnych syfilidów skóry zależnym jest, jak wiadomo, między innymi warunkami od tego, czy nacieczenie wykwitów jest bardziej powierzchowne i płaskie, czy też bardziej przenika w głąb skóry. Bardzo płaskie, powierzchowne, późne syfilidy odznaczają się prawie wyłączną skłonnością do wessania, chociaż zwykle pozostawiają po sobie zanik bliznowaty; owrzodzenie przytem zdarza się rzadko i w takim nawet razie występuje tylko w pojedynczych miejscach, podczas gdy w innych miejscach jednocześnie odbywa się wspomniane wyżej wessanie z zanikiem bliznowatym. Poniżej przytoczę niezwykle przebieg trzeciorzędno, płaskiego syfilidu skóry.

N. N., 35-letni mężczyzna, słabej budowy ciała, źle odżywiany, małokrwisty, przedstawia na skórze lewego skrzydła nosa owrzodzenie, zachodzące po części na sąsiedni policzek; ma ono kilka milimetr. szerokości, jest bardzo płaskie, pokryte nalotem szarawym i bardzo bolesne. Owrzodzenie to otacza w postaci trzech linii łukowatych górną część płaskiej blizny, wielkości monety 15-kopiejkowej. Górny, wypukły brzeg owrzodzenia jest bardziej spadzistym od dolnego, wklęsłego; otacza go wązki, ciemno-czerwony pas, nie okazujący żadnego wyraźnego nacieczenia. Oprócz lekkiej „*acne rosacea*“, oprócz „*lichen pilaris extremitatum superiorum*“, reszta skóry nie przedstawia nic osobliwego. Nie także nieprawidłowego nie przedstawiają dostępne błony śluzowe, gruczoły limfatyczne i kości. Co się tyczy narządów wewnętrznych, to w obu okolicach nadobojczykowych i w okolicy podobojczykowej prawej są wyraźne oznaki, świadczące o zgęszczeniu miąższu płucnego.

Opisane wyżej owrzodzenie istnieje już mniej więcej od roku; przez ten czas po części zagajało się, po części posuwało się naprzód w kierunku swego górnego brzegu. Początkowo na miejscu owrzodzenia i jego blizny znajdować się miała wysypka, którą leczono różnemi maściami; później powstało owrzodzenie, które pod wpływem przypalań to zagajało się, to na nowo pojawiała się. O pierwotnym objawie syfilisu chory nie mógł sobie dokładnie przypomnieć; nie zauważył on również żadnych objawów wtórnych; leczenia swoistego nigdy nie stosowano. Od pierwszej swej żony, zmarłej przed 5-ciu laty, ma 16-letniego syna, a od drugiej, z którą się przed 4-ma laty ożenił, ma córkę, rok życia liczącą. Reszta dzieci pierwszej żony umarła w różnym wieku: pierwsze poumieraly w 1—2 roku życia, a następne w starszym wieku; jedno umarło na „wodę w głowie“. O żonach swych pacjent nie mógł nic ważnego pod względem anamnezy opowiedzieć.

Chory cierpi już od dawna na kaszel; przed kilkoma laty 2 razy pluł krwią. Przed 3-ma laty miał wysypkę na obu grzbietowych powierzchniach rąk. Wysypkę tę lekarz uznał za „wiosenną wysypkę“; znikła ona po upływie wielu miesięcy. Czy ta wysypka nie była późnym syfilidem, o tem nie mogłem się przekonać, gdyż żadnych bliznowato-zanikłych miejsc nie mogłem odnaleźć. Żadnej innej godnej uwagi choroby pacjent nie przechodził. Warunki higieniczne nie przedstawiały nigdy nic osobliwego. Prócz wspomnianego wyżej „*lichen pilaris*“, skóra nic osobliwego nie przedstawiała.

Cechy owrzodzenia, pominąwszy inne dane, świadczyły dostatecznie przeciwko niektórym chorobom, jak: *epithelioma*, *lupus*, *scrophuloderma* i t. d., lecz niezwykła płaskość owrzodzenia, znaczna bolesność, umiejscowienie dosyć charakterystyczne dla gruźlicy skóry, sprawiały to, że rozpoznanie różniczkowe między syfilisem i gruźlicą przedstawiało dużo trudności. Podejrzewając syfilis, trzeba było wobec niezwykłej płaskości owrzodzenia przedewszystkiem myśleć o najpowierzchniwszych gumatach, które, bądź tworząc grupy, bądź zlewając się wzajemnie, lub szerząc się wężykowato, bardzo rzadko i tylko przy większej rozległości ulegają owrzodzeniu, i to tylko w pojedynczych miejscach, nie zaś jak w danym przypadku *in toto*. Pewien punkt oparcia do rozpoznania syfilisu stanowiła spadzistość brzegu owrzodzenia, forma tego brzegu, złożona z linii łukowatych, jakoteż brak niektórych cech owrzodzeń gruźliczych, jak np. brzegu o delikatnych zygzakach i t. d. Za przyczynę wytworzenia się owrzodzenia w danym przypadku można było z pewnem prawdopodobieństwem przyjąć ciągle drażnienie wysypki syfilitycznej lub słabowity organizm chorego. Inne atoli dane przemawiały za owrzodzeniem gruźliczem i dlatego ostateczne rozpoznanie choroby w danym przypadku trzeba było do rozstrzygnięcia pozostawić wpływowi leczenia swoistego. Z tego powodu zaleciłem plaster rtęciowy i jodek potasu [2,0 *pro die*]; unikałem zaś wszelkich przypalań, aby w ten sposób mieć do czynienia wyłącznie z terapią antysyfilityczną. Po upływie niespełna 5-ciu tygodni owrzodzenie w zupełności się zagoiło.

Przypadek powyżej przytoczony nastęrcza kilka uwag.

Popierwsze, co się tyczy wysypki na grzbietowych powierzchniach rąk, to wiadomo, że trzeciorzędne syfilidy skóry niekoniecznie mają skłonność do

umiejscowienia się na powierzchniach zgięcia, jak to ma miejsce przy syfilidach wtórnych; lecz mogą one zjawiać się i na powierzchniach grzbietowych rąk i stóp, dając niekiedy powód do rozpoznania: *erythema multiforme*, co też i w naszym przypadku, może, miało miejsce, i co wobec względnej rzadkości tego umiejscowienia gumatów powierzchownych skóry zwykle bywa pominiętem, tembardziej, że podręczniki na to nie zwracają uwagi. Z tego też powodu nie uważałem za zbyt liczne kilka słów powiedzieć o różniczkowym rozpoznawaniu tych postaci wysypki. Można je łatwo odróżnić, zwracając uwagę na różnicę przebiegu wykwitów; trzeciorzędne bowiem syfilidy pozostawiają po sobie miejsca bliznowatozanikłe, które między wykwitami łatwo zauważyć. Podrugie, co się tyczy niewyraźnego, przebiegu syfilisu podczas okresu wtórnego, to często już zastanawiano się nad tem, dlaczego w jednym przypadku syfilis przebiega złośliwie, w drugim łagodnie. Że przytem konstytucya chorego nie odgrywa głównej, a przynajmniej wyczerpującej roli, widać z wielu przypadków syfilisu u silnych, *resp.* słabowitych osobników, jakotoż i z naszego przypadku. FINGER objaśnia tę kwestyę w ten sposób, że w generacyach, w których przedtem nigdy syfilisu nie było, nowość choroby dla organizmu stanowi główny czynnik w sprawie złośliwego przebiegu syfilisu. Istnieje wszakże pewna okoliczność, która, jak się zdaje, w danej kwestyi zasługuje na uwagę, mianowicie: czy zarażenie syfilisem miało miejsce od wcześniejszego, lub też późniejszego wykwitów syfilitycznego.

Nie wdając się w teoretyczne zapatrywania, zwracam uwagę na fakt często dający się spostrzegać, a mianowicie: w małżeństwach, w których mąż zaraził się na kilka lat przed ożenieniem się, syfilis żony ma przebieg zwykle bardziej przewlekły, niż tam, gdzie mąż zaraża żonę wrzodem twardym, nabytym po ślubie; w tym razie przebieg syfilisu ma zwykle charakter bardziej ostry.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

119. P. Janet. Stan umysłowy przy hysterii. Znamiona umysłowe.

Objawy hysterii dzieli JANET na dwie wielkie grupy: na objawy istotne (*essentiels*), stałe (*permanents*), obojętne dla chorych (*indifferents*), które stanowią trwałe znamiona hysterii (*stigmates*) i na objawy przypadkowe (*accidentels*), przejściowe (*passagers*) i uciążliwe dla chorych (*pénibles*), składające się na t. zw. przypadłości hysteryczne (*accidents mentaux*). O stygmatach traktuje pierwszy tom niniejszego dzieła, drugi, który ma się wkrótce ukazać, będzie poświęcony wyłącznie przypadłościom.

Pierwsze miejsce wśród stałych znamion zajmuje anestezya, już to z powodu roli, jaką odgrywa w całym okresie choroby, już też dlatego, że objaw ten najpierw został zbadany. Jednakże nie zawsze ją można spotkać; niekiedy zastępują ją inne mniej rzucające się w oczy objawy.

Anestezya może być zupełna, albo też niezupełna [hypoestezya], może się rozprzestrzeniać na wszystkie wrażenia, jakoto: wrażenia dotyku, czucia mięśniowego, smaku, węchu, słuchu i t. d., może dotyczyć skóry, błon śluzowych, może się nakoniec rozszerzyć na wszystkie rodzaje czucia na dotyk: ból, ciepło, czucie elektryczne i t. d. JANET dzieli anestezje na trzy kategorie: a) usystematyzowane, b) umiejscowione i c) ogólne.

A) Anestezye usystematyzowane dotyczą pewnej tylko grupy wrażeń, stanowiących razem pewien układ. Tak np. chorzy widzą dobrze wszystkie osoby, znajdujące się na sali, z wyjątkiem jednej; widzą przedmioty doskonale, nie mogą tylko dostrzedz papieru wyciętego w kształcie krzyża. Analogiczne fakty często się spotyka w somnambulizmie, albo u zahypnotyzowanych.

We wszystkich tych przypadkach znieczulenie powstaje nie wskutek fizycznych zmian w organach zmysłów, lecz pod wpływem pewnych idei. Wrażenia są tłumione przez ową ideę i nie przechodzą w stan uświadomienia.

B) Anestezye umiejscowione dotyczą zwykle pewnej tylko części ciała. Najczęściej spotykaną postacią tej kategorii bywa anestezya połowiczna (*hemianesthésie*) lewej połowy ciała: oprócz hemianestezji zdarzają się znieczulenia w postaci odcinków geometrycznych (*anesthésie en segments géométriques*).

Umiejscowienia owe bynajmniej nie odpowiadają ściśle oznaczonym anatomicznie częściom ciała, ani też okolicom rozgałęzień nerwów, zgadzają się raczej z fizjologicznym podziałem ciała, aniżeli z anatomicznym.

C) Anestezye ogólne, nie często spotykane, występują na całej powierzchni ciała i znoszą zupełnie pewną kategorię wrażeń, nie wywołując jednak zaburzeń ani ze strony podmiotowej, ani też przedmiotowej. Wprawdzie niektórzy badacze twierdzą, że znieczulenia historyczne łączą się z innymi objawami, jako to: kurczami, porażeniami, obrzękami, nawet z zanikami, lecz powikłania te rzadko występują. JANET'owi udało się tylko skonstatować w miejscach anestezji niekiedy skurcz naczyń i wskutek tego zmniejszone wydzielanie się potu. Odruchy w ogólności są dobrze zachowane, nawet odruch rozszerzania się źrenicy przy kluciu znieczulonych miejsc. Znikają tylko odruchy na lechtanie. Co się zaś tyczy objawów podmiotowych, to większość historyczek nie doznaje żadnych zaburzeń z powodu swojej anestezji. Przy historyi niema tych skarg, jakie często się słyszy od chorych ze zmianami organicznymi w ośrodkach nerwowych, np. przy wiaździe rdzenia (*le masque tabétique*). Ież to razy zdarza się, że dopiero igła badającego lekarza ku wielkiemu zdziwieniu chorych odnajduje miejsca znieczulone, zajmujące niekiedy bardzo rozległe przestrzenie.

Z cech, wyróżniających anestezje historyczne od organicznych, na pierwszym miejscu postawić należy zmienność objawów. Niektóre chore zachowują swoje stygmaty przez całe życie; w większości jednak przypadków anestezje się zmieniają, a nawet zupełnie znikają na pewien przeciąg czasu. Zmiany owe odbywają się bardzo szybko, tak, że tylko ścisła, sumienna obserwacja kliniczna jest w stanie wykazać, w jakich okolicznościach zmienność owa następuje. Otóż, autor utrzymuje, że znieczulenia przed napadem historycznym się rozszerzają, że podczas samego napadu czucie u niektórych powraca i następnie szybko napowrót znika po napadzie. W śnie normalnym anestezja dotykowa znika zupełnie. Podobne objawy wywołuje intoksykacja: upicie się alkoholem, eterem i t. d., zaś podczas snu somnambulicznego porażenia i anestezje historyczne znikają nagle. Niekiedy czucie powraca stopniowo w miarę tego, jak długo trwa stan somnambulizmu. Znieczulenia mogą znikać nawet w zwykłym stanie pod wpływem prądu elektrycznego. Na tej zasadzie BRIQUET chciał wprowadzić strumień elektryczny do leczenia historyi. BURCQ i wielu innych utrzymuje, że podobne działanie wywiera magnes, blaszki metaliczne i t. p.

Szczególniej widoczną się staje zmienność objawów podczas sugestji.

Czynniki psychiczne, jakoto: wzruszenia moralne, skupianie uwagi, mogą znieczulenie powiększyć. Drugą ważną cechą omawianych objawów, jest ich sprzeczność. Każdy lekarz, badający historyków, ma możność przekonania się, że dane, otrzymane przy badaniu, są rażąco sprzeczne ze sobą, tak, iż pomimo woli rodzi się podejrzenie symulacji. Szczególniej sprzeczność ową się stwierdza

usystematyzowana nie dotyka wszystkich aktów woli, rozciąga się tylko na czynności układające się w pewien system. Tak np. chora nie może rozmawiać z pewną osobą, nie jest w stanie pisać, nie może podnieść się z krzesła, nie może powiedzieć „dzień dobry“ pewnej osobie, witając inne swobodnie.

Tutaj należy odnieść abulię snu (*l'aboulie du sommeil*).

Abulia zlokalizowana wtedy ma miejsce, gdy chory momentalnie i tylko chwilami bywa dotknięty zaburzeniami woli zwykle przed napadem: myśli wtedy się płaczą i chory nie może nic przedsięwziąć, ani na żadnym przedmiocie skupić uwagi. Abulia rozprzestrzenia się nie tylko na pewne czynności, ale nawet na pewne członki. Wiadomo wszakże, że histeryczki nie zwracają uwagi na swoje znieczulone części, tak, iż zupełnie o nich zapominają, i wskutek tego nie mogą dobrowolnie nawet nimi poruszać.

Najważniejsze ze wszystkich chorób woli są abulie ogólne, wywołujące zaburzenia we wszystkich czynnościach i we wszystkich myślach; przedstawiają się pod temi dwiema postaciami zawsze połączone. JANET w opisie swoim jednako odróżnia abulię ruchową (*aboulies motrices*) i abulię intelektualną (*aboulies intellectuelles*). Objaw najwidoczniejszy, który przedewszystkiem uderza lekarza i na który najprzód uskarżają się chore, jest szczególna ociężałość ruchów, trudność niezmierna w ich wykonaniu. Chore pozostają nieruchome na swoim krześle, machinalnie pracując szydelkiem i nie życząc sobie, ażeby ich kto niepokoił. Wszelkie ruchy dobrowolne ręką, nogą, nawet poruszenia języka i powiek, noszą na sobie cechy pewnego rodzaju wahania się, niemocy. To wahanie i ta niemoc nie mogą być objaśnione [nie mówiąc już o bezwładzie, który w danym przypadku od razu można wykluczyć] nawet szczególną *idée fixe*; w takim bowiem razie przedmioty wydają się choremu odrażającymi, niebezpiecznymi. Przytem ten obłęd dotyku (*le délire du contact*) zazwyczaj ogranicza się do kilku przedmiotów, które zawładnęły wyobraźnią chorego; chorzy obawiają się dotknąć np. klamki od drzwi, mebli i t. p., gdy tymczasem przy abulii ruchowej wahanie się ma miejsce przy wyciąganiu ręki do każdego przedmiotu, a nawet przy wykonywaniu każdego ruchu, czy to nogą, czy ręką, czy też inną częścią ciała.

Pod taką postacią, jaką wyżej opisaliśmy, abulię ruchową rzadko się spotyka; w większości przypadków nie dochodzi do tego stopnia. Akty woli stają się zwykle uciążliwymi dla chorego; wykonanie ich jest powolne, trwa dłużej, niekiedy jest przerywane. Chore zużywają wiele czasu na ubranie się, na obiad, na uszycie czegośkolwiek, lub też na napisanie najprostszego listu. Zwykle doznają wielkich katuszy przy nowem przedsięwzięciu, lub rozpoczęciu nowej pracy i dlatego też nigdy prawie nie kończą rozpoczętego dzieła. Najmniejsza przeszkoda może ich zniechęcić, prędko bardzo porzucają jedną myśl i oddają się innej, ażeby z nią tak samo się załatwić, jak z poprzednią; dzielą swoje czynności na najdrobniejsze części i nie są zdolne do wykonania aktu skomplikowanego.

Nie można powiedzieć, ażeby wola powodowała jedynie czynność ruchową; wydatną również rolę odgrywa ona w naszej inteligencji. JANET podziela w zupełności zdanie WUNDT a i BASTIAN'a, że ta czynność psychiczna jest pierwszą, i że czyny są to tylko jej objawy zewnętrzne. Z takiego punktu rozpatrywana wola przyjmuje nazwę uwagi. U abulików ostatnia postać niedomaga tak samo, jak pierwsza (*aboulies motrices*) i zwykle dwa te zaburzenia występują jednocześnie. Zboczenia uwagi były znane już dawniej badaczom. GUGÈ, lekarz z Amsterdamu, dał im nazwę: *aprosexia* (*l'aprosexie*), która aż do dzisiaj się utrzymała. Chore z tym objawem zwykle po kilka razy czytają kilka wierszy druku, rozumieją oddzielnie każde słowo, nie są w stanie jednakże powiedzieć, o co rzecz idzie. Niektórzy badacze przyjmują to za zaburzenie pamięci. JANET jednakże jest innego zdania. Wykonawszy doświadczenie z jedną chorą, autor przekonał się, że chora po przeczytaniu wiadomości maleńkiej o pożarze, która zawie-

rała kilka cyfr: datę, liczbę spalonych domów i t. d., znakomicie pamięta każdą liczbę, wyraz, nie rozumiała tylko znaczenia tych liczb i wyrazów. Tutaj już nie może być mowy o zaburzeniach pamięci, wrażeń, ani też o zбочeniach w asocjacji pojęć; jedno możemy przypuścić: że mamy do czynienia ze szczególnem zaburzeniem uwagi.

W miarę tego, jak *aprosesia* się powiększa, zбочenia inteligencji manifestują się nie tylko w zjawiskach tak skomplikowanych, jak czytanie, ale nawet w najprostszej percepcji przedmiotów świata zewnętrznego. Zdarza się też wiele chorych, które nie rozumieją od razu tego, co do nich się mówi; trzeba kilka razy powtórzyć swoje pytanie, starać się usilnie skupić ich uwagę, zanim spostrzeżę, o co chodzi.

Gdy *aprosesia* jest zupełna tak, jak to widzieliśmy w powyżej opisanych przypadkach, nie sprawia żadnej przykrości chorym: chore są spokojne, obojętne na swoje cierpienie, nie zdają się cierpieć, gdy się ich zmusza do fiksowania uwagi; w rzeczywistości bowiem one nigdy jej nie skupiają. Inaczej rzecz się ma, gdy *aprosesia* jest niewielka. Wtedy zwykle jej towarzyszą objawy bardzo skomplikowane. 1-o. Uwaga jest opieszła i trudna do fiksowania; co chwila chora się wyryka i zbacza na co innego; trzeba ciągle na nowo ją budzić i starać się zająć w pożądanym kierunku. 2-o. Gdy uwaga po wielu mozolach została nareszcie skierowana na właściwe tory i chora zaczyna rozumieć to, co czyta, rozpoczynają się wszelkiego rodzaju dolegliwości: niespokojność, okrutne bóle głowy, które koniecznie końców zmuszają chorą do przerywania rozpoczętej pracy. 3-o. Podczas natężenia uwagi zjawiają się także objawy przedmiotowe: świeże anestezje i zaburzenia w ruchach, które wskazują na wielkość wysiłku. Ażeby skierować uwagę na cośkolwiek, histeryczka zmuszona jest zużyć całą swoją siłę umysłową, bardzo przytem nieznaczną. Dlatego też przestaje odbierać wrażenia, jakie dotychczas odbierała, pole widzenia staje się znacznie zwężonem; chora wykonywa ruchy, których nie odczuwa, które do świadomości jej nie dochodzą. 4-o. Natężenie uwagi zwykle nie trwa długo; po jakimś czasie, dłuższym lub krótszym, znika zupełnie, zostawiając za sobą pewne ślady, tak np. chora odwraca oczy od swojej roboty, skarżąc się tylko na ból głowy. W innych razach przypadłości są o wiele cięższe. Niektóre chore np. po takim bolesnym i bezowocnym napięciu uwagi przez długi bardzo przeciąg czasu nie mogą przyjść do siebie; oczy ich nie odbierają żadnych wrażeń, chore są pogrążone, jakby w ciemnościach. U okulistów objaw ten nosi nazwę: astenopia (*l'asthénopie*). JANET twierdzi, że w tym przypadku objaw astenopii jest centralnego pochodzenia i zależnym go czyni od zmęczenia uwagi. Podobnego rodzaju wycieńczenia dotyczą nie tylko narządy zmysłów, ale nawet samą inteligencję. Takie chore przy uważnem np. czytaniu wpadają w stan somnambuliczny, a niektóre dostają nawet zupełnych napadów. 5-o. Wskutek *aprosesji* chore mają o wszystkim względne pojęcie, nie odznaczające się dokładnością i trwałością. Ztąd też pochodzi to ciągle powątpiewanie o wszystkim. Histeryczka nigdy nie wierzy swoim wrażeniom, zawsze potrzebuje potwierdzenia tego, co widzi, co słyszy, przez kogo innego.

Abulie histeryczne wykazują te same cechy psychiczne, o jakich mówiliśmy przy anestezjach i amnezjach: ta sama zmiennosć i sprzeczność daje się zauważyć i w aktach woli. Zamiast więc powtarzania JANET wskazuje na inne właściwości, u abulików spotykane, lecz w daleko mniejszym stopniu i przy innych stygmatach. Przedewszystkiem JANET zwraca uwagę na zachowanie u abulików dawniejszych czynności (*la conservation des actes anciens*). Pomimo ogólnego osłabienia woli jest zatrzymana bez zmiany cała kategoria ruchów: 1-o. Ruchy fizyologiczne, jak: oddychanie, ruchy robaczkowe kiszki i t. d. 2-o. Odruchy. 3-o. Ruchy, które przez ciągle powtarzanie stały się prawie instynktownymi: np. chora drapie się po głowie, wyciera nos zupełnie swobodnie bez cienia niepewności. 4-o. Ruchy nawykowe, np. szydełkiem, igłą

i t. d.. 5-o. Ruchy nie należące do żadnej z powyższych kategorii, np. takie, że od czasu do czasu chora kreśli na papierze dziwaczne figury, nagle wykonywa jakiś ruch niedorzeczny; wszystko to czyni energicznie bez wahania, jak gdyby obdarzoną była jakąś nadzwyczajną siłą woli. Jakaż więc jest przyczyna tego? Odpowiedź jest bardzo łatwa: dlatego, że są to akty automatyczne, są to czynności, które kiedyś były już wykonywane, a nie są wywoływane wolą teraz po raz pierwszy. W miarę tego, jak czynność przyjmuje ten charakter, staje się ona łatwiejszą do wykonania. To samo stosuje się do chorych dotkniętych abulią inteligencji, dotknięci aprozeksją rozumieją to tylko, co już raz zostało zrozumianem przez nich. SEGAS w swojej pracy: „*Les troubles du langage chez les aliénés*“, stwierdza to wyjaśnienie. „Nie są w stanie“ mówi, „zrozumieć czytania, ani spa- miętać zdarzenia, jeżeli synteza tego nie była chociaż raz przeprowadzona“.

Drugą cechą abulików jest utrata zdolności do wykonywania nowych czynności. Utracone ruchy są to istotne akty woli (*les actions appelées volontaires*). Chorzy abulicy nie mogą rozpocząć samodzielnie żadnej nowej czynności; każdy wysiłek, zmieniający ich dotychczasową bezczynność, jest dla nich niezmiernie przykry. Od czegoż to zależy? Rozpatrzmy przedewszystkiem początek aktu. Początek wszelkiej czynności nie zasadza się tylko na materyalnym fakcie puszczenia w ruch mięśni, które dotychczas pozostawały w spokoju. Przedtem jeszcze w mózgu odbywa się cała sprawa kojarzenia się pojęć i wyobrażeń, odtwarzająca nam pewną czynność. Ta synteza nie jest jednakże jedną i tą samą dla różnych aktów, np. nie jest jednakową przy chwytaniu pióra lub papieru. Tworzenie więc tej syntezy jest trudnem dla abulików, powtarzanie zaś jej jest łatwem. Powtarzanie dawnej syntezy wyobrażeń, już związanych razem, cechuje czynności automatyczne; tworzenie syntez nowych, t. j. to, co autor nazywa właściwie wolą, odbywa się przy aktach jeszcze nie wykonywanych.

Podobne uwagi nasuwają się przy abulii inteligencji. „Chorzy czują nadzwyczajną odrazę do nowych pojęć, nie chcą niczego uczyć się nanowo“ mówią RAYMOND i ARNAUD.

Trzecią cechą abulików jest zachowanie aktów nieświadomych (*actes subconscients*) i utrata osobistej percepcji dla aktów woli. Chorzy abulicy w pewnych okolicznościach są zdolni do wykonania bardzo skomplikowanych ruchów pomimo tego, iż wola jest znacznie osłabioną. Szczególniej daje się to zauważyć wtedy, gdy ruchy owe są poddane choremu, w stanach suggestji.

Abulik nie odczuwa żadnych poruszeń, które odbywają się u niego bez udziału świadomości i nie są związane z jego osobowością. To, co niekiedy przytrafia się i normalnym ludziom, mianowicie, że bezwiednie coś popełniają, jest prawie objawem stałym u abulików. Świadomości popełnianych czynów histerycy - abulicy prawie nie mają. JANET objaśnia to poniekąd upadkiem sił umysłowych, które są potrzebne do wykonania czynności, do przyjmowania wrażeń i tworzenia pojęć: brak zdolności syntetyzowania zmienia akty woli. Dlatego też akty nowe, znajdujące nowe warunki przy powstawaniu swoim i wymagające delikatniejszej i bardziej aktualnej syntezy, najprzód podlegają zaburzeniom. Tymczasem czynności dawniejsze, zależne od dawniejszej syntezy i powtarzające się teraz bez zmiany, pozostają niezmienione. Przy jednych i przy drugich mamy jednakże zaburzenia osobistej percepcji aktów woli (*perception personnelle des actes*), czyli zaburzenia asymilacji nowych aktów z całą osobowością poprzednią, z całym obszarem jaźni. Te zaburzenia JANET nazywa kardynalnemi zaburzeniami umysłu histeryków; są one charakterystyczne dla tej jedynie choroby. Jeżeli więc zauważymy u chorej ten rodzaj abulii z trzema poprzednio opisanemi cechami i z t. z. „*la désagrégation*“ świadomości, mówimy, że to jest histeryczka, nawet gdyby brakowało innego stygmatu.

Abulia pociąga za sobą rozmaite przypadłości: większość tych objawów zależną jest od t. z. „*la suggestibilité pathologique*” tych chorych, która znów jest bezpośrednim skutkiem zaburzeń woli. Tak jak histerycy nie są zdolni rozpocząć coś nowego, tak samo nie są zdolni do przzerwiania tego, co już raz rozpoczęli; albowiem zatrzymanie się w czynności jest pewną zmianą ogólnego nastroju i stawia nas pośród nowych warunków. Ci zaś chorzy, którzy nie rozumieją żadnej zmiany, tem bardziej nie pojmują takiej, która wymaga powzięcia pewnego zamiaru i siły do zatrzymania automatycznie rozwijającej się dawniejszej myśli.

Abulicy zawsze potrzebują pomocy innych. Dlatego też niektórzy z nich przywiązują się serdecznie do lekarza. Jest to rys znamieny histeryków, wyróżniający ich od wielu chorych. Z zaburzeń ruchu JANET rozpatruje tylko te, które są zależne od stygmatów histerycznych.

Już wyżej była wzmianka o tem, że ruchy nawykowe, instynktowe i automatyczne są w ogólności zachowane; zmiany widoczne są tylko w ruchach dowolnych (*volontaires*) tak po stronie znieczulonej, jak i po stronie normalnej.

1-o Ruchy dowolne są zwolnione, czyli, że wykonanie jakiegokolwiek ruchu wymaga dłuższego czasu, aniżeli normalnie; przytem zwolnienie to staje się widoczniejszym po stronie znieczulonej. Autor czyni to zależnym od zmniejszonej uwagi i od zmniejszonej percepcyi osobistej. 2-o Ruchy histeryczek są niezdecydowane i bezładne. Dostyc jest zażądać od chorej, ażeby dotknęła się jakiegokolwiek przedmiotu, a objaw ten od razu rzuca się w oczy. DUCHENNE nazwał go ataksją histeryczną — *l'ataxie des hystériques*. Bezład histeryczny tem się różni od tego rodzaju objawów przy chorobach organicznych, że występuje tylko w stanach świadomych. Gdy ruch zostaje wywołany bezwiednie w wiadomy nam już sposób, bezład poprzedni znika i chora porusza ręką, nogą zupełnie swobodnie. 3-o. Histerya czyni chorego niezdolnym do czynności bardziej skomplikowanych, t. j. aktów, które składają się jednocześnie z kilku ruchów: Fakt ten stał się podwaliną pracy autora o automatyzmie psychicznym i był stwierdzony przez kilku badaczy. „Gdy każe im się [t. j. chorym] wykonać jednocześnie kilka ruchów, cała ich uwaga zostaje skupioną na jeden; ... chorzy sami spostrzegają, że im ciężko niezmiernie myśleć naraz o obu rękach...” mówi BINET. A. PICK w Pradze również dostrzegł ten fakt w kilku bardzo dokładnych obserwacjach. 4-o. Ruchy dowolne są słabe, objaw, spostrzeżony już u histeryków przez BRIQUER'a, który go porównał z odrętwieniem, w jakie czasami wpada człowiek przy silnem wzruszeniu moralnem. BURCQ, CHARCOT, później PAUL RICHER opisali go pod nazwą amyostenii (*amyosthénie*). Zdziwionym jest niekiedy lekarz, badając osobnika atletycznej budowy, z mięśniami silnie rozwiniętymi, który słabo bardzo ściska mu rękę i nie może stawić najmniejszego oporu jego ruchom.

Wszystkie więc powyższe zjawiska rozpatruje JANET, jako zjawiska psychiczne. Jedno z nich, mianowicie bezład ruchów, według jego zdania, jest zależnym w części od anestezji; wszystkie inne są bezpośrednim skutkiem zaburzeń w sferze woli i świadomej uwagi.

W przypadkach, w których anestezja jest zupełniejszą, t. j. dotyczy czucia dotyku i czucia mięśniowego, zaburzenia ruchowe występują pod szczególną postacią, którą JANET nazywa *syndrome de LASÈGUE*. Objawy, które się składają na ten „zbiór“, są następujące: 1-o. Osobnik nie jest zdolnym wykonać ruch po stronie anestezji bez pomocy wzroku. 2-o. W pewnych doświadczeniach ruch, rozpoczęty z udziałem wzroku, rozwija się już dalej bez niego. 3-o. Wyobrażenia wzrokowe albo nawet wrażenia dotykowe mogą zastąpić wrażenia wzrokowe wtedy, gdy one informują chorego o położeniu członków przy samem rozpoczęciu ruchu. 4-o Tego rodzaju objawy, zdaje się, nie zawadzają choremu: w życiu normalnem wykonywa on wszystkie ruchy. 5-o. Ręka chorego, podniesiona wtedy, gdy chory tego nie widzi, pozostaje nieruchomą w postawie kataleptycznej.

6-o. Ruchy mogą być wywołane bez udziału wzroku, ale wtedy będą bezwiedne i osobnik ich nie do-trze-ga.

Najbardziej ciekawą z całego tego zbioru objawów jest niemożność wykonania ruchu bez pomocy wzroku. CH. BELL cytuje następujący przypadek, który doskonale ilustruje omawiany objaw: Matka, karmiąc dziecko, dostaje naraz bezwładu w jednej, a traci czucie w drugiej ręce. Od tej chwili nie może utrzymać dziecka na ręce znieczulonej, jeżeli się na dziecko nie patrzy. Z rozmaitych stron konstatują jeszcze inne fakty tego rodzaju. Dotknięci anestezyą nie mogą się poruszać w ciemnościach. Oto jedna chora JANER'a w okresie zupełnej anestezyi nie mogła w łóżku wykonać najmniejszego ruchu, skoro zgaszono światło: rano znajdowano ją w tej samej pozycji, jaką przyjęła wieczorem.

Niektórzy lekarze przyjmują te nocne bezwłady za sprawę malaryczną i leczą je siarczanem chininy, naturalnie bez najmniejszego skutku. Takie jednakże obserwacje są niezmiernie rzadkie, ponieważ sam objaw występuje tylko podczas odpowiedniego eksperymentu: trzeba go wprzód poszukać, ażeby go można zobaczyć. Dostatecznym jest w takich razach odwrócić głowę chorym [nie trzeba zamykać zupełnie oczu dlatego, że u histeryczek zamknięcie powiek sprowadza znaczne zmiany samej świadomości, np. somnambulizm i przez to przeszkadza do świadczeniu], a więc odwrócić w inną stronę głowę i polecić wykonać ruch znieczuloną ręką, ażeby objaw ten wystąpił w całej pełni: ręka pozostaje bezwładną i pomimo wysiłku, jaki się maluje na twarzy chorego, nie jest on w stanie jej poruszyć. Tutaj należy odnieść niektóre poszczególne przypadki, np. chora z oczami otwartymi, mając znieczuloną rękę na plecach, nie jest w stanie powrócić z nią do zwykłej pozycji [objaw BELL'a], albo np. chora, dotknięta anestezyą z obu stron, w postawie stojącej natychmiast się chwieje i pada, skoro się jej zamknie oczy [objaw ROMBERG'a]. Rzecz dziwna, iż tylko mięśnie kończyn podlegają podobnym paraliżom; mięśnie zaś pleców, twarzy, tułowia w ogólności nie wykazują tego. Według BRIQUET'a, są to mięśnie zwykle dostępne dla wzroku, jak np. mięśnie rąk. PICK w Pradze, który się poświęcał badaniom tego rodzaju zjawisk, objaśnia je tem, że histeryczka może wykonywać tylko jedno poruszenie, że zajęta np. zamykaniem powiek, odwróceniem głowy, nie może manipulować wtedy swoją ręką. Ta utrata zdolności ruchowej jest więc związaną z roztargnieniem, ze zwężeniem pola świadomości. JANER, w zasadzie zgadzając się z wnioskami PICK'a, utrzymuje jednakże, że one nie wyjaśniają, dlaczego histeryczki tracą możliwość ruchu tylko po stronie anestezyi, że anestezya musi odgrywać dość znaczną rolę w powyższych zjawiskach. Według niego, anestezya pociąga za sobą amnezyę i tem właśnie wyjaśnia się cała istota rzeczy. Histeryczka, odwracając oczy, nie tylko że nie czuje swojej ręki, ale nawet zapomina o niej: wszelkie wyobrażenia ruchowe, wszelkie wyobrażenia o dawniejszych poruszeniach, odnoszących się do tej ręki, natychmiast ulatują z pola świadomości. W jej wyobraźni nie może powstać nawet obraz ruchu żądanego, a zatem nie może ujawnić się na zewnątrz.

Teoretycznie więc rzecz biorąc, chora winna pozostać zupełnie nieruchomą. Na szczęście, umysł nasz posiada środki ratunku, z czego możemy się przekonać, jak jedne zjawiska w procesie psychologicznym wyręczają inne. Oto wrażenia i pojęcia innych zmysłów, najczęściej zmysłu wzroku, przypominają mu o znieczulonej części ciała i odwarzają w wyobraźni ruch, który ma być wykonany, czyli, że wyobrażenia wzrokowe, na zasadzie znanego prawa asocjacyi wrażeń, wywołują wyobrażenia ruchowe (*kinesthésique*), które osobnik percepuje i które odnośnie do wrażeń wzrokowych odzyskują swoją właściwość nadawania ruchu. Nie zawsze jednak tak bywa. W niektórych przypadkach wystarczają dla wywołania ruchu halucynacje wzrokowe, jakie za pomocą sugestyi chorym się narzuca. Taką właściwość motoryczną mają wszystkie wyobrażenia psychiczne.

Wiałomoprzecież, że każdy w życiu praktycznym posługuje się bardziej takimi lub innymi wyobrażeniami.

Odebrawszy wrażenie wzrokowe, chorzy, przypuścmy, poruszą swoją ręką. Ruch może trwać nawet wtedy, gdy chory zamknie oczy. Fakt ten wskazuje na to, że najważniejszym w danym przypadku jest to pojęcie o pozycji ręki, odtworzone za pomocą wzroku w chwili samego rozpoczynania ruchu. Funkcye, jakie spełniają w omawianych procesach wyobrażenia ruchowe, mogą przyjąć na siebie nie tylko wyobrażenia wzrokowe, ale nawet wyobrażenia czuciowe i słuchowe. Tak w przypadkach, cytowanych przez PITRES'a, wystarczało rękę lewą [znieczuloną] położyć na części ciała, która zachowała czucie, ażeby chory był w stanie już nią poruszać; wrażenie pierwotne, które zrodziło w umyśle wyobrażenie tego ruchu i pozwoliło go wykonać, należało do kategorii wrażeń dotykowych.

RAYMOND podaje przypadek następujący: osobnik jeden, ażeby kierować swoją ręką znieczuloną, uderzał lekko stół, albo swoją głowę. Łoskot uderzania, jaki dochodził do jego ucha, służył mu do wywołania wyobrażenia ruchowego.

Wszystkie powyższe przypadki wykazują, jak ważne znaczenie w sprawach psychicznych posiada zastępstwo wyobrażeń jednego zmysłu przez wyobrażenia drugiego. Dzięki tylko tej zamianie chory może wykonywać świadomie ruchy pomimo rzeczywistej utraty wyobrażeń ruchowych z pola świadomości.

Te zastępstwa wrażeń, mające miejsce tylko przy anestezyi, są niekiedy powodem następujących zjawisk:

1-o. *La syncinésie* polega na tem, że chore, gdy im zamkniemy powieki i kážemy wtedy podnieść znieczuloną rękę, podnoszą zwykle obie. JANET wyjaśnia to w ten sam sposób, jak widzieliśmy wyżej przy zjawiskach synestezyi, mianowicie tem, że wyobrażenia o ruchach symetrycznych są prawie identyczne i bardzo łatwo się mieszają. 2-o. *Allocinésie* wtedy ma miejsce, gdy chora, zamiast podnieść prawą rękę, podnosi lewą i odwrotnie. Takie przejścia objawów ruchowych z jednej strony na drugą zdarzają się bardzo często u histeryczek. Drgania, bezwładny, kontraktury tak samo, jak i anestezye, natychmiast występują z prawej strony, gdy je usuwamy z lewej i to bez magnezu, bez metali i bez sugestyi, jedynie tylko na zasadzie praw psychologii, które łączą zjawiska symetryczne i podstawiają jedne na miejsce drugich. 3-o. *Étérocinésie*. Taką nazwę nadaje JANET objawowi, opisanemu przez BRIQUET'a. Mięśnie kończyny znieczulonej u chorej, która ma wtedy oczy zamknięte, wykonywają ruchy wprost przeciwne tym, które chora chce wykonać. Tak np., gdy chora ma zamiar zamknąć rękę, ta przeciwnie otwiera się; gdy ją chce wyprostować, ta się zgina. JANET widzi tutaj pomieszanie wyobrażeń, które do pewnego tylko stopnia są podobne; kontrast, jak wiadomo, przypuszcza (*suppose*) wielkie podobieństwo.

Cały zbiór objawów LASÈGUE'a w rzeczywistości rozpada się na objawy negatywne i objawy pozytywne. Pierwsze, o których dopiero co mówiliśmy, wskazują na to, że w pewnych okolicznościach ruch jest zniesiony, albo może być wykonany tylko wyjątkowym sposobem; druga grupa objawów nam wskazuje przeciwnie, że w tych samych warunkach pewne ruchy mogą być zachowane. O tych ostatnich objawach zamierzamy teraz pomówić. LASÈGUE już zauważył, że chorzy nie ciągle zmuszeni są śledzić wzrokiem za ruchami rąk i nóg, ażeby je swobodnie wykonywać. Ten szczególny bezwład znieczulonych kończyn, na które wzrok nie pada, nie trwa bezustannie i nie rozpościera się na wszystkie ruchy; i on cechuje się, jak wszystkie wogóle stygmaty histeryczne zmiennością. Zschowanie pewnych ruchów wtedy, gdy oczy na nie nie patrzą, łatwo stwierdzić doświadczalnie. Najprościej zaś widać to z objawu, któremu LASÈGUE nadał nazwę katelepsy częściowej. Jak sama nazwa wskazuje, tej katelepsy podlega nie całe ciało, ale tylko pewna część jego, np. ręka, noga. LASÈGUE w swoich dalszych obserwacjach przekonał się, że objaw

ten wcale nie jest rzadkim, że to nie napad częściowy, ale właściwa cecha członków znieczulonych, na które histeryczka nie patrzy. Napad taki może trwać bez znużenia dla chorej 20 minut, pół godziny, a nawet, jak twierdzą BINET i FÉRÉ, i godzinę. Podczas całego tego czasu ręka nie drży, nie chwieje się i nie zdaje się być znużoną. Dopiero przy końcu mięśnie powoli wolniejają i ręka podniesiona powoli opada bez drżenia. Chora, tymczasem zajęta czem innym, porusza dowolnie częściami ciała, znajdującami się w normalnym stanie, i wcale nie zwraca uwagi na to, co się dzieje z jej kateleptyczną ręką. Gdy się jej wspomni o niej, nie pozwalając jednakże na nią spojrzeć, chora zwykle nie wie, gdzie się znajduje ręka i odpowiada, że zupełnie zapomniała o niej. Chora nie jest w stanie nawet, chociaż by się powiedziało jej o właściwej pozycji ręki, odczuć to świadomie i zmienić, nie patrząc, położenie. Dopiero, gdy się jej pozwoli spojrzeć na nią, chora zdziwiona tem, co widzi, natychmiast ją opuszcza.

Jak LASEGUE wskazał nam charakterystyczne cechy znieczulonych członków, tak znów CHARCOT i jego szkoła zwrócili uwagę na nowy stygmat ruchów w histeryi, mianowicie: kontraktury. Chora, która nie ma żadnych napadów i swobodnie włada swojemi kończynami, jest ciągle jednakże w stanie t. z. *un état d'opportunité de contracture*; BRISSAUD określa ten stan, jako „*contractures latentes*“. Najmniejsze podrażnienie wystarcza, ażeby którakolwiek kończyna znalazła się w stanie „bezwładu połączonego z pewnego rodzaju bezustannem i mimowolnem steżeniem mięśni, bez zmian znaczniejszych w reakcyi elektrycznej i w samym utkaniu włókien mięsnych“ [PAUL RICHER. *Paralysies et contractures hystériques*]. CHARCOT objaw ten nazwał *diathèse de contractures*. JANET nie przeczy, że u histeryczek zdarzają się kontraktury zależne od zmian pewnych w samych mięśniach lub w rdzeniu, ale razem z RICHER'em utrzymuje, że prócz tych istnieje mnóstwo kontraktur, które powstały pod wpływem czynników psychicznych. W jakimże związku znajdują się one z objawami poprzednimi? Obecnie nikt już nie uważa bezwładów i kontraktur za objawy przeciwne: wiadomo, że zjawiska te mogą się przeplatać, mieszać się z sobą, że jedne i drugie występują w tych samych warunkach i co do mechanizmu są bardzo podobne do siebie.

W odczycie swoim w Towarzystwie biologicznem CHARCOT i PAUL RICHER mówią: „Stosunek diatezy kontrakturowej do amostenii jest ten sam, co i do anestezji; wiadomo przecież, że ostatnie objawy zwykle występują w parze. Nie jest przeto rzadką rzeczą spotkać diatezę kontrakturową w członkach znacznie osłabionych i których osłabienie graniczy z bezwładem“. Kontraktury występują w tych samych warunkach, co katelepsja częściowa, t. j. skutek zupełnej anestezji dotykowej i mięśniowej. Prawda, i tutaj są wyjątki: zdarza się, że kontrakturę można wywołać po stronie normalnej, ale to bardzo rzadko. Raz istnieje anestezja, czynniki wywołujące kontrakturę mogą być rozmaite: masaż głęboki, uderzenie ścięgna, szarpnięcie mięśnia, obtarcie się nerwu, zastosowanie diapazonu wibrującego, faradyzacja, przyłożenie magnesu, dmuchnięcie na skórę, opaska ESMARCH'a i t. d. — wszystko to jednakowo sprowadza kontrakturę. Właściwie mówiąc, wszystkie to różnorodne wpływy wywołują jedne i te same wrażenia, t. j. jednakowo drażnią skórę lub mięsień. Wrażenie zaś staje się już bezpośrednim powodem kontraktury. Ktoś mógłby tutaj zarzucić, że chora z części ciała, objętych anestezją, nie otrzymuje żadnych wrażeń. Prawda, lecz znów z drugiej strony wiemy, że te wrażenia w rzeczywistości istnieją, chociaż histeryczka z niemi się nie liczy, jak to już widzieliśmy wyżej przy katelepsji. Naprzykład położenie ręki wywołane zostało przez pewne wrażenie dotykowe i mięśniowe, które chora zdawała się przedtem nie odbierać. Kontraktury niekiedy mogą być tak usystematyzowane, że nadają kończynie położenie podobne do kateleptycznego. Lecz między katelepsją a kontrakturą jest wielka różnica. Podczas, gdy katelepsja częściowa natychmiast znika i kończyna może być dowolnie poruszana, skoro chora oczy zwróci na nią, kontraktura przeciwnie w tych

warunkach nie ustępuje. Jednym z warunków katalepsy częściowej, jak wiadomo, jest *l'électivité*, t. j., że może być wywołaną tylko przez daną osobę. Gdy tego warunku nie ma, stan kataleptyczny może przejść w stan kontraktury. Na przykład: jeżeli inna osoba, nie ta, która wywołała katalepsję ręki, spróbuje zmienić pozycję tej kończyny, spotka się z dziwnym oporem; ręka aż do ramienia będzie stężona. Osoba ta będzie miała zupełną słusność, stawiając rozpoznanie kontraktury historycznej. Tymczasem dla tej osoby, która wywołała katalepsję, dosyć jest dotknąć się tylko, ażeby poruszyć ręką; dla tej więc będzie to katalepsya. Gdy ta *électivité* jest bardzo podniesiona, co ma miejsce wtedy, gdy chora bardzo często jest hipnotyzowana i opanowywana przez hipnotyzującego, jej kontraktury naturalne, które zjawiają się np. wskutek napadu, mogą przejść u niej w katalepsje dla hipnotyzującego. Tski więc jest związek objawów kataleptycznych [nb. częściowych] i przykurczeń.

Katalepsya i kontraktura są to dwa stany różne, należące do aktów nieswiadomych, bezwiednych. Przy kontrakturze, zdaje się, jakoby wyobrażenia ruchowe były jeszcze mniej świadomymi, jeszcze bardziej usuwającymi się od percepcji osobistej danego osobnika, który żadną miarą nie jest w stanie je pochwycić. Te odosobnione wyobrażenia są mniej podatne do systematyzacji, do tworzenia grup na około jednego wyobrażenia, przeważającego wszystkie inne; one więcej są podległe wpływom grubszym, jak masaż; jednym słowem, są mniej umysłowe.

Ostatni rozdział pierwszego tomu poświęca autor zmianom charakteru u histeryczek i rozpatruje tylko zmiany ogólne, wywołane stygmatami w sposobie myślenia i postępowania. Charakter, mówi JANET, jest zależny w wysokim stopniu od inteligencji poprzedniej chorych, od otoczenia, w jakim one wzrosły i od wychowania. Histerya rozwija się u rozmaitych ludzi: u bogatych i biednych, u inteligentnych i głupich, u uczciwych i występnych. Nie potrzeba na karb choroby składać te rysy charakteru, które były widoczne już przed samą chorobą. Wypowiedziawszy te uwagi, autor zwraca się do opisu zaburzeń inteligencji i woli.

Inteligencya już od samego początku choroby zaczyna upadać, po atakach rozstrój umysłowy postępuje zwykle szybszym krokiem. To osłabienie umysłu głównie zasadza się na tem, że chora nie jest w stanie nabywać nowych wiadomości, wskutek czego już od samego początku choroby przestaje się rozwijać. Do tego w niemalym stopniu przyczynia się niemożność skupienia uwagi, ciągłe roztargnienie, amnezye, niepewność, wątpliwości, jakie rodzą się u takiej chorej na każdym kroku, jednym słowem: rozmaitego rodzaju osłabienia syntezy intelektualnej. Przeciwnie zaś rozmaite zjawiska automatyzmu psychologicznego są wzmożone. Szczególniej to się przebija w ich słonności do marzeń ciągłych, którym poświęcają nie tylko całe noce, ale nawet dni. Czy to podczas przechadzki, czy też pracy, rozmowy z kimkolwiek, one zawsze mają głowę nabitą jakąś historią dziwną, którą rozwijają przed sobą w jaskrawych obrazach. Czasami te obrazy nie są połączone żadną nicią, albo też są spojone bardzo luźno. Gdy marzenia poczynają się systematyzować, stają się wtedy niebezpiecznymi, ponieważ bardzo łatwo prowadzą do „*idées fixes*“. Uspობienie do „*idées fixes*“ jest znamienym rysem umysłu histeryczek. Zaburzenia woli, opisane bardzo szczegółowo wyżej, sprowadzają u histeryczek pewnego rodzaju obojętność na wszystko. Chore pozwalają postępować z sobą, jak z dziećmi; są pozbawione osobistej inicjatywy, bezustannie potrzebują pomocy i kierunku. Jednym z najczęstszych skutków, towarzyszących abulii, są nudy. Nudy trapią histeryczkę w nielitościwy sposób; żadna zabawa nie jest w stanie je rozwiać. Często także spotyka się objaw wręcz przeciwny, objaw wzmożonej czynności automatycznej, kontynuowanie bez końca prawie czynności raz rozpoczętej.

Jak to się często np. widuje histeryczki, czytające przez bardzo długi przeciąg czasu dzieło kilkutomowe i nierozumiejące ani jednego wyrazu: trzymają książkę ciągle przed oczyma, ale nie mogą przeczytać nawet pierwszej strony.

Mówiąc o wzruszeniach, JANET zaznacza wielką trudność w badaniu tych zjawisk. Nie jest to, jak poprzednio utrzymywano, jedno z najprostszych zjawisk duchowych, określając je jako zdolność przyjmowania wrażeń, ale stan świadomości bardzo skomplikowany, objaw, na który składa się mnóstwo zjawisk elementarnych.

Wzruszenia JANET dzieli również na dwie kategorie: na wzruszenia całkiem nowe, wywołane nową syntezą i nieznaną dotychczas kombinacją wrażeń i pojęć i wzruszenia dawniejsze, które zjawiają się pod wpływem powtórzonej mniej lub więcej automatycznie syntezы dawniej. Histeryczki, według niego, są w rzeczywistości mniej pochopne do wzruszeń, aniżeli powszechnie przypuszczają; w umyśle ich zwykle mniej dokonywa się spraw psychicznych, aniżeli u ludzi normalnych. Dlatego też chore w ogólności są obojętne na wszystko z wyjątkiem tego, co się bezpośrednio tyczy ich małego światka „*idées fixes*“.

Histeryczki najprzód tracą uczucia socyalne, altruistyczne; prędko bardzo dochodzą do pewnego rodzaju dzikości, mizantropii; w ciągu choroby rzadko kiedy przelatuje błysk sympatii. Ten widoczny brak uczuć, jakie wiążą jednych ludzi z drugimi, kładzie na ich charakterze wyraźne piętno egoizmu. Według JANET'a, egoizm histeryczek jest rezultatem osłabienia umysłu, skutkiem wygaśnięcia wszelkich uczuć sympatii. Wiedząc, jakie kontrasty niekiedy spotyka się w histeryi, nie powinniśmy się dziwić, gdy chore apatyczne, zimne, obojętne na wszystko, naraz wybuchają gniewem, stają się drażliwe i t. d.. U wielu histeryczek drażliwość jest niezwykła: najmniejsza rzecz, wyraz, spojrzenie, wywołuje zaraz całą burzę uczuć. Uczucia te jednakże różnią się od normalnych: *primo* tem, iż są bardzo przesadzone w swych objawach; *secundo*, iż wyrażania uczuć zawsze bywają jedne i te same; *tertio*, iż u niektórych chorych najrozmaitsze wrażenia sprowadzają jedne i te same wzruszenia: np. gniew, albo tylko żal.

Charakter taki wypływa z tego, że uczucia histeryczek nigdy prawie nie są aktualnymi, że nie są wywołane syntezą zjawisk, rodzących się w umyśle w chwili, gdy nieznaczące słówko lub przypadek staje się bodźcem dla nich tak, jak to ma miejsce u człowieka normalnego. Uczucie histeryczki dawniej jeszcze utworzone powtarza się teraz, nie będąc nawet usprawiedliwione w ostatecznej mierze wywołującymi je czynnikami. Przeważnie u chorych tego rodzaju spotyka się uczucia przygnębienia, smutku, ciągle nudy, odrazę do życia, żal, strach, posuniętą do najwyższego stopnia rozpacz: oto prawie cała gama uczuć histeryczek. Wybuchy szalonej wesołości rzadko kiedy przelatują wśród ciągłego, jednostajnego smutku. Takie objawy stwierdzają w zupełności myśl wypowiedzaną często w ostatnich czasach przez myślicieli. „Uczucie rozkoszy, radości zamienia się w poczucie siły, a uczucie przykrości, nieukontentowania w uczucie niemocy“. Jeszcze inna kategoria uczuć wypływa z ich egoizmu: zajęte ciągle swoją słabizną, żądają od wszystkich pomocy; domagają się od innych tej siły moralnej, której nie znajdują u siebie, podejrzewają ciągle, że nimi się poniewiera. Dlatego też w wysokim stopniu są zazdrosne, drażliwe i pochopne do gniewu. Zazdrość, ta olbrzymia namiętność umysłów niskich, małych, bezustanie dręczy chorą.

Co się tyczy erotyzmu histeryczek, JANET wprost twierdzi, że histeryczki w ogólności nie więcej są erotyczne od zwykłych ludzi. Ich anestezje fizyczne i duchowe, zwężenie obszaru wydajności umysłowej, nie usposabia ich wcale do miłosnych namiętności. Również niewłaściwie przypisywano im dawniej skłonność nadzwyczajną do kłamstwa i ciągle symulacje. Wpływało to wszy-

stko z bardzo powierzchownej obserwacji i zbyt pospiesznej oceny faktów, jakie wyżej widzieliśmy. „Kłamstwo, tak samo jak grzech, są to wyrazy spotykane w języku moralisty, które na zawsze powinny być wyrzucone ze słownika lekarskiego“.

Wszystkie powyższe cechy inteligencji i charakteru niczem się nie wyróżniają, coby było właściwem tylko dla histeryi. Ten sam brak uwagi, osłabienie umysłu, skłonność do marzeń, abulia, *idées fixes*, brak wzruszeń świeżych: są to rzeczy, które bardzo często się spotyka i w innych chorobach.

Chorzy dotknięci obłędem powątpiewania, prześladowani, impulsywni przedstawiają ten sam obraz. LOMBROSO w swoich uwagach o kryminalistach notuje często te same obserwacje. Z drugiej strony, wady w sprawie asymilacji, ta niestałość, egoizm połączony z zazdrością i gniewem, cechują stan umysłu, który wcale nie jest chorym, mianowicie: stan umysłu w dzieciństwie. Nie bez pewnej racji histeryczkę uważają za dorosłe dziecko. Tylko, że to, co u dzieci jest normalnem z powodu braku doświadczenia, samodzielności, staje się już po 20-tu latach nienormalnem, skoro umysł nie umie połączyć wspomnień i wrażeń, zdobytych latami.

Zastanawiając się głębiej nad cechami histeryi, możemy spostrzedz jednakże pewne rysy, których nie spotyka się przy każdym osłabieniu umysłowem, a które są wyłączną własnością histeryi. Są to rysy znane nam już z poprzednich stygmatów, mianowicie zmienność i aprzeczność, które cechują i charakter histeryczek. Chora nie pozostaje długo w jednym stanie, co chwila przechodzi od afektów do obojętności, od smutku do wesołości, od nadziei do rozpacz i t. d.. Umysł jej bezustannie znajduje się w stanie pewnego rodzaju równowagi niestałej.

Tomasz Staweno.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE PROWINCYONALNE.

— 3 —

Sprawozdanie z czynności Towarzystwa Lekarzy gubernii Kaliskiej za 1892/3 rok.

Towarzystwo Lekarzy gubernii Kaliskiej w roku sprawozdawczym liczyło 34 członków, mianowicie: 22 członków czynnych, 5 członków korespondentów i 7 członków honorowych. Z liczby członków czynnych było 16 lekarzy, z tych 4 zamiejscowych, 2 lekarzy weterynaryi i 4 farmaceutów.

W roku ubiegłym Towarzystwo nasze odbyło 11 posiedzeń, z których jedno ogólne celem wybrania zarządu, dwa nadzwyczajne, poświęcone sprawie zdrowotności miasta, oraz środków leczniczych na wypadek zjawienia się epidemii cholery i 8 posiedzeń zwyczajnych. Przeciętnie na każdym posiedzeniu było osób 10. Przedmiotem posiedzeń było: zbieranie statystycznych danych, co do chorób panujących w naszym mieście, ze szczególnem uwzględnieniem chorób zakaźnych, opisy godniejszych uwagi przypadków z praktyki szpitalnej i prywatnej z demonstracjami chorych i preparatów anatomicznych. Prócz tego Towarzystwo zajmowało się kwestyami lekarsko-społecznymi, jak kwestyą czystości i dezynfekcyi miasta i potrzebą utworzenia przytulku położniczego.

Ważniejsze z prac, odczytanych lub wygłoszonych ustnie na posiedzeniach przez członków czynnych, były następujące:

Kol. WILCZEWSKI. 1) Sprawozdanie z wycieczki do Warszawy w celu zaznajomienia się z badaniem i rozpoznawaniem cholery azyatyckiej. 2) O dezynfekcyjnem działaniu alumnolu.

Kol. DRECKI. 1) O dezynfekcyjnych środkach przez Departament lekarski zaprojektowanych, jako najskuteczniejszych w celu wstrzymania epidemii cholery. 2) O niezwykłym spadku ciepłoty 33,5° C., przy tyfusie brzuszny.

Kol. DROZDOWSKI. O leczeniu cholery azyatyckiej.

Kol. BIENIECKI. 1) O zwichnięciu palucha. 2) O znacznej bezbarwności skóry, powstałej po złamaniu ramienia.

Kol. RYMARKIEWICZ. W kwestyi opieki lekarskiej w fabrykach naszego miasta.

Kol. BEATUS. 1) Przypadek *graviditatis molaris* 2) O potrzebie urządzenia przytułku położniczego.

Dochód z opłat rocznych i remanent:

stanowiły . . . rs. 116 kop. 5½

wydatki . . . „ 83 „ 60

pozostało na rok przyszły . rs. 32 kop. 45½

Lokal bezpłatny w urzędzie lekarskim. Główną rubrykę wydatków stanowiły książki i czasopisma 65 rs. 70 kop.. Biblioteka posiada 386 dzieł zawartych w 698 tomach, oprócz broszur i dzieł jeszcze nie skatalogowanych. Do zarządu Towarzystwa powołani ciż sami członkowie, co roku zesłęgo: J. RYMARKIEWICZ Prezes, A. DROZDOWSKI Wice-Prezes, E. BEATUS Sekretarz, B. WOJCIECHOWSKI Bibliotekarz i J. MERKEL Skarbnik.

Wiadomości terapeutyczne.

— 2 —

19. **Gallanolum. Gallanol.** Jest to anilid kwasu gallusowego. Otrzymuje się przez gotowanie taniny albo kwasu gallusowego z aniliną. Dla usunięcia nadmiaru aniliny, otrzymany produkt traktuje się wodą, zakwaszoną kwasem solnym; wówczas osadzają się kryształki anilidu kwasu gallusowego, które prócz tego jeszcze oczyszcza się przez kilkakrotne przekryształizowanie z alkoholu rozcieńczonego wodą.

Gallanol przedstawia się pod postacią proszku bezbarwnego, krystalicznego. Smak posiada gorzkawy. Nie rozpuszcza się w benzynie i chloroformie; trudno rozpuszcza się w wodzie zimnej, łatwo — w gorącej wodzie, w alkoholu; w alkaliach rozpuszcza się bez widocznego rozkładu, ale barwa roztworu zmienia się i staje się brunatną.

CAZENEUVE i ROLLET (*Therap. Monatsh. 1893. IX*) przeprowadzili szereg badań bakteriologicznych i klinicznych i doszli do następujących wyników.

Gallanol odznacza się własnościami redukującemi i przeciwfermentacyjnemi. W wielkich dawkach zabija drobnoustroje, a w małych dawkach wprawdzie nie powstrzymuje ich rozwoju, jednakże zmniejsza ich jadowitość. Dla zwierząt wyższych jest względnie nietrującym: np. psy przyjmowały po 4.0, a ludzie po 2.0 naraz bez szkody. Nie drażni skóry nieuszkodzonej i łącznicy, na ranach zaś wywołuje podrażnienie.

Co się tyczy zastosowania leczniczego, to CAZENEUVE i ROLLET wychwalają skuteczność gallanolu przy łuszczyicy (*psoriasis*) i pryszczycy (*eczema*). Ponieważ skóry nie drażni i nie barwi, przeto stosować go można na szyi, twarzy i na części głowy uwłosionej.

Przepisuje się go w postaci proszku, maści po 0.5—1.0—2.0—3.0 na 30.0, albo w traumatycynie albo też jako zawiesinę w chloroformie. Po posmarowaniu taką zawiesiną chloroformową, trzeba, dane miejsce zapędzlować traumatycyną.

Przy łuszczyicy stosują do pędzlowania następujący roztwór alkoholowo-amoniakalny.

Rp. *Gallanol* 10.0

Spirit. 50.0

Liqu. ammon. caustici 1.0

M. D. S. Zewnętrznie.

Do użytku chirurgicznego gallanol się nie nadaje z tego powodu, że działa drażniąco na rany, ale za to może znaleźć zastosowanie w roztworze alkoholowym do dezynfekcyi rąk.

20. **Gallobromolum. Gallobromol.** Jest to związek już od dawna znany chemikom pod nazwą kwasu dwubromo-gallusowego.

Przedstawia się pod postacią proszku białego, krystalicznego. Trudno rozpuszcza się w wodzie zimnej, ale zato łatwo w gorącej wodzie, w alkoholu i eterze.

Według LÉPINE'a środek rzeczony posiada własności kojące (*sedativum*), podobnie jak bromek potasu, ale przytem różni się od tego ostatniego tem, że nie wywiera działania deprymującego. W jednym przypadku płasawicy otrzymano dobry wynik, mniej zaś pewnem okazało się działanie w kilku przypadkach epilepsyi; być wszakże może, że stosowano zbyt małe dawki.

Bromogalol przechodzi przez organizm ludzki i zwierzęcy, po części bez rozkładu, po części zaś rozkłada się i daje bromek potasu.

LÉPINE dawał 0.5—10.0 *pro die* w roztworze wodnym z jakimś syropem.

CAZENEUSE i ROLLET otrzymywali dobre wyniki przy tryprze, przeciwko któremu stosowali 1%—2% roztwór gallobromolu do przestrzykiwań. Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— USZYNSKI [z Petersburga] zauważył, że bakterye hodowane na podłożu nie zawierającym białka rozwijały się, przyczem nie traciły ani chorobotwórczych, ani trujących własności. Stąd autor ten doszedł do przekonania, że trujące produkty bakteryi, przedstawiając się w postaci albumoz lub peptonów, są wynikiem syntezy i nie pochodzą z rozszczepienia podłoża białkowego.

W płynie o składzie:

Wody	1000
Gliceryny	30—40
Chlorku sodu	5—7
Chlorku wapnia	0,1
Siarczanu magnezyi	0,2—0,4
Fosforanu potasu [K_2HPO_4]	2—2,5
Mleczanu amonu	6—7
Asparaginanu sodu	3,4

rozwijały się doskonale pasożyty cholery, dyfterytu, róży świni, *peripneumoniae bovinæ*, tężca, tyfusu i t. d. (*Centralbl. f. Bact. u. Parasitenk. Nr. 10. T. II. 1893*). Pr.

— W celu szybkiego stwierdzenia w wypróbnieniach obecności spiryllów cholerycznych DEYCKE z Hamburga proponuje użycie zmodyfikowanej odżywki, w której przecinkowce wytwarzają charakterystyczne kolonie na płytkach w 12—15 godzin, gdy tymczasem inne pasożyty albo się nie rozwijają, albo w rozwoju swym znacznie bywają upośledzone. Jest to 2½% roztwór albuminatu alkalicznego z dodatkiem 1% peptonu, 1% soli kuchennej, 10% żelatyny i 1% sody. Albuminat alkaliczny przygotowuje się w sposób następujący: 1000 gr. drobno posiekanego mięsa cielecego maceruje się w kolbie przez 2 dni przy ciepłocie 37° C. z 1200 grm. 3% ługu sodowego, następnie w celu rozpuszczenia materyi białkowych nagrzewać należy tę mieszaninę na kąpieli wodnej w ciągu kilku godzin przy 60° C.—70° C.. Białko strącone kwasem solnym z filtratu tego roztworu i odziedzone przez sączek płócienny od płynnej pozostałości rozpuszcza się [częściowo] w wodzie zalkalizowanej stężonym roztworem sody, a oddziaływanie roztworu doprowadza się do słabo alkalicznego lub obojętnego. Płyn ten rozcieńcza się wodą stosownie do zawartości białka lub też w celu użycia do odżywki odparowuje się do suchej pozostałości, którą następnie we wskazanym stosunku w wodzie rozpuścić należy. (*Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37. 1893*). Pr.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na IV-ty kwartał r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 24 Сентября 1893 г. Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.