

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O HYPNOTYZMIE W MEDYCYNIE.

Napisał

D-r Leon Rzeczniewski.

Słowo wstępne.

Jeżeli zdecydowałem się napisać niniejszy artykuł o hypnotyzmie w medycynie, to głównie z tego powodu, że ze zdań zasłyszanych, rozpraw prowadzonych w tym przedmiocie nabrałem przekonania, iż niektórzy lekarze nie zdają sobie dokładnie sprawy z tego co jest właściwie hypnotyzm i mieszają go z t. zw. magnetyzmem zwierzęcym, ani też nie wyrobili sobie należytego pojęcia o tem, jakie stanowisko wypada przyznać hypnotyzmowi w naukach lekarskich.

O zawiłych objawach hypnotyzmu, badania których dalekie są jeszcze od ukończenia, zdania co do ich przyczyn i natury podzielone, opinie również poważnych pracowników często z sobą sprzeczne, trudno dojść do wyrobienia własnego sądu, nawet po przestudyjowaniu choćby całej odnośnej, bardzo już dziś obszernej literatury. Opinie cudze mogą nam się na coś przydać tylko wtedy, jeśli krytycznie oceniać je potrafimy, tej zaś szczypty krytycyzmu niezbędnej w sądach o hypnotyzmie można, zdaniem naszym, nabyć jedynie tylko przez własne choćby skromne w tym przedmiocie doświadczenie.

W ciągu dłuższego mego pobytu w roku zeszłym we Francyi, miałem sposobność być świadkiem badań i zastosowań hypnotyzmu przez lekarzy, którzy w ostatnich czasach głównie zainteresowali nim medycynę; odważyłem się następnie sam próbować zastosowań hypnotyzmu w celach terapeutycznych. Doświadczenie w ten sposób nabyte, dające mi pewien sąd własny o rzeczy, pragnę zużytkować w toku niniejszej pracy, w której założyłem sobie nie tylko

być zwykłym sprawozdawcą z tego co zrobiono za granicą, lecz przede wszystkim wskazać czytelnikom w jaki sposób formułować należy najważniejsze pytania w rozbieżnej kwestyi, najważniejsze, gdyż od sposobu ich rozstrzygnięcia cała ważność sprawy dla medycyny zawisła.

Ponieważ zakres niniejszej pracy wymaga zwięzłości, przystępuję więc wprost do rzeczy.

Początek hypnotyzmu.

Z zakresu zjawisk objętych ogólną nazwą magnetyzmu zwierzęcego, James Braid, lekarz angielski w 1843 r. wyklużył pewną grupę objawów zblizoną do snu magnetycznego, którą otrzymywał u pewnych osobników, jeśli takowym polecił wpatrywać się z natężoną uwagą w przedmiot błyszczący umieszczony w pewnem położeniu przed ich wzrokiem i grupę tę objawów nazwał *hypnotyzmem* (od ὑπνωσις—sen). Nowa ta nazwa okazała się potrzebną nie tyle dla scharakteryzowania stanu, w który popadała osoba poddana doświadczeniu, ile dla wyróżnienia go z pośród zjawisk magnetyzmu. W objawach w ten sposób otrzymanych nie było nic tak osobliwego czegoby nie znali poprzednio magnetyzerowie. Braid zatem nie jest odkrywcą nieznanych zjawisk, lecz jest twórcą nowych zupełnie pojęć, które wprowadził do objaśnienia przyczyn i natury zjawiska. Przyczyną zjawiska podług Braida jest skupienie całej uwagi na przedmiocie, w który się wpatruje, istotą zaś jego pewna modyfikacyja w nastroju układu nerwowego osoby poddanej doświadczeniu. Przekroczylibyśmy znacznie zakres niniejszej pracy, gdybyśmy chcieli streścić wszystkie spostrzeżenia i rozumowania Braida dążące do wykazania, że wszystkie zjawiska hypnotyzmu mają źródło w osobie poddanej doświadczeniu, w jej nastroju nerwowym, a nie zależą od siły niezbadanej, odmiennej od znanych sił fizycznych, działającej z zewnątrz a pochodzącej od magnetyzera. Dla tego też Braid chcąc wyklużyć zupełnie podejrzenie działania jednej osoby na drugą, usuwa w doświadczeniach swoich osobę działającą zastępując ją przedmiotem nieożywionym — błyszczącym ostrzem swego lanceta. — W następstwie zaś dochodzi do przekonania, że nawet i wpatrywanie może być usunięte, a samo skupienie uwagi w tym kierunku że sen ma nastąpić, u osób ze szczególnem do tego usposobieniem, zdolne jest sen hypnotyczny sprowadzić. — Rozumie się, że pojęcia

Braida narzucają niejako medycynie obowiązek badania snu hypnotycznego, ze względu zaś na blizkie powinowactwo snu hypnotycznego ze snem magnetycznym, wprowadzają częstą zjawisk t. zw. magnetycznych w zakres medycyny. Już Braid sam w 1860 r. pod wpływem elektro-bijologicznych teoryj Grimes'a rozszerza pojęcie hypnotyzmu i na te zjawiska, które u pewnych osobników mogą być wywołane na jawie, a które w ostatnich czasach objęto nazwą wma- wiania czyli suggestyi na jawie. Tym sposobem nazwa hypnotyzm, stworzona pierwotnie na oznaczenie stanu do snu podobnego, okazuje się w ostatnich czasach niedostateczną dla oznaczenia całego obszaru zjawisk sztucznie wywołanych, a mających swą przyczynę w pewnym nastroju nerwowym osoby poddanej doświadczeniu, tak że okazywałaby się potrzeba wynalezienia innej bardziej odpowiedniej nazwy.

Różnica między hypnotyzmem a magnetyzmem.

Ponieważ hypnotyzm wprowadzony do umiejętności lekarskich przez Braida objął tylko część zjawisk przypisywanych magnetyzmowi zwierzęcemu, to nasuwa się pytanie, jaki wpływ wywarło na zwolennikach magnetyzmu odkrycie Braida i jakie stanowisko zajęła nauka względem pozostałej reszty zjawisk magnetycznych? To nas doprowadza do zaznaczenia różnic między hypnotyzmem a magnetyzmem, które pragnęlibyśmy jak najwyraźniej uwydatnić. Różnice te są przedewszystkiem teoretyczne i polegają na odmiennem zapatrywaniu się na przyczynę zjawisk. Zwolennicy magnetyzmu przyczynę zjawisk upatrywali dawniej w działaniu płynu magnetycznego, obecnie zaś pojęcie płynu zastąpili działaniem ustroju na ustrój za pomocą pewnego czynnika fizycznego dotąd nieznanego i wymagającego zbadania. — Główna zatem przyczyna zjawiska pochodzi z zewnątrz. — W hypnotyzmie za główną przyczynę zjawiska uważa się pewien określony nastrój układu nerwowego pacjenta wprawiany w ruch za pomocą zwyczajnych nic w sobie tajemniczego nie mających sposobów. Główna zatem przyczyna zjawiska wewnętrzna. Praktycznie różnica obu pojęć zaznaczy się w ten sposób:

Magnetyzerowie nie przy-
znają aby sen hypnoty-
zowaniem wywołany

Hypnotyzerowie nie za-
przecząją istnienia „rap-
port“ lecz starają się je

był identyczny z tem co oni nazywają snem magnetycznym. Osoba uśpiona przez wpatrywanie w przedmiot błyszczący lub w ogóle nieożywiony znosi dotknięcie każdego z otaczających, każdego słyszy i każdemu odpowiada, jeśli się znajduje w somnambulizmie. Osoba zaś uśpiona za pomocą przyłożenia ręki lub tak zwanych pociągów magnetycznych przedstawia zjawisko t. zw. stosunku (rapport) z osobą która ją uśpiła; jej tylko dotknięcie znosi (wszelkie obce wywołują drgania), ją tylko słyszy i jej wyłącznie na pytania odpowiada.

Magnetyzerowie przypuszczają możliwość działania fizycznego i bez usypiania i tem też objaśniają pomyślne skutki leczenia dokonywanych przykładaniem ręki lub za pomocą pociągów magnetycznych na jawie.

W dziedzinę magnetyzmu wreszcie wchodzi nadzwyczajne napozór zjawiska jak np. poddawanie myślowe (suggestion mentale), działanie przez przeszkody i z oddalenia lub wbrew woli osobnika, przekładnia zmysłów, jasnowidzenie i wiele innych, które zdaniem zwolenników magnetyzmu nie dadzą się ina-

wytłómaczyć skupieniem uwagi na osobie, która sen wywołuje (Bertrand, dawniej Liébeault, wreszcie choć nieco oględniej Beaunis).

Co do nas, przyznajemy chętnie, że zjawisko „rapport“ wydaje nam się więcej zakwikłanem i objaśnienie jego daleko trudniejszym.

Hypnotyzerowie niewątpliwe przypadki niektórych uleceń za pomocą przykładania ręki lub pociągów magnetycznych na jawie tłómaczą działaniem suggestyi na jawie, w ogóle działaniem na wyobraźnię, do czego za niezbędny warunek poczytują odpowiedni nastrój nerwowy pacjenta.

Hypnotyzm w ogóle tego rodzaju zadaniami dla braku metody badania wcale się jeszcze nie zajmuje, w badaniach swoich idzie on od zjawisk prostszych do bardziej zakwikłanych, a w pochodzie tym do rozwiązywania tego rodzaju zjawisk jeszcze nie doszedł. Na zasadzie jednakże doświadczenia nabytego

czej objaśnić jak tylko przez działanie nowych nieznanych sił fizycznych.

w zakresie badań dotychczasowych przypuszcza, że wiele prawdopodobnie owych zagadkowych zjawisk da się wytłómaczyć działaniem sugestyi nieświadomej (*suggestion inconsciente*) i zaostreniem zmysłów, czyli za pomocą znanych praw fizjologii i psychologii bez potrzeby wprowadzania do ich objaśnienia nowego czynnika.— Z liczby lekarzy pracujących w tym kierunku wymieniamy następujące nazwiska: Ch. Richet ¹⁾ Ch. Féré ²⁾, Despine ³⁾, wreszcie Stricker, Ferrari, Héricourt ⁴⁾, Hack Tuke i umyślnie związane w Anglii towarzystwo pod nazwą *Society for psychical Researches* ⁵⁾.

Nauka zatem dzisiejsza jak z powyższego wnosić można, zajęła nieco odmienne niż dawniej stanowisko względem zjawisk t. zw. magnetycznych. Nie zaprzecza ona ich istnienia, nie podejrzewa w nich jedynie łatwowierności i oszustwa dla tego tylko że ich sobie wytłómaczyć nie

¹⁾ Richet.— (*Revue philosophique* 1884). A propos de la *suggestion mentale* (*Soc. de Biologie* Mai 1884) i w innych pismach tego autora.

²⁾ Féré.—La question de la *suggestion mentale* est une question de physiologie (*Bull. de la soc. de Biol.* 1886 p. 429. *Revue philosophique* mars 1886 p. 261). *Sensation et mouvement* (*Revue philosophique* octobre 1885, mars et juillet 1886); *Changements de volume des membres sous l'influence des excitations périphériques et des représentations mentales.* (*Bull. de la soc. de Biologie* 1886 p. 399).

³⁾ Despine. — *Etude scientifique sur le somnambulisme.* — Paris 1882 r.

⁴⁾ Doświadczenia grafologiczne Charles Richet'a, Ferrari'ego i Héricourt'a wykazujące, że każdemu stanowi psychicznemu odpowiada pewien stan dynamiczny charakteryzujący się objawami obiektywnymi.

⁵⁾ Rozbiór prac tego stowarzyszenia zamieszcza *Revue philosophique* od 1883 r.

umiała, lecz uzbrojona dziś lepiej przeciw podstępowi, stara się wynajdywać coraz doskonalsze metody dla ich kontroli i badania, a tłumaczy je działaniem praw i czynników znanych dopóki te ostatnie okazują się wystarczającymi. Zwolennikami doktryny magnetycznej są w obecnej chwili z pośród lekarzy, o ile mi wiadomo Baréty ¹⁾, a w ostatniej epoce Liébeault ²⁾; z pośród zaś rodaków naszych, choć nie lekarz D-r Ochorowicz ³⁾.

Dzieje hypnotyzmu.

Wracając do hypnotyzmu i jego historii zaznaczyć muszę, że pominąwszy już praktyki hypnotyczne fakirów indyjskich i mnichów greckich z góry Athos, Braid miał poprzedników odnośnie do swojej doktryny, a tymi byli ks. Faria ⁴⁾ i Dr- Bertrand ⁵⁾. Obaj oni odgadywali wpływ osobnika zahypnotyzowanego na samego siebie i ten wpływ przypisywali działaniu wyobraźni.

Objawy obserwowane przez Braidą były: utrata świadomości, woli, znieczulenie skóry niekiedy w stopniu pozwalającym na operacje chirurgiczne; w jednych wypadkach mięśnie były zwolnione, oddech i puls spokojne, w innych mięśnie napięte, oddech ciężki i znaczne przyspieszenie krążenia. Pod wpływem powietrza puszczanego na twarz ustępowało stężenie mięśni i znieczulenie skóry, a pojawiała się nadmierna wrażliwość narządów zmysłów, pod wpływem zaś nowego prądu powietrza pacjent budził się nie pamiętając po obudzeniu co się z nim podczas snu działo, lecz przypominał to sobie dokładnie w czasie snu hypnotycznego następnego. Większość osób, na których Braid robił doświadczenia, nie usypiała nigdy w tym stopniu, a popadała tylko w rodzaj senności, przy której czynności zmysłowe bywały albo podniecone, albo osłabione, a co według Braidy zależało od właściwości intelektualnych i fizycznych osoby.

Wreszcie osoby nie będące w stanie skupić uwagi nie

¹⁾ Baréty. — Des propriétés d'une force particulière de corps humain force neurique rayonnante) connue vulgairement sous le nom de magnétisme animal (Soc. de Biologie 1881, a w 1887 osobna książka).

²⁾ Liébeault. — Etude sur le zoomagnetisme. Paris—Nancy 1883.

³⁾ Ochorowicz. — De la suggestion mentale. Paris 1887.

⁴⁾ Faria. — De la cause du sommeil lucide in 8-o. Paris 1819 r.

⁵⁾ Bertrand. — Traité du somnambulisme et des différentes modifications qu'il présente in 8-o Paris 1823. Du magnetisme animal et des jugemens qu'en on porté les sociétés savantes in 8-o. Paris 1826.

dawały się wcale hypnotyzować jak np. idjoci. Braid zatem znał rozmaite stopnie snu, którym ponadawał nawet odrębne nazwy, od komatycznego prawie snu do najlżejszego t. zw. monoideizmu, stanu, który może mieć miejsce na jawie i ułatwia oddziaływanie przez suggestyję. — Najrozmaitsze objawy mogą powstawać w różnych okresach stanu hypnotycznego od znieczulenia i katalepsy do nadczułości i największego pobudzenia. Można je w każdym okresie wywołać dowolnie za pomocą suggestyi słownej lub dotykowej, jeśli przedtem z wrażeniem dotykowem związała się pewna idea. Braid znał także suggestyję za pomocą czucia mięśniowego t. j. poddawanie rozmaitych uczuć i aktów przez nadanie odpowiedniego położenia członkom. Sąd i wola w stanie hypnotycznym są tak dalece zależne od eksperymentatora i wyobraźnia pobudzona, że osoby zahypnotyzowane widzą, czują i działają jak gdyby wszystkie wrażenia które przechodzą im przez głowę były rzeczywistością. Są nawet osoby tak wrażliwe, że ulegają suggestyjom na jawie.

Jeżeli dłuższy ustęp poświęciliśmy wyliczeniu tych zjawisk które nie były obce Braidowi, to zrobiliśmy to dla tego, że w nich znajdujemy streszczenie całego hypnotyzmu. Wprawdzie w opisach Braida wielki spotykamy nieład w ugrupowaniu spostrzeganych faktów tak, że jego opis hypnotyzmu wychodzi niejasno, późniejsi też spostrzegacze zmuszeni byli zaprowadzić w układzie zjawisk pewien porządek, rozjaśnić pewne objawy, wszyscy jednakże rzeczywistość ich stwierdzić mogli, co się zaś tyczy nowych faktów, tych bardzo mało dorzucono do znanych Braidowi. Do takich należy wpływ wmawiania nieświadomego (suggestion inconsciente), którego Braid nie znał, nieznajomość zaś ta w jego doświadczeniach mających na celu sprawdzenie teoryi frenologów, w t. zw. phrenohypnotyzmie, doprowadziła go do błędnych wniosków i zdyskredytowała do pewnego stopnia całą jego teoryję.

Teoryja ta, jakkolwiek Braid nie sformułował jej dość dosadnie, polega w przeciwstawieniu do teoryi ks. Farii i Bertranda na przypisywaniu głównego znaczenia skupieniu uwagi wyteżonej czy to na jeden przedmiot, czy na myśl pewną, jeśli tylko ta ostatnia nie jest natury ekscytującej. Skupienie uwagi gromadzi całą siłę nerwową i przywiązuje ją do danego przedmiotu lub idei, wyobra-

źnia zaś odgrywa rolę drugorzędną, służąc tylko do nadania siły i wyrazistości idei czy to powstałej dobrowolnie czy narzuconej przez sugestyją w tym stanie.

Skupienie stałe uwagi na jednej części ciała wywołuje w tej ostatniej pewną zmianę czynnościową, która niekiedy i na jawie może występować. W hypnetyzmie objawy fizyczne mogą się wytwarzać szybciej i wyraźniej, a przy głębszym śnie sugestyje stają się wszechpotężne. — Eksperymentator odgrywa rolę mechanika, wprawiając w działanie siły ustroju, kieruje nimi i rozprowadza je stosownie do celów jakie zamierza osiągnąć.

Braid zajmuje się bardzo zastosowaniem lecnictwem hypnetyzmu i stwarza metodę w której najbardziej, zdaniem naszym jest oryginalny, a która u następców poszła w zapomnienie. — W metodzie tej założywszy sobie albo wzmocnić działalność danego narządu lub też ją osłabić, cel ten w dwójaki stara się osiągnąć sposob.

Raz, chcąc np. wzmocnić działalność narządu wzrokowego, przy uśpieniu całego ustroju trzyma rzeczony narząd w stanie rozbudzenia za pomocą prądu powietrza, które przed oczami porusza, tym sposobem cały zapas energii nerwowej kieruje się ku rozbudzonemu narządowi; lub odwrotnie, chcąc nadmierną wrażliwość wzrokową osłabić, utrzymuje wszystkie narządy w stanie czynnym z wyjątkiem wzroku, który zostawia uśpionym.

Drugi sposób Braida polega na zastosowaniu zmian w krążeniu włoskowatym, którem łatwiej podczas snu hypnetycznego dowolnie kierować może w celu pobudzenia lub osłabienia siły życiowej danego narządu.

Tak np. jeśli mu chodzi o wzmoczenie siły i czucia w jednej kończynie, kończynę tę pozostawia w spokoju, a inne mięśnie wprawia w stan czynny, unosząc pozostałe kończyny, wyciągając je lub wywołując ich stężenie.

Odwrotnie, jeśli ma na celu zwolnienie krążenia i zmniejszenie czucia w danej kończynie, to jej mięśnie wprowadza w stan czynny, a pozostałe zostawia w spokoju.

Metodę tę podniecania lub osłabiania krążenia w ośrodkach nerwowych: mózgu, rdzeniu i przyrządzie zwojowym stosuje, gdy mu chodzi o wywołanie ogólnej depressji lub też ekscytacji. — Po więcej szczegółów w tym przedmiocie

odsyłamy ciekawych do dzieł Braida ¹⁾. — Mimo poparcia fizyjologa Carpentera prace Braida mało miały powodzenia w jego kraju.

Około 1848 r. Grimes w Ameryce, nie znając, jak się zdaje, teorii Braida, odkrywa, że większa część zjawisk hypnotycznych, może być otrzymana na jawie przez sugestyjną słowną. Doktryna jego pod nazwą elektro-bijologii dostaje się z Ameryki do Anglii w 1850 r. i rozbudza tamże zainteresowanie się hypnotyzmem.

We Francyi po dekrete akademii 1840 r. nieodpowiadania magnetyzerom i nie zajmowania się magnetyzmem, mimo wyciągów z dzieł Braida ogłaszanych przez Littré i Robina, Robina i Bérauda, mimo felietonów Meuniéra w la Presse, teoryje Braida nie znalazły odgłosu. Aż w r. 1859 profesor Azam ²⁾ chirurg w Bordeaux spróbował zastosować sposób Braida w celu terapeutycznym u pewnej hysteryczki. Przy pierwszym posiedzeniu po 1 do 2 minutach chora zasnęła, a Azama chirurga zastanowiło przedewszystkiem znieczulenie skóry zupełne; w następstwie wystąpiła nadczułość skóry bardzo znaczna, możność odpowiadania na pytania i inne szczególnie objawy ze strony inteligencji. Przybywszy wkrótce potem do Paryża proponował Azam profesorowi Broca i Follinowi spróbować snu hypnotycznego jako środka znieczulającego przy operacjach. Ciż ostatnio wymienieni chirurgowie dokonywają operacji abscessus ani przy znieczuleniu hypnotycznym i komunikują rezultat otrzymany Akademii nauk 1859 r.

Lecz już w następnym roku Demarquay i Giraud-Teu-

¹⁾ Dzieła Braida: *Neurypnology; or the rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism. Illustrated by numerous cases of its successful application in the relief and cure of disease by James Braid. London and Edimburgh. 1843 r.*

The power of the mind over the body. 1846.

Observations on Trance, or human hybernation. 1850.

Magie, Witchcraft, animal magnetism, hypnotism and electro-biology. 1852.

The physiology of fascination. 1855.

Observations on the nature and treatment of certain forms of paralysis. 1855.

²⁾ Azam.—*Note sur le sommeil nerveux on l'hypnotisme. (Arch. gener. de Médecine) 1860 p. 8).*

lon ¹⁾ odrzucają sen hypnotyczny jako środek znieczulający. Zwracają jednakże uwagę na inne fakta zaznaczone przez Braida, szczególnie na sugestyjną i wykazują niebezpieczeństwa hypnotyzmu w rękach niekompetentnych lub występnych. Za usposabiającą do hypnozy uważają hysteryję. Na 18 spostrzeżeń w jednym wypadku hypnotyzowanie wywołuje atak histeryczny. W konkluzji uznają sen nerwowy za objaw nie fizjologiczny lecz patologiczny. W 1860 r. Durand de Gros (D-r Philips ²⁾) stara się zgłębić fizjologiczny i psychologiczny mechanizm hypnotyzmu, czyli wytłumaczyć związek skupienia uwagi z pojawieniem się znieczulenia, katalepsy i t. p. Podług tego autora myślenie jest konieczne potrzebne do regularnego krążenia siły nerwowej w nerwach czucia. Redukując do minimum myślenie przez usunięcie wrażeń zmysłowych lub poddanie go wrażeniu jednorodnemu otrzymuje się nagromadzenie siły nerwowej w mózgu, ponieważ komórki mózgowe ją wytwarzają a myśl nie zużywa — jest to tak zwany stan h y p o t a k s y c z n y. Jeśli w tym stanie wciśnie się do mózgu drogą zmysłów lub czucia mięśniowego jakiegokolwiek wrażenie, to zwykły skutek tego wrażenia w mózgu osiągnie niezwykłego natężenia podsycany nadmierną ilością siły nerwowej nagromadzonej tamże i w miejsce powstrzymania ogólnego innerwacji wystąpi wzmocnienie innerwacji miejscowej: nadczułość, katalepsja, tężec etc. Siła nerwowa nagromadzona w mózgu może być sztucznie przenoszona na ten lub ów punkt jego czynnościowy za pomocą wyobrażenia lub idei poddanej. Tę to sztukę przenoszenia kongestji nerwowej na pewne punkta za pomocą wyobrażeń nazywa Durand de Gros i d e o p l a s t y j ą. Teoryje Duranda de Gros jako zanadto abstrakcyjne, nie znalazły posłuchu w kołach lekarskich.

W 6 lat później D-r Liébeault ³⁾ z Nancy, który od dawna zajmował się rozbieraną przez nas kwestyją, rozwija w swoim dziele psychologiczną stronę teoryi Braida i uo-

¹⁾ Demarquay et Giraud Teulon.—Recherches sur l'hypnotisme. (Gaz. Méd. de Paris 1859—60).

²⁾ Durand de Gros.—Cours théorique et pratique du braidisme ou hypnotisme nerveux. 1860.

³⁾ Liébeault. — Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique. Nancy 1866 r.

gólnia ją nawiązując z pojęciami ks. Farii. Podług Liébeaulta wszelki sen jest aktem natury umysłowej. Żeby zasnąć, potrzeba skupić uwagę na ideję snu. Wszelkie objawy snu hypnotycznego są skutkiem sugestyi. Sen naturalny i hypnotyczny w gruncie rzeczy są jednakie. Różnica między niemi tylko ta, że we śnie naturalnym pozostaje się w stosunku z samym sobą a sny są skutkiem samopoddawania za pośrednictwem wrażeń obwodowych (autosuggestion). We śnie zaś hypnotycznym pozostaje się w stosunku z tym, kto uspił i poddanym jego woli, która może oddziaływać na marzenia, idee, akty.

Zapomnienie po obudzeniu pochodzi ztąd, że cała siła nerwowa zebrana w mózgu rozprasza się znowu po całym ustroju. Nie ma w książce Liébeaulta ani jasnego opisu hypnotyzmu, ani nie wskazana żadna metoda badania jego objawów. Liébeault z powodzeniem stosuje sugestyjaw terapii. Od niego przyjęli ją Bernheim i Liegeois. — Prace Charcota nad hypnotyzmem uwydatniły znaczenie Liébeaulta, który do tego czasu żył w zapomnieniu.

Z autorów poruszających kwestyje hypnotyczne w owej epoce, wymienię jeszcze Laségue'a ¹⁾ i Mesneta ²⁾. W ogóle jednak kwestyja w tym czasie nie posuwa się naprzód. — Synteza prac owej epoki dobrze jest przedstawiona w artykule Mathias Duvala (Dictionnaire pratique de Médecine et de Chirurgie 1874 r.). Uznaje on objawy, które Braid spozstrzegął, i stwierdza, że większość ich daje się objaśnić fizjologicznie.

W tejże mniej więcej epoce bo w 1872 — 3 roku w Niemczech Czermak ³⁾ odbywał doświadczenia z hypnotyzowaniem zwierząt. Doświadczenia te robił na kurach, gołębiach, królikach, salamandrach, rakach. Naprowadziło Czermaka na tę myśl popularne doświadczenie usypiania koguta za pomocą linii kredą nakreślonej, które opisał jeszcze Pater Kircher ⁴⁾ w 1646 r., a którego wykonanie przypisują Danie-

¹⁾ Laségue.—Des catalepsies partielles et passagères. (Arch. gen. de Médecine. 1865 r.

²⁾ Mesuet.—Etude du somnambulisme au point de vue pathologique. (Arch. gen. de Méd. 1866).

³⁾ Czermak.—Beobachtungen und Versuche ueber hypnotische Zustände bei Thieren.—(Arch. f. ger. physiologie B. VII, p. 107. 1873 r.

⁴⁾ Athanasius Kircher.—Ars magna lucis et umbrae.

lowi Schwenter 1636 r. Preyer ¹⁾, autor najbardziej wyczerpującego traktatu w tym przedmiocie, przyczynę zjawisk tego rodzaju przypisuje przestrachowi (k a t a p l e x i a). Podług tego autora mocne i nagłe podrażnienie obwodowe wywołuje katalepsyją czyli paraliż w skutek przestrachu, jeżeli np. ścisnąć nagle ogon trytona lub łapkę żaby, zwierzę pozostaje przez pewien czas (kilka minut) jak skamieniałe, nie mogąc poruszać członkami. Aby otrzymać zjawiska hypnotyzmu u zwierząt potrzeba używać podrażnień łagodnych i długotrwałych np. jeżeli będziemy ścisnąć zlekka nozdrza świnie morskiej, też po upływie pewnego czasu zostaje zahypnotyzowana t. j. popada w osłupienie, w którym można jej nadawać najdziwaczniejsze położenia.

Podług tego autora t. zw. szok chirurgiczny i traumatyczny w skutku ran postrzałowych, skutki uderzenia piorunu, paraliż w skutku przestrachu, są zjawiska analogiczne z katapleksyją i zależą od wpływu silnych wrażeń dotykowych na narządy moderujące ośrodkowej innerwacji. Nie można się godzić z autorem na jego arbitralny rozdział między katalepsyją i hypnotyzmem, wyciągnąć zaś z jego doświadczeń można tylko to, że stan odmienny od normalnego otrzymuje się zarówno przez podrażnienia dotykowe silne i nagłe, jak i łagodne dłużej trwające.— Tu należą również interesujące doświadczenia Heubela ²⁾ na żabach. Jeżeli trzymać żabę w rękę, tak że 4 palce ręki spoczywają na grzbiecie, wielki zaś palec naciska zlekka na brzuch, to po 2—3 minutach zwierzę staje się nieruchome, można je kłaść na grzbiecie, nadawać mu różne położenia, od czego bronić się nie będzie. Otrzymuje się tenże sam stan pocierając zlekka żabę po grzbiecie. Empirycznie zjawiska analogiczne znane były i przedtem. W 1828 r. Balassa ³⁾ ogłosił sposób poskramiania koni, który zalecał stosować przy ich kuciu. Sposób ten polegał na wpatrywaniu się w oczy koniowi, przyczem tenże cofał się nieco w tył i wyciągał nieco grzbiet, w dalszym ciągu należało pociągać zlekka ręką

¹⁾ Preyer.—Die Kataplexie und der thierische Hypnotismus (Sammlungen physiologischer Abhandlungen v. Preyer. 2. Riche. 1 Heft Jena 1878.

²⁾ Heubel.—Ueber die Abhängigkeit des wachen Gehirnzustanden von auaseren Erregungen. Arch. f. d. ges. Physiologie B. XIV p. 158—210. 1877.

³⁾ Balassa.—Methode des Hufbeschlages ohne Zwang. Wien 1828.

po czole i po grzbiecie konia. Niekiedy można było otrzymać hypnozę w tym stopniu, że nawet wystrzał w pobliżu nie płoszył zwierzęcia. W 1839 r. Wilson w Londynie badał działanie t. zw. trancę (=kataplexia Preyera) na zwierzętach ogrodu zoologicznego. W późniejszych czasach G. Beard ¹⁾ w Bostonie porównał objawy trancę u zwierząt z hypnotyzmem u ludzi i wykazał, że te objawy mogą być otrzymane za pomocą różnych sposobów: przest్రachu (położenie nadane zwierzętom, udaremniające ich usiłowania oporu, położenie na grzbiecie, ligatura i t. p.) pociągi magnetyczne, działanie mocnego światła (połów ryb przy pochodniach, działanie płomienia lampy lub świecy na owady), muzyka, jednym słowem wszelkie sposoby mające tę wspólną cechę, że naruszają równowagę skupiając uwagę w jednym kierunku.

„Zdaje się,—mówi Richet, — że, aby rozstrzygnąć kwestyję symulacji w objawach hypnotycznych, nie było nic prostszego nad doświadczenia na zwierzętach“ i na tem zaszła się głównie doniosłość tych doświadczeń.

We Francji w 1875 r. ogłasza Ch. Richet ²⁾ wyniki poszukiwań swoich nad hypnotyzmem dokonanych za czasów swego internatu. Jest to praca bardzo interesująca i obfitująca w fakty. Od tegoż roku podejmuje on na nowo doświadczeń na człowieku. Richet jest jednym z poważnych przedstawicieli medycyny we Francji, który najdawniej zaczął w sposób naukowy badać hypnotyzm. W badaniach tych Ch. Richet stoi na stanowisku psycho-fizjologa. Doświadczenia swe dokonywa na niewielkiej liczbie osób. Ma on przekonanie, że jeżeli usposobienie hypnotyczne nie zdradza się od razu u osoby badanej to uwidacznia się ono przy powtarzanych próbach. Za pomocą wpatrywania się, pociągów magnetycznych i t. p. empirycznych procedur otrzymuje się podług Richeta t. zw. somnambulizm, który uważa on za odrębną nerwicę mającą wiele cech wspólnych z somnambulizmem naturalnym, a w pewnym stopniu odnaleźć ją można w niektórych intoksykacjach (haschisch i t. p.). Objawy hypnotyczne są w zgodzie

¹⁾ Georges Beard. — Trance and trance-like states in the lower animals. — (Journal of comparative medicine and surgery. April 1881.

²⁾ Ch. Richet. — Journal de l'Anatomie et de la Physiologie. 1875, t. XI, pag. 471.

z prawami fizjologii i psychologii. Główną uwagę zwraca Richet na objawy psychiczne, które też on jeden z pierwszych najlepiej zbadał. Ch. Richet ma jeszcze tę zasługę, że więcej od swoich poprzedników zainteresował hypnotyzmem świat lekarski, a od ogłoszenia pierwszych jego prac zaczyna się ruch więcej naukowy na tem polu ¹⁾.

Wreszcie rok 1878 przygotowuje nową epokę w historycznego hypnotyzmu. W roku tym profesor Charcot zauważywszy poprzednio, że w napadach wielkiej histeryi mogą się zjawiać jako niestałe objawy bądź letarg, bądź katalepsja i somnambulizm, poddaje w Salpêterière hypnotyzowaniu też właśnie wielkie hysteryczki czyli podług starej nomenklatury hystero-epileptyczki. Objawy hypnotyczne udaje mu się u rzeczonych chorych otrzymać bardzo łatwo ²⁾ Od tej pory datują się badania Charcota i jego współpracowników jak P. Richer, Regnard, Ch. Féré, Binet, Gilles de la Tourette i inni czyli t. zw. szkoły Salpêtrièrowskiej na polu hypnotyzmu.

Prof. Charcot i w ogóle szkoła Salpêtrièrowska wychodzi z zasady, że hypnotyzm jest odrębną nerwicą wywołaną doświadczalnie (*neurose experimentale*) niedokładnie dotąd zbadaną dla braku metody. Traktować więc ją przedewszystkiem wypada ze stanowiska klinicznego, stworzyć jej obraz kliniczny za pomocą metody przyjętej przez nozografów, w tym zaś klinicznym obrazie uwydatnić przedewszystkiem cechy fizyczne, somatyczne. Według Charcota dotychczas

¹⁾ Późniejsze publikacje Richeta: w Arch. de Physiologie 1880.

Revue philosophique 1880—1883.

L'Homme et l'intelligence. Paris 1884.

i mnóstwo jego przemówień w towarzystwach naukowych paryzkich.

²⁾ Przy końcu 1878 r. prof. Charcot doświadczenia swoje hypnotyczne obiera za przedmiot wielu konferencyj klinicznych, z których sprawozdania mieszczą się w dziennikach lekarskich paryzkich: Progrès médical N. 51 1878.

Gazette médicale de Paris N. 46, 47 i 48. 1878.

Gazette des hôpitaux No des 21 nov. 28 nov. et 5 dec. 1878.

Szczegóły też tych pierwszych doświadczeń mieszczą się w publikacjach współpracowników Charcota: Clareaux, Regnarda et Bournevilleaux Iconographie pathologique de la Salpêtrière 1879—80 3 volum.

P. Richer. — Etude descriptive de la grande attaque hystérique et des ses principales variétés. Thèse inaugurale 1879.

Regnard.—Sommeil et Somnambulisme. Revue scientifique N. 13. 1881.

sowi badacze zwracali przeważnie uwagę na objawy psychiczne bardzo zawikłane, którym jako podmiotowym brakuje często sprawdzenia w objawach fizycznych przedmiotowych. Ztąd pewne niedowiarstwo, czy zjawiska hypnotyczne mają istotny byt realny, czy też raczej są złudzeniem. Prof. Charcot zatem dąży do utworzenia dokładnej symptomatologii hypnotyzmu, opartej na objawach jego fizycznych, przedmiotowych, co do uznania których niezgodność okazałaby się niemożliwą.—Otóż objawy te podług Charcota występują najwydatniej w hypnotyzmie wielkich hysteryczek. Hypnoza tych ostatnich może dać obraz kompletny, typ klasyczny hypnotyzmu, a ponieważ w nozografii takie typy klasyczne jako schematyczne są pożądanymi, prof. Charcot od początku swoich badań zajmuje się wyłącznie dotąd jeszcze hypnotyzmem wielkich hysteryczek, który nazywa wielkim hypnotyzmem (*grand hypnotisme*) raz jako apanaż wielkiej hysteryi a powtóre jako najbardziej kompletny typ kliniczny nerwicy hypnotycznej. Po 4 latach badań z zebranego materiału pr. Charcot usiłuje stworzyć nozograficzny obraz wielkiego hypnotyzmu i komunikuje to swoje dzieło Akademii nauk paryskiej na jej posiedzeniu d. 13 Lutego 1882 r.¹⁾ Komunikat ten stanowiący epokę w dziejach hypnotyzmu, pozwolimy tu sobie streścić:

„Hypnotyzm, powiada w nim Charcot, taki jaki się obserwuje u wielkich hysteryczek, przedstawia grupę pewnych różniących się od siebie stanów nerwowych. Każdy z tych stanów posiada swoją właściwą symptomatologiję, potrzeba zatem usiłować najprzód zdefiniować ogół tych stanów na podstawie charakterów rodzajowych, zanim wniknie się w głąb objawów do każdego z nich przywiązanych. — Ogół stanów odrębnych, obejmujący całą symptomatologiję hypnotyzmu, daje się sprowadzić do 3-ch typów, które proponowałbym nazywać: 1) stan kataleptyczny, 2) stan letargiczny. 3) stan somnambuliczny. Każdy z tych stanów posiada autonomiję, bo może się pojawiać i istnieć samodzielnie, lecz ponieważ u jednego osobnika w ciągu jednego doświadczenia mogą wszystkie 3 stany występować kolejno w porządku zależnym od woli eksperymentatora, uważać je zatem można za fazy czyli okresy jednego cierpienia. Spo-

¹⁾ Charcot.—Essai d'une distinction nosographique des divers états nerveux compris sous le nom d'hypnotisme. Comptes rendus de l'Académie des Sciences. Séance du 13 Février 1882.

strzeżenia na których opieram moje opisy dotyczą kobiet młodych, dotkniętych hystero-epilepsyją o napadach mięszanych (crises mixtes). U nich to stany hypnotyczne dosięgają największego stopnia rozwoju i okazują własności najbardziej charakterystyczne. Zdawało mi się rzeczą logiczną rozważać najprzód te typy regularne, klasyczne, mogące służyć za wzór, zanim przystąpię do form nieklasycznych (frustes). Celem moim jest tutaj wykazać najogólniejsze rysy 3-ch stanów nerwowych hypnotycznych w ich typach najwięcej rozwiniętych, czyniąc zastrzeżenie co do modyfikacyj, które mogą mieć miejsce, gdzie idzie o formy rudymenarne“. Następuje opis symptomatologiczny 3-ch stanów, warunków ich powstawania i sposobów zamiany jednego stanu na drugi, który to opis, ponieważ o 3-ch stanach będziemy mówić poniżej, na razie pomijamy. A dalej:

„Staralem się uwydatnić objaw t. zw. nadpobudliwości nerwowo-mięśniowej, ten objaw właściwy stanowi letargicznemu, który badacz może zawsze, przynajmniej w wypadkach typowych, a temi jedynie tu się zajmuje, wywołać dowolnie tak w stanie kataleptycznym jak somnambulicznym za pomocą pewnych manipulacyj wymienionych wyżej (t. j. przeprowadzając w letarg przyp. autora). Skonstatowanie tego objawu może być uważane za dowód anatomiczno-fizjologiczny, który zabezpiecza spostrzegacza od wszelkiej obawy interwencji czynnej ze strony osoby badanej. — Uwaga ta nie jest zbyt cenną, ponieważ są osoby, które istnienie stanu hypnotycznego podają w wątpliwość upatrując w nim tylko złudzenie ze strony spostrzegacza i udawanie ze strony subiekta. Otóż byłoby dzieciństwem przypuszczać, że ktoś pierwszy lepszy przy pierwszym posiedzeniu hypnotycznym, któremu się poddaje, był w stanie udawać najdokładniej czynność pojedynczych mięśni lub skombinowaną ich grupp, lub skutki pobudzenia jakiegokolwiek pnia nerwowego. Dodam jeszcze tylko, mówi Charcot, że istnienie wielu stanów nerwowych różnych, z których każdy ma swoją symptomatologiją, że uporządkowanie podług pewnych zasad objawów w każdym z 3-ch stanów są okolicznościami, które w historii naturalnej hypnotyzmu zanadto ściśle przeplatają się z sobą, aby oka tej tkaniny mogły ustępować miejsca kreacyjom fantazyi lub kaprysu. Symulacyja, o której mówi się wiele, gdy idzie o choroby nerwowe bez zmian materyjalnych dostrze-

galnych, nie jest w obecnym stanie wiedzy naszej jak tylko straszdyłem na ptaki. Wstrzymują się przed niem tylko bojaźliwi lub nowicyusze, lekarz zaś ukształcony jest w stanie odkryć oszustwo i oddzielić wszędzie rzeczywiste objawy choroby od objawów symulowanych.

Przekonany, że badania hypnotyzmu uważanego za nerwicę doświadczalną zresztą niewinną, przyczynią się, jeśli tylko będą kierowane roztropnie i metodycznie do rozjaśnienia mnóstwa kwestyj nietylko z zakresu patologii lecz fizjologii i psychologii, inaczej prawie niedościgłych, myślałem, że dane nozograficzne, na które mam honor zwrócić uwagę Akademii, będą mogły za przewodnika służyć tym, którzy w przyszłości chcieliby się zająć temi trudnemi badaniami“.

O ile nozografija Charcota przyczynia się do rozjaśnienia istotnej symptomatologii hypnotyzmu, do tego powrócimy jeszcze w dalszym ciągu niniejszej pracy, tu tylko zauważyć nam wypada, że zasługi Charcota dla hypnotyzmu są niepomierne. On przedewszystkiem dzięki metodzie stwierdził byt rzeczywisty zjawisk hypnotycznych i nietylko wprowadził hypnotyzm do nozologii jako odrębną nerwicę, lecz wykazał doniosłość tej nerwicy doświadczalnej jako metody badań dla patologii, fizjologii i psychologii. Działalność Charcota w kwestyi hypnotyzmu skupia się jak widać z poprzedzającego około stworzenia klinicznego obrazu nowej nerwicy i publikacje jego ¹⁾ do tego zadania się odnoszą. Na tem stanowisku klinicysty i wierny zasadzie, której hołduje, że klinika ma za zadanie zbierać materyjał z którego dopiero fizjologija patologiczna powinna korzystać, nie spieszy się on ze stworzeniem teoryi hypnotyzmu.

To mu jednakże nie przeszkadzało z pomocą hypnotyzmu jako metody badania zrobić kilku niezmiernie ważnych dla neuropatologii odkryć w zakresie patogenezy pewnych cierpień nerwowych, że wspomnimy tylko o t. zw. porażeniach psychicznych ²⁾. Co do zastosowań terapeutycznych

¹⁾ Charcot et Richer. — Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques; du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Arch. de Neurologie 1881—83.

Richer et Charcot. — Journal of nervous and mental Diseases N. 1. Janvier 1883.

Nota o suggestyi za pomocą czucia mięśniowego w okresie kaleptycznym wielkiego hypnotyzmu u hysteryczek.

²⁾ Charcot. — Leçons sur les maladies du système nerveux III vol. 1887. p. 338.

hypnotyzmu, Charcot przedewszystkiem stara się z badań swoich wyprowadzić racjonalne wskazania i w miarę jak się te wskazania nasuwają zastosowuje hypnotyzm i w terapii.—Dzięki tym wszystkim okolicznościom i powadze otaczającej imię Charcota, dał on popęd całemu zastępowi ludzi nauki do badań nad hypnotyzmem i za pomocą hypnotyzmu. Metoda, której Charcot radzi się trzymać w tego rodzaju badaniach, da się streścić w następujących punktach ¹⁾:

1) Wybierać jako materyjał do doświadczeń osoby, których warunki fizjologiczne i patologiczne byłyby dokładnie znane i jednakowe.

2) Poddać ściśtemu określeniu i kontroli warunki doświadczenia.

3) Postępować od rzeczy prostych i znanych do bardziej zawikłanych i nieznanych.

4) Zastrzedz się przeciw symulacyi.

5) Starać się podług metody nozografów grupować różne objawy w seryje naturalne, aby w tym zbiorze objawów objętych nazwą hypnotyzmu utworzyć podziały.

Podług tej metody współpracownicy Charcota z Salpêtrière ogłaszają badania nie tylko ważne dla samej nerwicy hypnotycznej, ale ogólniejszego znaczenia dla neuro-fizjologii, psychologii, psychiatrii i w ogóle medycyny. Oprócz wspomnianych nazwisk P. Richer'a ²⁾, Regnarda, wymieniamy Ch. Féré ³⁾, Binet ⁴⁾, Gilles de la Tourette ⁵⁾ ogłaszających prace swoje wspólnie lub oddzielnie.

¹⁾ P. Richer.—Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie, 2-cme édition. 1885, p. 512.

²⁾ P. Richer.—Oprócz wymienionych prac ciągłe komunikaty w Tow. biologicznem od 1883.

³⁾ Ch. Féré.—Mouvements de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des histériques. Progrès Médical 1881. p. 1041.

„ Les hystériques comme sujets d'experimentation en médecine mentale. Arch. de Neurologie 1884.

La médecine d'imagination. Progrès Médical 1884 i 1886.

⁴⁾ Binet.—Hallucination (Revue philosophique) 1 Avril et 1 Mai 1884.

Féré et Binet. — Note pour servir à l'histoire du transfert chez les hypnotiques. Progrès Médical 1884, N. 28.

„ L'hypnotisme chez les hystériques. Le transfert psychique Revue philosophique 1885.

„ Note sur le somnambulisme partielle et les localisations cérébrales. Soc. de Biol. 1884.

„ Les paralysies par suggestion. Revue scientifique 12 Juillet 1884.

„ La théorie physiologique de l'hallucination in Revue scientifique. 1 Janvier 1885.

Binet et Féré.—Le magnetisme animal. Paris 1887 vol. 1.

P. Richer et Gilles de la Tourette.—Note sur les caractères cliniques des paralysies psychiques experimentales—paralysie par suggestion. Progrès Méd. 1884. N. 3.

⁵⁾ Gilles de la Tourette.—L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-legal 1887.

Oprócz szkoły Salpêtrière istnieje w Paryżu t. zw. szkoła Pitié.—Przedstawiciel jej Dumontpallier lekarz w Pitié a obecnie w Hôtel-Dieu, mający także swe koło elewów różni się cokolwiek w poglądach od prof. Charcota, zdaniem jednak naszym nie tak zasadniczo, aby go za przedstawiciela odmiennej szkoły uważać było można. D-r Dumontpallier przyjmując w zasadzie nozograficzny podział Charcota, nie odnajdywał nigdy nadpobudliwości mięśniowo nerwowej którą Charcot uważa za objaw bardzo ważny hipnozy. Przytem wprowadza on do trzech stanów Charcota poddziały na podstawie objawów mieszanych.—Streszczenie tych poszukiwań znajdujemy w książce jednego z adeptów Dumontpalliera, Paul Magnin'a ¹⁾, gdyż prace samego Dumontpalliera zanadto tak co do kierunku badań, jak również jako publikacje są rozproszone po różnych czasopismach, przeważnie zaś mieszczą się w sprawozdaniach z posiedzeń tow. bijologicznego.

W ogóle powiedzieć można, że szkoła paryzka w kwestyi hipnotyzmu trzyma się zasad następujących: hipnotyzm jest odrębną nerwicą, ma ona swoje objawy psychiczne i fizyczne, te ostatnie częścią występują dobrowolnie częścią pod wpływem przyczyn czysto fizycznych; pewne modyfikacje fizjologiczne, które hipnoza powoduje, mogą same przez się działać jako czynnik terapeutyczny.

Zupełnie inaczej zapatruje się na hipnotyzm szkoła w Nancy, za której duchowego twórcę musi być uważany Liébeault. — Znamy już teoryje Liébeaulta, ogłoszone przezeń w 1866 r. Nie zwrócono na nie na razie tak dalece uwagi i ich twórca żył odtąd na uboczu oddając się całkowicie praktyce hipnotycznej, według swoich teoryj stosowanej. Dopiero gdy badania Charcota coraz większe zaczęły budzić zainteresowanie się hipnotyzmem, D-r Dumont z fakultetu medycznego w Nancy asystując w r. 1881 przy konsultacjach D-ra Liébeaulta i pilniejszą na nie zwracając uwagę przekonał się o rzeczywistości wielu spostrzeganych objawów. Zaczął więc sam badać w schronieniu Mareville i udało mu się tamże uleczyć na sposób Liébeaulta przykurczenie hysteryczne od 3-ch lat trwające, oraz usunąć na-

¹⁾ Magnin.—Étude critique et expérimentale sur l'hypnotisme. De quelques effets des excitations périphériques chez les hystéro épileptiques à l'état de veille et d'hypnotisme. 1884.

pady hystero-epileptyczne, przychodzące po 5 — 6 razy dziennie.

10 Maja 1882 r. przedstawił on na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Nancy 4-ch chorych, na których wykonane przezeń doświadczenia zwróciły uwagę obecnych lekarzy, a w ich liczbie i profesora Bernheima. Ten ostatni rozpoczął odtąd badania na własną rękę, z początku — jak mówi — z wielkiem niedowiarstwem, po upływie jednak pewnego czasu doszedł do wyników tak pewnych i uderzających, że nie wahał się ich ogłosić w 1884 r. ¹⁾. — Bernheim jest głównym przedstawicielem szkoły hypnotycznej w Nancy. Teoryje tej szkoły dadzą się streścić w następujący sposób: Hypnotyzm nie jest odrębną nerwicą, zbliża się on do snu naturalnego. Nie zależy od rodzaju manipulacyi do wywołania go użytych, wszystkie one mają jeden skutek, skupienie i unieruchomienie uwagi na idei snu. Jestto moment przygotowawczy przy którym suggestyja słowna, że osoba poddana doświadczeniu powinna zasnąć, że czuje przypadłości ogarniające ją snu, że już zasypia, wystarcza do wywołania hypnozy u tych, którzy do podlegania jej mają usposobienie. Od stopnia tego usposobienia zależy mniejsza lub większa głębokość snu, cechą zaś główną tych stopni snu są objawy psychiczne, co zaś do fizycznych, to są one skutkami suggestyi mniejsza o to świadomej czy nieświadomej, zawsze jednak mającej swe źródło w odrębnym nastroju psychicznym osoby uśpionej. Z powodu osłabienia w hypnozie czynności psychicznej dowolnej regulującej automatyzm mózgo-rdzeniowy, ten ostatni nabiera przewagi. Tym sposobem hypnoza sprzyja powstawaniu zjawisk suggestyi, osłabiając wpływy moderujące, lecz nie jest nieodzowną dla ich powstawania; jest ona sama przez się wynikiem suggestyi i niekiedy inne suggestyje mogą się udawać tam, gdzie sen przez suggestyję nie udaje się osiągnąć. — Warunki sprzyjające mechanizmowi suggestyi (wzmoczenie pobudliwości zwrotnej ideo-ruchowej, ideo-czuciowej, ideo-zmysłowej) napotykać się mogą u pewnych osób na jawie, a polegają na tej właściwości ich ośrodków nerwowych, że odruchowość wewnątrzmozgowa jest u nich spotęgowana przy jednoczesnem osłabieniu sfe-

¹⁾ Bernheim. — De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. Paris 1884.

ry świadomości tamującej automatyzm zwrotny. — U takich osobników którychby można nazwać hypnotykami na jawie, jak również w stanie hypnozy urzeczywistniają się warunki psychiczne do przyjmowania bez kontroli narzuconej przez suggestyję idei i przetwarzania jej w czyn. Można przez suggestyję hypnotyczną wywołać porażenia, skurcze, znieczulenia, bóle, kaszel, wymioty i t. p. Nasuwa się zatem przypuszczenie możności oddziaływania w tenże sposób na objawy choroby. Liébeault pierwszy wpadł na myśl zastosowania suggestyi słownej do celów terapeutycznych, t. j. wprowadzenia idei wyzdrowienia do mózgu zahypnotyzowanego pacjenta. Metoda polega na zapewnieniu głosem stanowczym uspiętego chorego, że objawy odczuwane przez niego znikną po obudzeniu licząc na to, że ze względu na właściwy nastrój psychiczny w którym się zahypnotyzowany pacjent znajduje, mózg jego zaszczeploną ideę przetworzy w fakt rzeczywisty. Podług Liébeaulta wszelkie skutki terapeutyczne przez magnetyzowanie lub hypnotyzowanie otrzymane były i są jedynie działaniem suggestyi, t. j. działaniem na stronę psychiczną na wyobraźnię. Skutki w ten sposób otrzymane są natury dynamicznej, a tem są pewniejsze, im suggestyja robiona jest w głębszej fazie snu (sommambulizm jest najgłębszą fazą snu hypnotycznego w Nancy) i im bardziej do natury osobnika zastosowaną. Przyczyny niepowodzenia mogą zależeć albo od choroby, albo od chorego. Od choroby, gdy przyczyna organiczna (natężenie oddziaływania jej na ośrodki nerwowe) jest silniejsza od suggestyi; od chorego, gdy autosuggestyja jest silniejszą od suggestyi z zewnątrz przychodzącej (jak to ma miejsce u hypochondryków). Szkoła w Nancy w obszernym nader zakresie stosuje swoją metodę do celów terapeutycznych i to nie tylko w zaburzeniach czynnościowych nerwowych, ale i w organicznych cierpieniach nerwowych i innych np. reumatycznych, żołądko-kiszkowych i t. p. Profesor Bernheim w ostatniem swem dziele ¹⁾ którego połowa poświęcona kazuistyce stara się wyścislić działanie suggestyi jako środka terapeutycznego funkcjonalnego.

1) Bernheim.—De la suggestion et de ses applications á la therapeutique. Paris 1886.

(Dalszy ciąg nastąpi).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

98. Aug. Kosinski. O różnicy w zabarwieniu jąder spoczywających i dzielących się w rakach, gruczolach i mięsakach. (Wręcz N. 4 — 6. 1888. Z pracowni patologii ogólnej uniwersytetu warszawskiego).

Nauka o karyokinezie dotychczas zasada się prawie wyłącznie na danych morfologicznych: na chemiczną stronę tego procesu nie zwrócono wcale uwagi. Do najważniejszych działaczy przy karyokinezie należy bez wątpienia chromatynowa część jądra; ciekawą jest rzeczą, czy podczas karyokinezy chromatyna podlega tylko morfologicznym czy także i chemicznym przemianom. Spostrzeżenia przeprowadzane przez autora na 20-tu różnych nowotworach, gdzie można było obserwować wielką ilość figur karyokinetycznych, dotyczą tego przedmiotu.

Badania preparatów robione były za pomocą najnowszego systematu apochromicznego Zeiss'a, przy barwieniu i przemianowaniu skrawków zwracano baczną uwagę na to, by warunki były zawsze jednakowe. — Porównując figury karyokinetyczne między sobą autor nigdy nie brał pod uwagę jąder na całym preparacie, ale tylko na pewnej jego części i porównywał tylko jądra leżące obok siebie, np. w jednym ciele rakowem. — Przy pojedynczych zabarwieniach za pomocą hematoksyliny lub alunowego karminu, a także safraniny i dali, które dawały najlepsze rezultaty, autor zauważył, że jedne jądra barwiły się słabo drugie — mocniej, najmocniej zaś — figury karyokinetyczne.

Najdokładniej jednakże różnicę zabarwień różnych jąder i figur karyokinetycznych wykazywały barwienia podwójne za pomocą hematoksyliny i safraniny.

Przypuszczenie, że podczas procesu karyokinetycznego zwiększa się tylko ilość chromatyny, a sama ona nie zmienia swych własności chemicznych, nie może objaśnić takich faktów, autor twierdzi, że różnica zabarwień chromatyny w różnych okresach karyokinezy musi zależeć od niejednakowej jej budowy chemicznej w jednym i drugim czasie, t. j. że karyokineza jest nie tylko procesem morfologicznym, ale zarazem i chemicznym. Wyrażając się w terminach podwójnego barwienia hematoksyliną i safraniną, autor daje następujący szemat całego procesu. Dojrzałe jądro ze szkieletem niebiesko-fioletowym wstępuje w stan karyokinezy; chromatyna w pierwszym okresie procesu, t. j. chromatyna kłębka na początku zachowuje wszystkie cechy pokrewieństwa swego z chromatyną jądra macierzystego i jest także niebiesko-fioletową; później już chromatyna zmienia swój chemiczny charakter i reakcja kolorowa również się zmienia, bo chromatyna barwi się na kolor czerwony. Jądra młode zbudowane z chromatyny karyokinetycznej

figury są również czerwone, ale dojrzewając powoli, zmieniają swą budowę chemiczną i znów zaczynają się barwić na kolor niebiesko-fioletowy, jako jądra dojrzałe.

Plasmosomy dojrzałych jąder barwią się nieco podobnie jak i figury karyokinetyczne; np. przy alunowym karminie zabarwienie plasmosom jest nieco słabszem, niż karyokinezy i do tego z pewnem dodaniem koloru brudno-fioletowego.

Można więc przypuścić, że w jądrze dojrzałym istnieją już związki chemiczne, grające rolę w samej karyokinezie; jednakże przy takim wniosku, należy przedstawić ograniczenie, że wyrabianie takich ciał w stanie spoczynku odbywa się przy nieco innych warunkach, a ztąd i one same okazują nieco inne chemiczne własności.

Edmund Biernacki.

99. G. STICKER i C. HÜBNER. **O wzajemnym stosunku wydzielin ustroju. Przyczynek do fizjologii i patologii trawienia.** (Ueber Wechselbeziehungen zwischen Secreten u. Exkreten der Organismus. Beitrag zur Physiologie u. Pathologie der Verdauung J. Zeitschr. f. klin. Med. B. XII. H. 1 i 2).

Obecne pojęcia dotyczące ekskrecyi i sekrecyi i znaczenia tych czynników w ogólnej ekonomii ustroju, są pod wielu względami niedostateczne. Jakkolwiek znane nam są niewątpliwie pewne cechy fizyczne, chemiczne i fizjologiczne wydzielin, nie wiele da się dotąd powiedzieć o stosunku względem siebie tych ostatnich, o związku jaki je łączy, o wzajemnem na siebie oddziaływaniu. Praca powyżej zanotowana stanowi właśnie w tym kierunku ciekawy przyczynek do nauki o związku i stosunku dwóch ważnych pod względem fizjologicznym wydzielin ustroju, mianowicie soku żołądkowego i moczu.

Autorowie na wstępie zaznaczają, że Bence Jones był pierwszym, który dowiódł, iż odczyn moczu po obiedzie traci na kwaśności, przechodzi w obojętny, a nawet w alkaliczny; — powoli wraca do pierwiastkowego stopnia kwaśności. Robert potwierdził to zdanie, sądząc, że przyjęcie z pokarmami alkaliów jest tego zjawiska przyczyną. Owen Rees powiada: „stopień kwaśności moczu pod pewnym względem stanowi miarę większego lub mniejszego wydzielania kwasu solnego w żołądku“.

Doświadczenia wykonane przez Stein'a, Maly'ego, potwierdziły te przypuszczenia.

Kliniczna praca Th. Görgesa, w której autor podaje historyczny zarys owych poszukiwań, stanowi ważny przyczynek pod tym względem, Görges dochodzi do wniosku, że po każdym jedzeniu kwaśność moczu zmniejsza się, po 2 godzinach mocz staje się alkalicznym, w 3 lub 5 godziny po jedzeniu dochodzi odczyn alkaliczny do najwyższego punktu, z którego prędko schodzi i przechodzi w kwaśny; kwaśność moczu rannego (ponocnego) jest największą.

Quincke w pracy o przyczynach alkaliczności moczu dzieli owe przyczyny na dwie grupy. Do pierwszej zalicza Quin-

eke przyczyny wywołujące obfitsze wydzielanie w moczu alkaliów, a więc przyjęcia z pokarmami soli alkalicznych (pokarm roślinny), wchłanianie do krwi alkalicznych przesieków (obręki, etc.), części składowe krwi (wynaczynienie, wylewy krwawe) przelewanie krwi etc.

Drugą grupę stanowią przyczyny, wywołujące utratę kwasu w innym miejscu ustroju, tu należy zaliczyć wymioty, przy których wydzielają się znaczne nieraz ilości HCl, przepłókiwanie żołądka dużo kwasu zawierającego, tworzenie się w żołądku nierozpuszczalnych związków solnych. Dalej Quincke utrzymuje co do wpływu, jaki wywierają oddzielne okresy trawienia żołądko-kiszkowego, że przy przewodzie wydzielania kwasu solnego (pierwszy okres) odczyn moczu powinien być bardziej alkaliczny, w razie zaś przewagi wydzielania soków kiszkowych (trzustkowego, żółci i s. kiszkowego) alkalicznych (drugi okres) oczekiwać winniśmy moczu bardziej kwaśnego.

Sticker i Huebner rozpoczynając swoje badania mieli właściwie zamiar przekonać się, czy tą pośrednią drogą nie uda się stwierdzić, że w pewnym okresie raka żołądka, kwas solny zupełnie się nie wydziela, albo też istnieją w żołądku jedynie nieznaczne ilości tego kwasu; autorowie sądzili bowiem, że w przypadkach raka, jeżeli zapatrywania Quincke'go i innych są słuszne, oczekiwać należy iż odczyn moczu będzie bardziej kwaśnym niż to bywa u osobników, u których trawienie w żołądku odbywa się w sposób prawidłowy. W przebiegu jednakże poszukiwań autorom nasunęło się wiele pytań, które trzeba było rozwiązać przez badanie osobników zdrowych.

Przedewszystkiem należy mieć pojęcie, jakim jest odczyn moczu w różnych okresach trawienia, w różnych porach dnia, przy różnych warunkach, tak, aby dane te mogły służyć jako punkt oparcia dla badań nad chorymi osobnikami. Tym sposobem pole badania pierwotnie zacieśnione, rozszerzyło się znacznie.

Sticker i Hübner zadali sobie pytanie, jak się zachowuje moczu u osobników zdrowych wcale przez czas pewien nie przyjmujących pokarmu i znajdujących się przytem w stanie fizycznego spokoju. Z powodu trudności jaka się nastęrcza przy wynajdywaniu obiektu do tego rodzaju badań, autorowie zmuszeni byli wykonywać te doświadczenia na dwóch osobnikach, z których jednym była 19-letnia dziewczyna cierpiąca od 7-10 lat na nerwowe wymioty (niedowład wpustu i kurcz odzwiernika), u chorej tej badanie wykonywano w okresie, kiedy chora nie przyjmowała zupełnie żadnego pokarmu. Drugim osobnikiem była 60-letnia kobieta cierpiąca na raka przelyku i posiadająca zupełnie pionowo wiszący rozszerzony żołądek (co wykażała sekcyja); chora ta również nie przyjmowała żadnego pokarmu. Następnie autorowie badania wykonywali na sobie i innych chorych (chorzy: 1) carcinoma pylori cum ectasia ventriculi, 2) gastritis atonica cum resorptione laesa).

Metoda badania, jakiej trzymali się Sticker i Huebner jest następująca: Mocz zostaje oddawany w równych odstępach cza-

su np. co 3 godziny za uderzeniem dzwonka. Pojedyncze porcje moczu zostają zaraz odmierzane i badane na odczyn przy pomocy papierków lakmusowych. W pewnej ilości (25 lub 50 ctm) moczu przy pomocy miareczkowania $\frac{1}{10}$ norm. ługiem sodowym oznacza się stopień kwaśności. Jako wskaźnicia używano kwasu rozolowego (rozcieńczony wysokowy roztwór dodaje się do moczu) lub nalewki lakmusowej. Ponieważ jednak autorowie przekonali się, badając niezależnie jeden od drugiego, że dane, otrzymywane przy użyciu jednego lub drugiego wskaźnicia, są zupełnie identyczne, ograniczono się na próbie lakmusowej, jako dogodniejszej; błąd nie przekraczał nigdy 0,3 ctm, zwykle dosięgł 0,1 ctm. $\frac{1}{10}$ norm. ługu sodowego. — Stopnia alkaliczności nie oznaczano, porządzano na określeniu jakościowym.

Kwaśność moczu obliczano na kwas solny a nie na szcawowy, jak się zwykle oznacza, ponieważ takie obliczenie w dalszym ciągu pracy dla badań porównawczych ze stopniem kwaśności soku żołądkowego resp. zawartości żółka okazało się niezbędnem. Oprócz tego w każdej porcji moczu oznaczono absolutną kwaśność (w gramach), a następnie i absolutną kwaśność dobową (w gramach).

Sticker i Huebner dochodzą w swej pracy do następujących wniosków.

1) Odczyn moczu ulega wahanom fizjologicznym zależnym od pewnych czynników działających w ustroju.

2) Najważniejszym pod tym względem czynnikiem jest wydzielanie soków w przewodzie pokarmowym, więc z jednej strony soku żołądkowego, a z drugiej — soków kiszkowych resp. soku trzustkowego. Mniej ważnymi czynnikami są: praca mięśniowa, miesiaczkowanie i stany psychiczne.

3) Jeżeli zbraknie owych czynników (podczas głodu, spokoju ciała i ducha) wtedy mocz w jednostce czasu zawiera średnią dobowej ilości, jaką przedstawia absolutna dobową kwaśność moczu.

4) Dobowa absolutna kwaśność moczu (w gramach) stanowi u jednego osobnika przy jednakowych warunkach wielkość stałą, u różnych zaś osobników w stanie fizjologicznym, jak również i w stanach chorobowych bywa rozmaita.

5) Kwaśność moczu zależy jedynie albo w znacznej mierze od powstawania wolnego kwasu solnego w ustroju i związaną jest z pozostawaniem tego kwasu w organizmie; jeżeli kwas solny zostanie z ustroju usunięty (wymioty, przeplókiwania przy nagromadzeniach tego kwasu w żołądku etc.), natenczas mocz traci na absolutnej dobowej kwaśności.

6) Krzywa, przedstawiająca wahania kwaśności w różnych odstępach czasu, z powodu dominującego wpływu kwasu solnego na odczyn moczu daje do pewnego stopnia obraz natężenia i rozległości trawienia żołądkowego i jest równoznaczną z krzywą, jako podał Sahli dla moczu co do zawartości w takowym pepsyny.

Krzywa ta nie ma jednakże w przypadkach patologicznych

znaczenia rozpoznawczego, gdyż wchodzą także w grę i inne czynniki, a szczególnie wydzielenie soku trzustkowego, które zaciemniają typowy obraz, nie pozwalając na wysnuwanie pewnych wniosków.

Ignacy Grundzach.

100. D-r C. POSNER i D-r H. GOLDENBERG. **Przyczynek do nauki o rozpuszczaniu złożeń moczowych.** (Zeitsch. f. klin. Med. Band. VIII. H. VI. 1888).

Badania laboratoryjne wykazały, że niektóre środki i wody mineralne posiadają własność rozpuszczania kwasu moczowego i po części kamieni moczowych. Pierwszy Pfeiffer starał się znaleźć, o ile pod wpływem tych środków mocz posiada własność rozpuszczania kw. moczowego; zdaniem autorów było to pytanie rozszerzyć i na zasadzie wielu doświadczeń wyprzewidzić pewne stanowcze wnioski.

Autorowie postępowali według metody Pfeiffer'a: na filtr z pewną odważoną ilością suchego kw. moczowego nalewało się 200 ctm. sz. uryny, po użyciu pewnego środka lub wody mineralnej, następnie osad przemywano wodą, wysuszano i znów ważono. Oprócz czystego chemicznie kwasu moczowego obserwowano wpływ takiej uryny na złoże moczowe sproszkowane, piasek moczowy, kawałki kamieni moczowych i nawet całe kamienie. Doświadczenia robiono zawsze przy temperaturze ciała ludzkiego.

Doświadczenia wstępne wykazały, że zwyczajny mocz nie tylko nie rozpuszcza kwasu moczowego, ale nawet większa ilość kwasu w filtrze: do tego czem większym jest jego ciężar gatunkowy, tem znaczniejszem jest zwiększenie się ilości kwasu moczowego. Woda posiada bardzo słabą zdolność rozpuszczania, nie więcej jak 0,032—0,047%. Tymczasem po użyciu wód mineralnych i niektórych środków mocz niewątpliwie nabiera własności rozpuszczania kwasu moczowego. Tak np. po użyciu wody Fachingen rozpuszczalność w moczu tego związku dochodzi 0,103%, po użyciu Vals—0,137%, a po Vichy jeszczeznaczniej bo 0,145%. — Vals i Vichy działają lepiej, jak widzimy, niż Fachingen; najslabszą własność rozpuszczania obserwujemy w moczu po użyciu wody Passugę ze źródła Ulricus (największa rozpuszczalność 0,086%), Salzbrenn, ze źródła Kronen (0,043%), Salzschlirfer ze źródła Bonifacius (0,080%) i Wildungen ze źródła Heleny (0,036%).

Daleko słabsze działanie okazywał mocz po użyciu wód mineralnych na sproszkowane złoże moczowe, piasek moczowy i t. d. Po użyciu Fachingen rozpuszczalność złożeń moczowych dochodziła najwyżej do 0,015%, rozpuszczalność piasku moczowego 0,014% (po sześciodniowem przyjmowaniu wody), kawałków kamieni 0,015%. Całkowite kamienie nie rozpuszczały się i nie traciły na wadze, nawet nie zmieniały swej konsystencji przy Fachingen; jednak i w tym razie Vals okazała swą przewagę: w jednym doświadczeniu kamień, leżąc w moczu 6 godzin, stracił ósmę część swej wagi. Również i odlamki kamieni po Vals rozpuszczały się lepiej, niż po Fachingen, na 0,028%—przytem robiły się miękkie i łamliwe.

Działanie pojedynczych środków, stanowiących części składowe badanych wód mineralnych, było słabszem niż działanie samych wód. Tak po dwuwęglanie sody, dawanym w takiej ilości jaka znajduje się w butelce najmocniejszych wód mineralnych (2,5 — 7,5 grm. na dzień), moc rozpuszczał najwyżej 0,068‰ kwasu moczowego. Inne środki wywierały wpływ nie raz mniejszy, niż najsłabsze wody mineralne — Saltzbrunn i Wildungen: tak przy boraksie najwyższa rozpuszczalność kwasu moczowego była 0,016‰, przy magnesia borocitrica 0,030‰. — Proszek Cantaniego, składający się z dwuwęglanu sody (0,5 grm.), węglanu litynu (0,25) i cytrynianu potasu (1,0) nadawał moczowi rozpuszczalność do 0,043‰, sam węgiel litynu przy dawce 0,6 grm. na dzień — nawet 0,072‰.

Zauważono, że po użyciu wód mineralnych i pojedynczych środków mocz tem więcej rozpuszczał kwasu moczowego, im mniejszy był jego ciężar gatunkowy.

Odczyn moczu grał nie mniej ważną rolę: we wszystkich doświadczeniach działanie było najsilniejsze wtedy, gdy odczyn był słabo kwaśny lub obojętny. Jak tylko reakcja stawała się alkaliczną, rozpuszczalność kwasu moczowego zmniejszała się i przy mocnej reakcyi znikwała niemal zupełnie, co naturalnie zależało od tworzenia się trudno rozpuszczalnych soli. — Ponieważ źródła mineralne mają zawsze w sobie dosyć swobodnego kwasu węglanego i mogą przez to łatwo podtrzymywać słabokwaśny odczyn moczu, więc i w tem widać wyższość ich nad pojedynczemi środkami.

Przy użyciu wód mineralnych zauważono t. zw. działanie następcze (Nachwirkung), to jest, że przez pewien czas po odstawieniu wody mocz posiadał jeszcze własność rozpuszczania kwasu moczowego. Najlepiej pod tym względem działała woda Fachingen, gdyż nieraz i po czterodniowym odstawieniu mocz rozpuszcza, wprawdzie nieznacznie, 0,005‰. — Przy innych wodach własność ta trwała nie dłużej jak dzień jeden, a przy użyciu pojedynczych środków można było ją wykazać, także przez jeden dzień, dla dwuwęglanu sodu.

Co do praktycznych wniosków, jakie można wyprowadzić z tych doświadczeń, to autorowie dają następujące wskazówki: Jeżeli mamy do czynienia z diatezą moczową, prowadzącą do nagromadzenia złogów moczowych w nerkach, do osadków podagrycznych, to stosowanie zbadanych wód mineralnych i środków będzie zależnem od charakteru procesu patologicznego. — Przy ostrym ataku należy dawać te wody, które okazały się najdziałniejszemi — Vals i Vichy; jeżeli nie można tego skutecznie w skutek wysokiej ceny tych wód, to możemy je zamienić na Fachingen, ale nigdy na słabsze źródła, choćby na tak często zalecaną Wildungen. Lepiej w takim razie zadawać środki pojedyncze, mianowicie dwuwęgiel sody w dawce 3—5 grm. pro die w dużej ilości wody, lub też proszki Cantaniego, i czysty węgiel litynu. — Jeżeli zaś mamy do zwalczania diatezę chroniczną lub też idzie o leczenie podczas pauz między atakami, to najstosowniejszą do tego będzie woda Fachingen, głó-

wnie z powodu jej działania następczego: przy używaniu jej po dwóch dniach można robić przerwę pięciodniową, a przy dłuższem używaniu nawet osmiodniową.— Można także stosować słabsze źródła, np. Salzschlirf, a z lekarstw—magn. borocitrica, a nawet boraks.

Co do kamieni moczowych, to widzieliśmy, że w doświadczeniach wody mineralne i środki, bardzo mały wpływ na nich wywierały i trudno przypuścić, żeby przy używaniu wód kamienie mogły się rozpuścić.— Jednakże po litotrypsyi, kiedy nawet i po najlepszem wypróżnieniu pęcherza pozostają odłamki kamieni, bardzo korzystnym będzie, według autorów, przyjmowanie wody Vals, działającej dość silnie na te odłamki.

Naturalnie przy leczeniu we wszystkich przypadkach należy zwracać baczność uwagę na własności moczu i nie dopuszczać do zjawienia się odczynu alkalicznego.

Edmund Biernacki.

101. D-r Andrzej OBRZUT. **Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby.** Hepatitis interstitialis chronica. (Przeгляд Lek. N. 6, 7 i 8. 1888).

Opierając się na badaniach histologicznych przeprowadzonych w zakładzie patologiczno-anatomicznym prof. D-ra Hlavy w Pradze Czeskiej, autor śródmiąższowe zapalenia wątroby dzieli na następujące postaci:

1. *Cirrhosis atrophica acuta.* Tutaj bezspornie należą niektóre przypadki żółtego zaniku dotychczas publikowane np. przypadek Carrington'a, (Acute atrophy of the pathological Society of London. T. 36. 1885). Histologicznie charakteryzuje się ta postać marskości szybko od obwodu ku środkowi zrazików postępującem zapaleniem i zastąpieniem prawidłowego miąższu tkanką granulacyjną (Keimgewebe). Niektóre z klinicznych przypadków np. znaczna żółtaczka, szybkie zmniejszenie się narządu, a nawet zmiany makroskopowe przypominają pod wielu względami żółty zanik, zwłaszcza postać jego przewlekłą (Hlava, Eppinger). Zasadniczą różnicę stanowi jednak pierwotny czysto zapalny charakter w tkance łącznej właściwy tej postaci.

2. *Cirrhosis atrophica chronica* (Laënnec). Jest zawsze jedno i więcej zrazikową, międzyzrazikową, a tylko w małym stopniu śródzrazikową. Zanikający miąższ zastąpiony bywa tkanką łączną coraz wyżej organizującą się i kureczącą, w której większa część dróg żyły wrotnej zanika. (Miąższ zachowuje się biernie ulegając przemianom wstecznym zwyrodnienie, zanik i rozpad). Objawy proliferacyjne i dążność do przemiany w miąższ embryjonalny są bardzo ograniczone.

3. *Cirrhosis hypertrophica.* Panuje tutaj pewna równowaga między zmianami zapalnymi tkanki łącznej, okolo i śródzrazikowej z jednej strony, a objawami proliferacyjnymi z drugiej. Miąższ tutaj nie zanika jak w poprzednich dwóch postaciach, tylko przemienia się w miąższ charakteru embryjonalnego. Tu należą:

a) *Cirrhosis hypertrophica simplex*. Jest ona także zawsze jednozrazikową. Żółtaczkę może nie być, a natomiast puchlina brzuszna. Narząd jest zawsze powiększony.

b) *Cirrhosis hypertrophica cum infiltrationem adiposam*. Powiększenie narządu zależy w znacznej części od nacieku tłuszczowego.

c) *Cirrhosis intercellularis luetica Charcot'a*. Ze względu na obraz histologiczny autor proponuje dla tej postaci nazwę: *Cirrhosis peritrabecularis dissecans luetica congenita*.

d) *Cirrhosis biliaris*. Początkowa zawsze wysepkowata (w przestworach międzyzrazikowych), poniżej wyłącznie jednozrazikowa, około i śródzrazikowa. Narząd może się zmniejszyć.

4. *Cirrhosis cardiaca*. Przyroda zapalna, zmian nie daje się udowodnić, powiększenie ilościowe tkanki łącznej jest rzeczywiste. Sprawa ogranicza się do rozgałęzień żyły wątrobowej lub występuje niezależnie od tego naczynia. *J. Drzewiecki*.

102. J. PAL. **Przyczynę do nauki o podostrem międzyzrazikowym zapaleniu płuc.** Zur Kenntniss der subakuten interstitiellen Pneumonie. (Wiener Med Woch. N. 1 i 2—1888 r.).

Choć z wielu stron za jej istnienie nie jest jeszcze powszechnie w najnowszych podręcznikach jest inicjalną postacią chorobową, ciężkiego zapalenia płuc lub też przemawiano. Nawet w najnowszych podręcznikach jest ono podane jako zejście krupowego zapalenia płuc lub też pewnych cierpień oskrzeli i opłucnej. Nawet Jürgensen w najnowszej swej pracy (Podręcznik Ziemssena 1887) dowodzi, że zapalenie płuc międzyzrazikowe nie jest postacią kliniczną, lecz anatomiczną.

Nie ulega wątpliwości, że opisana przez Buhla „genuine Desquamativpneumonie“ jest identyczną z międzyzrazikowym zapaleniem płuc.

Że międzyzrazikowe zapalenie płuc jest sprawą zupełnie różną od krupowego, wypowiedział w ostatnich czasach najprzód Wagner. Zupełną jednak samodzielność kliniczną tego cierpienia pierwszy zaznaczył Heitler.

Następujący typowy przypadek podostrawego międzyzrazikowego zapalenia płuc za życia rozpoznany i anatomicznie zbadany, służyć może jako nowy dowód sameistności tego cierpienia.

M. L. 58 lat licząca, robotnica, została przyjętą 5-go Października 1886 r. do oddziału autora w ogólnym szpitalu w Wiedniu. Przed 6-ma prawie tygodniami rozpoczęło się obecne jej cierpienie w następstwie podobno silnego przeziębienia. Choroba zaczęła się od kaszlu i utraty łaknienia. Chora przedtem nigdy nie kaszlała. Przez 14 dni jeszcze się oddawała zwyklemu zajęciu, lecz w końcu skutkiem osłabienia zmuszoną była pozostać w łóżku. W tym czasie chora dozna-

wała trudnego oddechu, gorączki i potów szczególnie w nocy. Klócia nie było.

Dnia 3 Września chora udała się do szpitala (Stephanie spital), w którym pozostawała do dnia 21-go. Lecząc po opuszczeniu szpitala ciągle kasłała i skutkiem osłabienia nie wstawała z łóżka. Plwocina z początku bardzo skąpa, zwiększyła się. Coraz bardziej zwiększające się osłabienie zmusiło chorą do wstąpienia do wiedeńskiego ogólnego szpitala.

Przy przyjęciu chorej dnia 5 Października znaleziono: ciepota 38° , tętno 96 małe i miękkie. Ilość oddechów 36, lekka duszność. Ópukiwanie: z przodu po prawej stronie na 4-em żebrze stępienie; które przechodziło w stępienie wątroby, z tyłu również stępienie pod łopatką. Wysłuchiwanie: w miejscu stępienia z przodu nieliczne rżężenia, z tyłu oddech oskrzelowy, niezależnie dźwięczące rżężenie. Granice serca prawidłowe, tony czyste; plwocina śluzowa, lepka, bez odoru, w moczu ślady białka.

Ważniejsze dane w przebiegu choroby.

6 Października C. 37° , T. 96, O. 36, upadek sił. Plwocina ropiasta, lekko cuchnąca, nie zawiera laseczników Kocha, lecz nieliczne elastyczne włókna; po południu C. 38° T. 108, O. 40.

8 Października C. 37° , T. 96, O. 30. Z prawej strony z tyłu odgłos bębnowy.

10 Października C. $37,6^{\circ}$, T. 96, O. 36. Z tyłu z prawej strony oddech wyraźnie oskrzelowy, rżężenia wielko-pęcherzowe. Plwocina ropiasta, cuchnąca.

14 Października C. 37° , T. 102, O. 32. Chora ma się lepiej.

18 Paźdz. C. 37° , T. 96, O. 32. Stępienie na większej przestrzeni, oddech amforyczny.

2 Listopada. Chora w ostatnich dniach się poprawiła, — ciepota wahała się między $36,4^{\circ}$ a 37° , tętno 96 — 104. Ilość plwociny mniejsza, bez woni. Z prawej strony z tyłu głośny oddech oskrzelowy i nad lewym płucem oddech też oskrzelowy i nieliczne rżężenia.

11 Listopada C. 37° . Z prawej strony z tyłu znowu oddech amforyczny.

14 Listopada C. 37° , T. 108 słabe, osłabienie wielkie duszność sinica. Plwocina obfita, ropiasta, cuchnąca; w moczu ślady białka.

Od 24-go Listopada do połowy Grudnia znowu poprawa w stanie podmiotowym. Klatka piersiowa zapadnięta z prawej strony, plwocina mniej obfita, nie cuchnąca.

18 Grudnia C. $38,6^{\circ}$. T. 112. O. 36. Plwocina silnie cuchnąca.

Od 18 do 24 Grudnia ciągła gorączka, upadek sił, duszność, sinica, biegunka, żółtaczka, facies hypocratica, utrata przytomności. 24 Gr. exitus letalis.

Poszukiwanie na laseczniki dawało przez cały czas ujemny wynik.

Zaraz po przyjęciu chorej do szpitala rozpoznano z pewnym prawdopodobieństwem podostre międzyzrazikowe zapalenie płuc.

Gruźlicę można było z wielkiem prawdopodobieństwem wykluczyć, a to dla braku usposobienia dziedzicznego, braku do czasu obecnego zachorowania jakiegokolwiek objawów ze strony płuc; oprócz tego stan odżywiania chorej pomimo tak długiego trwania choroby nie wiele ucierpiał. Rozszerzenie oskrzeli dało się też wykluczyć na mocy danych anamnestycznych i objawów przedmiotowych. Dla przyjęcia pierwotnego ropnia płuc nie było żadnej podstawy.

Po wykluczeniu powyższych cierpień przyjąć należało pneumoniczne cierpienie płuc w obszernem znaczeniu. O krupowym zapaleniu płuc i mowy być nie mogło; ani początek choroby, ani przebieg dotychczasowy nie pozwalał na rozpoznanie tego cierpienia.

Brak ostrych objawów z początku choroby, obszerny infiltrat po 6-ciu tygodniowym trwaniu choroby, lekki stan gorączkowy, płwocina nieżyłowa, która podług podania chorej nigdy nie posiadała charakteru płwociny pneumonicznej; obraz kliniczny w zupełności odpowiadający obrazowi klinicznemu opisanemu przez Heitlera, zniewalały do rozpoznania podostrego międzyzrazikowego zapalenia płuc.

Rozpoznanie to już na drugi dzień stało się pewniejszym, gdy nastąpiła obfita cuchnąca płwocina. Cuchnącą płwociną uważa Heitler za prawie charakterystyczny objaw i czyni go zależnym od rozpadu tkanki mięszonej międzyzrazikowej.

Rozpoznanie stało się już zupełnie pewnem, gdy przy badaniu drobnowidzowem płwociny znaleziono w niej włókna elastyczne, a poszukiwanie na laseczniki dało ujemny wynik.

Ogłędziny pośmiertne dokonane przez prosektora D-ra Zemana stwierdziły rozpoznanie.

Przy badaniu drobnowidzowem płuc sprawa chorobowa przedstawiała się jako międzyzrazikowa daleko posunięta w różnych okresach rozwoju; znaleziono zgrubienie ścian pęcherzyków spowodowane rozrostem tkanki łącznej; w niektórych miejscach widać było ogniska rozpadowe; badanie skrawków płuc nie wykryło laseczników gruźliczych.

Widzimy więc, że podostre międzyzrazikowe zapalenie płuc rozwija się przy zupełnie innych objawach jak zapalenie krupowe płuc. Brak tu wstrząsającego dreszczu, wysokiej ciepłoty ciała, charakterystycznej płwociny.

Pierwszemi objawami tego cierpienia są kaszel, obfita ropna płwocina, lekka gorączka i osłabienie zwracające na się uwagę chorego. Następnie występuje objaw, który zaczyna chorego niepokoić, a mianowicie cuchnąca płwocina.

Autor w końcu podaje jeszcze 2 przypadki podobnego zapalenia międzyzrazikowego płuc, z których jeden zakończył się względnem wyzdrowieniem, a chory opuścił szpital z zapadniętą połową klatki piersiowej; drugi zaś zakończył się śmiercią, a badanie pośmiertne stwierdziło rozpoznanie.

Feliks Arnstein.

103. D-r NEUMANN i D-r SCHAEFFER z Berlina. **Przy-
czynek do etylogii ropnego zapalenia opon mózgowych.**
(Virchow's Archiv. Wrzesień 1887).

Ropne zapalenie opon mózgowych czynią zależnem od kilku rodzajów bakteryj. Przedewszystkiem—od staphylococcus albus i aureus, wraz ze streptococcus pyogenes; dalej — od koków zapalenia płuc, wreszcie od pewnej postaci koków, którą Weichselbaum znalazł w dwóch przypadkach.

Autorzy zbadali w ostatnich czasach pod względem bakteriologicznym cztery przypadki ropnego zapalenia opon mózgowych. Dwa z nich były to sporadyczne wypadki „meningitidis cerebrosppinalis epidemicae,“ dwa zaś — zapalenia opony miękkiej samego tyłku. W pierwszym przypadku znaleziony został pneumococcus, w drugim rezultat badania był ujemny, w trzecim znaleziony został streptococcus pyogenes, a w czwartym lasecznik, którego opis następuje.

Otrzymało go, szczepiąc ropę pochodzącą z wewnętrznej powierzchni opony miękkiej na agar-agar i surowicy krwi. — Znajdował się on także w znacznej ilości i to sam jeden, w preparatach mikroskopowych bezpośrednio przygotowanych z ropy.

Morfologiczne własności tego lasecznika są następujące: — Odnacza się on żywymi ruchami wężykowatemi, długość jego wynosi 2 m., szerokość — $\frac{1}{3}$ długości; jednak często wyrasta w długie nitki, które nie zdają się być złożonemi z pojedynczych laseczników, nitki te zginają się w jednym końcu, albo są na całej swej długości zgięte, znajdują się zaś głównie w hodowlach żelatynowych, gdzie dochodzą do 28,5 m. długości.

Szczepienie na peptonizowanej żelatynie, żelatynie z agar-agar, surowicy krwi, kartoflu i buljonie słabo alkalicznym udawały się. Wszystkie te hodowle były pozbawione zapachu. — Zdolność życiowa omawianych ustrojów jest znaczna; tak na przykład laseczniki wyhodowane na kartoflu żyły jeszcze po 168 dniach.

W ogóle opisywany lasecznik zdradza pod względem morfologicznym i biologicznym wielkie podobieństwo do lasecznika tyfusowego. Jediną różnicę stanowi większa długość i znaczniejsza obfitość postaci nitkowatej pierwszego.

Różnią się one też pomiędzy sobą w hodowlach na kartoflu; po zaszczeniu opisywanego lasecznika zjawia się w kilka dni w miejscu szczepienia wyraźna szaro-biała warstewka, hodowla zaś lasecznika tyfusowego przedstawia się jako makroskopijnie niewidzialna, na całą powierzchnię rozciągająca się powłoka. Prócz tego u lasecznika tyfusowego rozwijają się spory.

Najwięcej jednak różnią się w swem działaniu na ustrój zwierzęcy, gdy lasecznik tyfusowy nigdy nie wywołuje zapalenia ropnego, otrzymuje się ono zawsze po zaszczeniu omawianego lasecznika (u psów, królików, morskich świnek). Przy mniejszych ilościach występowało stale nacieczenie w miejscu

szczepienia, przechodzące następnie w ropnie i kończące się zagojeniem; przy większych—zwierzęta słabowały przez kilka dni; przy jeszcze większych—najdalej po 24-ch godzinach—zdychały. W nacieczeniach i wysiękach wywołanych temi szczepieniami, można było zawsze znaleźć omawianego lasecznika.

Hodowle sterylizowane przy 80° C. w przeciągu 10 — 30 minut, działały o wiele słabiej; być przeto może, że w działaniu lasecznika tego na ustrój przyjmują udział—potęgując je—i produkty przemiany materji, wytwarzające się pod jego wpływem.

U myszy, na podobieństwo lasecznika tyfusowego zauważyli autorzy przyzwyczajanie się do swego lasecznika, przy zachowaniu odpowiednich przerw między pojedynczemi szczepieniami.

Na zakończenie rzucają autorzy myśl, czyby się za pomocą takich szczepień hodowli sterylizowanych czyli czystych ptomain, jakie w kolonijach chorobotwórczych bakterji powstają, nie udało zabezpieczać organizmu od chorób zakaźnych.

Z. Holc.

II. Farmakologija.

104. Edmund BIERNACKI. **O własności środków przeciwfermentacyjnych wzmaganą i wstrzymywania fermentacji wyskokowej i o pewnej zależności ich siły od budowy chemicznej.** Praca dokonana w Warszawskiej Pracowni Farmakologicznej prof. L. T. Tumas'a. (Pam. Lek. 1888, zeszyt III).

Mając na względzie prawie zupełny brak w literaturze farmakologicznej wiadomości, jaki wpływ wywierają niewielkie dawki środków przeciwnilnych na procesa fermentacyjne, autor za poradą prof. L. T. Tumas'a zajął się powyższem pytaniem i dokonawszy całego szeregu doświadczeń z trzynastu przeciwnilnymi środkami, a mianowicie: 5 z szeregu związków nieorganicznych (sublimat, nadmanganian potasu, siarczan miedzi, brom, kwas siarczany), i 8 z szeregu organicznego (tymol, kwas będzwinowy, kwas salicylowy, chlorek chininy, fenol, rezorcyna, pyragallol, woda chlorału), przyszedł do wniosku, że środki te szczególnie w małych dawkach niewątpliwie posiadają własności przyspieszania procesu fermentacji alkoholowej.

Przyspieszenie to objawia się natychmiastowo i coraz więcej wzrasta, co się wyraża coraz większą produkcją CO₂, i doszedłszy do pewnego maximum, nieco się zwalnia. Autor przypuszcza, że przyczyny tego ostatniego zjawiska szukać należy albo w zmniejszeniu się ilości glutenu, albo też w osłabieniu grzybków, a najprędzej że oba czynniki jednocześnie swą rolę w tych razach odgrywają.

Im dawki środków przeciwfermentacyjnych więcej się zbliżają do dawek hamujących fermentację, tem wpływ ich na

przyspieszenie fermentacji uwydatnia się silniej i odwrotnie.— Wreszcie własność przyspieszania różne środki posiadają w różnym stopniu: jedne, jak np. CuSO_4 w bardzo niewielkim, pod wpływem zaś innych (HgCl_2 , tymol) fermentacja nieraz odbywała się dwa razy prędzej niż zwykle.

Porównyując pomiędzy sobą najmniejsze dawki zabójcze dla fermentacji i najmniejsze dawki przyspieszające takową, autor przekonał się, że środki przeciwfermentacyjne nieorganicznego pochodzenia, aby wywołać przyspieszające działanie muszą stosunkowo znacznie większy stopień rozcieńczenia osiągnąć, niż także związki pochodzenia organicznego.

Ponieważ zaś między najmniejszą dawką zabójczą i pierwszą dawką przyspieszającą mieszczą się dawki hamujące fermentację lub przeszkadzające mniej lub więcej takowej, stąd wniosek, że środki przeciwfermentacyjne nieorganicznego pochodzenia znacznie szersze posiadają granice dawek hamujących fermentację, niż środki przeciwfermentacyjne pochodzenia organicznego. Jedna tylko chinina stanowi wyjątek w szeregu ciał zbadanych.

W szeregu związków organicznych znaczny wpływ na przeciwfermentacyjną siłę środka okazuje ilość atomów węgla (C) i hydroksylów (HO).

Im większą jest ilość atomów węgla, tem środek jest silniejszym. Naprzykład, tymol z C_{10} jest silniejszym od kwasu będzwinowego z C_7 , a kwas salicylowy z C_7 jest silniejszym od fenolów z C_6 .

Im więcej który związek posiada hydroksylów, tem przeciwfermentacyjnie jest słabszym. Naprzykład kwas karbolowy z jednym OH wstrzymuje zupełnie fermentację najmniej w rozcieńczeniu 1:200, rezorcyna z 2(OH) w rozcieńczeniu 1:100, a paragallol z 3(OH) w dawce 1:50. Słowem obecność jednego OH czyni środek antyseptyczny dwa razy w swem działaniu słabszym.

Obecność OH wywiera także wpływ i na dawkę począającą przyspieszać fermentację, a mianowicie dawka przyspieszająca staje się dwa razy słabszą. Naprzykład kwas karbolowy zaczyna działać przyspieszająco przy 1:1000, rezorcyna przy 1:2000, pyrogallol przy 1:4000.

Na zasadzie analogii zachodzącej między fermentacją alkoholową i innymi procesami fermentacyjnymi i gnilnemi, jako zależnemi od życia i rozwoju organizmów niższych, a także na zasadzie kilku danych w literaturze, gdzie znaleziono przyspieszenie fermentacji alkalicznej moczu pod wpływem 0,1% roztworu fenolu (Djanin), autor przypuszcza, że środki przeciwfermentacyjne przy pewnym stopniu ich rozcieńczenia zdolne są przyspieszyć i inne procesa fermentacyjne. *J. Drzewiecki.*

105. **Phenacetin v. Para-Acet-Phenetidin. Acetfenetydina**—nowy środek przeciw gorączkowy. (Centralblatt für die medic. Wiessen. r. 1887. N. 9, Wiener medicin. Wochenschr. r. 1887, NN. 26 i 27. Wiadomości Farmaceutyczne r. 1887, N. 9. Wracz r. 1888, N. 5).

Preparat ten wyrabiany przez eberfeldzką fabrykę barwników dawniej Bayer i S-ka, jest ciałem należącym do grupy związków aromatycznych, mianowicie związkiem acetylowym eteru etylowego paraamidofenolu, inaczej fenetydyny; otrzymuje się z kwasu karbolowego i wyraża się wzorem: $C_{10}H_{13}NO_2$. Przedstawia się w postaci białych igiełek nieposiadających zapachu i smaku. W wodzie, kwasach, alkaljach, w soku żółdkowym i wyciągu trzustkowym, przy zwykłej temperaturze ciała, prawie zupełnie się nie rozpuszcza. W wysoku rozpuszcza się łatwiej (1 : 20), a także w krystalizującym kwasie octowym. Topi się przy $135^{\circ}C$. Odpowiednie badania wykonane przez Georgiewskiego dowiodły, że acetfenetydyna powstrzymuje trawienie żółdkowe, jak również powstrzymuje wysoką fermentację cukru gronowego.

Hinsberg i Kast pierwsi wprowadzili acetfenetydynę w użycie, po uprzednim wypróbowaniu jej działania na psach. Zadając psom średniej wielkości od 1—2 gran acetfenetydyny dziennie przekonali się, że nie działa ona trująco; przy większych dawkach 3—5 gr. występował: cięższy oddech, senność, chód chwiejny i wymioty. Ciż sami badacze, jako też i Kobler z kliniki prof. Bambergera, przekonali się, że 10-cio granowa dawka acetfenetydyny na zdrowych żadnego wpływu nie wywiera.

U gorączkujących chorych 0,2—0,5 (0,0025—0,01 na kilogram wagi) obniżało ciepłotę od $1\frac{1}{2}^{\circ}$ — $2\frac{1}{2}^{\circ}$, obniżenie to postępuje zwolna i dochodzi do maximum średnio po upływie 4-ch godzin, powrót zaś do poprzedniej wysokości ciepłoty następuje po upływie kilku godzin. Zauważono również, że nawet i większe dawki powtarzane żadnych przykrych ubocznych następstw nie wywoływały.

Georgiewski sam zażywał i zdrowym podawał po 30 gran acetfenetydyny w dawkach 10 granowych co godzina i żadnych następstw nie zauważył, czasami tylko pojawiała się uczucie jakby lekkiego upicia się. Badany mocz przy niezmienionej barwie nabywał własności zabarwiania się półtorachlorkiem żelaza na kolor czerwono-bury, prawie czarny, a od roztworu siarczanu miedzi przyjmował barwę zieloną (reakcja mniej wyraźna i czuła). Z tych nabytych własności mocz G. określał sposób wydzielania się acetfenetydyny z moczem i przekonał się, że po upływie pół godziny po jej zażyciu reakcja ta już występuje, po upływie 2-ch godzin jest najwyraźniejszą, utrzymuje się przez 3—4 godzin, a po 12 godzinach zupełnie jeszcze nie ginie.

Na chorych badał działanie acetfenetydyny Georgiewski na klinice prof. Lesza i stosował ją u 30 gorączkujących przy gruźlicy płuc, tyfusie brzuszny i wysypkowym, ostrym reumatyzmie stawowym, krupowem zapaleniu płuc, zapaleniu opłucnej, róży twarzy i dyfterycie. Oto wyniki jego badań:

1) 3—5 gran acetfenetydyny u chorych gorączkujących już po upływie $\frac{1}{2}$ godziny wywołuje obniżenie ciepłoty na $0,5^{\circ}$, wzrastająca stopniowo; po 2—3 godzinach, a najczęściej po 4-ch dochodzi ono do swego maximum. Następnie ciepłota zaczyna

się podnosić i po 8—10 godzinach powraca do swej poprzedniej wysokości. Siła obniżenia ciepłoty zależy przeważnie od wielkości dawki acetfenetydyny. Zwykle dawka 3 granowa obniża ciepłotę na 1°, dawka 5-cio granowa na 2°. Małe i częste dawki nie wywołują takiego efektu jak jednorazowa i większa. Zależy to od szybkiego wydzielania się acetfenetydyny z moczem, przez co zbiorowe działanie miejsca mieć nie może.

Oprócz wielkości dawki siła działania preparatu zależy i od rodzaju choroby. Przy gruźlicy, zapaleniu opłucnej, tyfusie brzuszonym—przy których wachania gorączkowe same przez się są dość znaczne, działanie acetfenetydyny jest większe i pewniejsze. Tam zaś gdzie gorączka jest więcej stałą, tyfus wysypkowy, krupowe zapalenie płuc, działanie jej jest słabsze i krótkotrwałe. Również wrazie nowych impulsów gorączkowych spowodowanych powikłaniami, potrzeba większej dawki, chociaż i wtedy w ogóle działanie jest słabsze.

Okres choroby nie wpływa na sposób działania preparatu.

2) Częstość tętna i oddechu zmniejsza się lub zwiększa, zależnie od ciepłoty i jest z nią w zupełnym związku.

3) Zwykle po upływie pół godziny lub godziny po zażyciu acetfenetydyny występuje nieznaczny pot przeważnie na czole i pod pachami, skóra trochę tylko wilgotnieje. Pot trwa krótko, mimo to obniżanie ciepłoty postępuje. Wogóle pocenie się jest rzeczą indywidualną a nawet okolicznościową, gdyż jeden i ten sam chory poci się, lub też nie, chociaż obniżenie ciepłoty i w pierwszym i w drugim razie będzie jednakowe.

Innych jakichkolwiek bądź przykrych następstw po zażyciu acetfenetydyny G. nie zauważył.

4) Mocz nie zmienia swej barwy, dobową ilość moczu pomimo pocenia się zwiększa się. Ciężar gatunkowy zmniejsza się, lecz ilość stałych składników zwiększa się.

5) Specyficznych własności acetfenetydyna nie posiada, najlepiej da się ona zastosować u suchotników, wywołuje bowiem stałą zniżkę ciepłoty bez potów i względnie długo trwałą. W tyfusie brzuszonym, lubo zniżka jest znaczna — poty są zbyt silne. W reumatyzmie stawowym działanie jest słabsze, a i wpływ na bóle stawowe nieznaczny. Pod tym względem lepiej działa antypyryna.

Widzimy więc, że acetfenetydyna jest środkiem czysto przeciw gorączkowym. Stałe i pewne jej działanie, jego długotrwałość, brak pobocznych przykrych następstw po jej użyciu, jednorazowa i mała dawka, brak smaku i zapachu, oto są cechy korzystnie wyróżniające acetfenetydynę z pośród znanych już środków przeciwgorączkowych. Cena jej stosunkowo nie jest zbyt wysoka. (Warszawskie apteki liczą około 2 kop. za gran w receptach, składnicy rs. 2 kop. 50 za uncję Ref.).

Georgiewski również zauważył, że acetfenetydyna jest pewnym środkiem kojącym bóle, w tym jednak celu należy jej dawać po 10 gran na raz, a w razie potrzeby po godzinie jeszcze 5 lub 10 granów.

K. W. Sierpiński.

106. Dr. GEORG BUSCHAN. **Amylenhydrat—jako środek nasenny.** (Ueber das Amylenhydrat). Berlin. Klin. Wochen. N. 12. 1888.

Ilość leków nasennych w ciągu lat ostatnich znacznie wzrosła, dość wymienić tu bardziej znane jako to: hypnon, urethan, cannabinon, acetal, paraldehyd. Z wszystkich tych środków jeden paraldehyd zdołał się utrzymać na stanowisku leku nasennego o działaniu leczniczem pewnem, bez szkodliwych działań ubocznych. Tylko nieprzyjemny smak paraldehydu, a głównie niemiły zapach wydechanego powietrza po jego zażyciu stanowią ujemną stronę tego środka.

Lekiem wolnym od tych ujemnych własności paraldehydu a łączącym w sobie wszystkie jego zalety jest amylenum hydratum odkryty przez Würtz'a, a przez Jolly'ego i Mehring'a polecony, jako środek terapeutyczny.

Amylenum hydratum (Dimethylaethyl carbinol) przedstawia się w postaci jasnej wodnistej cieczy, ciężaru gatunkowego 0,8; łączy się z alkoholem w każdym stosunku, z wodą tylko w stosunku 1 : 8. Zapach ma przenikający, podobny do zapachu kamfory; smak silnie miętowy, złagodzić się jednak dający w takiej to mianowicie postaci stosował go autor na oddziałach kobiecych; mężczyźni znoszą go dobrze w postaci zwyczajnej mleczanek z wodą.

Działanie fizjologiczne danego środka próbował autor na samym sobie poczynając od dawek 3,0 grm. stopniowo zwiększanych w każdym doświadczeniu o 1,0.

Doświadczeń tych nad sobą zrobił autor 5, w odstępach 3—4 dniowych. Największa dawka wynosiła 7,0 grm. Już po upływie 2—3 minut po zadaniu środka wystąpiły ruchy oscylacyjne tęczy, w skutek których następowało stopniowe rozszerzenie się źrenicy do maximum w ciągu 10 minut. Częstota oddechów niezmieniona; częstota tętna po upływie 5—10 minut zmniejszona o 10—35 uderzeń stosownie do wielkości dawki. Tętno prawie dwubitne. Dwa razy można było zanotować przytem lekkie wystąpienie potów.

Po upływie 10 minut zaczęło występować swoiste nasenne działanie środka. Czytanie, a tem bardziej zrozumienie przeczytanego było dla eksperymentatora w tym czasie utrudnionem; oczy przymykały się, a po upływie 20—15 minut autor był zmuszony udawać się na spoczynek. Sen trwał 8—9 godzin i miał tę przewagę nad snem normalnym autora, że gdy po tym ostatnim zwykle wstając uczuwał bardzo pewną potrzebę dalszego snu, po śnie sztucznym budził się on zupełnie świeży i wypoczęty.

Nieprzyjemnych żadnych wrażeń nazajutrz po zażyciu środka nigdy nie było.

Obserwacje swoje nad działaniem terapeutycznym amylenhydratu robił autor w oddziale obłąkanych mężczyzn i kobiet.

W męzkim oddziale na czterech chorych (2—mania, 2—paralysis in stadio maniae) zebrano spostrzeżeń 72. Sen występ-

powal po zadaniu środka średnio po upływie 13,3 minut i trwał 8,7 godzin. Przyczem można było skonstatować, że im później po zadaniu środka występował sen, tembardziej był on krótkotrwały i odwrotnie.

W oddziale kobiecym prowadzone doświadczenia wykazały: sen dobry 93 razy, sen średni 21, sen żaden 16.

Rezultat ten obliczony w odsetkach przedstawia się jak następuje:

	sen dobry	średni	żaden
W oddziale kobiecym:	72,7%	15,5%	11,8%
męzkim	91,6%	12 %	8,7%

Nieprzyjemne podmiotowe uczucia u mężczyzn niebyły notowane; u kobiet występowały w 8,8%.

Co się tyczy rodzaju chorób, to przy mania i melancholia działanie amylenhydratu otrzymano najzupełniej pewne; toż samo da się powiedzieć o dwu przypadkach paralysis u mężczyzn. W jednym zaś przypadku paralysis u kobiety, nawet dosyć wysokie dawki po 6,0 gram pozostawały bezskutecznymi. Amylenhydrat stosować można także w postaci zastrzykiwań podskórnych z alkoholem.

(Amylenhydrati 8,0 Alcoholis absoluti 4,0) działanie jego jednak wtedy jest mniej pewne i wogóle dotąd mało wyprobowane.

Amylenhydrat jakkolwiek nie jest środkiem nasennym pierwszej wody, ma jednak pewną przewagę nad chloralem i paraldehydem: nad pierwszym z powodu nie tak silnego działania na serce; nad paraldehydem zaś z powodu pewniejszego działania w małych dawkach, jak również przyjemniejszego smaku i braku wstrętnego zapachu wydechanego powietrza.

Zbyt wysoka cena amylenhydratu (kilo 60 marek) staje na przeszkodzie szerszemu rozpowszechnieniu tego ze wszech miar dzielnego środka.

Adam Cugliński.

107. Dr. Fr. GÜRTLER. O działaniu Amylenhydratu jako środka nasennego. Berl. Klin. Woch. N. 6. 1888.

Prof. v. Mehring na zasadzie badań swoich na ludziach i zwierzętach zaleca amylenhydrat jako środek nasenny. Praca Schaarschmidt'a w zupełności potwierdza wyniki badań Mehring'a.

Gürtler wypróbował omawiany środek w poliklinice prof. Schreiber'a w Królewcu, w 61 przypadkach u chorych z rozmaitemi cierpieniami i w różnym wieku będących. Początkowo amylenhydrat był podawany w postaci proponowanej przez Mehring'a, cum extr. liquiritiae jako corrigens. Ponieważ jednak chorzy uskarżali się na zbyt przykry smak takiej kombinacji, poprobował autor następującej mieszanki:

Amyleni hydrati 7,0

Aq. destillatae 40,0

Syr. Rubii Idaei 30,0

MDS. wieczorem połowę wypić.

albo:

Amyleni hydrati 7,0

Aq. menthae pip. 40,0

Syr. Rub. Idaci 30,0

Ol. Menthae pip. gtt. 1

MDS. wieczorem połowę wypić.

U dzieci dla ściślejszego dozowania można przepisywać w pigułkach albo w kapsułkach żelatynowych. W ławatywach autor nie zadawał tego środka. Średnia dawka dla dorosłego człowieka wynosi 3,5, czasem potrzeba większych dawek 6,0 — 7,0. U dzieci do roku przepisywał autor 0,2 pro dosi do 10 lat—0,6 pro dosi.

Prawie we wszystkich zebranych przypadkach udawało się autorowi za pomocą tych dawek osiągnąć pożądaný cel: sen występował albo na całą noc, lub też na kilka godzin.

Tylko wyjątkowo omawiany lek zawodził. W 4 przypadkach występował przed snem stan pobudzenia o nastroju wesołym; częściej chorzy czuli się rozmarzeni jakby winem. U jednej 16-letniej dziewczyny z silnym katarzem oskrzeli w okresie przed snem występował naprzemian to płacz — to śmiech; nazajutrz chora nie o tem nie wiedziała.

Z ubocznych działań chorzy skarżyli się czasami na ból i zawrót głowy, wymiotów nigdy nie było.

Z przypadków swoich autor przytacza te tylko w których środek omawiany był stosowany przeciwko bezsenności. W oddzielnych przypadkach podawano go i w dzień w celu zbadania działania jego na tętno i na oddechanie. W tym kierunku badania autora dały rezultat i co do częstości i co do jakości tętna ujemny.

W 7 przypadkach chronicznego alkoholizmu zadano 27 dawek po 3,5. Z tych po 25 dawkach każdorazowo następował sen, trwający całą noc. (Chorzy cierpieli na bardzo uporczywą bezsenność). W jednym przypadku sen trwał tylko kilka godzin. Wreszcie w jednym przypadku, chory oprócz bezsenności cierpiał na silny katar kiszek z obfitymi wodnistymi wypróżnieniami, po 6 dawkach wieczornych 3,5 i bezsenność i rozwolnienie w zupełności ustąpiły.

Z dwu przypadków rozmięczenia mózgu (encephalomalacia), w których ból głowy i silne pobudzenie podtrzymywały bezsenność, w jednym zapomocą amylenhydratu udało się osiągnąć złagodzenie przykrych tych objawów i kilkugodzinny sen, w drugim zaś, mianowicie tam, gdzie duże dawki morfiny i chloralu okazywały się bezskutecznymi, sen po zadaniu 3,5 amylenhydratu trwał noc całą.

U dwu chorych morfinistów, u jednego po 3,5 nastąpił spokojny sen na kilka godzin, drugi po dawce 4,5 usnął na 8 godzin. Po przebudzeniu czuł się ten chory zupełnie wypoczęty i wzmocniony.

W dwu przypadkach padaczki (epilepsia) sen po ataku był przerywany przez silne drgawki; działanie amylenhydratu w jednym z tych przypadków było wspaniałe.

Spostrzeżenie dotyczy młodej 18-letniej pacjentki, która od dzieciństwa cierpiała na silne ataki epileptyczne; początkowo

ataki te były w części powstrzymywane przez bromek potasu; później jednak były one i w nocy tak silne, że tylko za cenę dużych dawek morfiny i chloralu można było okupić względny spokój dla chorej; gdy jednakże i przy tem leczeniu ataki mężczy chorej po nocach, zdecydowano się spróbować amylenhydratu na dawce 3,5 podawanej wieczorem, uzyskano pokrzepiający 12-godzinny sen, nieprzerywany atakami. Te ostatnie w ciągu dalszej obserwacji (trwającej 14 dni) więcej się nie pojawiały.

U drugiego 31-letniego epileptyka po dawce 6,0 udało się otrzymać względne polepszenie, t. j. kilkugodzinny sen.

W 7 przypadkach gruźlicy, w których bezsenność warunkowaną była uporczywym kaszlem, zadano ogółem 29 dawek amylenhydratu

Z tych 22 wywołały efekt na całą noc, w pozostałych 7 przypadkach udało się uzyskać tylko krótkotrwały sen.

U 2 starych chorych na zapalenie pęcherza z bólami i częstym parciem na mocz, po dawkach amylenhydratu nastąpiło złagodzenie przykrych tych objawów.

Następnie stosował autor amylenhydrat w 1 przypadku marasmus senilis, u 2 apoplektyków i u jednej słabej nerwowej kobiety z chronicznym katarem żołądka; dalej w przypadkach bezsenności, wywołanych silnymi bólami (ulcus ventriculi, carcinoma hepatis, perityphlitis, rheumatismus musculorum). We wszystkich tych przypadkach amylenhydrat działa jako pewny nasenny środek.

U jednej starej kobiety, chorej na wład rdzenia, z silnymi bólami przeszywającymi, można było uzyskać na pierwszą połowę nocy dobry sen, na drugą złagodzenie objawów bolesnych.

Toż samo u 22-letniej dziewczyny chorej na chlorozę i cierpiącej na silne bóle migreniczne. Opierając się na spostrzeżeniach Mehring'a i Schaarschmidt'a, że amylenhydrat nie działa szkodliwie na krążenie ani na oddechanie, autor próbował tego środka u dwu chorych sercowych (insuffic. mitralis w okresie zaburzonej kompensacji). Po wieczornych dawkach 3,5 dolegliwości ustępowały, przychodził spokojny sen.

W kokluszu przy dawkach proponowanych przez Mehring'a dla dzieci 0,2 skutek był bardzo zmienny. W oddzielnych przypadkach po dawkach 0,2 — u starszych dzieci do lat 10—0,6 pro dosi, częstość kaszlu raz się zmniejszała, drugi raz żadnego dodatniego wpływu na kaszel nie można było zauważyć.

Autor stawia amylenhydrat obok chloralu, przypisuje mu jednak tę wyższość nad tym ostatnim środkiem, że mniej szkodliwie działa on na serce.

Adam Cigłiński.

108. A. FRÄNKEL. **O działaniu strophanthusa.** (Posiedzenie towarzystwa medycyny wewnętrznej 9 Stycznia 1888). Berliner Klin. Woch. N. 4, 1888.

Fränkel zebrał 22 przypadki leczone strophanthusem, które rozpadają się na następujące grupy:

1) 12 przypadków wady zastawek sercowych, z tych u 7 chorych nie otrzymano żadnego skutku, u 4-ch wynik bardzo dobry, w jednym przypadku rezultat okazał się ujemny.

Dawka: 3 razy dziennie po 5—10 kropli Trae Strophanthi—maximum 50 kropli pro die.

2) w 3 przypadkach przerostu i rozszerzenia lewej komórki sercowej połączonego z silnem napięciem naczyń (arteriosclerosis) wynik ujemny.

3) u 3 chorych z funkcyonalnem zaburzeniem serca działanie bardzo dobre.

4) w 4 przypadkach chronicznego zapalenia nerek nie zauważono żadnego dobrego wpływu na moczenie i duszność.

Wreszcie w jednym przypadku obserwowanym ambulatoryjnie (hepatitis interstitialis, ascites) po dłuższem zadawaniu strophanthusa ascites zniknął.

Na zasadzie tych spostrzeżeń Fränkel określa działanie strophanthusa jako: tonizujące i pobudzające serce; wpływające dodatnio na podniesienie ciśnienia krwi, a po części i na diurezę, skutkiem czego możemy otrzymać zmniejszenie się obrzęków. W żadnym jednak razie, nie sądzi autor by strophanthus mógł zastąpić naparstnicę.

Wskazania do zadawania strophanthyny widzi autor: przy zaburzeniach czynnościowych serca; przy zastojach w systemacie żyły wrotnej.

Pomyślnego wpływu na duszność bez działania na diurezę i na serce autor nie spostrzegał.

Guttman P. zadawał strophanthus w ciągu 8 miesięcy; zebrał ogółem 40 przypadków, z których 10 wyklucza, jako zbyt krótko obserwowane.

Pozostałe 30 rozpadają się jak następuje: 13 przypadków z wadami serca; 5 z chronicznem zapaleniem mięśnia sercowego, 2 z przerostem samoistnym serca, 1 choroba Basedowa, 2 Nephritis chr., 2 Emphysema pulmonum, 1 wysięk opłucnej, 2 ascites przy marskości wątroby i 2 phtthisis pulmonum (z wielką dusznością).

Mówca formułuje swoje zapatrywania co do omawianego środka w następujący sposób:

W żadnym razie strophanthus nie może zastąpić naparstnicy; najmniej wyraźnie występuje działanie strophanthusa na serce, jak to skonstatować można przy wadach serca z tętnem bardzo szybkim i nieregularnem, t. j. przy wadach zastawek niewyrównanych i przy przewlekłych zapaleniach mięśnia sercowego (myocarditis chr.). W tych przypadkach nieudawało się przyspieszonego pulsu zwolnić a arytmiczny zrobić bardziej regularnym.

Działanie moczopędne omawianego środka stoi daleko wyżej i można je było skonstatować w większej części całej liczby spostrzeganych przypadków.

W jednym mianowicie ilość moczu podniosła się z 300—700 ctm. sześć. do 5350 ctm. sześć., a ciężar ciała w ciągu 8

dni z 70 kilo spadł do 45; w drugim przypadku moczo-pędne działanie trwało długi czas po odstawieniu środka.

Przy wysiękach do jam surowicznych działa strophanthus ujemnie; w dwóch przypadkach silnej duszności udało się otrzymać niejaką poprawę.

Moczo-pędne działanie strophanthusa G. nie czyni zależnym od działania na serce, lecz przypuszcza działanie jego wprost na nerki (jak kalomelu).

Używał Guttman nasion kombe, przygotowywał z nich nalewkę w stosunku 1 : 100 alkoholu, takiej nalewki zadawał 80—180 kropli pro die.

Według Langgaarda zmniejszenie częstości tętna przy dawananiu strophanthusa jest w stosunku do działania naparstnicy bardzo małe; prędzej stosunkowo ustępuje nieregularna czynność serca. Na ciśnienie krwi małe dawki strophanthusa nie wpływają wcale, wielkie dawki wywołują ciągle obniżanie się ciśnienia, doprowadzające do śmierci, albo też ma miejsce przedtem krótkotrwałe wzmożenie ciśnienia.

Dość znaczne wzmożenie ciśnienia krwi widział L. w jednym przypadku na krótko przed śmiercią, która nastąpiła wskutek wyczerpania siły serca.

Główną różnicą, jaka zachodzi między działaniem strophanthyny i naparstnicy, jest podług Frasera fakt, że tętnice po zadaniu strophanthusa nie są skurczone, jak to ma miejsce po zadaniu digitalis.

Langgaard widział przy swych doświadczeniach na psach zwężenie światła naczyń nerkowych. Zwiększenie diurezy u ludzi chorych po zadaniu strophanthusa nie ulega wątpliwości; u zwierząt trudniej daje się to zaobserwować. W każdym razie Langgaard objaśnia to działanie bezpośredniem drażnieniem elementów nerkowych.

Twierdzenia Mairé'ta i Combemale'a, że śmierć po dawkach trujących występuje wskutek wstrzymania oddechu autor nie podziela, widział bowiem, że przy śmierci oddychanie trwa dłużej niż bicie serca.

W końcu autor ostrzega przeciw zanieczyszczaniu jak nasion strophanthusa, tak i otrzymanej z niej nalewki. Strophanthyna według L. w czystym stanie dotąd nie została otrzymana.

Adam Ciągłiński.

109. NUSSBAUM (Monachium). **O wewnętrznem stosowaniu ichtyolu.** (Therap. Monatshefte 1888. H. I).

N. przekonawszy się, że ichtyol przy użyciu zewnętrznem w postaci maści (10%—20%), w pewnych cierpieniach jakoto: gościec stawowy, pryszczycyca (eczema), przewlekłe zapalenie stawu kolanowego, okazuje się rzeczywiście skutecznym, przeprowadził próby, aby sprawdzić wartość tego przetworu przy podawaniu go do wewnątrz.

Gościec, wilk, trąd, pryszczycyca, liszaje, rozszerzenia naczyń włosowatych skóry, przewlekłe zapalenie jamy ustnej, przekrwienia krtani i gardzieli, zaburzenia w trawieniu, nerwi-

ce (rwa kulszowa) — oto długi szereg cierpień, w których zachwalano podawanie ichtyjolu do wewnątrz.

Skuteczność ichtyjolu w tak różnorodnych cierpieniach autor wiąże z pewną właściwością cechującą każde z nich, mianowicie: z rozszerzeniem drobnych tętnic lub naczyń włosowatych. W chorobach, w których rozszerzenie tych naczyń odgrywa najglówniejszą rolę, ichtyjol okazuje się skutecznym. Gdzie zaś istota cierpienia nie polega na przekrwieniu ichtyjol nie pomaga.

Autor sprawdził leczniczą wartość ichtyjolu, podając go do wewnątrz w cierpieniach gośćcowych (stawów i mięśni) oraz w nerwicach.

N podawał ichtyjol (*ammonium sulpho-ichthyolicum*) w pigułkach, z których każda zawierała po 0,1 dwa razy dziennie po 2—5. Jeżeli po tej dawce nie było widocznej poprawy, autor podawał coraz więcej pigulek tak, że niekiedy dochodził do 12-u dwa razy dziennie. Przy powrotach gościa zaczyna się od tej dawki, jaką przyjmował chory w końcu poprzedniej kuracji.

Na zakończenie warto wspomnieć, że w myśl Hahnemanskiego „*similia similibus*” ichtyjol leczy, a niekiedy sprawdza przyszcycę.

Chelmoński.

III. Choroby dziecięce.

110. Norris VOLFENDEN. **O intubacji krtani.** (Arch. f. Kinderheilk. T. IX. Z. 3. 1888).

Pod mianem powyższem rozumiemy wprowadzenie rurki przez usta do krtani za pomocą metody wynalezionnej przez Bouchuta i ulepszonej przez O'Dwyera. Narzędzia O'Dwyera służące do tego celu są następujące: 1) wziernik krtaniowy, 2) 5 rurek krtaniowych, 3) narzędzie do wprowadzenia rurki, 4) narzędzie do wyjęcia takowej. Objętość rurek wynosi $1\frac{3}{4}$ do $3\frac{1}{2}$ cala, średnica $\frac{1}{8}$ do $\frac{1}{4}$ cala. U górnego końca każdej rurki znajduje się otwór służący do przeprowadzenia nitki. — Do każdej rurki zastosowany jest obturator zaokrąglony, koniec którego zamyka przy wprowadzeniu dolny koniec rurki dla zapobieżenia uszkodzeniom miękkich tkanek. Do górnego końca rurki przymocowuje się narzędzie służące do wprowadzania. Rurka służąca do intubacji zesuwa się swobodnie po trzonku takowego i przy pomocy wielkiego palca ręki wprowadzającej może być łatwo poruszana. Narzędzie służące do wyjęcia rurki zbudowane jest na model rozszerzacza. Wprowadza się ono z zamkniętymi ramionami, przy nacisku zaś palcem wskazującym na sprężynkę, ramiona się otwierają.

Cała manipulacja odbywa się w sposób następujący: Matka lub posługaczka trzyma na ręku dziecko okryte ręcznikiem w ten sposób, by uniemożliwić wszelkie poruszenia jego. Asystent fiksuje główkę, zwróconą twarzą ku operatorowi, który

wprowadza swój lewy palec wskazujący do nagłośni i kieruje się nim przy wprowadzeniu rurki, bacząc atoli, by takowa nie weszła do przełyku. Wszystko to powinno trwać od 10 — 20 minut. Jeżeli pierwsza próba nie udaje się, należy powtórzyć ją, poczekawszy nieco, dopóki się dziecię nie uspokoi. Skoro rurka znajduje się już w krtani, występuje silny napad kaszlu a wtedy operator winien prędko, przeciągnawszy odpowiednią nitkę, wyciągnąć obturator. Jeżeli operacja się udała, następuje natychmiastowa ulga w oddychaniu. Następnie odcina się koniec nitki, wprowadza jeszcze raz palec pod nagłośnię i ustala się odpowiednio rurkę.

W rzadkich przypadkach rurka wypełnia się śluzem; należy ją wtedy wyjąć i oczyścić. Wyjęcie rurki nie jest tak łatwym, jakby to się na pierwszy rzut oka zdawało. Bywają niekiedy wypadki, że należy użyć w tym celu środków znieczulających.

Nie ma żadnego niebezpieczeństwa by rurka wpadła do tchawicy, natomiast polykanie staje się utrudnionem tak, że należy operowane dzieci, zwłaszcza bardzo młode, karmić za pomocą sondy żołądkowej. Niekiedy mają miejsce owrzodzenia błony śluzowej tchawicy lub nawet strun głosowych rzekomych lecz w nieznacznym stopniu. Northrup przypuszcza, że do owrzodzeń powyższych skłonniemi najbardziej okazują się dzieci chorujące jednocześnie na odrę, szkarlatynę, zapalenie płuc, zapalenie nerek i błonicy.

Intubacja krtani wskazaną jest przeważnie przy krupie i błonicy u dzieci liczących mniej niż $3\frac{1}{2}$ roku; można ją zastosować i u starszych w tych przypadkach, gdzie tracheotomia dla pewnych względów okazuje się niemożliwą lub gdy się rodzice na takową nie zgadzają.

Według statystyki Cheatham'a na 95 przypadków leczonych omawianą metodą było 28 wyzdrowień: Co wynosi około 30%, gdy tymczasem tracheotomia u dzieci w wieku od 1-go miesiąca do 5-ciu lat daje 18,5% wyzdrowień. Statystyka innego badacza Dillon'a Brown'a wykazuje następujące dane:

Ilość wszystkich operujących powyższą metodą 65.

Ilość przypadków 806, wyzdrowień 221 = 27,4%.

Przeciętny wiek zmarłych po intubacji 3 lata 2 miesiące.

Przeciętny wiek wyzdrowiałych 4 lata $1\frac{1}{2}$ miesiąca.

Czas trwania duszności przed przystąpieniem do intubacji:

a) u wyzdrowiałych 2 dni 9 godzin,

b) u zmarłych 1 dzień 19 godzin.

Mocz zawierał białko w 117 przypadkach.

W przypadkach zakończonych śmiercią dzieci po intubacji żyły jeszcze przeciętnie 5 dni $3\frac{1}{2}$ godzin.

W 339 przypadkach z zejściem śmiertelnem bezpośrednią przyczyną śmierci był:

Krup zstępujący	139 razy	Zakażenie ogólne	37 razy
Zapalenie płuc	55 „	Wycieńczenie	33 „

Zapalenie nerek	25 razy	wykrztuszenia błony	2 razy
Oslabienie mięśnia sercowego	20 „	Obrzmienie błony śluzowej nad rurką	1 „
Obrzęk płuc	9 „	Z powodu wypadnięcia rurki	4 „
Zapalenie oskrzeli	8 „	Gruźlica	1 „
Zaduszenie z powodu zapachania rurki	2 „	Przekrwienie płuc	1 „
Zaduszenie z powodu		Szkarlatyna	1 „

W końcu niniejszej pracy podane są poglądy wielu autorów zwłaszcza amerykańskich na omawianą metodę leczenia. — Większość z nich jest zdania, że intubacja przynosząc pewną korzyść w przypadkach lżejszych, w każdym razie nie jest w stanie zastąpić tracheotomii.

A. Koral.

111. H. BOHN. **Atrophia infantum.** (Jahrb. f. Kinderheilk. T. 27. Z. 3. 1888).

Rozmaici badacze nie jednakowo zapatrywali się na powyższą sprawę chorobową. Jedni, jak Hufeland i Kortum identyfikowali ją z tak zwaną *atrophia mesenterica* zależną od żółzowatego lub gruźliczego zwyrodnienia gruczołów krezkowych, inni, jak Schönlein, nazwą powyższą ochrzcieli sprawę chorobową, zdarzającą się najczęściej między 10-tym a 12-tym miesiącem życia i cechującą się zapadłym brzuchem oraz zupełnym niemal zanikiem tkanki mięśniowej; sprawa ta według niego nie pozostaje w najmniejszym nawet związku z *tabes mesarica*, lecz zależy od niedostatecznego odżywiania organizmu; inni wreszcie jak Canstatt, odróżniają aż cztery postacie *atrophiae infantum*: 1) zależną od wrodzonej słabości organizmu, 2) zależną od niedostatecznego odżywiania oraz złych warunków higienicznych, 3) postać dyskratyczną zależną od żółzów, przymiotu i t. p. i 4) postać zależną od robaków, trudnego żabkowania oraz długotrwałych biegunek.

Autor wziął sobie za zadanie opisać *atrophia infantum* jako odrębną zupełnie chorobę, dla której w podręcznikach pedyjatrycznych odpowiednie miejsce winno być zachowaniem, zależną jedynie od długotrwałego niedostatecznego odżywiania dziecięcego organizmu. Jeżeli pokarm dziecka okazuje się niedostatecznym we wszystkich swych częściach składowych, wtedy dziecięciu podlega *głodzeniu* resp. żyje kosztem własnego ciała, przy czem przy najściślejszem badaniu narządów nie da się wykryć nic patologicznego. Najczęściej postać ta napotykać się daje w pierwszych czterech miesiącach życia, zejście śmiertelne zaś między drugim a trzecim miesiącem. W drugim półroczu życia dziecka *atrophia infantum* spostrzega się znacznie rzadziej (stosunek 5:1). Częściej napotykam ją w klasie biedniejszej, w mieszkaniach ciemnych, wilgotnych i dusznych, zwłaszcza u dzieci zrodzonych przedwcześnie lub z wrodzonymi wadami warg i jamy ustnej (zajęcza wargą, wilecza paszcza).

Obraz kliniczny powyższej choroby, jako powszechnie znany autor pomija milczeniem, zwracając jedynie uwagę na dwa następujące objawy:

1) U atroficznych dzieci nigdy zauważyć się nie da obrzęk skóry lub przesięki, przeciwnie zarówno kończyny jak i moszna, powieki i t. p. do końca życia pozostają wolnymi od obrzęków, suchymi i pomarszczonymi, w czem zanik dzieci różni się znacznie od wycieńczeń organizmu po długotrwałych biegunkach lub gruźlicy gruczołów krezkowych, którym towarzyszą w końcu obrzęki kończyn.

Atroficzne dzieci wprost przeciwnie niż u osobników rachitycznych cierpiących na craniotabes, odznaczają się w pierwszym roku życia dość mocną budową kości czaszki, ciemniaczka zaś u nich stosunkowo prędko się zmniejszają. Jednocześnie u badań autora okazuje się, iż u powyższych dzieci nigdy w następstwie nie rozwija się choroba angielska.

W końcu autor zwraca uwagę, iż wbrew zdaniu Parrot'a i innych badaczy, u atroficznych dzieci rzadko mają miejsce objawy kataru kiszek, przeciwnie częściej u nich można się spotkać z habitualnym zaparciem stolca. Brzuch u podobnych osobników bywa zwykle wklęsłym, кишки cienkie ściągnięte jak u zwierząt sztucznie głodzonych.

Przy oględzinach pośmiertnych znajdujemy następujące objawy: skóra oraz tkanka podskórna tracą zupełnie swój tłuszcz; toż samo, lubo w mniejszym stopniu znajdujemy w mięśniach, najmniej zaś w wątrobie, sercu, płucach oraz mózgu, przeciwnie, niekiedy nawet procent tłuszczu w mózgu i sercu bywa nieco powiększonym. W całym organizmie zauważyć można znaczne ubóstwo krwi oraz błądź i przezroczystość wielu narządów, zwłaszcza kiszek, błona śluzowa których wraz z gruczołami i kosmkami podlega zupełnemu niemal zanikowi, też same objawy, w mniejszym atoli stopniu, spostrzegamy w pozostałych warstwach kiszek, w żołądku natomiast sprawa zanikowa nader rzadko napotykać się daje.

Wszystkie te zmiany jednak w błonie śluzowej kiszek nie upoważniają nas, według autora, do utożsamienia zaniku kiszek z ogólnym zanikiem u dzieci i dla tego też należy uważać atrophiam infantum za zupełnie odrębną postać chorobową. Kwestyja zaś, od jakich zmian w organizmie resp. w oddzielnych narządach ta ostatnia zależy, pozostaje dotychczas nie rozstrzygniętą.

A. Koral.

112. J. EHRING. **O mechanicznem leczeniu zaburzeń przewodu pokarmowego u ssawców.** Jahrb für Kinderheilkunde. T. XXVII. Z. 3. 1888. (Porówn. Kron. Lek. Z. 6. 1887. C. Lorey—O leczeniu niestrawności we wczesnem dzieciństwie, oraz Kron. Lek. Z. 12. 1887. A. Epstein—O wskazaniach do przepłókiwań żołądka w chorobach przewodu pokarmowego u ssawców).

Przemywania żołądka i kiszek u dzieci, wprowadzone w ostatnich czasach przez Epstein'a, Lorey'a, Demme'go i innych, autor stosował w monachijskiej klinice pedyjatrycznej w latach 1886 i 1887. Do leczenia powyższego używał on przyrządu obmyślanego przez prof. Eschrich'a, budowa którego jest następująca:

Do szklanego irygatora z podziałką przytwierdza się rurka gumowa długości około $1\frac{1}{2}$ m., dolny koniec której połączony jest z kilkucentymetrową rurką zgiętą w postaci litery Y. Do jednego z końców powyższej rurki przytwierdzamy zwyczajny Nelatonowski zgłębnik N. 8—10, mający tu znaczenie pompki, do drugiego zaś rurkę gumową długości około 1 metra, służącą do wypuszczenia przemytej zawartości żołądka. Rurka ta, jak również rurka połączona z irygatorem, zaopatrzone są kranami w bliskości miejsca przytwierdzenia do Y owalnej rurki.

Przy otwartym kranie w dłuższej (górnej) rurce i zamkniętym w krótkiej (dolnej) plyn służący do przemywania splywa swobodnie do żołądka, skoro zaś zamkniemy górny kran a otworzymy dolny, zawartość żołądka już przez samo działanie tłoczni brzusznej splywa przez dolną rurkę gumową do podstawionego naczynia.

Sama manipulacja przemywania żołądka odbywa się w sposób następujący: Irrygorator zawieszają na ścianie na wysokości około 1,8 m. Matkę z dzieckiem usadawiają na krześle stojącym przy ścianie pod irygatorem. Dziecię powinno się znajdować w pozycji na wpeł siedzącej z głową nieco odchyloną ku przodowi. Następnie lekarz prawą ręką wprowadza sondkę (zgłębnik Nelaton'a), dwoma zaś palcami lewej przyciska zlekka język dziecka i kieruje zgłębnikiem powoli, bez fors, nie zatrzymując się jednak dłużej w gardzieli. Skoro zgłębnik znajduje się już w żołądku, powierza się matce (lub posługaczce) mocno przytrzymywać takowy prawą ręką przed samymi ustami dziecka i manipulując w powyżej opisany sposób, przemywa się żołądek pożądaną ilością płynu — z początku od 50—70 grm. dochodząc stopniowo do 200 grm. i więcej. Najodpowiedniejszą wysokość spadku wynosi według autora 1,0—1,2 m., każdorazowe zaś przepłókiwanie trwać powinno od 4—5 minut.

Do przemywań autor używa cały szereg środków przeciwcakalnych, jak: bismuthum salicylicum, magisterium bismuthi, acid. salicylicum, acid. boricum, naftalinę drobno sproszkowaną, rezorcynę, kreozot, natr. benzoicum, liq. aluminii acetici i t. d. Ze wszystkich powyższych środków autor najchętniej używa 3% roztworu natrii benzoici w ilości 50—100 grm. naraz. Ten sam środek użytym być może i do wewnątrz w stosunku 6:100 z dodaniem kilka kropel nalewki makowcowej, co godzina łyżeczkę.

Jako jedyne przeciwwskazanie do przemywań uwzględnić należy znaczne wycieńczenie organizmu dziecka lub stan zapaści, gdy tymczasem choroby płuc mają być przeciwwskazane jedynie wtedy, gdy dosięgną znacznego stopnia.

Do przemywań kiszki autor używa tego samego przyrządu, tylko że zamiast małego i cienkiego zgłębnika używa większego numeru lub nawet Kussmaulowskiej sondki żołądkowej. Naoliwwszy ją uprzednio, wprowadza się ją przy pomocy lek-
kich poruszeń na kilka centymetrów do kiszki odc hodowej. —

Manipulacja powyższa odbywa się najlepiej w ten sposób, że matka lub posługaczka siedzi na krześle pod zawieszonym na ścianie irygatorem, i rozłożywszy na kolanach kawał ceraty, trzyma dziecko w pozycji na wznak z podniesioną atoli miednicą i nieco zwrócone ku stronie prawej. W celu niedopuszczenia zbyt szybkiego wyjścia wprowadzonego płynu najlepiej użyć można nacisku palcem na kiszki odchodową. Do przemywań autor używa letniej wody z dodaniem 0,6% soli kuchennej, a następnie po dokładnem oczyszczeniu kiszki z mas kałowych, wprowadza rozmaite środki przeciwważkowe i ściągające jak przy przemywaniach żołądka.

Co się tycze wskazań do przemywań żołądka i kiszki, to według autora stosować je należy we wszystkich przypadkach, gdzie mamy do czynienia ze stanem nieżywym przewodu pokarmowego, w szczególności zależny od nienormalnej fermentacji. Z liczby 337-miu wypadków rozmaitych chorób przewodu pokarmowego leczonych omawianą metodą, autor otrzymał następujące wyniki:

	wyodr. zupełnie	wyodr. niezupełnie	z wynikiem ujemnym
Dyspepsja (przemywanie żołądka)	23	3	—
Catarrhus gastricus (przemywanie żołądka)	27	4	—
Catar. gasro-intestinalis (przemywanie żołądka i kiszki)	140	21	35
Catar. intestinorum (przemyw. żołądka i kiszki)	46	21	12
Enteritis (przemywanie kiszki)	15	4	4
Cholera infantum (przemywanie żołądka i kiszki)	5	1	12
Dysenteria (przemywanie kiszki)	4	—	—

Ogółem na 377 chorych wyzdrowiało zupełnie 260 = 60,7%, wyzdrowiało niezupełnie lub po dłuższym czasie 54 = 14,5%, u 63 zaś = 16,8% wynik był ujemny.

W końcu swej pracy autor podaje kilka dość szczegółowych historyj chorób, z których okazuje się, że cały przebieg leczenia przy stosowaniu opisanej przezeń metody w szczęśliwych wypadkach kończył się zupełnem wyleczeniem po upływie 4—10 dni.

A. Koral.

113. J. COMBRY. Pierwsze ząbkowanie, jego rozwój fizjologiczny i towarzyszące mu zaburzenia. (Archives générales de médecine. Fevrier 1888).

Dotychczas jeszcze nie ma jednoznacznego poglądu na rolę pierwszego ząbkowania w patologii dziecięcej. Dla wyjaśnienia tej kwestyi należy zwrócić uwagę na 1) czas wyrzynania się pierwszych zębów i na 2) przypadłości chorobowe przypisywane processowi ząbkowania. Przy tem należy koniecznie rozróżniać warunki fizjolo-

giczne od warunków nienormalnych w ich stosunku z pierwszym ząbkowaniem. Ta okoliczność jest bardzo ważną, ponieważ czas wyrzynania się pierwszych zębów i towarzyszące zaburzenia chorobowe w obudwu przypadkach przedstawiają ważne różnice.

1) Czas wyrzynania się zębów.

Najprzód wyrzynają się sieczne środkowe dolne, co następuje w wieku 6-10 miesięcznym, niekiedy przed tym czasem, a czasem w 7 lub 8 miesiącu. To stosuje się do dzieci karmionych piersią i według dobrej metody. Jeżeli zaś dziecko było karmione przy pomocy flaszki, niewłaściwie lub odłączone od piersi za prędko, to wyrzynanie się pierwszych zębów prawie zawsze podlega znacznemu opóźnieniu. Największe opóźnienie spostrzega się u dzieci karmionych flaszką i krzywicowych. Mianowicie u takich dzieci wyrzynanie się pierwszych zębów może opóźnić się do 10, 12 nawet 16-go miesiąca, przy układaniu statystyki krom wyrzynania się pierwszych zębów należy brać pod uwagę tylko dzieci karmione drogą naturalną, to jest dzieci wychowane we właściwych fizjologicznych warunkach rozwoju.

Po wyrznięciu się siecznych dolnych środkowych zjawiają się sieczne górne najprzód środkowe, a później boczne. Cztery sieczne górne zjawiają się w ciągu 4, 6 lub 8 tygodni, a później sieczne boczne dolne. Dzieci karmione drogą naturalną są zaopatrzone w 6 zębów siecznych (4 górne i 2 dolne) w 10 miesiącu, a w 11 lub 12 mają 8 zębów siecznych. Niekiedy sieczne boczne dolne wyrzynają się prędzej niżeli górne. U dzieci karmionych drogą niewłaściwą wyrzynanie się tych zębów opóźnia się o 3, 4, 6 nawet więcej miesięcy. Takie same działania wywoła choroba ostra lub chroniczna, zjawiając się przed pierwszym ząbkowaniem.

Dwa sieczne dolne boczne wyrzynają się ostatnie z grupy zębów siecznych, nawet mogą być wyprzedzone 2 górnymi przednimi trzonowemi, wyjątkowo one wyprzedzają sieczne boczne górne. Wogóle grupa ośmiu siecznych wyrzyna się w ciągu sześciu miesięcy i jest zupełną w 12-m miesiącu. To wyrzynanie się następuje w 2 lub 3 momentach oddzielonych nieregularnymi przedziałami wachającymi się od 2 tygodni do 2 miesięcy. Po wyrznięciu się siecznych zębów następuje przerwa trwająca od 1 do 3 miesięcy.

Dwa pierwsze trzonowe górne zwykle pokazują się przed dolnemi. Niektóre dzieci karmione piersią otrzymują 4 trzonowe w 14-m miesiącu, czyli razem mają 12 zębów (8 siecznych i 4 trzonowe) a w 17-m lub 18-m przyłączają się jeszcze 4 kły. U dzieci karmionych niewłaściwie i krzywicowych wyrzynanie się tych zębów opóźnia się o 3, 4, 5 i więcej miesięcy. Cztery ostatnie trzonowe przy najlepszych warunkach higienicznych zjawiają się w wieku, 2½ lat, przestanek, który je oddziela od 16 pierwszych zębów jest najwydatniejszy i najtrwalszy. U dzieci krzywicowych pierwsze ząbkowanie kończy się w 3 lub 3½ roku.

Zaburzenia towarzyszące pierwszemu zabkowananiu.

Należy podzielić je na dwa oddziały: zaburzenia miejscowe, których rozpoznanie jest bardzo proste i zaburzenia oddalone, sympatyczne i odruchowe, na których obecność i przyrodę nie ma jeszcze zgody.

Zaburzenia miejscowe.

U dzieci zdrowych i dobrze karmionych przypadłości miejscowe zwykle są zredukowane do minimum i wyjątkowo zwracają na siebie uwagę. Dziecko będzie trochę podniecone, odpływ śliny zwiększony i palce ciągle trzymane w ustach zdradzą podrażnienie i obolałość dziąseł;—przy bezpośrednim badaniu odkryć można niezwykłe zaczerwienienie dziąseł, połączone z mniej lub więcej widocznym zgrubieniem, zwiększoną czułością przy ucisku. Czasem u dzieci najlepiej utrzymywanych pod względem higieny można zauważyć miejscowe cierpienie błony śluzowej jamy ustnej. Mianowicie w niektórych przypadkach cierpienie błony śluzowej jamy ustnej może być znaczniejsze i do zaczerwienienia przylączy się wysięk dość obfity albo nawet daje się zauważyć brak tkanki. Takie miejscowe owrzodzenie może być nie tylko na dziąsłach, lecz może rozprzestrzenić się na inne części błony śluzowej jamy ustnej. Przy obszernych owrzodzeniach zwykle bywa znaczny odpływ śliny, oddech smrodliwy i powiększenie gruczołów podszczękowych, takie zapalenie błony śluzowej jamy ustnej rzadko zdarza się przy wyrzynaniu się zębów siecznych, a częściej bywa przy wyrzynaniu się zębów trzonowych, częściej ono bywa u dzieci źle karmionych niżeli u innych, często punktem jego wyjścia są zęby spruchniałe lub źle osadzone, próchnienie i kruchość zębów odziedzicza się po przodkach. Do cierpienia zęba może przylączyć się zapalenie okostnej dołów zębowych, to zapalenie może stać się ropnem, wywołać przetoki i zapalenie gruczołu podszczękowego, co częściej ma miejsce przy próchnieniu zębów trzonowych. Przeciwno obrzękowi i bólowi dziąseł autor zaleca następujące pedzłowanie.

Syrop. Belladon. 10 grm.

Cocain. muriat. 50 grm.

Przeciwno owrzodzającemu zapaleniu jamy ustnej zaleca następujący środek do pedzłowania sześć razy na dzień.

Mel. rosat.

Glycerin. aa 10 grm.

Kali oxymuriat.

(albo Ac. borici) aa 2 grm.

Zaburzenia oddalone odruchowe lub sympatyczne.

Czy należy przypisywać pierwszemu zabkowananiu wpływ chorobotwórczy istotny i ważny? Aby roztrząsnąć tę kwestyję należy z pod naszej obserwacyi usunąć wszystkie dzieci któ-

re były wychowane w złych warunkach higienicznych, a podać jej tylko dzieci zdrowe, znajdujące się w warunkach rozwoju fizjologicznego. Rozpatrzmy przypadłości przypisywane pierwszemu ząbkowaniu.

Gorączka przedstawia objaw oklepny, który może powstać z wielu przyczyn, niekiedy nawet ukrytych, pobudzenie nerwowe, krzyki, poruszenia gwałtowne ssawca zwykle uważają jako cierpienia powstałe ze strony zębów. Autor nigdy nie spostrzegł gorączki z powodu ząbkowania.

Drgawki u dzieci zdrowych i dobrze karmionych są bardzo rzadkie, drgawki mogą wystąpić przed, w czasie i po ząbkowaniu. Kiedy starannie badanie nie odkryje przyczyny drgawek, wtedy przypuszczają współdziałanie ząbkowania. U dzieci mających usposobienie do drgawek z powodu dziedziczności (padaczka, hysteria, pomieszanie zmysłów), byle jaka blaha przyczyna wypadkowa uważa się za przyczynę wywołującą drgawki. Autor na zasadzie wielkiej ilości spostrzeżeń przychodzi do wniosku, że ząbkowanie samo przez się nie jest zdolne wywołać drgawek, i że w niemowlęctwie najczęściej przyczynę drgawek należy szukać w przewodzie pokarmowym.

Rozwolnienie również przypisują ząbkowaniu. Rozwolnienie przedstawia u dzieci cierpienie bardzo częste i zależy prawie zawsze od nieprzestrzegania higieny w karmieniu. Najmniejsze przekroczenie w dyjecie ssawca, używanie pokarmu niestrawnego, mleka fałszowanego lub rozcieńczonego, przedwczesne odstawienie od piersi, dawanie piersi niedostateczne lub nadmiarę, a przede wszystkim karmienie flaszką są powiększej części powodem rozwolnienia u dzieci. Rozwolnienie spostrzega się u dzieci, znajdujących się w najlepszych warunkach higienicznych, lecz zwykle wtedy powstaje z powodu bardzo częstego i obfitego karmienia, jest to cierpienie bardzo powszednie i bywa przed, podczas i po ząbkowaniu.

Inne przypadłości wewnętrzne (bronchitis, bronchopneumonia, ophtalmia, otitis) przypisywane pierwszemu ząbkowaniu są jeszcze więcej wątpliwe.

Porażenia skóry (jako to: wykwitły pryszczowate, pęcherzykowe i krostowate) wyjątkowo trafiają się u dzieci dobrze karmionych, powstawanie ich należy tłómaczyć dyjetą w karmieniu, podstawą dla tej teorii jest to spostrzeżenie, że leczenie miejscowe zwykle nie wystarcza, a że mianowicie dyjeta góruje w leczeniu chorób skórnych.

Czy pierwsze ząbkowanie może pogorszyć choroby wypadkowe lub dawno istniejące? Dziecko jest o tyle mniej odporne, o ile jest młodszem i delikatniejszym z powodu złej higieny, a samo ząbkowanie, jako process fizjologiczny żadnego wpływu mieć nie może, przy wszystkich różnych okolicznościach odra dla dziecka 6-10 miesięcznego będzie niebezpieczniejszą niżeli dla 2-letniego. Dziecko 6-10 miesięczne prędzej narazi się na niebezpieczeństwo jeżeli jest źle odżywiane i karmione z flaszki, niżeli mocne i zapatrzone w dobrą mamkę. Sądzono, że ząbkowanie usposabia

do krzywicy, było to uważanie skutku za przyczynę. Jest to pewnem, że krzywica zakłóca pierwsze ząbkowanie i powoduje późne wyrzynanie się zębów. Jeżeli krzywica wywiera wpływ na ząbkowanie, to prawdziwem jest działanie odwrotne.

Rabek.

IV. Syfilidologia i Dermatologia.

114. Prof. NEISSER. **Postępy w leczeniu przymiotu.** (Breslauer ärzt. Zeitschrift — der praktische Arzt. N-r 2, rok 1888).

Omówiwszy pierwotne stadyjum choroby Neissera wygłasza następujące zdania:

1. Każdy pierwotny objaw podejrzanej natury powinien być bezzwłocznie bądź to chemicznie zniszczony, bądź to usunięty za pomocą głębokiego wycięcia; chociaż rozpoznanie nie byłoby pewnem, leczenie takie zawsze jest wskazaniem, albowiem:

a) jeżeli nie było zakażenia przymiotem rękoczynny te nie są szkodliwe dla chorego.

b) jeżeli było zakażenie przymiotem, zniszczenie źródła zarazy, usuwa i dalszą chorobę. W tym jednak przypadku chory powinien być pod kilkumiesięcznym nadzorem lekarza.

2. Pierwotny objaw przymiotu, gdzie tylko położenie anatomiczne temu sprzyja, powinien być wycięty. Neisser sądzi, że leczenie takie dało w wielu wypadkach zupełne wyzdrowienie; a chociaż przyznaje, że rękoczyn ten nie zawsze daje pomyslnie rezultaty, jest jednak tak niewinnym, bo zwykle ranka po wycięciu pierwotnego objawu goi się per primam, że zawsze jest wskazanym. Przy tem praktyka okazuje, że przy ogólnem zakażeniu przymiotem pomimo wycięcia pierwotnego objawu przymiotu, choroba zawsze ma przebieg daleko łagodniejszy. Jeżeliby gruczoły były zajęte jednocześnie z wycięciem pierwotnego objawu, i gruczoły należy usunąć.

3. Jeżeli pierwotny objaw przymiotu usunąć się nie da, to dotychczas ogólnie będące w użyciu leczenie za pomocą przylepca rtęciowego, lub wody chlorowej z jednoczesnem zastosowaniem kalomelu daje najlepsze rezultaty.

Przechodząc do leczenia ogólnego przymiotu Neisser dochodzi do następujących wniosków:

1. Jedynym dotychczas znanym środkiem działającym na przerzut przymiotu jest rtęć. Wszystkie inne środki i sposoby leczenia należy uważać jako środki pomocnicze jako to: preparaty jodu, środki moczopędne i napotne, kąpiele.

2. Leczenie ogólne może być tylko wtedy przedsięwziętem, gdy rozpoznanie przymiotu zostało dostatecznie stwierdzonem. Albowiem przy przedsięwzięciu ogólnego leczenia w niepewnych przypadkach przymiotu lekarz nigdy nie może być

pewnym, czy osoba leczona była rzeczywiście zakażona przymiotem i czy brak następnie przejawów dalszych przymiotu złożyć na karb leczenia.

3. Ogólne leczenie przymiotu powinno się ciągnąć około lat czterech, bez względu na to czy objawy ogólne zakażenia występują lub nie. Leczenie zasadza się na wielokrotnych oddzielnych kuracjach, w odstępach czasu to tygodniowych, to miesięcznych, zależnych od objawów choroby i ogólnego stanu chorego. Sposób ten leczenia coraz to więcej zyskuje sobie prawa obywatelstwa i Neisser go uważa jako rzeczywisty postęp w leczeniu przymiotu. Wybór sposobu leczenia gra przy tem bardzo ważną rolę. Dotychczas za najbardziej korzystny sposób leczenia poczytywano wewnętrzne użycie przetworów rtęci. Neisser poleca użycie sublimatu w dawkach od 0,03 — 0,04 na dzień ($\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ grana) w roztworze z dodatkiem dziesięć razy większej ilości soli kuchennej—roztwór ten poleca brać w mleku po jedzeniu. Przy takim jednak użyciu doza bywa nie zupełnie ścisłą, a przy tem stan żołądka nie zawsze pozwala na wewnętrzne użycie sublimatu.

Drugi sposób leczenia za pomocą zastrzykiwań lekarstwa pod skórę lub w mięśnie, usuwa w części niedogodności wewnętrzne leczenia.

Przetwory rtęci używane do zastrzykiwań, bywają rozpuszczalne i nierozpuszczalne w wodzie resp. w płynach wziętych do zastrzykiwań.

Rozpuszczalnych preparatów rtęci jest cała masa i autor żadnemu z nich nie przypisuje bezwzględnie lepszego działania i pozostawia wybór leczącemu. Niedogodności wypływające z użycia rozpuszczalnych związków rtęci zasadzają się w konieczności codziennego zastrzykiwania.

Użycie nierozpuszczalnych związków rtęci do zastrzykiwań niedogodność tę zupełnie usuwa; w skutek tego Neisser powraca do dawniejszego sposobu leczenia Scarenzia t j. do zastrzykiwań kalomelu.

Słabą stroną zastrzykiwań kalomelu stanowiło silne zapalenie tkanek na miejscu zastrzyknięcia lekarstwa—lecz od czasu jak autor zaczął używać jako vehiculum zamiast, wody lub gliceryny, oliwy, zauważył, że ta niedogodność została całkowicie usunięta.

Neisser poleca następujący przepis: Rp. Calomelanos vapore parat. 1,0, Ol. olivar. provin 10,0; na wstrzyknięcie używa centymetr sześcienny mięszaniny.

Oprócz kalomelu do iniekcji dają się użyć i inne nierozpuszczalne sole rtęci; w użyciu icll N. widzi następujące korzyści:

1. Cztery do sześciu zastrzykiwań w odstępach 6 — 10 dniowych stanowi już całkowitą kurację.

Dobre wyniki tego leczenia potwierdzone przez wielu lekarzy.

Leczenie za pomocą zastrzykiwań nierozpuszczalnych przetworów rtęci Neisser stawia prawie na równi z metodą lecze-

nia przymiotu za pomocą wcierań szaruchy, której to metodzie jednakże przypisuje najlepsze i najsilniejsze działanie.

Oprócz ogólnego działania na organizm chorego zastrzykiwań, godne są polecenia zastrzykiwania ol. cinereum poleczone przez Langa w celu miejscowego leczenia pierwotnego stwardnienia i kilaków. (Przepis Langa: Hydrarg. vivi 4,0 (dr. 1), Axungiae porci recentis, sebi. ovil. recent. aa 2,0 (dr. 3), fiet extinct. perfectissima. Dwa gramy tej mieszaniny rozciera się z 3 gramami oliwy — otrzymujemy Ol. cinereum zawierające około 20% rtęci. Używa się na jedno zastrzyknięcie od 1 do 2 kropli).

Poleczone przez Unnę zawijanie całego ciała w przylepiec rtęciowy w celu ogólnego leczenia przymiotu N. rzadko używa u dorosłych, uważając jednakże sposób ten za bardzo korzystny w biednej dziecięcej praktyce.

Kąpielom sublimatowym nie przypisuje prawie żadnego znaczenia. Wewnętrzne użycie kalomelu u dzieci w przymiocie uważa za ustępujące pod względem działania swego wyżej wspomnianem zawijaniom w przylepiec rtęciowy.

Oprócz ogólnej kuracyi N. zwraca też baczną uwagę i na leczenie miejscowych przejawów przymiotu: bądź to wysypek, bądź to obrzmiałych gruczołów. Przy suchych grudkowych i luskowych formach, również jak i przy mało sączących owrzodzeniach oprócz przylepca rtęciowego uważa użycie chryzarybiny często za bardzo na miejscu. Zmętnienia na błonach śluzowych pędzluje roztworem sublimatu w nalewce bendżwinowej w stosunku 1:100.

Przy wrzodziejących formach zamiast jodoformu poleca użycie bismuth. oxyjodicum; jodolowi przypisuje podrzędne znaczenie.

Co się tyczy nieżyty jamy ustnej, to N. przytacza różnorodność zapatrywań na ten przedmiot oftalmologów od syfilidologów.

Podczas gdy pierwsi np. Foerster uważali nastąpienie stomatiditis podczas swoistego leczenia za rzecz korzystną dla chorego, drudzy wprost unikali tego powikłania. Być może, że owo zapalenie błony śluzowej jamy ustnej przy porażeniu oka przymiotnej natury, podczas leczenia swoistego działa jako derivans na chore oko. Jako środki zapobiegawcze zapaleniu błony śluzowej przy swoistem leczeniu przymiotu N. poleca: ściągające nalewki, jako to Tinct. myrrhae gallarum, rathaniae, spilantium z dodatkiem kilku kropli ol. menth. piper. W razie następującego ślinotoku zaleca wczesne użycie atropiny.

Przy owrzodzeniach pochodzenia merkuryjalnego jamy ustnej gorąco zaleca użycie podanej przez Gerhardta wody bromowej.

Przechodząc do użycia przetworów jodu Neisser wskazuje na niezbędne użycie jodku potasu i sodu w znacznych dawkach. Nawet przy słabo wyrażonem porażeniu mózgu przymiotowej natury uważa dawki od 6—10 gramów (dr. 1½—dr. 2½)

pro die za niezbędne. Przetwory jodu radzi przyjmować w mleku.

Podobnie jak jodki sodu i potasu działa jodol chociaż słabiej, użyty wewnętrznie w dawkach od 1 — 2 grammów pro die (od gr. XVI—dr. 1/2) zwykle w 4-ch dawkach każda po 0,5 gm. (grn. VIII).

Jodoform poleca do zastrzykiwań w zawieszynie w oliwie w stosunku 1:6; zastrzykiwania te są zupełnie bezbolesne i silnie działają.

Na dzień można zastrzyknąć wyżej wymienionej mieszaniny od 1 do 2 centymetrów sześciennych.

Przy użyciu jodu często występuje zatrucie chorego występujące to w lekkiej, to w bardziej ciężkiej formie. Przy lekkim zatruciu przejawiającem się pod postacią nieżyty nosa i oskrzeli Neisser nie przerywa leczenia jodem, zalecając użycie ekstraktu belladony. Przy cięższych objawach zatrucia uważa polecony przez Ehrlicha kwas sulfoanilinowy za bardzo korzystny.

Kiedy należy przyjść do użycia przetworów jodu przy leczeniu przymiotu? We wczesnych objawach przymiotu Neisser uważa użycie przetworów jodu za zupełnie zbyteczne — w dalszych zaś stadyjach choroby, przy tak nazwanem stadyjum kilakowem (syphilis gummosa) za bezwzględnie wskazanem. Użycie jednoczesne przetworów jodu i rtęci uważa za bardzo szczęśliwą kombinacyję, ponieważ przy takowem leczeniu zagrażające przejawy przymiotu nie tylko szybko ustępują, ale i choroba nie rzadko doszczętnie się leczy.

Wszystkie inne sposoby leczenia przymiotu, jako to użycie kąpieeli, dekoktów, nalewek i t. d. uważa tylko jako pożyteczny dodatek przy leczeniu swoistem. Jednakże leczenie to uważa za bardzo ważne jako środek zapobiegawczy przy dziecięcym przymiocie. Leczenie to poleca osobom, które przebyły przymiot i znajdują się w pozornem zdrowiu, szczególnie jeżeli chcą wstąpić w związki małżeńskie, również u ciężarnych, które często ronily.

Zaniedbania tego oddziału leczenia przyznaje częste pojawienie wrodzonego przymiotu u noworodków zrodzonych z rodziców pozornie zdrowych, występującego pod różnorodnemi postaciami cierpienia skóry, wewnętrznych organów, szczególnie mózgu i rdzenia.

Wł. Kopyłowski.

115. A. S. MYRTLE. **On Eczema and Psoriasis.** (The Lancet, December 3, 1887).

Dominującej opinii, jaka w Anglii istnieje, że te dwa cierpienia stoją w ścisłej łączności z podagrą (dną), autor nie podziela, lecz przypuszcza, że cierpienia te, również jak i każde inne podobne, jeżeli występują u osobników, cierpiących na podagrę, są nader trudne do wyleczenia.

Eczema ma łączność z organami trawienia i zależy także od innych przyczyn, jak np. zaburzeń ze strony wątroby. Psoriasis zdaje się powyższym wpływom nie podlegać. Pochodzenie omawianych cierpień, jak dotąd, jest jeszcze ciemne, wiemy tyl-

ko to, że w obydwóch tych cierpieniach odgrywa rolę nieprawidłowa czynność komórek i że rozmnażanie się tych komórek stoi w związku z zaburzeniami nerwów, prawdopodobnie naczyńioruchowych, częściej ośrodków.

Autor przytacza przypadek eczemy, gdzie pod wpływem waniei i środków higienicznych, cierpienie się zaostrzyło i dopiero zastosowanie metody Crocker'a¹⁾, której chory sobie sam życzył, odniosło prędko i zupełnie pomyślny efekt.

W kilkunastu uporczywych przypadkach eczemy i psoriasis siarczane wody, jako wanny, a także i do wewnątrz użyte zbawienny skutek okazały. Chorzy pozostawali w kąpieli od 30 minut do jednej i dwóch godzin stosownie do okoliczności. Autor przekonał się, że u niektórych osobników obojętne kąpiele, lepszy wpływ wywierają, aniżeli gorące; chory w takich razach pozostaje w kąpieli tak długo, jak może bez narażania się na uczucie zimna.

J. Drzewiecki.

116.

NOWSZE ŚRODKI.

Haemostatica.

Hydrastis Canadensis (golden seal). Używa się korzeń 1) przy krwotokach macicznych, 2) jako tonicum przy dyspepsy, żółtaczce, przewlekłym niezycie kiszek, hemoroidach, chronicznem zapaleniu macicy. Przepisuje się jak płynny wodny wyciąg (z gliceryną), wyciąg wyskokowy (płynny), wreszcie w postaci alkaloidów otrzymanych z tej rośliny: Hydrastin i Berberin; 0,2—1,0 w proszkach; 1 : 10 w naparach.

Rp. Extr. Hydrast. fluid 3,0—6,0.

S. Przy krwotokach macicznych 3 — 4 razy dziennie po 20 kropeł, albo trzy razy po 30 kropeł.

Rp. Extr. Hydrast. fluid

Vin. Malacen. aa 30,0

Syr. Cinnamom. 15.

D. Co 2—4 godziny łyżeczkę od kawy do dwóch.

Cortex Gosypii herbaceae w postaci odwaru z 60,0 : 300,0 co 20—30 minut kieliszek; także extractum fluidum 2—3 łyżeczek od kawy dziennie. Także zamiast secale cornutum w praktyce akuszerzyjnej i przy krwotokach w latach klimakterycznych.

Hamamelis virginica. Extr. fluidum (1—2 łyżeczek) przy krwawieniu hemoroidalnem.

¹⁾ Crocker'a metoda polega na stawianiu przyszczydeł wzdłuż kolumny pacierzowej, stosownie do tego jeżeli eczema występuje na twarzy—przyszczydła stawiają się za uszami; jeżeli na górnych kończynach to na okolicy szyjowej—jeżeli na dolnych, to na łędźwiowem nabrzmieniu, przy ogólnej eczemie—na całą długość kolumny pacierzowej. Autor wychodzi z tego punktu widzenia, że eczema jest nerwicą odżywczą, polegającą na nieprawidłowej czynności ośrodków odżywczych skóry. (Sprawozdawca).

Antihidrotica.

Agaricinum, podskórnice: 0,05 : 4,5 spirit. 5,5 gliceryny; jedna do dwóch szprycek. Do wewnątrz 0,005—0,01 w pigułkach z proszkiem Dovera, zamiast *agaricus albus*.

Pikrotozinum (z *Anamirta Cocculus*) rozpuszcza się w 150—160 cz. wody; w pigułkach po 0,0005—0,001; w roztworach 0,01 na 20,0 wody—20 kropeł na noc przy potach.

Tonica.

Bebeerinum sulf. 0,05—0,1 kilka razy dziennie; jako diæticum 0,5—2,0 w proszkach, pigułkach, roztworach zamiast chininy.

Drastica.

Aloin; 0,15—0,2 w pigułkach.

Baptisin (*Baptisia tinctoria*) 0,1—0,3 w pigułkach; w dużych dawkach jako środek zrazu wymiotny, następnie czyszczący.

Cascara Sagrada (*Cortex Rhamni Pursh.*) wyciąg płynny $\frac{1}{4}$ —1—2 łyżeczek od kawy dwa, trzy razy dziennie. Przy dysenterji 5—20 kropeł kilkakrotnie w wodzie z cukrem. Indicatio: zaparcie nawykowe, biegunka przy hemoroidach, dysenterja.

Colocynthidin 0,005—0,01.

Colocynthin 0,1—0,4; podskórnice 0,01—0,03; środek czyszczący jakoby wolny od działania drastycznego.

Elaterium (*Momordica Elaterium L.*) el. nigrum 0,01—0,05 dwa trzy razy dziennie, el. album 0,005—0,03 w pigułkach, przy kolce wątrobowej, puchlinie wodnej.

Euonymus (z *E. atropurpureus*) glikozyd; 0,1—0,2—0,4 w pigułkach *Chologogum*, *Catharticum*, w dużych dawkach wywołuje rżnięcie w brzuchu.

Iridin, 0,05—0,3 w pigułkach.

Phytolaccia (*Ph. decandra*) 0,1—0,2 w pigułkach sprowadza z łatwością i bez przykrości żółciowe wypróżnienia.

Vinum Frangulae środek przyjemny i pewny $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki od kawy.

Antidiarrhoica.

Cotoin, Glikozyd z *Cortex Coto.* 0,005—0,008 kilka razy dziennie, w proszkach, miksturze, bez ubocznego działania samej kory.

Paracotoin, alkaloid, 0,1—0,2 w proszkach.

Naphthalinum 0,1—0,5 kilkakrotnie, 5,0 pro die, dla dzieci 0,1—0,2 w proszkach, pigułkach; najlepsze *Corrigens Ol. Bergamotti*; Do lewatyw 1,0—5,0 z 50 wody gotuje się wśród mieszania i rozprowadza w $\frac{1}{2}$ —1 litra, poczem ostudza do 37° C. Przy zastarzanych nieżytych cienkiej i grubiej kiszi u dzieci, przy przewlekłym nieżycie pęcherza.

Antiparasitica.

Benzolum 0,5—0,1; w miksturach, kapsułkach, lewatywach 2,0—4,00 w 200,0—250,0 wody; przy trichinach, glistach.

Pelletierium sulf. 0,3—0,4 z kw. garbnikowym 0,5 na 30,0 w pół godziny senes. Przeciw tasiemcowi.

Pelletierium tannicum 1,5 w wodzie, w pół godziny środek czyszczący.

Adstringentia.

Bismuthum peptonatum siccum 5,0 dwa, trzy razy dziennie przy gastralgiach, dyspepsji.

Nervina.

Cortex Calatropis giganteae 0,3 dwa razy dziennie w proszkach, przeciw padaczkę.

Ergotinum: roztwór 0,001 na 1 centymetr sześcienny wstrzykuje się w ilości 16 — 20 kropeł. Przy naczynioruchowych neurozach, newralgiach etc.

Natrum nitrosum.

Nitroglycerin.

Aethoxy-Caffein — do zastosowania zwłaszcza u osób, którym dobrze robiła coffeina; w dawce 0,2—0,5 podnosi ciśnienie tętnicze (częstość tętna się nie zmienia, albo najwyżej wzrasta o 7—6 uderzeń) wywołuje zaczerwienienie twarzy i lekki pot, uczucie przedmiotowe przyjemne, skłonność do spokoju, sen się polepsza.

(Deut. M. W. 13).

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Hygijena żywienia. Odczyty prof. DUJARDIN-BEAUMETZA, tłumaczone przez d-ra Z. Dobieszewskiego. Kraków 1888 r. Cena 2 złr.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich zasłużyło się znowu naszej literaturze lekarskiej wydaniem odczytów prof. Dujardin-Beaumetza, stanowiących dalszy ciąg lub raczej dopełnienie jego znakomitego dzieła „Leçons de clinique thérapeutique.“ Wobec powodzi rozmaitych środków farmaceutycznych, wzbogacających codziennie i tak już zbyt obfity arsenał apteczny, ukazanie się powyższego dzieła jest zupełnie na czasie, ponieważ zwraca uwagę na naturalniejszy i często skuteczniejszy sposób leczenia wielu chorób. Dzieło to powstało z odczytów miewanych w szpitalu Cochin w Paryżu i służących jako objaśnienie przy rozmaitych badaniach z dziedziny chemii fizjologicznej, farmaceutycznej i higienicznej. W odczytach niniejszych zajmuje się autor tylko higieną leczniczą t. j. stosowaniem czynników higienicznych w leczeniu chorób. Jestto więc ta część higieny, którą zwykle nazywają dyetetyką, a którą autor za przykładem swego mistrza Bouchardat'a nazywa higieną odżywczą (hygiène alimentaire). Właściwie przedmiot ten zaliczać się winien do higieny; hygijena jednak zajmuje się człowiekiem zdrowym i uczy nas, jak zachować się ma człowiek i społeczeństwo, by zdrowia nie utracić, podczas gdy w dziele omawianem zajmuje się autor czynnikami higienicznymi, sprzyjającymi powrotowi chorego człowieka do zdrowia. Jest bardzo wiele chorób, które jedynie za pomocą higieny odżywiania się leczą; do tych należą choroby pierwszego dzieciństwa, niektóre choroby żołądka, białkomocz, cukromocz i t. d.

Odczyty zaczyna autor od historii higieny leczniczej, szukając początku jej w piśmie świętem, i w świętych księgach Indosów, następnie omawia zasadnicze pierwiastki odżywcze, pokarmy zupełne i złożone, napoje, a potem ustanawia podstawy żywienia prawidłowego, rozpatruje skutki ży-

wienia niedostatecznego i nadmiernego z zastosowaniem ich w leczeniu chorób. Interesujące są uwagi autora dotyczące się diety mlecznej, leczenia peptonami, sztucznego karmienia Debove'a i t. p. W oddzielnych odczytach zajmuje się leczeniem otyłości, dyjetą w dnie, w zwirze kurczowym, kamieniach żółciowych, w białkomoczu i cukromoczu. Ostatnie zaś odczyty zajmują się dyjetą w chorobach żołądka i kiszek, a także w chorobach ostrych gorączkowych. Jestto tylko część ogólnej higieny żywienia; w następnych bowiem odczytach, które autor obiecuje wydać, zajmować się będzie nowymi metodami higienicznego leczenia, a mianowicie: klimatoterapiją, hydroterapiją, aeroterapiją, leczeniem wodami mineralnymi i t. d.

Co się tyczy języka, to nie pozostawia on nic do życzenia, jak się tego spodziewać należało po tłumaczu, który już niejednokrotnie zasłużył się polskiej literaturze lekarskiej.

M. Hopfenblunn.

Nadesłano do Redakcyi.

Ellenberger und Hofmeister: Ueber die Oxynaphtoësäure und ihre physiologischen Wirkungen

Sep. aus. d. Dent. Zeitschr. f. Thiermedizin. u. Vergl. Path.
XIII Bd.

Charakter w zdrowiu i w chorobie przez d-ra Azama, przetłumaczył Dr. Med. L. Wolberg, nakład „Prawdy“ 1888.

Dr. Dujardin-Beaumont: Higijena żywienia, przełożył Dr. Z. Dobieszewski. Wydaw. dzieł lekarskich polskich w Krakowie 1888.

Medycynski Sbornik Warszawskiego Ujazdowskiego Wojennago Gospi-tala. God 1. Wyp. 1. Warszawa 1888.

Wydawca:

Dr. K. Sierpiński.

Redaktor:

Dr. O. Hewelke.

OGŁOSZENIA.



Zawiadomienie.

Królewska 31.

Mam honor zawiadomić Szanownych Panów Doktorów, że zakład mój
KEFIRU LECZNICZEGO W WARSZAWIE,
mieści się przy ulicy Królewskiej Nr. 31 wprost parkanu Sa-
skiego ogrodu. Filia w Łodzi przy ulicy Dzielnej (kolejowej) w do-
mu Fiszera.

Z wysokim poważaniem, **Klaudya Sigalina** z Kaukazu.
Nagrodzona różnemi medalami i listem pochwalnym I-cj klasy na
Wystawie Hygienicznej.

P. S. Dla Zakładów Dobroczynnych i niezałożonych chorych kefir
za pół ceny.

Królewska 31.

Królewska 31.

3—2

Dla kaszlących i osłabionych

Nagrodzone na Warszawskiej Wystawie Hygienicznej listem pochwalnym i medalem
na Wystawie Krakowskiej
analizowane, uznane i koncesjonowane przez Radę Lekarską

EKSTRAKT I KARMEŁKI
miódowo-ziółowo-słodowe

FABRYKI „LELIWA”

w Warszawie ulica Zgoda Nr. 6.

Sprzedaż w aptekach i składach aptecznych w Warszawie, Królestwie
i Cesarstwie, 50% tańsze i pewniejsze od zagranicznych. Fiaszka ekstraktu
kop. 75, paczka karmelków kop. 15.