№ 5. Warszawa, d. 3 (15) Maja 1888 r. Rok IX.

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O HYPNOTYZMIE W MEDYCYNIE.

Napisał

D-r Leon Rzeczniowski.

(*Ciąg dalszy*).

Oprócz Bernheima z przedstawicieli szkoły hypnotycznej w Nancy wymieniamy jeszcze profesora fizyjologii Beaunis'a [1]) i prof. szkoły prawnej w Nancy D-ra Liégeois [2]). — Obok tych szkół głównych francuzkich: paryzkiej i szkoły w Nancy, grupuje się reszta autorów dzieł i rozpraw o hypnotyzmie, których ilość jest w obecnych czasach olbrzymia.

Autorowie ci z rozmaitych stanowisk traktują kwestyje hypnotyczne, badając mniej więcej samodzielnie tak naturę zjawisk jak zastosowania ich praktyczne. Wymieniamy najpoważniejszych: August Voisin [3]) lekarz oddziału obłąkanych kobiet w Salpêterière, Ladame [4]) z Genewy, który pierwszy próbował stosować hypnotyzm w celach pedagogicznych, Chambard [5]) z Lyonu, który podał klasyfikacyję sposobów do wywołania snu hypnotycznego używanych, Pitres [6]) profesor z Bordeaux, który odkrył t. zw. zones hypnogènes, Bourru i Burot [7]) prof. szkoły medycznej w Rochefort, Berillon [8]), Brémaud [9]), Debove i Flamand [10]) Mabille [11]), Desplats [12]), Couturier [13]), Sicard [14]), popularyzatorzy: Cullere [15]), Bottey [16]), wreszcie Fontan i Ségard [17]) podają w swem dziele bogatą kazuistykę; kazuistyka ta ciekawa, ponieważ leczenie stosowano u mężczyzn, marynarzy w Tulonie. — Od paru lat wychodzi też w Paryżu specyjalne czasopismo poświęcone hypnotyzmowi: Revue de l'hypnotisme pod redakcyją Berillona.

Jak Charcot we Francyi, tak w Niemczech fizyjolog Heidenhain [18]) około 1880 r. dał popęd do badań hypnotycznych w ostatnich czasach. Prace niemieckich autorów zajmują się przeważnie hypnotyzmem ze stanowiska fizyjo-

logicznego chociaż w ostatnich czasach i zastosowaniami jego praktycznemi. Z autorów niemieckich prócz Heidenheina wymieniamy następujące nazwiska: Benedikt [19]), Berger [20]), Barnes [21]), Eulenburg [22]), Friedberg [23]), Grützner [24]), Gschleiden [25]), Rumpf [26]), Schneider [27]), Weinchold [28]), Baumler [29]), Drozdoff [30]), Preyer [31]), Rieger [32]), Gürtler [33]), Fischer [34]), Wiebe [35]), Hans Kaane [36]), Kraft-Ebing [37]) i w. i.

We Włoszech najwięcej badaniom hypnotyzmu poświęcają się Tamburini i Sepilli [38]), Lombroso [39]), Morselli [40]). Stoją oni mniej więcej na stanowisku szkoły w Salpêtrière.

Z angielskich i amerykańskich autorów oprócz już wymienionych wspomnimy Weir-Mitchela i Hack-Tuke [41]). Ten ostatni głównie ze stanowiska psychologicznego bada zjawiska hypnotyzmu i więcej zbliża się do poglądów szkoły hypnotycznej w Nancy.

Z autorów polaków piszących w różnych językach: Adamkiewicz [42]) i Danielewski [43]) po niemiecku; Babiński [44]) po francuzku; prof. Cybulski [45]) po polsku.

---

[1]) Beaunis. — Etudes physiologiques et psychologiques sur le somnambulisme provoque 1886—7. Paris.

[2]) Liégeois. — De la suggéstion hypnotique dans ses rapports avec le droit civil et le droit criminel. Memoryjał czytany na posiedzeniu Akad. nauk moraln. i polit. na posiedz. 5, 9, 30 Kwietnia, 3 i 30 Maja 1884.

[3]) Auguste Voisin.— De l'hypnotisme employé comme traitement de l'alienation mentale et de la suggéstion chez les aliénés et les nerveux Assoc. franç. pour l'avancem des sciences Congrès de Grenoble. 1885.

[4]) Ladame.—La nervose hypnotique ou le magnétisme devoilé 1881.

„ L'hypnotisme au Congrés de Nancy. Separatabdruck aus dem Correspondenzblatt f. Schweiz 1887.

[5]) Chambard.—Du somnambulisme en géneral Thése 1881.

„ Étude symptomatologique sur le somnambulisme (Lyon médic. 1883).

„ Actions hypnogéniques, hyperexcitabilité musculaire hypnotique, hypnose hemicérebrale in Encephale N. 1 i 2 1881.

[6]) Pitres.—Des suggéstions hypuotiques (leçons recueillies par Davezac). Bordeayx 1884.

„ Des zones hystériques et hypnogènes, des attaques de sommeil. Bordeaux. 1885.

[7]) Bourru et Burot.—Des phénomènées de l'inhibition et de dynamogénie chez deux hystero-épileptiques. Congr. de Grenoble 1885.

Burot.—Grande hystérie guerie par emploie de la suggestion et de l'autosuggestion Revue de l'hypnotisme 1887.

[8]) Berillon. — Hypnotisme expérimental. Dualité cérébrale et indépendance fonctionnele des deux hémisphéres cérébraux 1884.

[9]) Brémaud.— Sur l'abolition des suggestions à l'état de veille chez les sujets hypnotisables (Soc. de Biol. 26 Avril 1884).

„ Note sur le passage de la léthargie au somnambulisme dans la série hypnotique (Bul. de la Soc. de Biol. 1884).

„ Note sur l'état de fascination dans la série hypnotique (Soc. de Biol. 1884).

„ Provocation du somnambulisme d'emblée (Soc. de Biol. 1884).

[10]) Debove et Flamand. — Recherches expérimentales sur l'hystérie au moyen de la suggestion hypnotique. Bullet de la soc. méd. des hôpitaux 14 août. 1885.

[11]) Mabille. Note sur les hemorrhagies cutanées par auto-sugestion dans le somm provoqué. Progrès Méd. 1885.

[12]) Desplats.—Applications therapeutiques de l'hypnotisme et de la suggestion (Journ. des Sc. Méd. de Lille Octobre 1886).

[13]) Couturier. — Contribution á l'étude de la suggestion á l'état de veille au point de vue therapeutique (Loire Méd. 15 oct. et 15 nov. 1887.

[14]) Sicard. — Contribution á l'étude de hypnotisme et de la suggestion. Thèse de Montpellier 1887.

[15]) Cullere.—Magnétisme et l'hvpnotisme. Paris 1886. (Przekł. polski Dawida).

[16]) Bottey.—Le magnetisme animal 2-eme édition. Paris 1886.

[17]) Fontan et Ségard.—Éléments de Médecine suggestive. Paris 1887.

[18]) Heidenhain.—Der sögennante thierische Magnetismus. Leipzig 1880.

„ Zur kritik hypnotischer Untersuchungen. Bresl. aerztlich. Zts. 1880.

Heidenhain und Grützner.— Halbseitiger Hypnotismus (hypnotische aphasie. (Bresl. aerztl. Ztschft 1880.

[19]) Benedikt.—Ueber Katalepsie und Mesmerismus. Wiener Kiinik 1880.

[20]) Berger. — Hypnotische Zustände und ihre Genese. Bresl. aertlich. Ztschf 1880.

„ Ueber das verhalten der Sinnesorgane im hypnotischen Zustande Bresl. aerztlich. Ztschft. 1880.

[21]) Barnes.—Thierischer Magnetismus und Hypnotismus. Deutsche Med Wochenschrift 1880.

[22]) Eulenburg.—Ueber Galwano-Hypnotismus, hysterische Lethorgie und Katalepsie. Wiener klinik 1880.

[23]) Friedberg.— Ueber dem Hypnotismus von gericht-aerztlichen Standpnnkt. Deutsch. Med. Woch. 1880.

[24]) Grützner.—Ueber die neueren Erfahrungen auf dem Gebiete des sog. thierischen Magnetismus. (Centralblatt f. Nkhten und Psychiatrie 1880).

[25]) Gschleiden. Die Erscheinungen des sogen. thierischen Magnetismus Augsb. allgem. Zeit. 1880.

[26]) Rumpf.—Ueher Hypnotismus. Detsch. Med. Woch. 1880.

[27]) Schneider. — Die physiologische Ursache der hypnotischen Erscheinungen. Leipzig 1880.

[28]) Weinhold.—Hypnotische Versuche. Chemnitz 1880.

[29]) Baumler. — Der sog. thierscher Magnetismus oder Hypnotismus. Leipzig 1881.

30) Drozdoff, — Ueber Hypnotismus. Centralblatt f. med. Wischensc. N-r 15 1881.
31) Preyer.—Die Entdeckung des Hypnotismns. Berlin 1881.
32) Rieger. — Der Hypnotismus. Psychiatrische Beiträge zur Kentnis der sog. hypnot. Zustände. Jena 1884.
33) Gürtler.—Ueber Veränderungen im Stoffwechsel unter dem Einflusse der Hypnose und bei Paralysis agitans. Inaugural-Dissertation. Breslau 1882.
34) Fischer.—Der sog. Lebensmagnetismus oder Hypnotismus. Mainz 1883.
35) Wiebe. — Einige Fälle v. therapeutischer Anwendung des Hypnotismus Berl. Klin. Woch. 1884 N. 3.
36) Hans Kaane. — Ueber Beziehungen zwischen Hypnotismus und cerebrale Blutfüllung. Wiesbaden 1885.
37) Kraft-Ebing. — Verein der aerzten in Steiermark. Sitz. 14 November 1887.
38) Tamburini e Sepilli.—Contributione allo studio sperimentale dell'ipnotismo iu Rivista sperimentale di Freniatria e di medizina legale 1881 t. III. 1882 t. III i IV.
„ „ Seconda contribuzione allo studio sperimentale dell' ipnotismo nelle istericbe. (Rivista sperimen. tale di Freniatria 1883).
Sepilli.—I fenomeni di suggestione nel sonno ipnotico et nella veglia Riv. di Freniatria 1883.
39) Lombroso.—Etude sur l'hypnotisme; application à la psychologie (Archivio di psychiatria vol. III, fasc. III 1886.
40) Morselli. — Psycho-physiologia dell' ipnotismo. (Rivistadi filosophia. août 1886),
41) Hack-Tuke. Hypnosis recidivus. (Journal of mental science 1881).
„ On the mental condition in hypnotism. (The journal of mental science Avril 1883).
„ Sleep-Walking and Hypnotism. London 1884.
42) Adamkiewicz. Ueber Hypnotysmus bei Menschen. Berl. Klinisch. Wochenschrift 1880.
43) Danielewsky. — Hypnose bei Froschen (Pflügers Arch. f. Physiol. Bd. XXIV 1881 p. 487 i 575.
„ Zur Physiologie des thierschen Hypnotysmus. Centralbl. f. med. Wissensch. Marz 1885.
44) Babiński.—Recherches servant à établir que certaines manifestations hystériques peuvent être transférées d'un sujet à un autre sujet sous, influence de l'aimant. Paris 1886.
45) Prof. Cybulsi. — O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego. — Kraków 1887.

Stanowisko, z którego w medycynie badać należy hypnotyzm. Trudności tych badań, ich znaczenie.

Od dziejów przechodząc do samego hypnotyzmu zaznaczyć przedewszystkiem należy, iż w zwykłem znaczeniu do tego wyrazu przywiązanem, według określenia szkoły Salpê-

trièrowskiej hypnotyzm jest ogółem odrębnych stanów nerwowych wywołanych za pomocą manipulacyj sztucznych [1]). Z tego określenia wypływa, że hypnotyzm powinien przedewszystkiem interesować lekarza neurologa i zarówno neurofizyjologa jak i klinicystę. O tyle odmiennem będzie traktowanie kwestyi ze stanowiska fizyjologicznego o ile odmiennemi są wogóle cele i warunki doświadczenia fizyjologicznego od doświadczenia klinicznego. Klinicysta jednakże badający hypnotyzm ze swego stanowiska (typem takim jest Charcot) pamiętać powinien, że nie ma do czynienia z dobrowolnie powstałą nerwicą lecz ze sztucznie przezeń wywołanym stanem nerwowym, że objawy tego stanu dotyczą przeważnie mózgu i wyższych jego czynności, że te psychiczne czynności mózgu nabierają w pewnych okresach stanu hypnotycznego niesłychanej wrażliwości i oddziaływają nadzwyczaj żywo na wszelkie bodźce z zewnątrz, ze strony spostrzegacza na nie działające, że zatem zwykła metoda obserwacyi klinicznej nie jest wystarczającą, że z tą obserwacyją łączy się doświadczenie fizyjologiczne bardzo delikatnej natury, którego warunki powinny być ściśle przestrzegane, że nareszcie dla kierowania się w badaniu zawiłych objawów psychicznych hypnotyzmu znaczny zasób wykształcenia psychologicznego jest potrzebny. Gdy do tego dodamy jeszcze sposoby badania klinicznego i doświadczenia fizyjologicznego, najbardziej udoskonalone przekonamy się, jak mylne jest zdanie tych, którzy badania hypnotyczne uważają za otwarte pole do łatwych powodzeń. Badania hypnotyzmu są nadzwyczaj trudne, a od badaczy wymaga się wielostronnego przygotowania.

Z zebranego materyjału przez klinicystów i fizyjologów wytwarza się dopiero obraz, dziś jeszcze bardzo niekompletny tak samego hypnotyzmu, jak odkrywa obszerne w przyszłości zapewne jego zastosowania, czyto jako metody badań w psycho-fizyjologii i psycho-patologii, czy jako środka terapeutycznego w granicach określonych.

W toku bieżącej części niniejszej pracy zakładamy sobie ze stanowiska klinicznego wykazać sposoby powstawania hypnozy, jej objawy, tak klasycznej hypnozy, czyli wiel-

[1]) P. Richer. Etudes cliniques sur la graude hystérie ou hystéro-epilepsie 2 ed. 1885. str. 512.

kiego hypnotyzmu, jak głównie psychiczne małego hypnotyzmu, co nas doprowadzi do teoryi suggestyi, wspomnimy o suggestyi na jawie, czyli hypnotyzmie bez hypnozy, rzucimy okiem na fizyjologją hypnozy; wreszcie wiążąc sprzeczne na pozór zdania, postaramy się na podstawie dzisiejszych danych o hypnotyzmie wykazać, czem się on różni od analogicznych zjawisk fizyjologicznych i patologicznych i gdzie właściwie przeznaczyć mu miejsce w fizyjologii, czy w patologii.

Wrażliwość hypnotyczna.

Czy za pomocą sztucznych sposobów można u każdego wywołać hypnozę? Zdaje się, że powyższe pytanie zaczęto sobie stawiać dopiero w ostatnich czasach. Ch. Féré [1]) powiada, że dla rozstrzygnięcia pytania, czy każdy może ulegać hypnozie, wypadałoby powtarzać, urozmaicać i przedłużać dostatecznie sposoby hypnotyzowania, a ponieważ skłonny jest uznawać hypnozę za skutek zmęczenia, przypuszcza zatem, że każdego możnaby uśpić, u kogo można wywołać zmęczenie. Ladame zapytuje się, czy istnieje nerwica hypnotyczna poza którą hypnotyzacyja staje się niemożliwą? Niestety choć zbyt mało mamy danych, z którychby można utworzyć nerwicę hypnotyczną, zróbmy jednakże przegląd faktów zebranych dotąd w tym kierunku.

Ktokolwiek miał sposobność widzieć próby hypnotyzowania większej liczby osób, ten musiał zauważyć nie jednakowe u wszystkich usposobienie do usypiania. Jedni usypiają szybko i popadają odrazu w sen głęboki, u drugich otrzymuje się hypnozę w bardzo małym stopniu, a w skutku powtarzania dochodzi się do pewnych granic, których się już nie przekracza. U innych wreszcie po dłuższym dopiero przeciągu czasu wytwarza się zdolność usypiania przez powtarzanie doświadczenia na zasadzie prawa fizyjologii ogólnej—prawa powtarzania.

Powtarzanie zatem hypnotyzowania t. zw. edukacyja hypnotyczna jest środkiem zwiększającym wrażliwość hypnotyczną. Czy wytworzyć ją można tam, gdzie ona nie istnieje wcale, na to faktów bezpośrednich niema. Drugim środkiem zwiększającym wrażliwość hypnotyczną jest naśladownictwo. Faktem jest, że łatwiej usy-

---

[1]) Cl. Féré. Le Magnétisme animal str. 71.

piają ci, którzy są obecni przy usypianiu innych. Jeśli w Nancy na 100 chorych według statystyki Liébeaulta i Bernheima otrzymuje się 95% wrażliwych hypnotycznie, to być może zależy to w części od usypiania chorych we wspólnej sali i według wzmianki tychże autorów zdarza się, iż pierwszy raz przychodzący chorzy usypiają hypnotycznie niekiedy wcześniej niż je zaczęto hypnotyzować, na widok innych w obec nich usypianych. Co do statystyki powyższej i to jeszcze nadmienić wypada, że pierwsze stopnie hypnozy w Nancy mają tak nieokreślone charaktery, że nie różnią się prawie od stanu normalnego, popadających zaś w stan somnambuliczny t. j. niewątpliwą już hypnozę znajduje się tylko 15—18%.

Ponieważ nie wiemy dotychczas na czem istota wrażliwości hypnotycznej polega, zobaczmy z jakimi innemi warunkami osobistemi powiązać ją by można.

P ł e ć według statystyki Beaunisa nie zdaje się mieć wielkiego wpływu; na 18,8% usypiających mężczyzn, przypada 19,4% usypiających kobiet.

W i e k według statystyki tegoż autora większy zdaje się mieć wpływ, z badania bowiem 100 osób każdego wieku na wrażliwość hypnotyczną wypada, że wśród dzieci do lat 14 niema prawie zupełnie niewrażliwych, a procent somnambulików wynosi 26—55%. Po 56 latach wieku zupełna niewrażliwość wzrasta do 13—14%, a procent somnambulików spada na 7—11%.

Słaba strona wspomnianych statystyk polega na tem, że usypianie odbywa się za pomocą suggestyi słownej, a osoby poddawane doświadczeniu należą po większej części do niższych warstw społecznych z umysłem łatwo ulegającym pod wrażeniem powagi lekarza. Dane więc tym sposobem otrzymane odnoszą się właściwie do wrażliwości na suggestyją, a ta znowu do odpowiednich warunków psychicznych. Dla tego też podług innych autorów stosunek płci i wieku do wrażliwości hypnotycznej jest całkiem odwrotny. Berger na 30 dzieci do lat 5, ani jednego uśpić nie mógł, a co dziwniejsza Liébeault zaznacza, że ludzie młodzi zwłaszcza kobiety łatwiej usypiają, dzieci zaś i starzy trudniej. Nie mamy pod tym względem osobistego doświadczenia, dzieci nie usypialiśmy nigdy, choć widzieliśmy jak je usypiali inni, raz zaś usypialiśmy otrzymując lekki sen hypnotyczny pewną damę 60-kilkoletnią.

Co do związku wrażliwości hypnotycznej z pewnym określonym stanem nerwowym zdania są bardzo podzielone. Podług Charcota i Ladame'a hysteryczki usypiają bardzo łatwo i głęboko (Charcot usypiał tylko hysteryczki), podług innych alkoholicy i anemiczni (Heidenhain), wycieńczeni (Brémaud) równicż łatwiej. Podług Beaunisa hysteryja i nerwice wogóle nie sprzyjają sztucznemu somnambulizmowi (zdanie zbyt absolutne). Według naszego skromnego doświadczenia stosując usypianie u hysteryczek otrzymywaliśmy zawsze u tych chorych uśpienie, w 2-ch zaś przypadkach byliśmy zadziwieni szybko występującą (po 1 — 2 minutach) i głębokiego stopnia dosięgającą hypnozą. O ile element psychiczny odgrywał tu rolę (hysteryczki wiedziały o co nam idzie) trudno rozstrzygnąć.

Raz jeden tylko usypialiśmy w celu doświadczenia osobę zdrową, kobietę młodą 20-letnią, której warunki somatyczne sprawdziliśmy przez badanie uprzednie, u której przez wywiady i w dziedzicznych warunkach nie można było wykryć żadnych śladów nerwowości, budowy silnej, pod względem umysłowym średnio lecz normalnie rozwiniętą i która nie miała najmniejszego pojęcia o hypnotyzmie, ani o celu naszych manipulacyj. Nie uprzedzając jej aby skupiła uwagę, kazaliśmy jej usiąść i położywszy obie ręce na głowę po kilku minutach otrzymaliśmy somnambulizm bez możności odpowiadania na nasze pytania, lecz ze stwierdzeniem ich zrozumienia przez poruszanie głową; po obudzeniu zaś niepamięć zupełną i skurcz powiek przez czas dość długi około 10 minut trwający, tak iż otwieranie oczu w ciągu tego czasu było niemożliwe, pomimo wszelkich wysiłków woli. Wprawdzie jedno takie doświadczenie nie rozstrzyga kwestyi. Potwierdzają je jednak spostrzeżenia Liébeaulta, który, jak utrzymuje, usypiał przez suggestyją silnych wieśniaków, ludzi zupełnie zdrowych i nigdy nie chorujących, Bottey [1]) zaś usypiał 30 kobiet zdrowych, których warunki zdrowia określał uprzednio. Jeśli doświadczenie powyższe nie rozstrzyga kwestyi wrażliwości hypnotycznej w stanie zupełnego przynajmniej na pozór zdrowia, to zdaje się dowodzić, że udział świadomej woli, oraz skupienie uwagi na

[1]) Bottey: Le magnétisme animal. Etude critique et experimentale sur l'hypnotisme ou sommeil nerveux provoqué cher les sujets sains. Paris 1884. str. 11.

idei snu nie są koniecznemi warunkami usypiania. U Braida [1]) znajdujemy również przykład uśpienia jego własnego służącego w warunkach takich, że nie wiedział o co Braidowi chodzi. Braid kazał mu zwrócić uwagę na doświadczenie chemiczne.

Przechodząc więc do psychicznych warunków przy pierwszem usypianiu zdaje się, że współudział świadomy pacyjenta nie jest niezbędny przy hypnotyzowaniu. Dowodzi tego hypnotyzowanie obłąkanych przez Aug. Voisina, dzieci opierających się, lub osób, które mają interes w niepoddawaniu się hypnozie (obserwacyja X u Fontana i Segarda l. c.). W ogóle przy ocenianiu wpływu psychicznego na powstawanie hypnozy, trzeba ze stanowiska psychologicznego odróżniać zwykłą sferę świadomości od sfery nieświadomej, w których jedne i też same władze psychiczne mogą być z sobą w sprzeczności. Ze wszystkiego powyższego wypada, że dziś jeszcze niema znaków po którychby niezależnie od próbnej hypnotyzacyi można było wykazać istnienie lub nie istnienie wrażliwości hypnotycznej. Posługując się hypnoskopem p. Ochorowicza wykrywaliśmy zazwyczaj u osób wrażliwych zmiany miejscowe czucia więcej in plus, niż in minus, chociaż sposób działania fizyjologiczny tego narzędzia jest nieznany i Bernheim otrzymał też same rezultaty, zastępując hypnoskop z magnesu, hypnoskopem z innego obojętnego materyjału.

Podług prof. Cybulskiego (l. c. str. 65) wrażliwość hypnotyczna zależy od pewnych zaburzeń w czynnościach mózgowych i podług wszelkiego prawdopodobieństwa od zboczeń w działaniu impulsów tamujących na ośrodki świadomych czynności mózgu. Podług Brown-Séquarda zapewne od łatwości wywoływania inhibicyi w ośrodkach świadomych czynności mózgu.

Sposoby hypnotyzowania.

„Liczba ich i rozmaitość odejmują im wszelkie znaczenie specyficzne. Można powiedzieć ogólnie, że wszystkie sposoby są dobre, jeśli działają na ustrój usposobiony“ tak mówi P. Richer [2]).

---

[1]) Braid. Neurypnologie ou som. nerveux trad. francaise, str. 25.
[2]) P. Richer l. c. str. 519.

Dzielą je na I. Środki fizyczne.
II. Środki psychiczne.

Co do I. Środki fizyczne są to podniety na zmysły działające, co zaś do natężenia ich działania, to mogą być albo podniety słabe dłużej działające, albo silne, krótkotrwałe. Podniety te mogą działać drogą wszystkich zmysłów.

a) Na wzrok najczęściej stosowane. Tu należy wpatrywanie się w oczy, robienie pociągów przed twarzą (stary sposób Mesmera), wpatrywanie się w przedmiot błyszczący w odległości 15 — 20 ctm. od oczu umieszczony (sposób Braida), lub niebłyszczący np. palec operatora (sposób Charcot'a) co się równa zbieżności gałek ocznych (usypianie ślepych przez Braida). Jeśli wpatrywanie trwa krócej wywołuje katalepsją, jeśli dłużej letarg (u hysteryczek Charcota). Są znane przypadki samo-hypnotyzowania czytając lub przeglądając się w zwierciedle. Tu należy także lekki nacisk mechaniczny gałek ocznych używany w Selpêtrière dla przeprowadzenia z jednego okresu hypnozy w drugi. Nagłe i silne wrażenia wzrokowe np. światło Drummonda lub elektryczne wywołuje katalepsję u hysteryczek Charcota.

b) Na słuch: słabe, monotonne szmery np. chód zegarka (Weinhold, Heidenhain), dźwięk monotonny, słaby tamburyna wywołuje letarg Charcota; lub nagły niespodziany odgłos np. uderzenie w gong, czyli t. zw. tam—tam wywołuje w Salpêtrière stale katalepsją u hysteryczek hypnotyzowanych; toż samo nagłe dźwięki muzyki,

c) Przez dotyk: pociągi magnetyzerów z dotykaniem skóry lub w pewnej odległości (podług Ch. Richeta słabe drażnienie skóry wywołuje somnambulizm, lecz zdaje się, że tu czynnik psychiczny wspomaga działanie wrażeń dotykowych). Pewne łagodne podrażnienia skórne np. pocieranie vertex zmienia formę snu katalepsyją na somnambulizm (sposób Charcota). Przez słabe długotrwałe pocieranie skóry na jednej stronie głowy Heidenhain, Grützner i Berger otrzymywali hypnozę jednostronną z nadpobudliwością nerwowo mięśniową.

Pitres (l. c.) wynalazł ograniczone miejsca na skórze, drażnienie których albo wywołuje hypnozę, albo przejście z jednego okresu hypnozy w drugi. Pitres znajdował je na różnych częściach ciała, około stawów u podstawy palców w liczbie zmiennej od 4—50 u jednej hysteryczki. Sposób roz-

mieszczenia ich zmienny, nie mają one żadnego związku z hemianestezyją, mogą być bardzo małe. Nazwał je Pitres zones hypnogènes. Drażnienie ich polega na uciskaniu palcem, pocieraniu pędzlem, działaniu ciepła lub zimna. Pitres odróżnia 3 odmiany zones hypnogènes:

1) Z. h. simples. t. j. takie, których drażnienie wywołuje stale jedną fazę hypnozy.

2) Z. h. à effets successifs przy ucisku których faza snu jest proporcyjonalna do stopnia ucisku.

3) Z. h. à effets incomplets, których ucisk na jawie nie wywołuje hypnozy, lecz ucisk w hypnozie może zmieniać jej fazy.

Zones hypnogènes przedstawiają tę osobliwość, że ucisk na nie przez osobę która je posiada nie wywołuje żadnego skutku.

Do innych bodźców na dotyk działających zaliczyć można zbliżenie do skóry na odległość kilku ctm. magnesu (Landouzy 1879, Chambard i Féré). Widziałem 30-kilkoletniego mężczyznę histeryka, który usypiał za zbliżeniem magnesu w formie wielkiej podkowy do epigastrium, dostawał zaś przykurczenia w kończynie, do której tenże magnes zbliżano, jak również za dotknięciem gałki maszyny statycznej będącej w ruchu.

Słabe strumienie elektryczne (Weinhold — Eulenburg) mogą rownież wywołać hypnozę, wreszcie podług Pitresa w kilku wypadkach dotknięcie pewnych metali. W tego rodzaju próbach osoba poddana doświadczeniu nie powinna wiedzieć o co chodzi i niczego się nie spodziewać.

d) Przez zmysł węchu w Salpêtriere wywołano hypnozę dając piżmo do wąchania.

e) Przez zmysł smaku udało się Féré'mu zahypnotyzować za pomocą lekkiego drażnienia gardzieli; nie jest jednak pewny, czy nie było jednocześnie przy wpatrywaniu się zbieżności gałek ocznych.

Wreszcie wspomnieć musimy, że D-r Babiński przenosi za pomocą magnesu pewną fazę hypnotyczną najczęściej somnabulizm z osoby często hypnotyzowanej i łatwo podlegającej hypnozie, na osobę poraz pierwszy usypianą. Potrzeba do tego sposobu hypnotyzowania dłuższego czasu.

Różne środki fizyczne usypiania wywierają działanie różne na różne osoby i zdanie wyżej wymienione Richera trzeba przyjmować z pewnem zastrzeżeniem, t. j. że nawet

przy usypianiu poraz pierwszy jeden sposób fizyczny może łatwiej hypnozę spowodować niż inny. Przytem mają one niewątpliwy wpływ na fazę hypnozy, którą wywołują, tak np. stare manipulacyje dotykowe wywołują najczęściej somnambulizm, sposób Braida letarg lub katalepsyją, silne wrażenie wzrokowe lub słuchowe katalepsyją.

II. Środki psychiczne. Już oddawna zauważono i przeceniano nawet wpływ osoby hypnotyzującej. Faktem jest wszakże, że niektórzy hypnotyzerowie hypnotyzują łatwiej niż inni. Zależyć to może w części od fizycznych warunków osoby, jej ciepła i t. p., lecz w znaczniejszej niewątpliwie mierze od wpływu wywieranego na psychiczną stronę pacyjenta, na jego wyobraźnią. Można nawet powiedzieć, że ile razy ktoś ze świadomością tego co ma nastąpić poddaje się hypnotyzowaniu, to wyobraźnia tak nastrojona wspomaga działanie i hypnoza jest poczęści wynikiem nastroju psychicznego. W nieobecności nawet hypnotyzera sama myśl, że tenże hypnotyzuje u osób bardzo wrażliwych i już hypnotyzowanych, może w niektórych wypadkach sprowadzić hypnozę, jak tego przytaczają przykłady Eliotson (1846 r.) i Bernheim w nowszych czasach, jak tego składali dowody somnambulicy Puységura, wpadający w somnambulizm za dotknięciem drzewa namagnetyzowanego, lub hysteryczka Charcot'a, która wpadała w hypnozę, dotykając klamki, o której jej powiedziano, że została zahypnotyzowaną. Ztąd niektórzy autorowie wpadli w przesadę, utrzymując, że wyobraźnia jest wszystkiem (Bernheim). Jestto przesada przynajmniej o ile się tycze wyobraźni świadomej, bo chociażby nie było dokładnem doświadczenie z hypnotyzowaniem we śnie (Berger za pomocą trzymania ogrzanych płyt nad głową), lub hypnotyzowanie śpiących dzieci przez Liébeaulta, to jak wytłomaczyć hypnotyzowanie zwierząt? Wypadki zabezpieczenia od usypiania za pomocą amuletów, jak również przez suggestją daną, w hypnozie dają się wytłomaczyć działaniem tych środków na wyobraźnią nieświadomą

Wspomnieliśmy już, jaki jest udział świadomej woli przy hypnotyzowaniu wbrew woli poraz pierwszy. U osób, które już były hypnotyzowane i których sposoby oddziaływania na różne sposoby hypnotyzowania są znane, bardzo łatwo wywołać hypnozę, stosując wzmiankowane sposoby bez świadomego współdziałania psychicznego osoby na którą się działa. Znane jest, jako codzienne doświadczenie

w Salpêtrière, usypianie niespodziane hysteryczek hypnotyzowanych bądź to przez naciśnięcie jednej z zones hypnogènes, bądź przez skierowanie nagłe w oczy światła elektrycznego lub niespodziane uderzenie w gong, które powoduje stan kataleptyczny. Przekonałem się także o możności wywołania hypnozy za pomocą przyłożenia ręki do głowy podczas ataku wielkiej hysteryi z zupełną utratą przytomności u hysteryczek poprzednio już w ten sposób hypnotyzowanych. Typem usypiania przez wrażenie psychiczne jest usypianie przez suggestyją słowną. Féré objaśnia działanie suggestyj jako wywołujące pewną ideę np. snu, każda zaś idea jest wyobrażeniem, każde wyobrażenie przypomnieniem wrażenia poprzedniego. Usypianie zatem przez suggestyją równałoby się usypianiu przez bodziec fizyczny, nie realny wprawdzie, lecz wspomniany. Hypnoza zatem może być otrzymana albo przez wrażenie obwodowe lub ośrodkowe, psychiczne.

Jeśli zwrócimy się jeszcze do fizyjologów po objaśnienie aktu usypiania, to Brown-Séquard tak się wyraża: „Akt początkowy, mówi Brown-Séquard, z pomocą którego pewna osoba pogrąża się w hypnozę, jest tylko podrażnieniem obwodowem (zmysłów lub skóry) lub podrażnieniem ośrodkowem (wpływ pewnej idei lub wzruszenia), które wywołuje zatamowanie (inhibicyją) lub spotęgowanie (dynamogenią) dynamizmu czynnościowego w pewnych punktach mózgu, rdzenia i innych części ukł. nerwowego.“ (Gazette hebdomad. 1882, str. 137).

Budzenie.

Otrzymuje się albo przez wrażenie obwodowe lub ośrodkowe psychiczne. Wybór sposobu budzenia odpowiada do pewnego stopnia sposobom usypiauia. Najczęstszem jest budzenie przez dmuchnięcie w oczy i czoło hypnotyka (sposób najczęściej używany w Salpêtrière). Dmuchanie za pomocą ust może być zastąpione dmuchaniem za pomocą miecha (Dumontpallier). Gdy ten sposób nie udaje się, unosi się powieki i dmucha prosto w oczy silnie. Jeśli i to zawodzi, uciska się jajnik (u hysteryczek). Pitres wykrył u hysteryczek istnienie ograniczonych miejsc skóry, których podrażnienie budzi z hypnozy. Najczęściej znajdują się one na vertex, na czole i około stawów. Usypiając za pomocą przyłożenia ręki lub pociągów magnetycznych, budzi się

przez ruchy poprzeczne. Prawdopodobnie możnaby budzić przez bodźce specyjalne działające na inne narzędzia zmysłów np. wzrok lub słuch. Lecz niewiadomo nic pewnego pod tym względem. Budzenie przez suggestyją słowną ma miejsce w hypnozie otrzymanej za pomocą suggestyi.

Jest zatem paralela między środkami usypiającemi i budzącemi, są to zawsze podrażnienia skórne, zmysłowe lub psychiczne. To zbliżenie najbardziej się uwydatnia u pewnych hysteryczek, u których istnieją ograniczone miejsca skóry np. na vertex, mające jednocześnie podwójne własności, mianowicie: przez ich podrażnienie można to wywołać hypnozę, to przez powtórne podrażnienie obudzić z niej.

Względy, któremi sam się kierowałem przy wywoływaniu hypnozy w celu terapeutycznym są następujące:

1) Wybierać manipulacyje najmniej męczące osobę hypnotyzowaną;

2) W wyborze rodzaju manipulacyj mieć na względzie powiązanie jej z pewnem wyobrażeniem, zabezpieczającem od nadużyć samowolnych hypnotyzowania ze strony osoby hypnotyzowanej, najlepiej więc z osobą operatora.

3) W wyborze manipulacyj uwzględniać do pewnego stopnia fazę snu, którą pragnęlibyśmy osiągnąć. Ponieważ w celach terapeutycznych najpożądańszym jest somnambulizm, jako dający pole do działania za pomocą suggestyj, doświadczenie zaś wykazało, że somnanbulizm otrzymuje się albo za pomocą suggestyi słownej u osób usposobionych, lub też za pomocą wrażeń dotykowych, najlepiej więc wszystkim powyższym wymaganiom zadosyć uczynić może usypianie za pomocą położenia ręki na głowę lub pociągi (passes).

Co do budzenia, przestrzegam też bardzo ściśle, aby ono było dokładne. Osoba obudzona dokładnie nie powinna doświadczać najmniejszego ciężaru głowy lub odrętwienia ogólnego, powinna owszem czuć się bez porównania lepiej niż przed zasnięciem. Zarzuty, które hypnotyzacyja jako taka dźwiga na swoich barkach, zdaniem mojem w znacznej części mają swe źródło w niewłaściwych sposobach usypiania i budzenia. Widziałem w Paryżu 17-letniego ucznia, który popadał dobrowolnie w somnambulizm w następstwie hypnotyzowania przez szkolnego kolegę i nierozbudzania dokładnego.

Objawy hypnotyzmu.

W obszerniejszym zakresie pojmując hypnotyzm nie tylko jako sen hypnotyczny (pojęcie bardziej ograniczone), lecz jako stan usposabiający do działania przez suggestyją na jawie (pojęcie obszerniejsze), wypadałoby oddzielić objawy hypnozy od objawów hypnotyzmu w ogóle. W danej chwili mamy zamiar zająć się tylko objawamy hypnozy, lecz z góry uprzedzić musimy, że mimo tylu badań w tym kierunku, z powodu braku w tych badaniach metody, dalecy jeszcze jesteśmy od wyczerpującego obrazu symptomatologii hypnozy. Aby otrzymać wolne od postronnych przymieszek objawy hypnozy należałoby, zdaniem naszem, z jednej strony poddać znaczną liczbę osobników, przedstawiających różnorodne warunki somatyczne i psychiczne (mamy tu na myśli choroby) działaniu jednego sposobu hypnotyzowania. Wtedy w różnicach otrzymanych odbiłyby się tylko różnice indywidualne. Z drugiej strony należałoby poddać odpowiednią pierwszej liczbę osób przedstawiających możliwie jednorodne warunki somatyczne i psychiczne wszelkim znanym sposobom hypnotyzowania. Wtedy otrzymane różnice wykazałyby nam w znacznej części różnice działania różnych sposobów usypiania. W części różnicę potrzebaby położyć na karb indywidualności, hypnotyzm bowiem ma ten przywilej, że różnice indywidualne kładą na jego objawach swe piętno w wyższym jeszcze zdaje się stopniu niż na wszelkich innych objawach fizyjologicznych lub patologicznych. Że do dzisiaj jeszcze w opisach objawów hypnozy u różnych autorów spotykamy tak wielkie rożnice, to zależy, jak słusznie twierdzi Charcot, od tego, że każdy z badaczów opisując z całą szczerością osoby, które obserwował, uważa się za posiadacza całej prawdy i wątpi o objawach, których sam nie spostrzegał. Nie chcąc zapuszczać się w krytykę tej niezgodności, sądzimy, mówi Féré (l. c. str. 75), że da się ona odnieść do dwóch głównych przyczyn:

1) Odmiennego stanu chorych, którzy służą do doświadczeń. 2) Odmiennych sposobów hypnotyzowania stosowanych u tych chorych.

Jeżeli szkoła Salpêtrièrowska, mówi dalej Féré, doszła do wyników zgodnych nietylko między sobą lecz i z wynikami innych badaczów (Tamburini, Sepilli etc.), to dla tego, że całą staranność zwróciła ku określeniu warunków somatycznych osób i sposobów hypnotyzowania (modus operandi).

Te dwa warunki zawierają całą metodę, którąśmy wyżej w 6 punktach podług P. Richera przytoczyli. Jakto już było wspomniane, symtomatologija hypnozy podana przez Charcot'a odnosi się tylko do hypnozy hysteryczek i badania dokonywane były na niewielkiej liczbie (12) chorych dotkniętych wielką histeryją. Jest to t. zw. wielki hypnotyzm, typ klasyczny, w którym starano się odszukać i uwydatnić objawy somatyczne, psychiczne zaś w celu badania i kontroli poddawać objektywacyi. Obok spostrzeżeń Charcot'a mamy opisy objawów hypnozy podane przez szkołę w Nancy, która robi spostrzeżenia na znacznej liczbie osób o warunkach somatycznych i psychicznych różnych za pomocą zawsze jednego sposobu t. j. przez suggestyją słowną hypnotyzowanych. Jest to t. zw. mały hypnotyzm w którym objawy psychiczne są główne, somatyczne zaś schodzą na drugi plan, coraz więcej nabierając podobieństwa do snu zwyczajnego. Z góry przewidzieć można, że różnice muszą być znaczne, lecz zdaniem naszem niezależnie od różnych teoretycznych pojęć fakta same nietylko nie są sprzeczne, ale się wzajemnie dopełniają. Hypnotyzm podobny do tego jaki spostrzegają Liébeault i Bernheim jest pospolitszym, gdy hypnotyzm Charcota spotyka się wyjątkowo. Dla ścisłości jednak metody i ponieważ przyjęto go uważać za klasyczny, poświęcamy hypnotyzmowi hysteryczek Charcota pierwsze miejsce.

Objawy wielkiego hypnotyzmu.

1) Nadpobudliwość nerwowo-mięśniowa. Jest to podług Charcot'a najważniejszy objaw somatyczny stanu letargicznego. Badanie w tym stanie mięśni życia zwierzęcego wykazuje, że nabyły one własności kurczenia się pod wpływem mechanicznego bodźca wprost na nie działającego, a nawet zachowywania nabytego skurczu (kontraktury czyli przykurczenia). Wszystkie mięśnie prążkowane kurczą się, pod wpływem bodźca, nie wyłączając mięśni krtani, przyczepów przepony, mięśni brzusznych i piersiowych tak, że trzeba zachować to w pamięci, aby uniknąć niepokojących a nawet groźnych objawów. Co do natury bodźca, może on być pocieraniem, nagniataniem, uderzaniem mięśni za pomocą czy to ręki, czy narzędzia. Magnes z pewnej odległości sprowadza również skurcz mięśni. Tenże skutek można otrzymać przez uderzenie w ścięgno, tak np. uderzenie w ścięgno kolanowe wywołuje wstrząśnienie a nawet przykurczenie w mięśniach

odpowiedniej połowy ciała. Nacisk na pień nerwowy lub jego gałąź powoduje skurcz stały w mięśniach przez ten nerw zaopatrywanych.

Charakterystyczną dla przykurczenia letargicznego jest ta okoliczność, że ustępuje ono stopniowo pod wpływem trakcyi, lecz gdy rysunki myograficzne i kardiograficzne wykazują drżenie członka i nieregularność oddechania u udających (symulantów), przykurczenie letargiczne istotne ustępuje natomiast powolnie, stopniowo, a rytm oddechania nie ulega przytem żadnej zmianie. Jeśli stawić przeszkodę do wykonania ruchu członka do jakiego go zmusza skurcz mięśni pobudzanych, to przykurczenie ogarnia w większym stopniu mięśnie antagonistyczne. Przykurczenie letargiczne zostawione swemu losowi, albo ustępuje po obudzeniu, lub przejściu w inną fazę hypnozy, lub też pozostaje po obudzeniu mając wszelkie cechy zwykłego przykurczenia histerycznego. Aby je znieść potrzeba chorą pogrążyć powtórnie w stan letargiczny i pocieraniem pobudzić mięśnie antagonistyczne. Objaw Westphala, przykurczenie paradoksalne istnieje w wysokim stopniu przy nadpobudliwości mięśniowej letargicznej. Przy zgięciu zaś grzbietowem stopy, łagodnem i mechanicznem pobudzeniu mięśni wyprostnych następuje przykurczenie stopy w położeniu zgięcia. Czyli, że pobudzanie mięśni wyprostnych przenosi się na zginacze. Erlenmeyer zaproponował zatem zamienić nazwę „przykurczenie paradoksalne“ na przykurczenie przez rozprzestrzenienie na mięśnie antagonistyczne. Ten objaw występujący w wysokim stopniu u hysteryczek i przy nadpobudliwości letargicznej, tłómaczy dla czego niektórzy tego rodzaju chorzy, zachowują położenie przymusowe kończyny wywołane nagłym wysiłkiem, np. rzuciwszy kamień, dostają przykurczenia ramienia.

Przykurczenie jednostronne może być przeniesione symetrycznie na stronę drugą, pod wpływem magnesu, metali, elektryczności (transfert). Jeśli sztucznie, za pomocą np. opaski Esmarcha, powstrzyma się dopływ krwi do kończyny, to pobudzanie mechaniczne mięśni tej kończyny spowoduje przykurczenie, ale skryte (latens), które się nie objawi wcześniej, aż po zdjęciu opaski uciskającej, a pozostając ukrytem, może być przeniesione na drugą stronę pod wpływem magnesu (Charcot, Richet). Toż samo przy pobudzaniu mięśni, znajdujących się pod działaniem magnesu, przy-

kurczenie nie objawi się w nich, tylko w mięśniach, odpowiednich po stronie przeciwnej.

Działanie magnesu na przykurczenie obustronne, nie powoduje przeniesienia (transfert), lecz inne zjawisko, któremu nadano nazwę polaryzacyi [1]), jeśli poddamy np. działaniu magnesu obie kończyny przykurczeniem dotknięte, zaczynają one szybko drżeć, potem następują w nich drgawki prawdziwe, po wybuchu których przykurczenie znika.

Nadpobudliwość nerwowo-mięśniowa nie dosięga jednakowego stopnia natężenia u wszystkich chorych; u jednych ogranicza się ona tylko do wzmożenia odruchów ścięgnistych, u drugich jest skłonność do przykurczenia, lecz bez wyraźnej lokalizacyi; wreszcie objaw najciekawszy, wykazujący pewne powinowactwo stanu na jawie pewnych chorych z objawami hypnotycznemi, spotyka się u wielu hysteryczek, u których można na jawie wywołać przykurczenie ugniatając mięśnie, uderzając w ścięgno, lub naciskając na pnie nerwowe. Te przykurczenia na jawie mają zupełnie te same cechy co przykurczenia letargiczne, ustępują bowiem przez pobudzenie antagonistów i ulegają przenoszeniu za pomocą magnesu (transfert). Wielu autorów, Charcot i Richer [1]), Brissaud i Richet [2]), Heidenhain, Tamburini i Sepilli [3]) obserwowali nadpobudliwość letargiczną nerwowo-mięśniową na jawie. Niekiedy tylko różnią się te przykurczenia wywoływane na jawie bolesnością. Zdolność zatem do wytwarzania przykurczeń nie stanowi objawu specyjalnego letargu u pewnej przynajmniej liczby chorych. Co do istoty przykurczeń zależnych od nadpobudliwości nerwowo-mięśniowej, Charcot uważa je za objaw zwrotny. Pobudzenie przebiega po łuku diastaltycznym, utworzonym przez nerw czucia, ośrodek nerwowy i nerw ruchu. Dowodem tego działanie inhibicyjne mięśni antagonistów na przykurczenie, wtedy nawet gdy te mięśnie antagonistyczne ułożone są po obu stronach linii środkowej, np. mięśnie obojczyko-sutkowe. Musi tu mieć miejsce pewien rodzaj interferencyi, która tylko w ośrodkach nerwowych, w mózgu lub rdzeniu

---

[1]) A. Binet et Ch. Féré, La polarisation psychique. (Revue philosophique 1885).

[1]) l. c. Arch. de neurologie, 1881—82.

[2]) Faits pour servir à l'histoire des contractures. (Progrès Medical 19, 23, 24, 1880).

[3]) l. c. str. 273.

może przyjść do skutku. Dowodzi tego działanie pewnych jadów na ośrodki nerwowe, jak np. wdychania eteru lub chloroformu, przyczem wszelki ślad nadpobudliwości mięśniowej znika. (P. Richer).

Streszczając da się powiedzieć, że nadpobudliwość nerwowo-mięśniowa stanowi najważniejszy objektywny charakter stanu letargicznego. Polega ona na wzmożeniu oddziaływania mięśni, nerwów, nawet ośrodków nerwowych na bodźce mechaniczne. Nie ulega wszakże wątpliwości, że podobne oddziaływania mogą się pojawiać w stanie letargicznym u niektórych osób pod wpływem powierzchownych pobudzeń skóry lub kości w sąsiedztwie przyczepów mięśniowych. Nietrzeba się dziwić, że się je spotyka niekiedy w innych stanach hypnotycznych i u niektórych hysteryczek na jawie, w słabym zaś stopniu jako wzmożenie odruchów prawidłowych i w innych stanach patologicznych układu nerwowego.

2) Plastyczność kataleptyczna. Cechą charakterystyczną stanu kataleptycznego jest nieruchomość. Hypnotyk w tym stanie zachowuje wszelkie nadawane pozycyje. Przy poruszaniu jego członków nie wykrywa się najmniejszego oporu, są one jakby lżejsze. Oczy są szeroko otwarte, spojrzenie nieruchome, fizyjonomja bez wyrazu. Zachowanie pozycyi nadanych nie trwa dłużej nad 10—15 minut. Człowiek silny udający (symulant) mógłby uczynić to samo. Lecz dane graficzne zebrane za pomocą aparatów piszących nałożonych jeden na kończynę wyciągniętą, drugi na piersi dla mierzenia krzywizn oddechowych wykazują: że kończyna w stanie katalepsii opada zwolna i linja spadku jest zupełnie prawidłowa. W tymże czasie linja oddechowa wykazuje oddech bardzo powierzchowny i spokojny. U udającego kończyna drży, oddech się przyśpiesza i staje się nieregularny. W Salpêtrière odróżniają ściśle prawdziwą katalepsję od stanów kataleptoidalnych, które można spostrzegać w innych stanach hypnozy. Gdy np. podniesie się rękę hypnotyka w stanie letargu lub somnambulizmu nawet i podtrzyma się ją chwilę w powietrzu zanim się ją puści, ręka może pozostać w położeniu nadanem. Nie jestto jednak katalepsyja tylko przykurczenie in situ, dowodem tego, że ustępuje pod wpływem massażu i przedstawia pewien opór przy zmianach położenia. W stanie kataleptycznym naciskając na mięśnie, ścięgna lub nerwy, nietylko nieotrzymuje się przy-

kurczenia, lecz zwolnienie mięśni, a w końcu nawet porażenie. Porażenie kataleptyczne wykrył i opisał P. Richer (l. c. str. 610). Wykazał on, że mięsień porażony straciwszy swoje napięcie wydłuża się, pozostawiając antagonistom przewagę. W ten sposób paraliżując mięśnie zginacze, kończyna zwraca się w kierunku wyprostnym. Z tego powodu położenia kataleptyczne w ten sposób wywołane są wprost przeciwne położeniom wywołanym w letargu przez pobudzenia tych samych ruchowych punktów. Tylko ponieważ nie ma tu miejsca przykurczenie, zatem nowe położenie nie wytwarza żadnej sztywności. Faradyzacyja miejscowa znosi szybko porażenie kataleptyczne, gdy pozostało ono po obudzeniu. Pobudzenie antagonistów i suggestyja modyfikują je znacznie trudniej.

Magnes przenosi położenia kataleptyczne z jednej strony na drugą (transfert) po kilku minutach.

Możliwem jest ograniczyć katalepsją do jednej połowy ciała. Doświadczenie to zostało pomyślane i wykonane w Salpêtrière przez Descourtis'a 1878 r. Jeśli zamknąć jedno oko kataleptykowi np. prawe, wtedy lewa połowa ciała przechodzi w letarg, prawa zaś zostaje w katalepsii. Z lewej strony kończyny opadają ciężko, gdy się je uniesie, pobudzenie mechaniczne wywołuje przykurczenie, z prawej strony członki zachowują nadane położenie, pobudzenie mechaniczne pozostaje bez skutku.

Można również skombinować katalepsją z somnambulizmem, jeśli jedną połowę ciała wprowadzi w letarg, a następnie w somnambulizm przez pocieranie vertex [1]).

Magnes przenosi te stany połowiczne (transfert), a jeśli to przeniesienie odnosi się do hemiletargu i hemikatalepsii, to otrzyma się hemiletarg przy otwartem oku, a hemikatalepsją przy oku zamkniętem.

Braid pierwszy zaznaczył stosunek harmonijny położenia ciała do wyrazu fizyjonomii. Trzeba również zanotować stosunek położeń kataleptycznych do objawów intellektualnych. Jeśli się wywoła u kataleptyka hallucynacyją lub nada impuls, to stałe położenie nadane członkom ustępuje miejsca skoordynowanym ruchom działającym zgodnie z treścią hallucynacyi lub impulsu. Gdy hallucynacyja słabnie i kończy się, lub impuls wyczerpuje, kataleptyk unierucha-

[1]) Dumontpallier et Magnin. Bul. de la Soc. de Biologie 1882, str. 147.

mia się napowrót. Ten stosunek zaburzeń psychicznych do zaburzeń ruchowych jest prawidłem w katalepsii.

3) Nadpobudliwość skórno-mięśniowa jest cechą charakterystyczną somnabulizmu wielkich hysteryczek. Jeśli na znaczniejszej przestrzeni spowodować podrażnienie skóry lekkiego stopnia, najczęściej jak się to czyni w Salpêtière przez podmuch wywołany poruszaniem ręki w pewnej od skóry odległości, to się otrzymuje przykurczenie, ograniczone wprawdzie zwykle do pewnego odcinka kończyny, lecz nie mające nigdy tego ścisłego umiejscowienia anatomicznego jak przykurczenie letargiczne. Sposób usuwania tego przykurczenia różni się także od sposobu usuwania przykurczenia letargicznego. Nie znika ono pod wpływem pobudzenia antagonistów, lecz pod wpływem takiegoż samego lekkiego podrażnienia skóry (przez podmuch) z pewnej odległości ponad mięśniami antagonistami. Przykurczenie somnambuliczne może również być przenoszone za pomocą magnesu (transfert). Skłonność do przykurczeń za pomocą podrażnień skórnych rozprzestrzenia się na całą powierzchnię ciała, lecz można ją ograniczyć do pewnej okolicy, podrażniając w rozmaity sposób pokrywy czaszki [1]). Pocierając np. vertex w stanie kataleptycznym przeprowadza się hypnotyka z tego stanu w stan somnambuliczny, lecz jeśli pociera się vertex tylko z jednej strony, otrzymuje się hemisomnambulizm umiejscowiony w połowie ciała odpowiedniej; jeśli zaś palcem lub ciałem tępem naciska się tylko bardzo ograniczone miejsce pokryw czaszki w okolicy ośrodków ruchowych, otrzymuje się somnambulizm częściowy to połowy twarzy, to kończyny górnej lub dolnej po jednej stronie, to całej twarzy, lub obu kończyn górnych lub dolnych. Zdaje się, że do wytłomaczenia tego zjawiska przyjąć należy istnienie t. zw. zones réflexogènes na pokrywach czaszki, których pobudzenie działa na odległość drogą zwrotną. Tak np. Heidenhain u niektórych hypnotyków pociągając fałdę skórną w okolicy kręgów szyjowych wywoływał jęk zależny od głośnego wydechu, Dumontpallier zaś drażniąc skórę na głowie wywoływał ruchy proste lub skrzyżowane, które, wydawało się napozór, jakoby zależały od pobudzenia ośrodków ruchowych. Wszystkie te doświadczenia dowodzą tylko, że u hypnotyków istnieje wielka liczba punktów,

[1]) Ch. Féré et A. Binet Société de Biologie 19 Juillet 1884.

szczególniej na skórze głowy, które są w stanie nadpobudliwości.

4) Zmiany w krążeniu i oddechaniu. Wyniki graficznych poszukiwań nad zmianami w krążeniu i oddechaniu dokonane przez Tamburiniego i Sepillego zgadzają się z wynikami poszukiwań w tym kierunku dokonanych w Salpêtrière. W stanie letargicznym i somnambulicznym oddechy są powolne, głębokie i nie różnią się od oddechania w stanie prawidłowym, z wyjątkiem pewnego antagonizmu, jaki się wywiązuje w hypnozie między oddechaniem brzusznem a piersiowem.

W katalepsii zato oddechanie zmienia się znacznie, jest ono powierzchownem i nadzwyczaj powolnem, a od czasu do czasu wstrzymuje się.

Pod wpływem magnesu zbliżanego do epigastrium w stanie letargicznym powstaje głęboki wydech z następującym głębokim wdechem; na typ oddechania kataleptycznego magnes nie wywiera wpływu.

Poszukiwania wspomnianych wyżej włoskich autorów nad krążeniem, dokonywane przy pomocy pletysmografu Mosso i sfygmografu powietrznego, wykazały w stanie letargicznym powiększenie objętości przedramienia, czyli rozszerzenie naczyń, w katalepsii zaś przeciwnie zwężenie naczyń.

5) Objawy podmiotowe. Zmiany hypnotyczne w stanie czucia ogólnego i w czynnościach intellektualnych nie były dotąd przedmiotem badań dość ścisłych w ogólnym zakresie. Istnieją pod tym względem tylko oddzielne spostrzeżenia.

A) Stan zmysłów. Przechodzi różne stopnie od znieczulenia do nadczułości. W letargu wszystkie zmysły działać przestają z wyjątkiem niekiedy słuchu, jak to ma miejsce i we śnie zwykłym. W katalepsii zmysły budzą się częściowo, szczególniej zaś czucie mięśniowe odzyskuje całą swą dzielność; w somnambulizmie wreszcie zmysły nie tylko są rozbudzone, lecz stają się nadczułe w sposób nadzwyczajny, jak tego mamy dowody jeszcze w spostrzeżeniach Braida. Somnambulicy czuć mogą np. dmuchnięcie dokonane ustami z odległości wielu metrów, odróżniają np. 2 ukłucia cyrkla Webera przy rozstawieniu jego odnóg na odległość 6 razy mniejszą, niż potrzeba przy czuciu prawidłowem na jawie (Berger). Pole widzenia może być zdwojone, równie

jak siła wzroku, węchem mogą się posługiwać do odnalezienia kawałków karty, którą dano do powąchania a następnie podarto i zmięszano z innemi (Tagnet). Słuch może być tak zaostrzony, że mogą słyszeć rozmowę prowadzoną na innem piętrze (Azam). Wszystkie te fakta wszakże choć ciekawe, lecz nie są powiązane i nie były dotychczas przedmiotem oddzielnego systematycznego badania.

B) Stan pamięci. Zbadano do tej pory stan pamięci w somnambulizmie, w którym jest ona również zaostrzoną jak narzędzia zmysłów. Pamięć po obudzeniu zachowuje się inaczej, niż pamięć podczas snu hypnotycznego. Ten sam fakt spostrzega się i we śnie zwyczajnym. Hypnotyk po obudzeniu nie przypomina sobie zazwyczaj tego, co się działo podczas snu hypnotycznego; przeciwnie w uśpieniu pamięć jego obejmuje wszystkie fakta na jawie zaszłe, podczas uśpień poprzedzających i we śnie obecnym. Exaltacyja pamięci w somnambulizmie przewyższa niekiedy zadziwiająco pamięć zwykłą na jawie.

Somnambulicy powiada Richet przypominają sobie w najdrobiazgowszy sposób miejscowości widziane kiedyś, fakta wydarzone w ich obecności. Somnambulik może recytować wiersze lub śpiewać arje, których najzupełniej niepamięta po obudzeniu. Pewna młoda dziewczyna znajdowała się w stanie somnambulicznym w gabinecie prof. Charcot, gdy przybył prof. Parrot lekarz szpitala dla dzieci, zapytano wtedy somnambuliczkę o nazwisko przybyłego; wymieniła je odrazu. Po obudzeniu zapewnia zrazu, że przybyłego nie zna zupełnie, lecz przypatrzywszy mu się dobrze oświadcza, że o ile sobie przypomina jest to chyba lekarz szpitala dla dzieci. Przepędziła ona jakiś czas w tym szpitalu gdy miała 2 lata wieku, od tego czasu zapomniała zupełnie lekarza, który ją tam leczył, w somnambulizmie jednakże przypomniała sobie natychmiast jego nazwisko. Exaltacyja pamięci w somnambulizmie wskazuje, że pamięć konserwacyjna jest daleko większa, niż pamięć reprodukcyjna, czyli wspomnieniowa. Widocznem jest, że w wielu przypadkach gdy sądzimy że ślad pewnych wrażeń zatarł się zupełnie w naszym umyśle, spoczywa on tam jeszcze, brakuje nam tylko siły do wywołania wspomnienia i jest prawdopodobnem, że w hypnozie lub pod wpływem innych bodźców, na które bylibyśmy wrażliwi, moglibyśmy kazać ożyć wspomnieniu, zamarłemu napozór.

Z tego się okazuje, że hypnoza ożywia szczególniej pamięć wspomnieniową. Co zaś do pamięci konserwacyjnej Féré i wielu badaczów innych, każąc powtarzać somnambulikowi szeregi cyfr przeczytanych raz jeden przedtem, nie przekonali się, aby somnambulik mógł zapamiętać większą ich ilość niż na jawie.

Wzmocnienie pamięci w somnambulizmie można porównywać ze wzmocnieniem pamięci we śnie zwyczajnym. Znaczna liczba faktów wykazuje nam, że podczas marzeń sennych widzi się osoby, lub słyszy nazwiska, niegdyś znajome, lecz o których zapomniało się zupełnie. Alfred Maury [1]), przytacza wiele przykładów tego odżywania starych wspomnień u śpiącego.

Porównanie między snem hypnotycznym i snem zwykłym może być rozciągnięte i na objawy, które mają miejsce po obudzeniu. Każdy wie, że zapomnienie marzeń sennych jest prawie stałym faktem, jeśli się ich nie utrwali przez opowiadanie innej osobie. Toż samo, t. j. zapomnienie po obudzeniu jest następstwem każdej głębszego stopnia hypnozy; zapomnienie to jest nawet większe, niż po śnie zwykłym, wystarcza jednak naprowadzić na drogę wspomnień somnambulika po obudzeniu, aby przypomniał sobie wszystko, co podczas somnambulizmu miało miejsce.

Podobne fakta spotykają się i w patologii np. chory może sobie przypomnieć akt spełniony w napadzie t. zw. absence épileptique po przejściu napadu. Stałą regułą wszakże dla hypnozy głębszego stopnia jest amnesia po obudzeniu. Widocznie zatem hypnoza sprowadza zaburzenia pamięci. Lecz te zaburzenia są więcej powierzchowne, niżeli głębokie; odnoszą się tylko do pamięci reprodukcyjnej, pamięć zaś konserwacyjna pozostaje nietkniętą, dowód na to, że w następnej hypnozie odżywają wspomnienia poprzedniej.

C). S t a n i n t e l l e k t u a l n y hypnotyków nie daje się łatwo określić. Można powiedzieć, że stan intellektualny odpowiada stanowi czucia. W letargu stan psychiczny redukuje się do zera. W katalepsii intelligencyja zaczyna się budzić. Charakterystyczną cechą katalepsii jest a u t o m a t y z m, niekiedy w katalepsii już intelligencyja na tyle się rozbudza że pozwala działać przez suggestyją słowną. W każdym razie umysł kataleptyka posiada tę samą giętkość co

[1]) A. Maury. Le sommeil et les rêves 9-en édition. Paris 1865.

jego członki—plastyczność ideacyi. Suggestyjom dawanym oprzeć się on w tym stanie nie może. Słusznem jest twierdzenie że w stanie kataleptycznym ginie poczucie osobistości, brakuje „ja" kataleptycznego.

Znpełnie innym jest somnambulik. Nie jest on automatem. Ci, co tak utrzymują, nie widzieli chyba nigdy stanu somnambulicznego. W somnambulizmie zachowuje się charakter osoby i dla tego psychiczny stan somnambulika określono nazwą état second lub condition seconde, aby go odróżnić od stanu na jawie. Istnieje „ja" somnambuliczne, sąd, zmysł krytyczny, nawet dowcip i wola. W tym stanie zjawiają się także dobrowolnie marzenia, w których stosunek z operatorem zostaje zerwany, jest więc możność inicyatywy. Somnambulizm jest stanem najwięcej znaczenia mającym dla medycyny sądowej. W nim również zdolność odbierania suggestyj dosięga największego rozwoju.

Dwa są typy somnambulizmu: bierny i czynny. W pierwszym hypnotyk zachowuje się biernie, mniej ma inicyjatywy własnej; odpowiada tylko na pytania, ma przytem świadomość zupełną osób i miejsc i żadne słowo wymówione przy nim nie uchodzi jego baczności. W somnambulizmie czynnym hypnotyk zachowuje się czynnie, wstaje, przechadza się, rzuca spojrzenia, bierze inicyjatywę w rozmowie, rozprawia o doświadczeniach hypnotycznych, które są na nim robione, w ogóle nie robi wrażenia osoby uśpionej lecz obudzonéj.—Niema różnicy stanowczej między życiem somnambulicznem większości chorych i ich życiem zwykłem. Żadna z władz intellektualnych nie opuszcza hypnotyka w somnambulizmie. Można tylko powiedzieć, że stopień nastroju psychicznego jest odmiennny—istnieje nadpobudliwość psychiczna. Okazuje się to wyraźnie we wzruszeniach. Jest rzeczą bardzo łatwą pobudzić somnambulika zarówno do śmiechu jak do płaczu. Ton mowy, nawet gdy się mówi o rzeczach obojętnych powodować może ten sam skutek. Odbierając suggestyje somnambulik poddaje je dysskusyi, domaga się motywów, niekiedy stanowczo im się opiera. Opór szczególniej się uwydatnia w spełnianiu odbieranych rozkazów; z mniejszym oporem ulega hallucynacyjom narzuconym, ponieważ hallucynacyje mniej naruszają osobowość. Somnambulicy zdolni są do kłamstwa. Pitres przytacza przykład pewnej kobiety, której w somnambulizmie dał suggestyją zabicia swojej sąsiadki. Po speł-

nieniu przestępstwa postawił ją, zawsze w somnambulizmie, przed sądem, oświadczyła ona wtedy, że niepopełniła żadnego przestępstwa i dopiero po długich przemowach zarzucona pytaniami, przekonana dowodami wyznała swoje przestępstwo [1]). Te fakta dowodzą, że wbrew często powtarzanym zdaniom, somnambulik nie jest nieświadomym automatem, pozbawionym sądu, możności rozumowania, dowolności intellektualnej. Zupełnie przeciwnie, pamięć jego jest wyborna, intelligencyja żywa, wyobraźnia nadmiernie pobudzona. Somnambulicy mogą nawet w tym stanie wykonywać zadania intellektualne, do których niebyliby zdolni na jawie. Co się tycze jeszcze jednej własności intellektualnej hypnotyków, zdolności odbierania suggestyj, to o tem będzie mowa obszerniej przy rozbiorze suggestyi.

D) Objawy czucia obiorczego (rapport) zjawiają się w somnambulizmie jeśli pocieranie vertex dokonane zostało przez dotknięcie ręki operatora i wtedy otrzymuje się t. zw. somnambulizm z istnieniem „stosunku“ jeśli zaś pocieranie vertex dokonane było ciałem martwem np. kawałkiem papieru somnambulizm obojętny. Somnambulizm z istnieniem „stosunku“ ma miejsce i wtedy jeszcze gdy się usypia za pomocą pociągów magnetycznych lub przez suggestyję, a jeśli się daje suggestyję terminową usypiania np. że dana osoba uśnie o oznaczonej godzinie to i wtedy somnambulizm powstający w nieobecności operatora przedstawia zjawisko „stosunku.“ Nadto jeśli somnambulizm jest obojętny wystarcza dotknąć ręki somnambulika, aby wytworzyć „stosunek.“ Wpływ osoby hypnotyzera przeceniany niegdyś, zanadto zaniedbany został od czasów Braida. Nie ulega wątpliwości. że „stosunek“ może nie istnieć nigdy u pewnych osób, lecz jest stałym u innych. Zresztą prócz „stosunku” wywołanego przez manipulacye operatora; jest jeszcze stosunek naturalny czyli dobrowolny. Dla tego pewne osoby łatwiej mogą być usypiane i łatwiej poddają się suggestyjom dawanym przez pewnego operatora zwłaszcza gdy tenże usypiał je już przedtem. Ten wpływ jednej osoby na drugą uwydatniający się w somnambulizmie jest tylko spotęgowaniem faktu zwykłego psychologicznego, pewnego pociągu lub wstrętu do pewnych osób bez przyczyn wyrozumowanych. „Stosunek,“ podług Richera ma

[1]) Pitres. De la suggestion hypnotique Bordeaux. 1880 str. 60.

swe źródło w nadczułości dotykowej, i jeśli w somnambulizmie obojętnym dwie osoby dotkną każda jednej ręki somnambulika, to „stosunek" objawi się w połowie ciała do każdej z osób. „Stosunek" może być przeniesiony na inną osobę przez dotknięcie ręki operatora. Tylko ten kto jest w „stosunku" może usunąć przykurczenie somnambuliczne, nawet pozostając niewidzialnym. Również w razie istnienia „stosunku", tylko ten kto go posiada może dawać suggestyje. „Stosunek" może zniknąć pod działaniem magnesu na głowę somnambulika.

Trzy stany hypnotyczne (Charcot'a).

1. Stan letargiczny. Otrzymuje się pierwotnie usypiając za pomocą wpatrywania w palec operatora (jak to czynią w Salpêtriére), lub następczo ze stanu kataleptycznego przez przymknięcie powiek lub wprowadzenie kataleptyka do ciemnego miejsca.

Często, gdy poddana doświadczeniu hysteryczka wpada w stan letargiczny, słyszeć można szmer krtaniowy i na ustach pojawia się nieco piany. W tejże chwili następuje zwolnienie wszystkich mięśni jak u zasypiającego snem głębokim. Badanie wykrywa zupełną analgesią skóry i błon śluzowych. Narzędzia zmysłów wyjątkowo mogą zachować działalność w małym stopniu, lecz wszelkie usiłowania oddziaływania w tym stanie czyto za pomocą przestrachu lub suggesyi słownej pozostają najczęściej bezskuteczne. Gałki oczne są zwrócone zwykle ku górze lub na wewnątrz a w powiekach przymkniętych można zauważyć lekkie drżenie. Odruchy ścięgniste są wzmożone; nadpobudliwość nerwowo-mięśniowa istnieje w różnym stopniu i może być albo ogólna albo częściowa, umiejscowiona np. w kończynach górnych lub dolnych z wyłączeniem twarzy.

2) Stan kataleptyczny. Powstaje albo pierwotnie pod wpływem nagłego i silnego wrażenia wzrokowego lub słuchowego, lub przez wpatrywanie się przez czas krótszy niźli potrzebny do wywołania letargu (jak w Salpêtrière często robią usuwając palec z przed oczu hypnotyzowanego prędzej niż kiedy idzie o wywołanie letargu). Powstaje też wtórnie ze stanu letargicznego przez uniesienie powiek w miejscu oświetlonem.

W stanie kataleptycznym hypnotyk jest nieruchomy, oczy ma szeroko otwarte, spojrzenie nieruchome, łzy zbie-

rając się po upływie pewnego czasu spływają po policzkach. Dosyć często łącznica i rogówka są znieczulone. Kończyny i całe ciało zachowują niekiedy dość długo nadane, choćby trudne do utrzymania w stanie równowagi statycznej, położenia. Przy poruszaniu kończyn i całego ciała kataleptyka nie natrafia się na żaden opór. Odruchy ścięgniste są zniesione. Nadpobudliwość nerwowo-mięśniowa nie istnieje. Analgesia zupełna, lecz niektóre zmysły zachowują w części przynajmniej swoją działalność (czucie mięśniowe, wzrok, słuch). To rozbudzenie do pewnego stopnia zmysłów pozwala często wpływać na kataleptyka przez suggestyją i wywoływać impulsy automatyczne i hallucynacyje oraz ruchy skoordynowane odpowiednie treści hallucynacyi lub impulsu, po wyczerpaniu których kataleptyk popada znowu w nieruchomość.

3) Stan sztucznego somnambulizmu. Powstaje u hysteryczek Charcota przez pocieranie vertex w stanie kataleptycznym. Może być także w niektórych przypadkach otrzymany pierwotnie przez użycie dawnych manipulacyj magnetyzerów, pociągów lub dotykań, albo przez suggestyję słowną i często hypnotyk przechodzi wtedy przez kilka stopni słabszej hypnozy wprzód zanim dojdzie do somnambulizmu.

Bardzo zawikłane objawy tego stanu nie poddają się łatwo analizie. Przy poszukiwaniach czynionych w Salpêtrière starano się przedewszystkiem zaznaczyć cechy odróżniające somnambulizm od 2-ch stanów poprzednich.

Oczy u somnambulików mogą być zamknięte lub otwarte, powieki najczęściej drgają zlekka; jeżeli somnambulik pozostawiony sam sobie zachowuje się jak śpiący, to zwolnienie mięśni jest mniejsze niż w stanie letargicznym. Nadpobudliwość nerwowo-mięśniowa nie istnieje, lecz za to za pomocą lekkich podrażnień skóry można wywołać pewne stężenie mięśni, które różni się od przykurczenia letargicznego tem, że nie ustępuje przy pobudzeniu antagonistów, od nieruchomości kataleptycznej zaś przez pewien opór spotykany przy poruszaniu kończyn lub tułowia w celu nadania pewnego położenia. Z powodu tego oporu nazwano wywołane w somnambulizmie stężenie mięśni stężeniem kataleptoidalnem lub pseudo-kataleptycznem.

Istnieje analgesia skórna, lecz jednocześnie znaczne

spotęgowanie pewnych rodzajów czucia skórnego, czucia mięśniowego i niektórych zmysłów (wzrok, słuch, węch). Jest łatwą rzeczą wywołać w tym stanie przez suggestyją hallucynacyje lub akty bardzo niekiedy skomplikowane.

Przez lekki nacisk na gałki oczne u somnambulika można zamienić somnambulizm na letarg, lecz przez uniesienie powiek, gdy są przymknięte, i puszczenie promienia światła nie można wywołać stanu kataleptycznego.

Na zarzuty spotykające Charcota ze strony innych badaczów, którzy nie mogli odtworzyć u wielkich histeryczek ani pojedyńczych charakterystycznych objawów, ani 3-ch stanów Charcota odpowiada szkoła Salpêtrièrowska, że:

Opisy Charcota były robione z natury.

Że były sprawdzone i przez innych choć mniej licznych badaczów jak np. Tamburini i Sepilli, jesli poddawali oni hysteryczki tym samym sposobom operacyjnym.

Że wreszcie i w Salpêtrière, używając innych manipulacyj u tych samych chorych, na których Charcot otrzymywał 3 stany hypnotyczne, można było otrzymać odmienne objawy. I tak przenosząc hemi-katalepsyją na drugą połowę ciała za pomocą magnesu można otrzymać katalepsyją przy zamkniętym oku. Podobnież można sztucznie usunąć nadpobudliwość nerwowo-mięśniową w głębokim letargu, zbliżając magnes do głowy hysteryczki w stanie zwykłym letargicznym; letarg wtedy w ten sposób się zmodyfikuje, że mięśnie pozostaną w rezolucyi, lecz ani mechaniczne bodźce na nerwy, mięśnie, ścięgna działające, ani nacisk na zones hypnogènes lub hysterogènes nie wywoła śladu skurczów mięśniowych, a otworzenie oczów nie spowoduje katalepsii. Wreszcie Ch. Féré zauważył, że nadpobudliwość nerwowo-mięśniowa nie jest objawem wyłącznie letargu, bo w wielkiej hysteryi może się przytrafiać i na jawie. Podług zaś Ch. Richet'a objawy nerwowo-mięśniowe letargu i somnambulizmu często się mięszają, podczas gdy stan kataleptyczny zachowuje swoje cechy, nawet objawy nerwowo-mięśniowe mogą być stale też same, bez względu na fazę hypnotyczną.

Dumontpallier, Magnin i Bottey zaznaczają również tę mięszaninę obu rodzajów przykurczeń. Pobudzenie skóry lub mięśni daje niekiedy powód do powstawania jednego objawu mięśniowego we wszystkich stanach hypnotycznych. Pobudzenie zaś to może być b. słabe: chód zegarka, szmer telefonu, podmuch wiatru, promień światła padającego na

skórę, krople eteru lub wody ciepłej puszczane na nią. Też same bodźce są w stanie również usunąć przykurczenie istniejące poprzednio.

Podział zatem na 3 stany u znaczniejszej liczby hysteryczek hypnotyzowanych wcale nie istnieje. Liczba też stanów może się zmieniać. Liczba ich 3 nie jest stałą. Jak to wykazał Dumontpallier i jego uczniowie, można wykryć stany przejściowe, mięszane pod względem objawów, które prawdopodobnie dałyby się ustalić użyciem odpowiednich manipulacyj. Można zatem utworzyć 6, 9 stanów w wielkim hypnotyzmie a nawet większą ich liczbę. Hypnotyzm nie jest nerwicą dobrowolnie powstającą, jest on stanem nerwowym doświadczalnym, objawy więc jego mogą się zmieniać stosownie do rodzaju manipulacyi, które go wytwarzają. Niezależnie od tego w obrazie symptomatologicznym wielkiego hypnotyzmu może brakować tego lub owego objawu jak zresztą w zbiorze objawów każdej choroby.

Doktryna zatem 3-ch stanów zawiera tylko część prawdy. Opis Charcota nie miał na celu przedstawienia hypnozy hysterycznej we wszelkich jej postaciach i odmianach. W epoce, w której był robiony chodziło przedewszystkiem o wykazanie rzeczywistości pewnej liczby objawów hypnotycznych, o dowody, że istnieje pewien stan nerwowy doświadczalny; wybór więc padł na osoby, które mogły przedstawiać ten stan nerwowy w postaci najdosadniejszej (wielkie hysteryczki). Zresztą celem nie było danie opisu skończonego, lecz wykazanie, że hypnotyzm może być badany za pomocą najwyszukańszych procederów klinicznych i fizyjologii doświadczalnej. Metoda stosowana w tym celu zachęciła do badania hypnotyzmu nawet tych, którzy z powodu braku tej metody do czasów Charcot'a nigdyby się hypnotyzmem nie zajmowali, jako czemś nieokreślonem, ścisłemu badaniu nie podlegającem. *(d. c. n.)*

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

117. Rosenheim. **O kwasach zdrowego i chorego żołądka podczas trawienia wodanów węgla.** (Ueber die Säuren des gesunden u. kranken Magens bei Einführung von Kohlehydraten. Arch. Virch. B. CXI. H. 3).

Przedmiotem pracy tej jest zbadanie kwestyi, jakie kwasy znajdujemy w zawartości żołądka przy wprowadzeniu do żołądka zdrowego i chorego rozmaitych ilości i rozmaitego rodzaju wodanów węgla.

Ewald i Boas byli pierwsi, którzy doświadczalnie na ludziach kwestyję tę badali. Badania te posiadają charakter czysto fizyjologiczny, nie uwzględniają bowiem wcale przypadków chorobowych. Rezultaty, jakie otrzymali Ewald i Boas, dając osobnikom zdrowym naczczo 60 grm. bułki i wodę, są następujące: kwas mleczny powstający z fermentacyi (Gährungsmilchsäure) przy spożywaniu wodanów węgla powstaje nader prędko, ilość tego kwasu wzrasta podczas pierwszych 30, 40 minut przebywania pokarmu w żołądku, zaś wolny kwas solny naówczas wykryć się jeszcze nie daje [1]). Dalej następuje okres, w którym napotykamy obydwa kwasy (solny i mleczny) w zawartości żołądka, w końcu zaś aż do chwili opuszczenia żołądka przez pokarm napotykamy jedynie kwas solny.

Gdyby więc sądzić z pozoru, trzeba by myśleć, że kwasy te poniekąd się wykluczają i wzajemnie zastępują. Tak jednak nie jest, gdyż Ewald i Boas, badając za pomocą 1, 2 procentowego klajstru wodnego, przekonali się, że w zawartości żołądka znajduje się wtedy jedynie kwas solny i to już po upływie 10 minut.

Rosenstein zastanawia się nad metodą badania, jaką stosowali Ewald i Boas i odnajduje w niej liczne niedokładności. Ewald i Boas stosowali dla wykrycia kwasów znane odczynniki, jak błękit metylowy, tropeolina, rodanek potasu z octanem żelaza (odcz. Reoch Moor'a) — dla wykrycia kwasu solnego, dla wykrycia zaś kwasu mlecznego — odczynów Uffelmana (kwas karbolowy z półtorachlorkiem żelaza). Dla dokładnych badań odczyny te nie są wystarczające, gdyż małych ilości kwasów nie wykrywają, a w badaniach tych chodzić powinno o dokładne oznaczanie ilości i przyrody kwasów, znajdywanych w żołądku. Liczne zarzuty, jakie wielu autorów podniosło przeciwko tym odczynnikom, są bardzo uzasadnione i przyznać należy że w pracach ścisłych wyłącznie na odczynnikach tych polegać przy badaniu nie można.

Cahn i Mehring w cennej swej pracy nietylko stwierdzili

---

[1]) Badanie wykonane w pracowni D-ra Rejchmana przypomniały fakt, że w bułce zawsze znajdujemy dość znaczne ilości kwasu mlecznego, który powstaje przy kiśnięciu (fermentacyi) pieczywa. Fakt ten tak łatwo mogący być sprawdzonym i tak rzucający się w oczy, uszedł jednakże uwagi takich badaczów, jak Ewald i Boas. Przez ref. był on zaznaczony w artykule „Kilka słów o przypadkach upośledzonego wydzielania soku żoł." (Gaz. Lek. 1887. N. 16) i w artykule „Ueber die nicht carcinomatösen Fälle von gänzlich aufgehobener Absonderung, d. Magensäure. (Berl. Klin. Woch. 1887. N. 30). Autor streszczanej pracy również nie zwraca uwagi na stosunkowo znaczne ilości kwasu mlecznego, z bułką do żołądka wprowadzonego, i okoliczność tę zupełnem pomija milczeniem.

słuszność owych zarzutów lecz podali metodę jakkolwiek zawiłą i kłopotliwą jednak ścisłą, dozwalającą kwasy znajdujące się w zawartości żołądka oddzielić i badać ich przyrodę i ilość z możliwą dokładnością.

Rosenheim tę właśnie metodę wybrał dla swoich badań. Metoda badania wprowadzona przez Cahna i Mehringa polega na tem, że z zawartości żołądka (t. j. przesączu) usuwa się przedewszystkiem kwasy lotne (octowy, masłowy i inne) za pomocą przekraplania i w destylacie oznacza się ilość za pomocą miareczkowania. Pozostały po przekropleniu przesącz (w pierwszych porcyjach destylatu już otrzymujemy wszystkie kwasy lotne i manipulacyję przerywamy) kłócimy z 500 ct. sz. eteru przynajmniej 8 razy, ciągle świeżego używając eteru. W ten sposób wyciąga się cały kwas mleczny całkowicie i następnie z eteru oznacza się ilościowo za pomocą miareczkowania. Dla dokładności tworzył Rosenheim mleczan wapnia (pod mikroskopem—igły mleczanu wapnia) i oznaczał nadto obecność kwasu mlecznego za pomocą odczynnika Uffelmanna. Reszta kwaśnego płynu, pozostała po skłóconiu z eterem, mogła być uważaną, podług Cahna i Mehringa, za kwas solny i wprost oznaczaną za pomocą miareczkowania. (Obecnie wiemy, że tak nie jest, gdyż często w tej reszcie, np. w przypadkach raka bardzo często, znajduje się związek kwasu solnego z białkiem, a więc oznaczać kwaśnego tego związku, jako wolny kwas solny, niepodobna. Ref.). Dla dokładności tworzył Rosenheim kilkakrotnie związek kwasu solnego z cinchoniną i oznaczał chlorek cinchoniny.

Badania swoje autor wykonywał na 4 osobach zdrowych i 12 chorych, z liczby których 10 cierpiących na żołądek. Autor postępował zawsze w sposób następujący. Zrana wprowadzał do czczego żołądka miękki zgłębnik o szerokim dolnym wylocie, który umożebniał przejście przezeń zawartości czczego żołądka, jeżeli takowa się znajdowała, i dokładne przepłukanie. Poruszanie zgłębnikiem łącznie z lekkim uciskiem okolicy dołka podsercowego wystarczało najzupełniej, aby otrzymać zawartość składającą się z cząstek pokarmowych, śliny, mass śluzowych i t. d. Brak zawartości dowodził, że żołądek funkcyjonuje należycie pod względem mechanicznym, zdrowy bowiem żołądek naczczo bywa zupełnie pusty. Następnie łączono zgłębnik z przyrządem lewarowym i dopóty przepłukiwano letnią wodą (28°), dopóki płyn przedstawiał jeszcze jakieś męty lub strzępki, poczem zgłębnik wydobywano, a po upływie kilku minut dawano t. z. próbne śniadanie, które zalecano dobrze przeżuwać. Po upływie pewnego czasu zawartość w sposób powyżej opisany wydobywano i badano. Oto rezultaty badania, do jakich dochodził autor przy stosowaniu 50 grm. bułki i 150 grm. ciepłej wody u osobników zdrowych:

1) Ilość kwasów, znajdujących się w zawartości żołądka, badanej kilkakrotnie u jednego osobnika, w jednakowych okresach trawienia, ulega wahaniom dość znacznym. Porównywając jednakowe okresy trawienia u różnych osobników znajdujemy

nietylko różnice w absolutnych ilościach kwasów ale i różną sprawność mechaniczną, różną prędkość całego przebiegu sprawy trawienia. Na wodanach węgla więc sprawdza się to, co dla pokarmu białkowego znaleźli różni badacze (Cahn, Rotschild).

2) Kwas solny zjawia się w zawartości żołądka przy wprowadzeniu doń wodanów węgla, bardzo wcześnie i w znacznej ilości. Ilość ta dochodzi do 0,1% i taką prawie pozostaje aż do przejścia zawartości do dwunastnicy.

3) Kwas mleczny wykryć się daje we wszystkich okresach trawienia wodanów węgla. Ilość kwasu mlecznego pozostaje dość stałą, w końcu zaś trawienia nieco się wzmaga, nie dochodzi jednak 0,1%. Ilość kwasu mlecznego we wszystkich okresach trawienia wodanów węgla jest mniejszą od ilości kwasu solnego.

4) Kwasy lotne zawsze są obecne w ilościach nieznacznych.

5) W zawartości żołądka błękit metylowy nie wykrywa 0,04% kwasu solnego, a odczynnik Uffelmana (karbolowożelazny) dopiero 0,018% wykryć był w stanie. W miarę powiększania się ilości kwasu solnego, odcz. Uffelmana coraz słabiej wykazywał obecność kwasu mlecznego, w końcu nie był wstanie wykryć nawet tak znacznych stosunkowo ilości, jak 0,05%.

Następna seryja doświadczeń dotyczy, chorych na „nieżyt przewlekły żołądka," „nieżyt z rozstrzenią żołądka," „wrzód drążący żołądka," „nieżyt przewlekły z nadkwaśnością miazgi pokarmowej," nareszcie chorych na „raka żołądka." Wnioski, do jakich dochodzi Rosenheim w tej seryi doświadczeń, są następujące:

1) W warunkach patologicznych również wykazywać się daje kwas solny nawet we wczesnych okresach trawienia (? Ref.).

2) W przypadkach nieżytu z rozstrzenią lub bez takowej, zostawanie się kwasu solnego nie przedstawia nic charakterystycznego. W jednym przypadku ilość kwasu solnego była stale nieco zmniejszoną (mniej niż 0,1% wynoszącą).

3) Czasami już po upływie 15 minut stopień kwaśności, zależny od kwasu solnego, wynosi więcej, niż 0,1%. Jest to „nadkwaśność" (hyperaciditas). W tych przypadkach ilość kwasu mlecznego nie ulega zmniejszeniu, jest równą ilości, napotykanej u zdrowych w tych samych okresach trawienia.

Przebieg cały sprawy trawienia bywa w przypadkach „nadkwaśności" dość szybki.

4) We wczesnych okresach napotykamy nieraz małe bardzo ilości kwasu solnego (w przypadkach raka). Naówczas ilość kwasu mlecznego wzrasta bardzo znacznie. Objaw ten nie jest jednak patognomoniczny dla raka żołądka.

Wogóle więc wnioskować można, zdaniem autora, o pewnych stanach chorobowych, gdy przy wyżej opisanej metodzie badania, znajdujemy a) we wczesnych okresach trawienia ilość kwasu solnego większą niż zwykle (np. 0,1%), lub też odwrot-

nie mniejszą niż w warunkach fizyjologicznych (np. 0,01%), b) gdy trawienie przebiega znacznie dłużej niż normalnie np. gdy po upływie 2 godzin jeszcze znajdujemy cząstki pokarmowe w żołądku.

W dalszym ciągu swej pracy przytacza R. doświadczenia, jakie wykonał na kilku osobnikach zdrowych i 1 chorej („ulcus ventriculi cum ectasia") w sposób następujący: osobnik badany zamiast bułki i wody otrzymał 25 gramów czystego krochmalu i 5 gramów cukru w 200 gramach wody. Ilość ta krochmalu i cukru odpowiada ilościom zawartym w 50 gramach bułki. Mieszaninę tę, po zagotowaniu i ostudzeniu, badane indywidua przyjmowały naczczo w warunkach wyżej zaznaczonych. Autor przekonał się, że w tej seryi doświadczeń wydzielanie kwasu solnego, zarówno w stanie zdrowia jak choroby, znacznie było mniejsze niż w seryi poprzedniej. Zastanawiającą jest rzeczą nieznaczne wytwarzanie się kwasu solnego u zupełnie zdrowego osobnika, (przy stosowaniu tego rodzaju badania), u którego cały przebieg trawienia mógł być dokładnie zbadany. Ilość kwasu mlecznego również była bardzo nieznaczna. Pomimo słabego zakwaszania zawartości żołądka, przechodzenie jej do dwunastnicy odbywa się szybko i dokładnie: już po upływie minut 90 nic nie można było wydobyć z żołądka. Przypadek wrzodu z rozstrzenią cechował się jedynie niezwykle małą ilością kwasu solnego, dłuższym przebiegiem trawienia i nieco znaczniejszą ilością kwasów lotnych.

Ostatni wreszcie szereg doświadczeń cechował się tem, że osobnikom badanym po dokładnem przepłukaniu żołądka, wlewano za pomocą zgłębnika letni odwar z 25 grm. czystego krochmalu w 200 gramach wody, zgłębnika nie wyjmowano podczas przebiegu sprawy trawienia i polecano spluwać zbierającą się w jamie ustnej ślinę do podstawionego naczynia. Po upływie pewnego czasu zawartość wydobywano.

Tu również przekonał się autor, że wydzielanie kwasu solnego jest nieznaczne i większe niż w drugiej seryi (krochmal + cukier + woda) lecz znacznie mniejsze niż w pierwszej (bułka + woda).

Przechodząc do uwag ogólnych, Rosenheim zaznacza, że różnica ta w ilościach wydzielanego kwasu solnego podczas trawienia rozmaitych wodanów węgla, zależy od różnej ich strawności. Wiadomą jest rzeczą, że różne pokarmy stanowią też różnej siły bodźce fizyjologiczne do wydzielania soku żołądkowego. W bułce prócz krochmalu znajduje się skórka, obfitująca w dekstrynę i korzenne dodatki. (Autor zapomina zupełnie o białku roślinnem—glutenie, który, jako taki, stanowi niemałej wagi bodziec dla wydzielającej błony gruczołowej! Ref.). Wyżej wymienione części składowe bułki, zdaniem autora, pobudzają energiczniej błonę śluzową. Słaby wpływ klajstru wodnego na wydzielanie soku żołądkowego objaśnia autor tem, że jest to bodziec czysto mechaniczny. Interesującem jest, że autor znajdował podczas trawienia pokarmów czysto krochmalnych w zawartości żołądka—kwas mleczny wbrew zdaniu Ewalda

i Boasa, którzy w tym razie nie widzieli wytwarzania się kwasu mlecznego.

Autor tłómaczy ten fakt tem, że w fałdach błony śluzowej mieszczą się resztki śliny z działającą w nich ptyaliną, pomimo bowiem wielokrotnych (6—8) przepłukiwań jeszcze w 7 lub 8 litrze przepłuczyn znajdują się bardzo znaczne ilości zaczynu cukrotwórczego. Wytwarzanie więc maltozy z krochmalu objaśnić można łatwo pomimo, że autor, jak wiadomo, wyłączał podczas sprawy trawienia działanie śliny. Co się zaś tyczy kwasu mlecznego, to i ten powstaje również wskutek obecności w fałdach błony śluzowej — drobnoustrojów, wywołujących fermentacyję mleczną. Drobnoustroje rozwijają się, gdyż znajdują dobrą glebę w wytwarzanej z krochmalu maltozie i cukrze gronowym. Autor przekonał się, że zarówno działaniu cukrotwórczemu, jak powstawaniu kwasu mlecznego z maltozy bynajmniej nie szkodzą dość znacznie ilości kwasu solnego. Nawet 0,07% kwasu solnego nie przeszkadzało działaniu cukrotwórczemu i fermentacyi mlecznej; kwas mleczny powstawał nawet w końcowych okresach trawienia, gdy ilość kwasu solnego dochodzi do cyfr poważnych. W końcu pracy zastanawia się autor nad wartością tego rodzaju badania pod względem rozpoznawczym. Sztucznym mieszaninom krochmalu, cukru i wody odmawia R. wartości, poleca natomiast próbne śniadanie, składające się z 25 gramów bułki i 150 gramów wody, jako dające wyniki stosunkowo najlepsze, gdyż, bądź co bądź, mamy tu do czynienia z pokarmem, który w sposób normalny pobudza sprawę wydzielania soku żołądkowego i mechaniczną czynność żołądka.

Ignacy Grundzach.

118. Ritter i Hirsch. **O kwasach soku żołądkowego (?) i ich stosunku do wrzodu chronicznego w przypadkach blednicy i niedokrwistości.** (Ueber die Säuren des Mageusaftes (?) u. deren Beziehung zum Magengeschwür bei Chlorose u. Anämie. Zeit. f. Klin. Med. B. XIII. H. 5.)

Autorowie starali się rozwiązać pytanie, czy w przypadkach wrzodu peptycznego, zgodnie z faktami spostrzeganemi przez von d. Pelden'a, Riegel'a, Jaworskiego i innych badaczów, rzeczywiście występuje nadmierne zakwaszanie miazgi pokarmowej, czy rzeczywiście istnieje w przypadkach tych „hyperaciditas“ — „nadkwaśność,“ która, zdaniem tych badaczów, stanowi cierpienie podstawowe, mogące pociągać za sobą powstawanie wrzodu. Ponieważ wrzód chroniczny żołądka stanowi, jak wiadomo, cierpienie, rozwijające się bardzo często na gruncie blednicy i niedokrwistości, Bitter i Hirsch powzięli zamiar użyć w celach doświadczalnych tych właśnie chorych, którzy obok blednicy i niedokrwistości przedstawiali jeszcze pewne dyspeptyczne objawy, pozwalające przypuszczać cierpienie żołądka. Badali również i chorych, w których, według wszelkiego prawdopodobieństwa ścisłości w rozpoznaniu znajdywano wrzód peptyczny, jako chorobę już rozwiniętą wyraźnie.

Aby dojść do pewnych wniosków pod względem wydzielania soku żołądkowego, zakwaszania zawartości żołądka, przy-

rody kwasów w przypadkach chorobliwych, niezbędną jest rzeczą posiadać normę tego wydzielania, znać przyrodę kwasów i stopień zakwaszania zawartości żołądka w warunkach fizyjologicznych. W tym celu różni autorowie różnemi też posługiwali się metodami.

Najprostszą metodą jest dawanie badanym osobom t. z. próbnego śniadania i następne wyciąganie zawartości po upływie pewnego czasu. V. den Velden, Riegel, Jaworski i inni stosowali pokarmy białkowe (białko z jaja kurzego), Ewald—krochmalowe, Cahn—proszek mięsny i t. d. Najprostszem jest w tym razie stosowanie pokarmu mieszanego, gdyż taki właśnie pokarm stanowi najwłaściwszy bodziec do wydzielania soku żołądkowego i mechanicznej czynności żołądka. Wszystkie badane indywidua otrzymywały t. z. próbne śniadanie zrana naczczo, po upływie najmniej 12 godzin od ostatniego przyjęcia pokarmu, gdyż żołądek normalny naczczo bywa pusty i prócz śladów śluzu nic nie zawiera. Śniadanie to składało się z gotowanego mleka, jajek na miękko i bułki lub też z mleka i jajek na miękko, nareszcie w kilku doświadczeniach z samych jajek na miękko.

Zawartość żołądka otrzymywali autorowie przez łączne działanie tłoczni brzusznej i przepony (badany osobnik wydyma się, jak przy akcie defekacyi). Tą drogą udawało się opróżnić żołądek bardzo dokładnie (Ewald i Boas). Autorowie sądzą, że jest to metoda mniej niebezpieczna niż aspiracyjna za pomocą przyrządów ssących, przy tej ostatniej bowiem, zdaniem autorów, częściej występować może krwawienie. Ostrożność ta była tem potrzebniejszą, że autorowie badali i cierpiących na wrzód drążący żołądka, gdzie krwawienie należy do zjawisk powszednich.

Kwaśność określali autorowie za pomocą $^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego, obliczając takową na kwas solny, gdyż, jakkolwiek kwas mleczny zawsze znajduje się w zawartości żołądka, ilość tego kwasu w stosunku do ilości kwasu solnego bywa bardzo nieznaczną i w miarę postępu sprawy chemicznego trawienia stosunek ten, w początku jeszcze dość znaczny, coraz bardziej maleje. Obliczając więc ogólną kwaśność na kwas solny, znaczniejszego błędu nigdy nie popełniamy.

Ponieważ autorom do badania kwasów wypadło stosować znane odczynniki na kwas solny i mleczny, poddają więc je krytyce i przychodzą do przekonania, że najlepszym odczynnikiem na kwas solny jest odczynnik Reoch-Moor'a rodanek potasu+octan żelaza. (Autorom jeszcze nieznany był odczynnik Günzburga—floroglucynowanilina. Ref.). Co się zaś tyczy kwasu mlecznego, to zdaniem Rittera i Hirscha, najlepszym jest odczynnik Uffelmana karbolowożelazny (Eisenchloridcarbol).

Oto są rezultaty, jakie autorowie w swej pracy podają, jako wyniki całego badania:

1) Zarówno najwyższy stopień kwaśności, jak chwila występowania takowego jest, w stanie fizyjologicznym, ceteris paribus, nietylko sprawą indywidualną, ale u tego samego osobni-

ka badanego w różnych dniach ulega wahaniom. Średni stopień kwaśności, odpowiadający pewnemu rodzajowi pokarmu, który to stopień przy stosowaniu pokarmu wyżej wymienionego wynosił około 0,25%, może pod wpływem ogólnych i miejscowych przyczyn uledz zmniejszeniu lub zwiększeniu, około 0,1% wynoszącemu, bez wywołania objawów dyspeptycznych; słowem, tak zwana „szerokość zdrowia“ pozwala zarówno na duże jak na małe ilości kwasów w zawartości żołądka, w pewnych naturalnie granicach.

2) Wrzodów peptycznych żołądka, rozwijających się na gruncie blednicy i niedokrwistości, nie wywołuje nadmierna kwaśność soku żołądkowego res. zawartości żołądka. Więc „nadkwaśność“ nie jest tym sposobem przyczyną powstawania większej części wrzodów chronicznych żołądka.

3) Blednicy i bezkrwistości towarzyszy zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego.

Zmniejszenie to może sprzyjać powstawaniu kwasów organicznych przy wprowadzeniu do żołądka znacznych ilości wodanów węgla.

4) Wrzodowi peptycznemu żołądka nie zawsze towarzyszy nadmierne zakwaszenie zawartości (hyperaciditas), obok wrzodu może istnieć znaczne zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego. (Zdanie to słabo jest udowodnione. Ref.).

5) Nadmierna kwaśność zależna od kwasu solnego napotykająca się przy wrzodzie może zarówno być skutkiem, jak jedną z przyczyn powstawania tego wrzodu.

6) Nadmierną kwaśność napotykamy przy innych cierpieniach żołądka ostrych i przewlekłych.

7) Kwasy organiczne, znajdujące się w żołądku podczas całej sprawy trawienia, w warunkach normalnych w znaczniejszej ilości nigdy nie powstają.

8) Jednorazowe badanie kwaśności miazgi pokarmowej nie posiada większego znaczenia dla sprawy rozpoznawania zaburzeń czynnościowych żołądka. (Szkoda, że autorowie bezwiednie sami błąd ten popełnili. Ref).

9) Próby barwnikowe nie przedstawiają zupełnej pewności i częstokroć zawodzą, jeżeli idzie o dokładne i ścisłe określanie przyrody kwasów i wzajemnego względem siebie ilościowego stosunku. *Ignacy Grundzach.*

119. D-r A. Fiedler. **Choroba Weila.** Zur Weil'schen Krankheit. (*Deut. Ar. f. Klin. Med.* T. 42. IV).

W roku 1886 opisał Weil cztery przypadki cierpienia gorączkowego, w których zbiór objawów i przebieg przedstawiały obraz swoisty prawie, a w każdym razie tak odrębny, że nie można ich było wciągnąć w szemat znanych dziś postaci chorobowych. Najbardziej zbliżały się te przypadki do opisywanej przez Griesingera odmiany żółciowej durzycy (biliöses Typhoid); to też Weil ostatecznie zdecydował się na określenie ich jako przypadki „miejscowej (einheimisch) durzycy żółciowej.“

Nie długo później zjawiły się opisy podobnych przypadków (Goldschmidt, Aufrecht, Wagner), co do których autorzy

zgadzali się bądź z Weilem, bądź też stawiali własne przypuszczenia.

Autor wyżej cytowany, w ciągu ostatnich lat dwunastu miał sposobność spostrzegać 13 przypadków, bardzo zbliżonych do opisywanych przez Weila, które były dlań dotąd zagadką i z nieokreślonem rozpoznaniem—icterus febrilis—oczekiwały wyjaśnienia.

Doniesienie Weila skłoniło autora do ogłoszenia swych spostrzeżeń.

Dla dokładniejszego uwydatnienia omawianej sprawy przytaczamy w krótkości po jednej z historyi choroby z opisu Weila (Deut. Arch. 39) i Fiedlera.

M. W. lat 23, żołnierz, dotąd zupełnie zdrowy, zachorował nagle; dreszcze, ból głowy i zawrot, osłabienie ogólne, rozwolnienie. Na drugi dzień znaleziono: ciepłota 39,7, tętno 104, średniej siły, zlekka dwubitne. Język obłożony, brzuch wzdęty, miękki bezbolesny. Wątroba prawidłowa, śledziona powiększona. Mocz mętny 1009 zawiera sporo białka. W osadzie waleczki szkliste i nabłonkowe, ciałka białe i czerwone.

Następnego dnia (3-ci dzień choroby)—bez zmiany, ciepłota 38,9—39,8°, tętno 100. Podano kalomel.

5-go dnia choroby zauważono lekki odcień żółtaczkowy na białkówkach i skórze, ciepłota spadła do 37,5, T. 76.

Wątroba nie zmieniona, śledziona znacznie powiększona. Moczu 1000 c. sz. zawiera białko i waleczki. Podano roztwór dwuwęglanu sodu.

6-go żółtaczka większa, ból głowy, zawrot, zaparcie stolca, ciepłota 37,4—38,4°, moczu 2000 c. sz.

7-go wysypka (roseola). Ciepłota 37,8—39,2°, w moczu barwniki żółciowe.

Od 8-go dnia stopniowo wszystkie objawy słabną, ilość moczu zwiększona. Ślad białka utrzymuje się w nim jeszcze przez długi czas (2 miesiące).

August Buchman 26 lat, rzeźnik, zachorował nagle. Dreszcze, ból głowy, nudności, osłabienie ogólne, rozwolnienie.

Trzeciego dnia mocne bóle w nogach, a zwłaszcza w łydkach. Tego dnia znaleziono powiększenie wątroby, śledziona prawidłowa, białko w moczu, ciepłota 40°, —40,2°. Czwartego dnia choroby zauważono żółtaczkę. Ciepłota 38,6—39,7. Następnego dnia nasilenie dotychczasowych objawów. 7-go ciepłota (po zniżce poprzedniego dnia 37,—37,8), podnosi się do 38,3°. Białka w moczu dużo. Od 11-go dnia stopniowe słabnięcie wszystkich objawów. Zdrowienie b. powolne.

Przeważna większość opisywanych przypadków dotyczyła mężczyzn w sile wieku (20—46 lat); choroba zdaje się występować głównie wśród gorącej pory lata. Z 12-tu przypadków Fiedlera 9 chorych byli rzeźnikami; inni autorowie nie zauważyli żadnego związku z zajęciem.

Początek choroby jest ostry, gwałtowny, w połowie przypadków bywały dreszcze, albo ziębienie. Do stałych objawów zaliczyć trzeba ból głowy. Wszyscy chorzy robili wrażenie ciężko chorych.

W przebiegu wahań ciepłoty nie daje się zauważyć żadna prawidłowość, spadek następował stopniowo; niekiedy podczas

niego dawały się spostrzegać nowe podniesienia, gorączkowa ciepłota utrzymywała się od 8 do 10 dni; maxima wzniesień dochodziły do 40° nawet 41,4°. Częstość tętna trzymała się z razu odpowiednio do wzniesień ciepłoty, następnie znacznie się zmniejszała, co mogło stać w związku z żółtaczką; często spostrzegano dwubitność.

Objawy nerwowe występowały stale; bredzenia jednak nie było. Ze strony serca i płuc żadnych objawów chorobowych. — Za to wyraźnie zaznaczały się zaburzenia ze strony kanału pokarmowego: brak łaknienia, rozwolnienie, rzadziej zaparcie stolca.

Ważnem jest zachowanie się śledziony. Weil znajdywał zawsze powiększenie, inni autorzy nie uważają tego za stały objaw. To samo dotyczy wątroby. We wszystkich przypadkach była żółtaczka. Białkomocz zdarzał się dość stale. Fiedler zwraca uwagę na stałe występowanie bólów mięśniowych, zwłaszcza w łydkach.

Zastanawiając się nad naturą sprawy w powyższych przypadkach Fiedler stawia taką alternatywę, że mamy tu albo chorobę swoistą, albo też szczególną postać poronnego duru brzusznego, jak utrzymuje Weil. (Diagnozę różniczkową między omawianem cierpieniem a Febris recurrens, atrophia hepatis, icterus gravis, typhus biliosus—przeprowadził już Weil).

Pomijając jednak przebieg sprawy i powtarzający się stale zbiór objawów, które są zbyt wybitne, aby już dawniej nie rzuciły się w oczy podczas epidemij tyfusowych—mamy jeszcze objawy, które nie licują z rozpoznaniem tyfusu brzusznego. Przedewszystkiem bóle mięśniowe tak silne i tak wyraźnie umiejscowione. Dalej brak nieżytowych objawów ze strony dróg oddechowych. Nakoniec zachowanie się tętna, które zaraz pierwszego dnia dosięga takiej częstości, jaka w durze brzusznym nie zdarza się w początkach.

Wreszcie—nie stałe powiększenie śledziony, herpes labialis u niektórych chorych, poty—etc.

W obec tego autor skłania się do uważania omawianej sprawy za odrębną postać chorobową. *O. Hewelke.*

120. D-r Renvers **Leczenie zwężeń przełyku za pomocą rurek pozostawianych stale na miejscu.** (Z kliniki prof. Leydena). (Zeitschr. f. Klin. Medicin. Bd. 13 Hft. 6 p. 499).

Dotychczas przy leczeniu chorych ze zwężeniami (rakowemi) przełyku używano jednej z trzech następujących metod:

1. Rozszerzanie zwężonego miejsca za pomocą metodycznie wprowadzanych instrumentów.

2. Zabiegi operacyjne różnego rodzaju, przedsiębrane czy to od strony ust (oesephagotomia interna), czy też od strony żołądka (gastrostomia).

3. Odżywianie chorego przez kiszkę stolcową.

Wszystkie te metody lecznicze nie dają zadawalniających rezultatów nie tylko ze względu na usunięcie choroby, czego przy zwężeniach spowodowanych złośliwemi nowotworami od żadnej metody żądać nie można, lecz i ze względu na przedłu-

żenie życia nieszczęśliwego pacyjenta, na uczynienie tego życia znośniejszem. I tak:

Metodyczne rozszerzanie zwężenia wprawdzie dozwala na utrzymanie drożności przełyku przez pewien przeciąg czasu, lecz jest stanowczo niebezpieczne z powodu łatwości, z jaką rozpadającą się, ścianę przełyku sondą przebić można, a nadto Billroth stanowczo twierdzi, iż sondowanie drażniąc nowotwór, przyspiesza jego rozpad.

Operacyjne leczenie też nie jest zachęcające, jak to wykazała statystyka Gross'a, z której widzimy, iż na 271 wypadków operowanych przypada 33,58% śmierci w skutek operacyi, a u pozostałych życie zostało przedłużone zaledwie średnio o 90 dni.

Odżywianie przez kiszkę stolcową, jak to wykazało doświadczenie, na krótki tylko przeciąg czasu przedłuża życie chorego, gdyż tą drogą nie można dostarczyć organizmowi dostatecznej ilości materyjałów odżywczych.

Nic dziwnego, iż w obec takiej bezsilności dotychczasowych zabiegów, oglądano się ciągle za nowemi metodami leczenia. W nowszych czasach Symonds znów poruszył myśl leczenia zwężeń przełyku przez zakładanie rurek elastycznych w zwężone miejsce na stałe (à demeure).

Myśl to nie nowa, jak wykazały poszukiwania autora; już Desault i Boyer wykazali możność pozostawiania sondy przełykowej na dłużej w miejscu, po wprowadzeniu jej przez nos; w nowszych czasach toż samo stwierdzili Krishaber *), Croft i Durham, i dowiedli, iż sondy takie mogą bez przeszkody pozostawać w przełyku do 305 dni. Cała różnica polega na tem, iż podczas gdy dawniej używano miękkich, cienkich sond przełykowych, Symonds zastosował elastyczne miękkie rurki, mające 17 ctm. długości, które po przymocowaniu do nich jedwabnej nitki wprowadzał za pomocą odpowiedniego kierownika w zwężone miejsce, a nitkę wyprowadzał przez nos. Symonds opisał 5 wypadków raka przełyku w ten sposób leczonych, a znakomita ulga, jakiej doznawali chorzy, jako też nie zaprzeczony wpływ jaki miała ta metoda na przedłużenie życia pacyjentów, skłoniły autora streszczanej pracy do zastosowania tej metody w klinice prof. Leyden'a.

Nie wdając się w powtarzanie prób jakie autor robił z różnemi rurkami, przystępujemy wprost do opisu używanego przezeń obecnie instrumentu: Składa się on z rurki i kierownika.

Rurka zrobiona z hartkauczuku, ma 4 — 6 ctm. długości, światło w górnym końcu wynosi 12—14 mm., w dolnym zaś 6—9 mm.; ponieważ wprowadzanie i usuwanie okrągłych rurek okazało się bardzo trudnem, mianowicie przy przejściu koło tylnej powierzchni krtani, więc je spłaszczono z przodu ku tyłowi tak, iż na rozkroju są owalne.

Kierownik (mandrin) jest fiszbinowy, opatrzony rączką, zakończony gałką ze słoniowej kości, której wielkość odpowiada

*) Referowany w Kronice Lekarskiej rok 1881 p. 188.

światłu dolnego końca rurki; oprócz tego w odległości 3—6 ctm. (zależnie od długości wprowadzonej rurki) od końcowej gałki znajduje się druga gałka ze słoniowej kości, spłaszczona z przodu ku tyłowi i cokolwiek większa od światła górnego końca rurki; w ten sposób końcowa gałka zabezpiecza od zranienia błony śluzowej przełyku przez brzeg dolnego końca rurki, gałka zaś wyżej leżąca popycha rurkę.

Jeżeli zwężenie jest dłuższe niż 6 ctm. wtedy zamiast twardej kauczukowej rurki należy użyć miękkiej (zrobionej z jedwabnej materyi pokrytej lakierem), jak to robił Symonds. Rozumie się, że, im dłuższa będzie rurka, tem łatwiej nastąpi jej zatknanie, a w dodatku rurki miękkie stają się prędko łamliwemi, co zmusza do częstszego zmieniania.

Wprowadzanie takich rurek wymaga pewnych ostrożności. Przedewszystkiem należy dokładnie określić gdzie się znajduje zwężenie i jak jest długie. Ponieważ zwykle powyżej zwężenia istnieje rozszerzenie przełyku w którem się nagromadzają produkty rozpadu, więc przed założeniem rurki trzeba przez parę dni przepłukiwać przełyk, a przez ten czas odżywiać chorego przez kiszkę stolcową. Dopiero po dokładnem oczyszczeniu przełyku można przystąpić do założenia rurki. W tym celu do otworów, znajdujących się na górnym brzegu rurki, przymocowujemy dwie grube jedwabne ligatury, uzbrajamy rurkę kierownikiem, na którym uprzednio oznaczyliśmy odległość w jakiej znajduje się zwężenie i wprowadzamy cały przyrząd tak jak zwykłą sondę przełykową; gdyśmy już weszli w zwężenie, wtedy oddalamy jedwabne ligatury od kierownika, a ten ostatni powolnemi obrotowemi ruchami wyswabadzamy z rurki i usuwamy. W ustach znajdują się w takim razie 2 tylko nitki, które albo umocowujemy przy kącie ust, lub też za pomocą rurki Beloc'a wyprowadzamy przez nos na zewnątrz.

Chorzy w ogóle znoszą bardzo dobrze obecność takich twardych rurek w przełyku, szczególniej jeśli zwężenie leży w samym środku przełyku; jeśli zwężenie zajmuje wpust do żołądka, to po ulokowaniu w nim rurki doznają chorzy uczucia ucisku, które jednak ustępuje po upływie pierwszej doby.

Wysłuchiwanie żołądka podczas połykania płynów pozwoli nam sprawdzić czy rurka dobrze jest umieszczona (w zwężonem miejscu) lub nie. W pierwszym razie w 6—10 sekund po połknięciu płynu usłyszymy bardzo wyraźny szmer (Durchpressgeräusch), w drugim albo wcale szmeru nie będzie, albo bardzo niewyraźny. Może się zdarzyć iż obecność twardej rurki wywoła skurcz włókien mięsnych przełyku, wtedy, pomimo iż rurka jest dobrze umieszczona, chory jakiś czas nie będzie mógł nic połknąć, trzeba o tem wiedzieć i nie wyjmować zaraz rurki, jeśli nie słyszymy szmeru połykowego przy wysłuchiwaniu żołądka, lecz pewien czas wyczekać dopóki podrażnienie nie przejdzie.— Ważnem jest, aby chory po wprowadzeniu rurki pozostał kilka dni w łóżku.

Co się tycze żywienia, to naturalnie należy podawać pokarmy prawie wyłącznie płynne. Tylko jeśli się udało założyć

rurkę mającą $8^1/_2$—9 mm. średnicy można pozwolić na użycie pokarmów papkowatych. Szczególniej należy się wystrzegać użycia bułki lub chleba, gdyż takowe łatwo zapychają rurkę, a chociaż ją można wyjąć i przeczyścić, a nawet przepchać na miejscu, to jednak nie jest to pożądanem ze względu, iż każdy nowy rękoczyn w chorym przełyku przyczynia się do szybszego posuwania się sprawy chorobowej.

Pokarm takich chorych winien się składać przeważnie z mleka, jaj, zupy mącznej (wodany węgla) i peptonizowanych preparatów mięsnych — rodzaj pożywienia należy dokładnie oznaczyć w każdym danym wypadku na drodze doświadczalnej.

Rurka raz wprowadzona może bardzo długo pozostawać na miejscu (w jednym wypadku autora 7 miesięcy). Jeśli z początku nie można było wprowadzić dość grubej rurki, to już po upływie 2—3 dni należy wyjąć założoną i probować wprowadzić grubszą, gdyż zwężenie w ciągu tego czasu pod wpływem ucisku znacznie się już zwykle rozszerzyło.

Usuwać rurkę należy bardzo ostrożnie przez pociąganie za jedwabne ligatury ułożone na palcu wprowadzonym aż do tylnej ściany gardzieli, w ten sposób rurka będzie pociąganą równomiernie ku górze i nie będzie swym brzegiem ranić przełyku.

Naturalnie zakładanie takich stałych rurek nie ma na celu wyleczenia choroby ilekroć chodzi o zwężenie rakowate, lecz, jak to stwierdził autor w 5-ciu dotychczas w ten sposób leczonych wypadkach, stanowczo przedłuża życie i wywiera dobroczynny moralny wpływ na chorych. *W. H. Krajewski.*

121. Dr. Renvers i Dr. Waetzoldt. **O leczeniu zwężeń przełyku za pomocą rurek pozostawianych na długo w zwężonem miejscu.** (Deut. Med. Woch. N. 15. 1888).

Autorowie popierają nowemi przykładami wysoką wartość używanej w klinice prof. Leyden'a metody pozostawiania w zwężonym odcinku przełyku twardych krótkich rurek à demeure. Leczono 5-ciu nowych chorych i obserwowano dalej dawniejszych. Godną uwagi jest szybkość z jaką podnosi się waga chorych po zastosowaniu rurki. Jeden z pacyjentów sam rurkę usunął sądząc, że już jest uleczony i już w kilka dni powróciła trudność łykania, a wraz z nią osłabienie i znaczna strata na wadze. Najciekawszą z przytoczonych jest historyja choroby i protokół sekcyi pewnej pacyjentki, która bez przerwy 10 miesięcy nosiła w zwężeniu twardą rogową rurkę (6 ctm. długą) z dokumentów tych okazuje się:

1° Że pacyjentka przez cały czas noszenia rurki nie uczuwała żadnych dolegliwości, znacznie zyskała na wadze, mogła zajmować się lżejszemi robotami w domu.

2° Za życia oznaczono długość zwężenia na 4 ctm., sekcyja wykazała iż tak było w istocie, żadnych śladów szybkiego rozpadu części przełyku rakiem zajętej, ani też wybroczyn, drażnieniem rurki wywołanych, nie znaleziono. Sąsiadujące ze zwężeniem organy (płuca, aorta) nie zmienione.

3° Śmierć nastąpiła od pyelonephritis calculosa z zatka-

niem jednego moczowodu, nie zaś jak to zwykle bywa w skutek śmierci głodowej.

Jednem słowem przypadek ten dowodzi, iż w krótkich rurkach, pozostawianych à demeure w zwężeniach rakowatych przełyku, zdobywamy potężny środek do przedłużenia życia chorych i uczynienia ich egzystencyi znośniejszą. *W. H. Krajewski.*

122. **Leczenie błonicy krtani za pomocą intubacyi.**

1. Intubation of the Larynx. Three cases with comments by William Northrup. (The Medical Record. October 30, 1886).

2. Laryngeal Diphterie—Intubation and Pathologial Anatomy. Report of 165 cases by W. P. Northrup. (The Medical Record. December 11, 1886).

3. Intubation of the Lraynx for diphteritic croup in a child nine mouths old. Recovery. (Ibidem. December, 18 1886).

Z pomiędzy środków mechanicznych używanych w celu pokonania laryngostenozy w przebiegu błonicy coraz więcej zwolenników zjednywa sobie obecnie między lekarzami amerykańskimi intubacyja krtani, polegająca na wprowadzeniu (przez usta) do krtani i pozostawieniu tam małej (zastosowanej do wieku pacyjenta) rurki, która ma zwalczać skutecznie objawy zwężenia (zmniejszając duszność i sinicę) prawdopodobnie przez doprowadzenie płucom powietrza i sprzyjanie wykrztuszaniu błon rzekomych.

W pierwszej z wymienionych w nagłówku prac, Northrup podaje szczegółowy opis 3-ch przypadków błonicy krtani leczonych za pomocą intubacyi, które w zestawieniu z 9-cioma ogłoszonemi przezeń w Medical Journal (3 Kwietnia i 18 Września) pozwalają mu pogląd swój opierać na obserwacyi własnych 12 przypadków. Z tych ostatnich 5 zakończyło się wyzdrowieniem; w każdym z nich spostrzegano wysięk dyfteryczny gardzieli, białkomocz, kaszel krupowy, takiż wdech i wydech, duszność, bezsenność oraz brak oddechu nad dolnemi zrazami płuc z tyłu. Z pozostałych 7-miu w 4-ch śmierć nastąpiła skutkiem rozszerzenia się sprawy chorobowej na oskrzela, w 1-ym z powodu zakażenia krwi, w 1-ym z przyczyny nagłego upadku czynności serca i w 1-ym skutkiem wyraźnego zapalenia płuc. Każdy z tych przypadków był badany przez dwóch lub więcej lekarzy.

Druga z zatytułowanych prac, odczytana w Akademii Lekarskiej w Nowym Jorku oparta jest na sprawozdaniu ze 165 przypadków dyfteryi krtani, leczonych intubacyją jak przez samego autora (którego 12 przypadków tu włączono) tak i przez innych: O'Dwyera (48 przypadków, z tych 12 wyzdrowień), prof. Wuxhama z Chicago (przypadków 96, z nich 29 wyzdrowień), Hance'a (5 przypadków, z nich 1 wyzdrow.) i Jeuningsa (4 przypadki, wszystkie zakończone śmiercią). We wszystkich tych przypadkach, z których 28½ % zakończyło się wyzdrowieniem, intubacyja okazała się środkiem, przynoszącym znaczną ulgę w duszności i usuwającym na razie groźne objawy zaduszenia. Pracę swą autor opatrzył wstępem historycznym o lo-

sie omawianej metody, proponowanej przez Bouchut'a (1858), traktowanej po macoszemu przez ogół lekarski i wprowadzonej w użycie przez O'Dwyera, oraz obszernem sprawozdaniu z 87 autopsyj, dokonanych w ciągu 5 lat na zwłokach dzieci, zmarłych na dyfteryję krtani w domu Podrzutków w Nowym Jorku. Z liczby tej (87) tylko w jednym przypadku siedliskiem choroby była sama krtań, w 3-ch krtań i gardziel, w 83 zaś miało miejsce zapalenie płuc (z tych w 29 sama pneumonia była w stanie sprowadzić zgon dziecka).

O instrumentach służących do intubacyi i o samej metodzie wprowadzania rurki N. mówi stosunkowo niewiele, powołując się na bieżącą literaturę tego przedmiotu. Z słów jego można wnioskować, że pierwowzorem rurki intubacyjnej w Ameryce był mały (około cala dług.) wziernik dwuzastawkowy, z którym w r. 1881 pewien lekarz w sali sekcyjnej domu podrzutków robił próby wprowadzenia do krtani trupów dziecięcych. Taki wziernik udało się wprowadzić pomiędzy obrzmiałe i porażone struny głosowe żywego dziecka i okazało się, że dziecko go nieźle znosi, doznając ulgi w duszności. Instrument ten później zastąpiono jednolitą rurką, która uległa rozmaitym ulepszeniom. Rurki, obecnie wyrabiane, opatrzone są z boku małemi wypukłościami, co wraz z ich ciężarem pozwala im pozostawać in situ; nadto szeroka trójkątna ich główka lub szyjka zastosowana jest do spoczywania jednym z swych kątów między chrząstkami nalewkowemi. Część przednia jest skośnie zakończona, by nie upośledzać funkcyi nagłośni przy połykaniu pokarmów. Narzędzie do wprowadzania rurki jest zakrzywione lub zgięte pod kątem prostym w celu zaoszczędzenia miejsca w ustach. Instrument, służący do wyjmowania rurek został także ulepszony, z kształtu jest on zbliżony do dziobu kaczki.

Klin do wstawiania między zęby trzonowe (autor radzi z lewej strony) jest tak przygotowany, że zazwyczaj można się obejść bez asystencyi.

Niezmiernie ważną jest pozycyja dziecka w czasie operacyi, powinno ono siedzieć na kolanach piastunki, wprost naprzeciwko operatora i nieco w tył pochylone, okryte kołderką począwszy od podbródka; osoba trzymająca je nie powinna obejmować rękami klatki piersiowej dziecka, ale przytrzymywać łokcie jego z boku. Operator wprowadza wskaziciel lewej ręki do ust, podnosi nim nagłośnię a następnie prawą ręką wprowadza rurkę po przewodniku. Po zstąpieniu dolnego końca rurki nie potrzeba wielkiej siły do opuszczenia jej niżej. Próby wprowadzania i wyjmowania rurki powinny trwać krótko, nadto należy przy tem trzymać się środkowej linii (median line). Wyjmowanie rurki przedstawia nieco przeszkód, które pokonywa odrobina wprawy, najlepiej ćwiczyć się na trupach. Na żywem dziecku intubacyja udaje się łatwiej niż na trupie, gdyż przychodzi jej w pomoc czynność mięśni pacyjenta, często jednak zdarza się, że rurka zostaje wykrztuszona kaszlem, zwłaszcza jeżeli jest zamała i nieodpowiednia do wieku dziecka.

Między innemi N. roztrząsa 2 następujące pytania:

1. Czy usprawiedliwioną jest obawa, iż rurka, wprowadzona do krtani, może wpaść do tchawicy?

2. Czy rurka taka nie wywołuje owrzodzenia strun głosowych?

Na oba te pytania autor daje stanowczo odpowiedź przeczącą.

Zalety i wady omawianej metody dają się streścić jak następuje:

Intubacyja usuwa duszność, spowodowaną zwężeniem krtani.

Nie napotyka przeszkód ze strony rodziców i przyjaciół.

Jest operacyją stosunkowo prostą, nie jest połączona z niebezpieczeństwem i nie grozi wstrząsem (shock).

Nie wymaga użycia środków znieczulających ani wprawnych asystentów.

Nie zadaje się choremu żadnej rany.

Następcze leczenie nie wymaga umiejętnych pomocników.

Płuca przez wdechanie otrzymują powietrze wilgotne i ciepłe.

Metoda opisana nie wyłącza tracheotomii, a nawet pod jej przewodnictwem można poprowadzić cięcie.

Ujemną stronę, stwierdzoną przez wszystkich, stanowi utrudnianie, nieraz i uniemożliwianie połykania płynnych pokarmów i to wtedy właśnie, kiedy odżywianie jest najniezbędniejszem, zazwyczaj wszelako dziecko przyucza się połykać i zwolna pokonywa tę zawadę.

Istnieje tu również niebezpieczeństwo — zepchnięcie miękkącej i odpadającej błony rzekomej i zatkanie tchawicy, zanim rurka usadowi się w krtani.

Oprócz streszczonego przez nas wykładu Northrupa w tym samym czasie przemawiał na posiedzeniu Akademii Medycznej w Nowym Jorku jeszcze obszernie na temat intubacyi F. Huber, który posługiwał się intubacyją 11 razy (z tych 4 wyzdrowienia), w przypadkach, gdzie spodziewano się śmierci w ciągu kilku godzin przy objawach takich, jak aphonia, inspiratio et expiratio stridulosa „robienie boczkami“ szczególniej sinica. Na mocy swoich spostrzeżeń Huber sądzi, że intubacyja daje pomyślniejsze rezultaty niż tracheotomia. Na korzyść intubacyi przemawiał jeszcze A. S. Hunter i inni.

W końcu zasługuje na uwagę przypadek błonicy z krupem, obserwowany przez lekarza oddziału dziecinnego poliklinik w Chicago Homara O. Bates'a u dziewięciomiesięcznej dziewczynki, u której w gardzieli i na prawym migdałku wystąpiły strzępki błony rzekomej, a na drugi dzień częste napady duszności. Na trzeci dzień upadek sił, twarzyczka sina, oddech utrudniony, „robienie boczkami“ przy każdym wdechu. Intubacyja, wykonana przez zawezwanego F. E. Waxhama przyniosła bezpośrednią ulgę. Dziecko, które od kilku godzin nie spało, zasnęło, budząc się od czasu do czasu z powodu napadów kaszlu. Oddech spokojny, ale temperatura w pochwie (39,6° C.). Zalecono co 6 godzin enemy z 6-ciu gran antipyriny. Po 12-tu godzinach termometr wskazywał tylko (38,5° C.), ale wystąpiły objawy błonicowego zapalenia oskrzeli, które au-

tor leczył podawaniem co 2 godziny carbonat. ammon. gr. 1, acetat. potassae gr. IV, tr. nuc. vomic. m. 1 (około 1 gr.) syrup. ipecac. m. X in syr. glycyrrhis. Rurkę wyjęto czwartego dnia, lekarstwo zaś, stopniowo zmniejszając dawkę, kontynowano przez 12 dni. Prócz tego silny roztwór kwasu karbolowego wyparowywano w pokoju; autor zaleca tę procedurę we wszystkich przypadkach krupu w przebiegu błonicy. *B. Polikier.*

II. Farmakologija.

123. Prof. M. Kaposi. **Erytrofleina — nowy środek znieczulający.** Erythrophlein — das neue Anaestheticum. — *W. Med. Woch.* N. 9. 1888).

L. Lewin na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego berlińskiego w dniu 11 Stycznia b. r. zdawał sprawę z wyników swych poszukiwań nad erytrofleiną otrzymaną z erytrophlaeum guinense, ktora zdaniem L. posiada wybitne miejscowo znieczulające działanie.

Autor mając na względzie potrzebę i dla praktycznej dermatologii leku miejscowo znieczulającego, przeprowadził z erytrofleryną szereg doświadczeń, z których kilka podajemy.

Doświadczenie I. N. M. 21 lat, wilk na pośladkach, skóra jednocześnie zgrubiała jak przy słonowaciźnie.

8 Lutego o godzinie 11-ej minut 25 zastrzyknięto w 4-ch miejscach na górnym brzegu ogniska z prawej strony już to w zdrową, już przez wilka zajętą skórę po pół szprycki 0,25% roztworu erytrofleiny wszystkiego razem 0,00125 czyli $1^1/_4$ miligrama.

Niezwłocznie po zastrzyknięciu skóra silnie zaczerwieniona.

Godz. 11 min. 59. Chora czuje ukłócie igłą bardzo wyraźnie.

Godz. 12 min. 4. Zastrzyknięto znowu powyższą dawkę erytrofleiny czyli in toto 2,5 miligr. Ukłócie igłą chora wyraraźnie uczuwa.

Godz 12 min. 8. Silne swędzenie skóry.

Godz. 12 min 10. Chora czuje wyskrobanie wilka bardzo wyraźnie.

Doświadczenie II.

9 Lutego. U operowanej wczoraj chorej żaden odczyn miejscowy; zastrzyknięto 0,005 erytrofleiny, znieczulenia nie było.

Doświadczenie III.

W to samo miejsce zastrzyknięto o godz. 10 min. 58 szpryckę 1% roztworu erytrofleiny. Podczas zastrzyknięcia chora nie czuje żadnego palenia.

Godz. 11 min. 7. Ukłócia igłą i dotykania chora uczuwa.

Godz. 11 min. 13. Na przestrzeni wielkości krajcara zupełne znieczulenie, w około czucie tylko przytłumione.

Godz. 11 min. 28. Ukłucie igłą, którą się poprowadziło

pod corium bolesne; ukłócia w samo corium chora nie uczuwa. Wyskrobanie łyżeczką bardzo bolesne.

Godz. 11 min. 30. Prawie zupełne znieczulenie środkowej niewielkiej przestrzeni.

Godz. 11 min. 34. Przyżeganie kamieniem piekielnym miejsca wyskrobanego chora wyraźnie czuje, lecz na ból się nie skarży.

Po południu silny ból w całej dolnej kończynie trwający cały dzień i noc.

Doświadczenie IV.

W okolicę prawego krętacza w 4-ch miejscach zastrzyknięto dnia 23 Lutego o godzinie 11 minut 42 szpryczkę 2% roztworu czyli 0,02 erytrofleiny.

Godz. 11 min. 47. Zaczerwienienie i obrzmienie na około. Ukłócie igłą chora odczuwa jako dotknięcie nie jako ból.

Godz. 12 minut 6. Nagle zawrót głowy, iskry przed oczami, bladość twarzy, tętno 76 oddechów 48 powierzchownych, źrenice rozszerzone.

Godz. 3. Zawrót ustał, zmęczenie, tętno 62 oddechów 16. Zupełne znieczulenie miejsca, w które zastrzyknięto erytrofleinę.

Z powyższych kilku i kilkunastu jeszcze (wszystkiego 17) doświadczeń autora wyprowadza następujące wnioski:

Erytrofleina przy zastrzyknięciu podskórnem sprowadza miejscowe znieczulenie. Dawka potrzebna dla osiągnięcia znieczulenia wynosi 0,0025 do 0,01 i 0,02 grm.

Znieczulenie następuje po 15 minutach.

Znieczulenie ogranicza się do bardzo małej przestrzeni.

Bezbolesność jest często zupełniejszą aniżeli znieczulenie.

Miejscowe podrażnienie następuje już przy najmniejszych dawkach jak 2,5 miligrm., silne podrażnienie przy dawkach 0,0—0,02 grm.

Ogólne objawy otrucia występują w 15 minut do 1 godziny po dawce 2 centygramowej, pod postacią zawrotu głowy, rozszerzenia, źrenic, osłabienia serca i tętna, przyspieszenia oddychania, mdłości i wymiotów. Objawy te trwają wiele godzin.

Na mocy doświadczeń przez się przeprowadzonych autor ostatecznie wypowiada zdanie, że erytrofleina nie może być obecnie zalecaną jako lek miejscowo znieczulający.

Przeciwnie ze względu na jej miejscowe podrażnienie i ogólne trujące działanie, jako też na ciasne granice w jakich się waha trująca i znieczulająca dawka erytrofleiny, autor przed użyciem jej w praktyce ostrzega, co bynajmniej nie pozwala tracić nadziei, że dalszym badaniom uda się wprowadzić go do terapii przez usunięcie szkodliwych własności tego niewątpliwie skutecznego leku. *Arnstein.*

124. D-r G. Behrend. **Antrarobina, jako nowy środek przy leczeniu chorób skórnych.** (Therap. Monatshefte, Marzec 1888).

Antrarobina według badań prof. Liebermana jest chemicznie spokrewnioną z chryzarobiną i przedstawia się jako proszek koloru żółtawego rozpuszczalny w 10-ciu częściach glice-

ryny przy temperaturze 100° i w 10-ciu częściach zimnego, a w 8-miu gorącego wyskoku. Autor używał antrarobiny w postaci dziesięcio lub dwudziesto-procentowych lanolinowych maści (antrarobini—100, ol. olivarum—300, lanolini—600, lub też: antrarobini, ol. oliv. aa 20,0, axung. porci — 60,0 i t. p.), w postaci 10% i 20% roztworu wyskokowego, a także jako 10% roztwór glicerynowy z dodaniem lub bez boraksu przy psoriasis, herpes tonsurans i erythrasma. Rezultaty otrzymane były bardzo dobre. Nawet przy kilkotygodniowem stosowaniu maści albo roztworu antrarobiny nie zauważono ani śladu zapalnej reakcyi ze strony skóry, co bywa przy chryzarobinie; przy wcieraniu maści na powiekach lub na twarzy nie było obrzęku powiek ani zapalenia łącznicy.—Bezpośrednio po wcieraniu środka chory czuje lekkie palenie, trwające kilka minut, czasem zaś kilka godzin,—lecz nawet dzieci dobrze znoszą ten objaw. W początkowych formach łuszczycy wyzdrowienie następowało już po 4—7 wcieraniach, rozwinięte wykwity występowały po 3—4 tygodniach.

Erythrasma zupełnie wyleczoną zostawała w ciągu 14 dni; przy herpes tonsurans działanie antrarobiny było daleko silniejsze niż przy łuszczycy.

Zdaniem autora, w ogóle antrarobina słabiej działa niż chryzarobina, lecz mocniej niż kwas pyrogallusowy; posiada jednakże tę przewagę nad pierwszym środkiem, że nie wywołuje zapalenia skóry, a nad drugim—że nie wpływa szkodliwie na cały organizm.—Działanie antrarobiny jest mocniejszem, jeżeli przed stosowaniem maści lub roztworu posmarować miejsce chore szarem mydłem lub spirit. saponat. kalinus.

E. Biernacki.

125 Prof. D-r J. v. Mering. **Surogat tranu.** (Therap. Monatsh. N. 2, 1888 r.

Badania różnych gatunków tranu przedsięwzięte przez autora i poprzednio jeszcze przez Salkowskiego wykazały, że zawartość wolnych kwasów tłuszczowych w znajdujących się w handlu gatunkach tranu bywa nader rozmaita. W jednych gatunkach waha się ona pomiędzy 0,18 i 0,71 na sto, w ciemnych pomiędzy 2,54 i 6,50%. Rzecz jasna, że i działanie tranu z tak znacznemi różnicami w zawartości kwasów tłuszczowych musi być nader rozmaite. Ta okoliczność łącznie z praktycznemi niedogodnościami stosowania tranu, mianowicie, że sam zapach jego bywa dla wielu osób nieznośnym i że żadne corrigentia tych wad jego skutecznie nie poprawiają, naprowadziły autora na myśl skomponowania odpowiedniego surogatu. Brał autor w tym celu dobrą oliwę, domięszywał do niej różne ilości kwasu oleinowego (Oelsaüre) i przekonał się po wielu doświadczeniach, że oliwa z 5—6% zawartością tegoż kwasu nieźle smakuje i łatwo się assymiluje. Oliwę taką podług wskazówek autora wyrabia firma Kahlbauma w Berlinie pod nazwą Lipanin (od greckiego słowa λιπαίνειν — tuczyć). Od pół roku zastosował już autor lipaninę w 40-tu przypadkach, z tych w 30-tu u dzieci. Wszyscy chorzy przyjmowali lipaninę chę-

tnie, nieprzyjemnych objawów pobocznych jako to mdłości, wymiotów, rozwolnień, jakie często się zdarzają przy tranie, nie bywało.

Dzieci brały stosownie do wieku od 2—4 łyżeczek dziennie; przy zołzach, krzywicy, nawet i przy początku suchot bywała zawsze znaczna poprawa stanu ogólnego. W 6-ciu przypadkach cukrzycy otrzymano również pomyślny rezultat, przyczem długotrwałe nawet po kilka tygodni podawania do 6 łyżek dziennie, zawartości cukru w moczu nie powiększało. Część tych prób terapeutycznych robił autor latem i wtedy lipanina bywała zupełnie dobrze znoszoną; gdy tymczasem o tranie oddawna wręcz przeciwne panuje przekonanie.

W końcu nadmienia autor, że prócz niego jeszcze prof. Kohts w Strassburgu na bardzo wielu dzieciach stwierdził wyższość lipaniny nad tranem, a asystent tegoż D-ra Hauser potwierdził łatwą strawność tejże licznemi badaniami kału.

B. Dzierżawski.

126. A. Rémond. **Uwagi dotyczące działania rtęci na ustrój.** Notes pour servir à l'étude de l'action du mercure sur l'organisme. (Annales de dermat. et de syphiligrafie N. 3. 1888).

W roku 1886 ogłosił Müller w würtzburskiej Medicinische Klinik dwa spostrzeżenia odnoszące się do leczenia objawów przymiotu za pomocą oddychania par rtęci.

Na wezwanie prof. Spilmanna, celem sprawdzenia wyników otrzymanych przez Müllera, tudzież zbadania zmian w moczu pod wpływem leczenia rtęcią, Rémond porównywał oddziaływanie na odżywianie z jednej i przebieg wydalania rtęci z ustroju, z drugiej strony u dwóch chorych dotkniętych przymiotem, z których jedna była leczoną wdychaniem par rtęci, druga zaś wcieraniem.

Pierwsza chora mająca lat 22, dobrze odżywiona, ze świeżym przymiotem, przybyła do szpitala z wysypką pryszczykową (Syphilis cutanea papulosa), zajmującą piersi, brzuch, stronę wewnętrzną bioder i ramion. Chorą pomieszczono w pokoiku mającym około 60 sześciennych metrów objętości i poddano ustawicznemu wdechaniu par rtęci, dla otrzymania których ułożono obok siebie osiem dawek rtęci roztartej z kredą, zawierających po 9 gramów metalu. Codziennie najdawniejsze dawki odmieniano, a tym sposobem każda z nich podlegała ulatnianiu się przy średniej temperaturze 15° C. w przeciągu dni ośmiu.

Rtęć w moczu udało się wykryć dopiero po 7 — 8 dawce (2,92 miligr.). Ilość jej stopniowo się zwiększała doszedłszy wśród nieznacznych wahań 7 — 8 miligr. Wpływ na sprawę chorobową uwydatnił się po 12-ej dawce; wszystkich było 31. Po 20 zauważono objawy ze strony błony śluzowej ust i gardła, które zresztą same przeszły.

W tym czasie pierwsza wysypka w zupełności zniknęła, dalsze zaś doświadczenia należało zawiesić ze względu na wyra-

żne oznaki anemii spowodowanej prawdopodobnie długiem przebywaniem w pokoiku prawie zupełnie nie przewietrzanym.

Nazajutrz po wyjściu mocz chorej zawierał 6,32 mgr. rtęci, lecz za dalszem wydalaniem Rémond nie mógł śledzić, gdyż chorą zaczęto leczyć wcieraniami, ażeby mogła jak najprędzej opuścić szpital.

Powietrze pokoiku w chwili opuszczania go przez chorą zawierało 1 miligram par rtęci na 1 sześcienny metr powietrza.

Ilościowe badania moczu na zawartość chloru i kwasu fosforowego pokazują, że leczenie nie wywarło widocznego wpływu na ich wydzielanie, za to ilość mocznika znacznie się zmniejszyła.

Z przebiegu choroby Rémond wnioskuje, że płuca są zupełnie zdolne do wchłaniania rtęci w dawce leczniczej, chociaż bezwzględne odosobnienie chorego nie bardzo za tym sposobem leczenia przemawia.

Nasuwa się teraz pytanie, czy pary rtęciowe powstające przy wcieraniu i wchłaniane przez płuca nie nadają całej leczniczej wartości tej metodzie leczenia?

Na pytanie to Rémond znajduje odpowiedź, analizując drugi wypadek.

W Czerwcu roku zeszłego przybyła do oddziału prof. Spilmanna 9-letnia dziewczynka w stanie zupełnego ogólnego wyniszczenia. Miejscowe objawy były następujące: zajęcie siatkówki i wewnętrznego ucha, i zupełne prawie zniszczenie migdałków, zwłaszcza prawego, przez dwa symetryczne owrzodzenia, rozprzestrzeniające się na sąsiednią część gardzieli, skutkiem czego przełykanie znacznie było utrudnione.

Wywiady pozwoliły na stanowcze rozpoznanie odziedziczonego przymiotu. Chorą poddano wcieraniom z zachowaniem następujących ostrożności: zaraz po każdem wcieraniu w daną okolicę skóry, pokrywano ją płóciennym bandarzem, na którym jak najściślej umocowywano gutaperkową opaskę.

Badanie moczu wykazało, że potrzeba tu było dłuższego czasu do przenikania, a raczej do wydalania rtęci z ustroju. Zaledwie po trzech dniach leczenia zjawiły się ślady rtęci w moczu.

Przy dziesiątem wcieraniu efekt leczniczy stał się widocznym: powierzchnie wrzodziejące zaczęły się oczyszczać i łaknienie znacznie się poprawiło.

Rémond szczególną zwraca uwagę na fakt nagłego zmniejszenia się ilości wydalanej rtęci z chwilą przerwania wcierań, która to ilość spadła z 5—6 do 3—4 mgr. dziennie.

Powrócenie do wcierań uniemożliwiło dalsze śledzenie za wydalaniem pozostającej w ustroju rtęci.

W obec środków przedsięwziętych dla przeszkodzenia wchłanianiu przez płuca okazuje się, że *sama skóra* jest zdolną do pochłaniania rtęci.

Zestawiając obydwa wyżej opisane wypadki, autor wyprowadza następujące wnioski:

1) Zarówno płuca jak i skóra, niezależnie od siebie, są zdolne do wchłaniania rtęci.

2) Wchłanianie przez płuca jest daleko szybsze.

3) Rtęć wydziela się przez nerki w stopniowo zwiększającej się ilości.

4) Ilość wydzielanej rtęci szybko się zmniejsza przy pewnej cyfrze, zdającej się odpowiadać dozie metalu pozostającej w ustroju i nie leczniczej.

5) Wydzielanie chlorków i kwasu fosfornego zdaje się nie ulegać wpływowi rtęci.

Ilość mocznika wydzielanego w ciągu doby znacznie się zmniejsza. *J. Biron.*

III. Chirurgija.

127. Prof. E. v. Bergmann. **O chirurgicznem leczeniu chorób mózgu.** (Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten--Arch. v. Langenbeck. Bd. 36. Hft. 4, 759—872).

Pomoc, jaką obecnie chirurg przynieść może w przypadkach, do niedawna jeszcze należących do terapeutów wyłącznie, zmusza pierwszego do bliżego obznajmienia się z odnośnemi działami medycyny wewnętrznej, aby sobie mógł własny sąd o konieczności i pożytku mechanicznej interwencyi w każdym danym przypadku wytworzyć, aby nie odgrywał smutnej roli wykonawcy tylko, zmuszonego kierować się w swym rękoczynie wskazówkami z innej płynącemi głowy, głowy często nie dość dokładnie poinformowanej o całem niebezpieczeństwie przedsiębranego rękoczynu, jak również o jego terapeutycznej doniosłości, głowy oszołomionej względną nieszkodliwością najśmielszych nawet zabiegów operacyjnych, a więc skłonnej żądać od chirurga interwencyi w każdym niewyleczalnym przypadku. Chirurg winien dokładnie dany dział medycyny wewnętrznej poznać, jasno sobie zdać sprawę czego i kiedy mianowicie od operacyjnego leczenia oczekiwać można i na podstawie tych danych zgodzić się na proponowany przez terapeutę rękoczyn lub też go odmówić. Rozebranie odnośnych działów medycyny wewnętrznej z chirurgicznego punktu widzenia rzeczy przyniesie terapeutom tę wielką korzyść, iż ograniczą swoje żądania do przypadków prawdziwie nadających się do mechanicznego leczenia. W ten sposób położy się tamę operowaniu na oślep, na los szczęścia.

Do takich właśnie działów medycyny wewnętrznej, do których chirurgja wprawdzie dawno już szturmowała, lecz od niedawna dopiero szerszą wybiła szczerbę, należą choroby mózgu. Wdzięcznego zadania wyświetlenia co właściwie na tem polu operacyjna chirurgija zdziałać może, podjął się, z nie małym dla chirurgów i terapeutów pożytkiem, prof. Bergmann w streszczanym artykule.

Z natury przedmiotu, mało dotąd obrabianego, wypadło, iż cała obszerna praca autora, obejmująca 113 stronnic, nosi charakter przeważnie kazuistyczny, jest to zbiór przypadków operowanych przez autora i innych chirurgów w ostatnich la-

tach,—uogólnień stosunkowo nie wiele; zebrane przypadki potrafił jednak znakomity klinicysta tak ugrupować i skomentować, iż doszedł do pewnych wniosków praktycznych, streszczeniem których jedynie ograniczyć się musimy, odsyłając ciekawego czytelnika po kazuistykę do oryginału.

Autor dzieli choroby mózgu, nadające się do leczenia chirurgicznego, na 3 wielkie działy, a mianowicie: 1. Ropnie mózgu. 2. Nowotwory mózgu. 3. Padaczka. Korzyści jakie z operacyjnego leczenia tych trzech grup chorób mózgu wynikają, bardzo się od siebie różnią. Podczas gdy dość wczesne otworzenie ropnia mózgowego należy zawsze uważać za operacyję ratującą życie chorego, interwencyja chirurgiczna w dwóch pozostałych grupach chorób oddaje, zdaniem autora, bardzo problematyczne tylko usługi. Zgodnie z tem przekonaniem prof. B. w pierwszej najobszerniejszej części swej pracy rozbiera:

I. Głębokie ropnie mózgu.

Kto raz przyzna, iż jedynem zejściem ropnia mózgowego jest śmierć, czyto w następstwie wylania się jego zawartości do komórek mózgowych, czy też w skutek rozlanego zapalenia opon, ten przyznać musi, iż każdą próbę usunięcia ropy z wewnątrz jamy czaszkowej uważać należy za operacyją ratującą bezpośrednio zagrożone życie.

Przeciw potrzebie trepanowania w przypadkach ropni mózgowych przytaczano: możność otorbienia się ropnia i trudność rozpoznania jego istnienia (Rose).

Co się tycze pierwszego to tylko ostro powstałe ropnie mózgowia, leżące zawsze na powierzchni mózgu i będące częściowym objawem rozlanej meningitis convexitatis, są pozbawione stwardniałej otoczki. Powoli się rozwijające, ropnie są prawie zawsze otorbione, otoczka często twarda, gładka na wewnętrznej swej powierzchni, daje się niekiedy łatwo od zdrowej tkanki mózgowej oddzielić; nie należy jednak uważać tego otorbienia za coś zbawiennego, nie należy myśleć, że gdy raz wokoło ropnia utworzy się taka błona, będzie ona zaporą dla dalszego rozwoju ropnia; przeciwnie, zbyt częste doświadczenie poucza, iż prawie wszystkie ropnie, które się stały śmiertelnemi przez pęknięcie do komórek mózgowych, były otoczone tą zbawienną niby otoczką. Tak więc fakt, iż chroniczne ropnie mózgu zwykle otorbione bywają, nie powstrzyma nas ani na chwilę od czynnej interwencyi.

Nadzieja iż ropień mózgu może sam sobie znaleźć ujście na zewnątrz, czy to przez blaszkę dziurkowatą kości sitowej do nosa, czy też przedziurawiwszy tegmen tympani do ucha, zbyt jest słabą abyśmy nią nasze bierne zachowanie się usprawiedliwić mogli. Dwa są dotąd znane tego rodzaju przypadki: Santesson'a (ropień otworzył się do trąbki Eustachjusza) i Mac Leod'a (do przewodu słuchowego zewnętrznego), a oba zakończyły się śmiercią; co wcale dziwić nie powinno ze względu na zbytnią wązkość powstających tą drogą kanałów, uniemożliwiającą swobodny odpływ ropy.

Tak więc od trepanacyi może nas powstrzymywać jedynie trudność rozpoznania istnienia ropnia. Trudności te jednak nie są obecnie nie do przezwyciężenia. Niekiedy nawet można ropień w mózgu z wszelką rozpoznać pewnością.

W rozpoznaniu ropni mózgowych ważną odgrywa rolę:

A) Etiologija.

Idiopatycznych ropni nie ma, ropień w mózgu dołącza się zawsze do jakiegoś cierpienia połączonego z ropieniem. Taki ropień powstaje albo po obrażeniu połączonem z wytworzeniem ropiejącej rany na głowie, albo dołącza się do jakiego innego procesu ropnego, powstałego na czaszce (najczęściej ropienie w uchu), lub też nakoniec bywa przerzutowy albo gruźliczy. Rozpatrzmy je po kolei:

1. Ropnie przerzutowe mózgu bywają zazwyczaj jednym z objawów ropnicy, są więc wieloliczne, wraz z nim występują takież ropnie w płucach, wątrobie, nerkach etc. Są jednak nieliczne przypadki, w których przerzutowe ropnie zjawiały się li tylko w mózgu, znajdywano je przy pewnych chorobach płuc i opłucnej. Pierwszy Virchow opisał przerzuty w mózgu przy zgorzeli płuc, następnie Biermer znalazł je przy Bronchiectasia, w końcu Näther znalazł na 100 ciężkich przypadków chorób płuc (gangrena, Bronchitis foetida, Bronchiectasiae) 8 razy na sekcyi ropnie tylko w mózgu, wprawdzie raz tylko jeden znaleziono jeden ropień w 7-miu zaś przypadkach było ich kilka na raz w jednym mózgu.

Ta wieloliczność ropni mózgowych w takich razach stanie prawdopodobnie na przeszkodzie pomyślnemu ich leczeniu, w każdym razie godnem jest zaznaczenia, iż jeśli zauważymy u chorego objawy istnienia większego zbiornika ropy w mózgu, to sam fakt iż chory taki przebył lub dotąd podlega jakiej ciężkiej chorobie płuc lub opłucnej, połączonej z ropieniem, będzie ważnym dokumentem przemawiającym za prawdziwością naszego przypuszczenia.

2. Ropnie gruźlicze w postaci większych zbiorników ropnych podobnych do ropni urazowych były obserwowane wszystkiego 2 razy (przypadki: Wernicke'go — trepanowany przez Hahn'a i Fränkel'a). Rozmiękczenie dotyczyło przeważnie środka, podczas gdy w otoczeniu leżały massy serowate, produkty rozpadu były podobniejsze do mleka niż do ropy, Fränkel znalazł w nich laseczniki gruźlicze. Prof. Bergmann nie przypuszcza aby się tu co dało osiągnąć przez trepanacyją już z tego powodu, iż nawet po otworzeniu takiego ropnia nie będziemy w stanie usunąć z całą dokładnością serowatego nacieczenia ścianek takiego ropnia, pozostanie go zawsze dosyć na to, aby rozpad postępował naprzód, aż położy kres życiu przeniknąwszy do sąsiedniej komórki mózgu.

Tak więc właściwie pomocną może być trepanacyja w dwóch tylko rodzajach ropni mózgowych: urazowych i będących następstwem ropienia rozegrywającego w jakiem kolwiekbądź miejscu głowy (szczególnie w uszach). To też o szyb-

kie rozpoznanie tych dwóch rodzajów ropnia szczególniej chodzić nam powinno.

3. Ropnie urazowe powstają po zranieniu czy to miękkich tkanek, czy kości czaszki, do którego przyłączyło się ropienie. Klinicznie możemy odróżnić:

a) ostre ropnie urazowe, powstające w pierwszym lub drugim tygodniu po obrażeniu, tuż pod złamaniem czaszki, na powierzchni mózgu, w tym jego odcinku który uległ zgnieceniu. W tych przypadkach ognisko różowego rozmiękczenia, powstające w zgniecionym odcinku mózgu, zamienia się na ognisko ropne w skutek bezpośredniego przeniknięcia doń przez ranę i szparę w roztrzaskanej kości, zarazków wywołujących zapalenie i ropienie. Ropnie takie trudno bardzo odróżnić od urazowej ropnej meningitis convexitatis, objawy podrażnienia i porażenia w obu razach są identyczne; to też taki ropień daleko częściej bywa rozpoznawany ze zmian powstających w niezagojonej jeszcze ranie (powstrzymanie gojenia, wygląd dna i brzegów rany, zmiana w wyglądzie ziarniny, wypływ kropelek ropy z pomiędzy odłamów kostnych etc.) niż z jakich bądź jemu samemu właściwych objawów. Do odróżnienia ropnia korowego (Rindenabscess) od leptomeningitis mogą jeszcze posłużyć: późne występowanie objawów, tak zwanych, meningealnych, na 8-my, 14-sty dzień po obrażeniu a nawet i później (jeśli mamy do czynienia z ropniem); uderzająco powolne nasilanie się tych objawów przy ropniu, nakoniec przewaga objawów porażeniowych (Ausfalls= v. Lähmungssymptome) nad objawami podrażnienia. Kilka już razy, opierając się li tylko na przytoczonych wyżej danych, postawiono należyte rozpoznanie, a trepanacyja uratowała życie chorego. Prof. B. cytuje pomyślne operacyje z ostatnich czasów: Esmarch'a, Mason'a, Mosetig'a.

b) Przewlekłe, głębokie ropnie urazowe mózgowia, stanowiące właściwie przedmiot streszczanej pracy, różnią się zasadniczo sposobem powstania od dopiero co opisanych ostrych. Dają się one zwykle zauważyć po upływie całych tygodni, miesięcy a nawet lat od czasu obrażenia. Nigdy nie powstają w zgniecionym odcinku mózgu, zawsze rozwijają się w białej substancyi mózgu i są oddzielone od dawnej, zupełnie już zagojonej rany przez zdrową korową substancyję mózgu. Nie mamy więc tu do czynienia z bezpośredniem rozprzestrzenieniem ropienia (Continuirliche Eiterung) na głębiej leżące tkanki, lecz z rodzajem przerzutowego rozprzestrzenienia ropienia (discontinuirliche Eiterung). Na jakiej drodze dostają się zarazki wgłąb białej substancyi mózgu tego autor nie rozstrzyga, kładzie tylko nacisk na różnice zachodzące w sposobie i miejscu powstawania ostrych i chronicznych ropni urazowych mózgowia, gdyż różnice te wywierają znakomity wpływ na symptomatologiję, a więc na kliniczną stronę kwestyi. Ważnem byłoby dla rozpoznawania ropni urazowych mózgu, gdyby one powstawały po pewnych obrażeniach, stale się czemś różniących od tych, po których ropnie nie występują. Dotychczas

jednak to tylko stwierdzić można, iż na to aby powstał ropień w mózgu potrzeba koniecznie uprzedniego istnienia rany komunikującej z zewnętrzną powierzchnią ciała, czy to przez jedną z dodatkowych jam (nosa, ucha) czy też wprost przez skórę. Gdzie skóra naruszoną nie została, tam pomimo największych spustoszeń ropień urazowy w mózgu się nie wytworzy. Aksjomat ten nie jest wcale wynikiem panujących obecnie teoryj o ropieniu, opiera on się wprost na doświadczeniu, dotąd bowiem nikt nie opisał ropnia, któryby powstał w mózgu po obrażeniu podskórnem. Więcej o urazach, wywołujących ropnie mózgowe, powiedzieć trudno, zdaje się, iż te ostatnie częściej powstają po ranach postrzałowych z pozostaniem kuli w mózgu, po ranach kłutych przy których odłamki noża w ranie zostały, po złamaniach nieznacznych odcinków czaszki z wytworzeniem drobnych, głęboko w mózg drążących odłamków. Wyliczone tu obrażenia zazwyczaj wywołują długotrwałe ropienie, tak iż właściwie nie ciała obce pozostałe w ranie lecz przewlekłe ropienie uważać należy za przyczynę, występujących w takich razach, ropni mózgowych.

Nakoniec zaznaczyć trzeba, iż do powstania ropnia urazowego w mózgu nie potrzeba koniecznie powikłanego złamania kości czaszki, wystarcza niekiedy rana tylko części miękkich, jeśli długo ropieje. Czasem nawet rany szybko się gojące, mało ropiejące stają się przyczyną ropienia urazowego mózgowia.

4. Ropnie mózgowe wywołane przez istnienie na głowie przewlekłej choroby połączonej z ropieniem.

Tu należą w pierwszej linii:

a) Ropnie powstające przy chronicznem ropnem zapaleniu ucha średniego, są one najczęstsze, stanowią prawie połowę wszystkich ropni mózgowych. Ważnem jest wiedzieć, iż powstają one tylko przy chronicznych cierpieniach ucha średniego, dotąd nie zauważono ani razu, aby ostry proces w uchu wywołał ropień w mózgu, najburzliwsze nawet objawy mózgowe ustępują w takich razach zaraz po paracentezie błony bębenkowej. Ropnie występują przy chorobie zwanej Otitis media chronica purulenta, siedliskiem ropienia jest jama bębenkowa wraz z komunikującemi z nią pneumatycznemi jamami, proces trwa lata całe, często już od dzieciństwa i zwykle etiologicznie związać się daje z przebytą w owym czasie chorobą zakaźną (szkarlatyna, ospa, dyfteryt, tyfus etc.).

Ropnie tego pochodzenia w mniejszości tylko przypadków leżą tuż nad cierpiącą jamą bębenkową, w tych razach znajdowano najczęściej braki w tegmen tympani. W większości przypadków i tu ropień mózgowy leży w białej substancyi mózgu, oddzielony od pierwotnego źródła ropienia przez mniej lub więcej grubą warstwę zdrowej zupełnie substancyi mózgu.

Ropnie te, z małemi bardzo wyjątkami leżą w zrazie skroniowym mózgu lub też w jednej z półkul móżdżku. Podług

Barr'a na 76 ropni mózgowych przy cierpieniach uszu: 55 zajmowało zraz skroniowy, 13 móżdżek, 4 mózg i móżdżek, 2 most Varola, 1 pedunculi cerebri, we wszystkich przypadkach ropień znajdował się po tej samej stronie co cierpienie ucha.

Wogóle można powiedzieć, iż jeśli cierpi przeważnie górna powierzchnia kości skalistej, to ropień rozwinie się w zrazie skroniowym, jeśli zaś choroba dotyczy przeważnie wyrostka sutkowego to główne niebezpieczeństwo zagraża móżdżkowi. U dzieci spotykamy częściej ropień w zrazie skroniowym, u dorosłych częściej w móżdżku.

Ropnie takie rozwijają się zazwyczaj bardzo wolno, przez długi czas nie towarzyszą im żadne objawy, co właśnie sprawia iż rozpoznanie wczesne jest tak trudnem. Nakoniec trzeba zaznaczyć, iż chroniczne ropienia w uchu średniem mogą wywołać, oprócz ropnia ograniczonego, jeszcze meningitis purulenta i Thrombosis sinus transversi, tak iż w danym razie będziemy musieli rozstrzygać, z którym z tych trzech procesów mamy do czynienia. Przekonanie, iż dołączające się do choroby uszu chociażby nieznaczne wstrząśnienie lub inne jakie obrażenie głowy może pociągnąć za sobą wytworzenie się ropnia w mózgu, jest niesprawiedliwe, może ono co najwyżej przyspieszyć rozwój już istniejącego ropnia.

b) Ropnie mózgowe powstają i przy innych ropnych processach czaszki jako to: osteitis tuberculosa kości czaszki, Caries ossis ethmoides, Caries ossis frontis i t. d. Są to jednak przypadki bardzo rzadkie, i, ponieważ większość ropni, tą drogą powstających, leży w zrazie czołowym, więc też najczęściej bywają rozpoznawane dopiero po śmierci.

B. Objawy.

Objawy, towarzyszące każdemu ropniowi mózgowemu, bez względu na sposób jego powstania, można rozdzielić na 3-y gruppy:

1° Objawy, zależące od obecności ropy w organizmie.

2° Objawy, zależne od powiększenia ciśnienia wewnątrz czaszkowego.

3° Objawy ogniskowe (Herdsymptome), zależne od okolicy mózgu, w której się ropień rozwija.

1° Pomiędzy objawami pierwszej gruppy, pierwsze miejsce zajmuje gorączka. Objaw ten szczególniej jest ważnym dla chronicznych urazowych ropni mózgu. Jeśli naprzykład zauważymy, że chory, który miał powikłane złamanie czaszki, we 3 miesiące po zagojeniu się rany, która ropiała, zaczyna gorączkować wieczorami, że gorączka ta trwa całe tygodnie, znika na jakiś czas zupełnie i znów się zjawia, to mamy już bardzo ważną wskazówkę, że w danym przypadku rozwija się ropień mózgowia. Naturalnie potrzeba na to aby rana była już zupełnie zagojona i żebyśmy mogli wykluczyć w danym razie wszelką inną przyczynę gorączki. Dla rozpoznania ropnia mózgowego powstającego przy otitis media, gorączka ma daleko mniejsze znaczenie, a to z przy-

czyny, że tu już istnieje ropienie w uchu i gorączka może być tylko objawem rozprzestrzenienia się ropienia na sąsiednie jamy (antrum mastoideum). Toż samo dotyczy innych objawów należących do tej gruppy: osłabienie, obojętność chorego, zboczenia w trawieniu (od wzdęcia brzucha i nudności aż do odbijania i wymiotów); wszystkie te objawy mające wielkie djagnostyczne znaczenie przy rozwijaniu się ropnia mózgowego urazowego, tracą je w znacznej części, jeśli chodzi o rozstrzygnięcie czy się przypadkiem nie rozwija w mózgu ropień w skutek istniejącego od dawna w danym organizmie ropienia.

2° Z pomiędzy objawów, zależnych od powiększenia wewnątrzczaszkowego ciśnienia najpierw i prawie w każdym przypadku zjawia się b ó l g ł o w y. Bóle głowy bywają długotrwałe, zwykle silniejsze podczas wieczornych nasileń gorączkowych; wszystko co powiększa ciśnienie w czaszce, a więc: rozgrzanie, picie napojów wyskokowych, nachylanie się etc. powiększa też ból głowy. Niekiedy, mianowicie przy ropniach powstających przy otitis media, bóle głowy bywają bardzo ściśle umiejscowione i dość dokładnie odpowiadają miejscu w którem znajduje się ropień. Ból się bardzo wzmaga lub też zostaje wprost wywołanym przez opukiwanie odpowiedniego miejsca czaszki, to też takiego opukiwania nigdy zaniedbywać nie należy.

Inne objawy tej gruppy rzadziej się przytrafiają podczas przebiegu ropnia mózgowego, niż podczas rozwijania się guza w mózgu. Naturalnie podejrzanem się musi wydać jeśli podczas wieczornej gorączki i bólu głowy zauważymy, iż tętno zamiast być przyspieszonem jest powolne i twarde. Zdarza się niekiedy zwolnienie tętna do 30 uderzeń na minutę, z innych objawów wzmożonego ciśnienia w czaszce bywają: utrata przytomności, chrapiący oddech, objaw Cheyne-Stokes'a i zastoinowa brodawka (Stauungspapille). Wszystkie one zdarzają się przy ropniach rzadziej niż przy guzach, szczególnie rzadko zjawia się brodawka zastoinowa. Dla wszystkich tych objawów, występujących podczas rozwijania się ropnia, jest jeszcze to charakterystycznem, iż to pojawiają się to znów znikają i że występują napadowo, nie zaś jak przy guzach, przy których rozwijają się powolnie, ciągle i raz powstawszy nie znikają.

3° O b j a w y o g n i s k o w e [(H e r d s y m p t o m e) mają albo bardzo ważne znaczenie dla rozpoznania istnienia ropnia w mózgu, jeśli on się zjawia mianowicie w ruchowej okolicy mózgu (a więc w zrazie ciemieniowym), lub też nie mają żadnego znaczenia, gdyż wcale nie występują, jeśli ropień rozwija się w zrazie czołowym, skroniowym lub potylicowym.

Ogniskowe objawy, towarzyszące ropniom mózgowym rozwijają się częścią w skutek zniszczenia pewnego odcinka mózgu przez ropę, częścią zaś w skutek surowiczego nacieczenia otaczającej ropień tkanki; ponieważ pod wpływem polepszenia warunków krążenia krwi nacieczenie takie może się zmniejszać, więc też podczas przebiegu takiego ropnia niektóre objawy znikają na czas pewien, aby się znów potem zjawić. Ważnem jest wie-

dzieć o tych dwóch przyczynach wywołujących objawy ogniskowe ze względu na to czego po wypuszczeniu ropy oczekiwać można, naturalnie iż w takim razie ustąpią tylko te objawy, które zależały od nacieczenia, te zaś, których przyczyną było zniszczenie, pozostają. Dopóki ropień rozwija się w białej substancyi mózgu, dopóki substancyja korowa nie cierpi, dotąd nie ma objawów ogniskowych, chociażby ropień do kolosalnych doszedł rozmiarów.

Autor nie zajmuje się rozbiorem pojedyńczych objawów ogniskowych, odsyła pod tym względem czytelnika do dzieł traktujących o umiejscowieniach w mózgu, stara się tylko przytaczając przypadki operowane w ostatnich czasach, wykazać czem się kierować należy przy rozpoznawaniu ropnia w różnych zrazach mózgowia i móżdżku. Postaram się, nie wdając się w kazuistykę, zebrać ważniejsze rozrzucone, tu dane:

α) Z r a z c i e m i e n i o w y. Ropnie, rozwijające się w tym zrazie, prawie są jedynemi, których następstwem jest wystąpienie objawów ogniskowych. Roberts w 1885 roku przedstawił amerykańskiemu zjazdowi chirurgów obszerną tablicę, z oznaczeniem punktów, w których należy trepanować, przy różnych objawach ogniskowych. Prof. B. zaznacza, iż dla ropni tej okolicy charakterystycznym jest napad skurczów padaczkowych którym się cały obraz choroby zaczyna; dalej występują paraliże czasami połowy ciała i nerwu twarzowego; spotykamy się tu z tą osobliwością, że jedna kończyna więcej jest porażona jak druga, że dolne gałęzie nerwu twarzowego są sparaliżowane, górne zaś nie. Często cierpi mowa. Kurcze rozpoczynają się od sparaliżowanej kończyny. Te objawy ogniskowe naturalnie wyprzedza gorączka, ból głowy i inne objawy ucisku mózgu.

β) Z r a z c z o ł o w y. Do rozpoznania ropni, w tym zrazie się rozwijających, mogą nam dopomódz, oprócz momentu etiologicznego tylko objawy dwóch pierwszych grup wyżej podanych, z objawami ogniskowymi się tu nie spotykamy, chyba że ropień jest kolosalny i zbliża się do tylnych odcinków zawojów czołowych. Tak więc poprzedzający uraz (gdyż prawie wszystkie ropnie tu się rozwijające są traumatycznego pochodzenia), bóle głowy, gorączka (z jej chwiejnym charakterem) wymioty, zwolnienie pulsu, niekiedy brodawka zastoinowa—oto objawy, które, należycie obserwowane w swym powolnym rozwoju, pozwolą niekiedy na postawienie rozpoznania. Prof. B. zwraca uwagę na różnicę w temperaturze obu połów głowy, którą można łatwo oznaczyć za pomocą termometru Anrep'a, w jednym obserwowanym przez siebie przypadku prof. B. spostrzegał podniesienie temperatury głowy po stronie chorej o cały 1 stopień. Nakoniec jeśli ropień znajduje w bliskości tylnego odcinka zawojów czołowych to występują objawy ogniskowe, a mianowicie: zezowanie, utrudnienie mowy, podrażnienie lub paraliż nerwu twarzowego.

γ) Z r a z p o t y l i c o w y. Ropnie rozwijające się w tym zrazie odznaczają się, tak jak i czołowe, brakiem objawów ogni-

skowych, i tu więc głównie na etiologii, gorączce i objawach ucisku mózgu rozpoznanie nasze opierać musimy. Raz tylko jeden w przypadku Janeway'a, zaznaczono obecność Hemiopii, objawu ogniskowego, uważanego za charakterystyczny dla tego odcinku mózgu. Istnienie Hemianopsiae w przypadku Wernicke i Hahn'a, dotyczącym trepanacyi przy guźliczym ropniu w zrazie potylicowym, dozwoliło właśnie na dokładne rozpoznanie i interwencyję chirurgiczną.

δ) Zraz skroniowy. Nowożytna fizyjologija mózgu w zrazie tym lokuje ośrodek słuchu dla ucha przeciwnej strony. Raptowne ogłuchnięcie na zdrowe dotąd ucho, bez żadnych zmian w tem ostatniem i przy istnieniu przewlekłego ropienia w uchu drugiej strony, byłoby jedynym objawem ogniskowym, charakteryzującym ropnie zrazu skroniowego. Dotąd jednak nikt tego objawu nie zaznaczył, prawdopodobnie dla tego iż w olbrzymiej większości przypadków chroniczne ropienia z uszu, a więc i głuchota, są obustronne. W jednym tylko przypadku ropnia tej okolicy, opisanym przez Schede Truckenbrodt'a zaznaczono zaburzenia w mowie, polegające na mięszaniu słów właściwych z niewłaściwemi; objaw ten Wernicke uważa za ogniskowy dla zrazu skroniowego. I tu więc, tak jak w ropniach zrazów czołowego i potylicowego, rozpoznanie głównie na etiologii, gorączce i objawach ucisku fundować musimy.

Głównym, prawie jedynym momentem etiologicznym jest przewlekłe ropienie z ucha. Istnienie tego źródła ropienia w organizmie zmniejsza znakomicie znaczenie rozpoznawcze gorączki. Pierwszą myślą jaka w głowie każdego lekarza powstać musi, będzie przypuszczenie, iż proces w uchu się zaostrzył, tem bardziej, iż często wraz z gorączką występuje nacieczenie i zaczerwienienie części miękkich, pokrywających wyrostek sutkowy. Jak trudno z samej gorączki wnioskować o istnieniu ropnia w zrazie skroniowym dowodzą 4, przytoczone przez prof. B., przypadki, w których bez wyjątku szukano przyczyny podniesienia ciepłoty w zaostrzeniu choroby ucha. Tak więc dopiero jeśli, po zapewnieniu dostatecznego odpływu ropy z ucha średniego i jam sąsiednich, temperatura nie opada, nabiera ona większego znaczenia rozpoznawczego. I wtedy jednak jeszcze może ona zależeć od 2-ch innych stanów patologicznych, nad różniczkowem rozpoznaniem których od ropnia mózgowego zatrzymać się musimy. Gorączka w tych warunkach (t. j. przy zapewnieniu swobodnego odpływu ropy z chorego ucha) może zależeć od:

1) Meningitis basilaris diffusa, która często przyłącza się do omawianych cierpień uszu. Charakterystycznem w takich razach jest gwałtowne powstanie i szybki przebieg cierpienia. Z błyskawiczną szybkością występują po bólu głowy: wymioty, niepokój, rzucanie się, a wkrótce potem śpiączka i zupełna nieprzytomność. Gorączka jest bardzo wysoka, tętno staje się nikłem i drobnem. Nakoniec występuje specyficzny dla zapalenia opon mózgowych objaw: sztywnienie karku

(mli. cucullaris et splenius), co zależy od prędkiego rozprzestrzeniania się zapalenia na opony rdzenia.

2) Thrombosis sinus transversi, jeśli jest częściowym wyrazem istniejącego Phlebitis przebiega pod postacią prawdziwej ropnicy. Dreszcze wstrząsające, żółtaczka, znaczny upadek sił, cierpienie płuc i stawów występują na pierwszy plan, tak iż objawy zastoju krwi w mózgu często pozostają nie zauważone. W innych znów przypadkach, w których zakrzep powstaje przed lub jednocześnie z wytwarzaniem się ropnia, zaznaczano niejednokrotnie przepełnienie krwią Vv. auricular. posteriorum, bolesność na przebiegu V. jugularis internae, i najpewniejszą oznakę thrombosis — stwardnienie v. jugularis externae.

Tak więc ropień w zrazie skroniowym będzie się różnił od przytoczonych wyżej stanów patologicznych: powolnem nasilaniem objawów, gorączką stosunkowo nie wysoką a niekiedy nawet subnormalną (Barr), nakoniec zmiennością w natężeniu objawów ucisku mózgu: chory zupełnie nieprzytomny, nieodpowiadający na pytanie, nie przyjmujący pokarmów, na drugi dzień może być zupełnie przytomnym, jeść i pić; puls nadzwyczaj wolny i twardy staje się szybkim i miękkim (112 i więcej na minutę).

γ) Móżdżek. Czy to z powodu zbyt powierzchownego badania, czy w skutek braku odpowiednich objawów, dość iż dotąd ropnie móżdżku najczęściej pozostawały nierozpoznane. Prof. B. miał jeden przypadek ropnia móżdżku i, na nim się opierając, kreśli następującą symptomatologiję: gwałtowne bóle głowy, utrata przytomności, zawroty głowy, szybkie przemiany pulsu od bardzo szybkiego do 40 uderzeń na minutę, oddech to normalny to o typie Cheyne-Stokes'a, nakoniec niemożność utrzymania równowagi przy chodzeniu i staniu—oto główne objawy, których by się, przy powstawaniu ropnia w móżdżku, spodziewać należało. Zresztą, jak tego dowodzi ciekawa obserwacyja Ceci'ego, też same objawy mogą powstać, jeśli ropień, rozwinąwszy się w zrazie potylicowym w blizkości namiotu, uciska móżdżek. Przyczyną wywołującą są i tu chroniczne ropne cierpienia ucha średniego, ropienie w takich razach rozprzestrzenia się po kościach lub żyłach do tylnych jam czaszkowych.

Oto wszystko, co się da powiedzieć o objawach, towarzyszących tworzeniu się ropni w rozmaitych częściach mózgu. Z przytoczonego wyżej widać, iż rozpoznanie ropnia na podstawie obserwowanych objawów, nie przestaje być bardzo trudnem, pomimo to jednak prof. B. twierdzi, iż ścisła obserwacyja kliniczna, logicznie komentowana, doprowadzi nas nieraz do upragnionego celu. Nie możemy wprawdzie dotąd jeszcze twierdzić, że jesteśmy w stanie rozpoznać każdy ropień wytwarzający się w mózgu, ale liczba rozpoznawanych ropni, wraz z przeświadczeniem, iż trudności dyjagnostyczne są do przezwyciężenia, stopniowo wzrastać będzie, a co za tem idzie wzrośnie

procent chorych, wyrwanych śmierci drogą racyjonalnego chirurgicznego leczenia.

Co się tycze wskazań do trepanacyi, to prof. B. radzi dokonywać ją tylko w typowych przypadkach, w których rozpoznanie nie ulega żadnej wątpliwości, lub przynajmniej jest bardzo prawdopodobnem, przedewszystkiem nie radzi nigdy operować tam, gdzie nie ma zupełnie wyraźnego momentu etiologicznego. Prof. B. przytacza przypadek, w którym został wezwany dla trepanowania chorej, u której prof. Wernicke rozpoznał ropień mózgu, prof. B. odmówił trepanacyi tylko ze względu na to, iż nie było wyraźnego etiologicznego momentu, i, jak się okazało na sekcyi, miał zupełną słuszność, gdyż w danym przypadku istniał guz (sarcoma), rozprzestrzeniający się na całą podstawę mózgu i kość klinową. Nie chodzi o to, powiada prof. B., aby znaleźć i otworzyć każdy bezwarunkowo ropień mózgu lub móżdżku, lecz oto, aby nie pozostawić nieotworzonym ropień, którego rozpoznanie, przy dzisiejszym stanie naszego doświadczenia klinicznego, stało się możliwem.

C) Technika otwierania ropni mózgowych.

Prof. B. zaznacza postępy, jakie chirurgija zrobiła w ostatnich czasach pod tym względem, a mianowicie:

1° Obecnie nie potrzebujemy się krępować wielkością otworu jaki w kości robimy, jeśli otwór otrzymany za pomocą trepanu okazał się za mały, możemy go za pomocą dłuta i młotka powiększyć bezkarnie i w ten sposób zyskamy daleko obszerniejsze pole działania.

2° Po otworzeniu jamy czaszkowej i przecięciu opony twardej używano zwykle igły aspiracyjnej dla poszukiwania ropy w głębi mózgu, jest to naganny sposób postępowania, raz z powodu, iż silna aspiracyja może się stać powodem wylewu krwawego w mózgu (przypadek Beck'a), powtóre dla tego, iż często igła ominie ropień, lub ropa zbyt gęsta do niej nie wejdzie i wtedy pomimo istnienia ropnia można go nie otworzyć. Dla tego też w nowszych czasach zastąpiono igłę szerokim nożem; obawa krwotoku, która dotychczas wstrzymywała od użycia noża jest nie słuszna, gdyż krwotok następuje zazwyczaj tylko z naczyń opony pajęczej (jeśli tylko nie zagłębiamy noża dalej jak na 4—5 ctm. w mózg), a w tamponadzie gazą jodoformową posiadamy znakomity środek do zatamowania takiego krwotoku. Świadomość o łatwości, z jaką jedne drogi nerwowe przyjmują zastępczo na siebie czynność innych dróg nerwowych przerwanych, zdobyta na drodze doświadczalnej, usuwa drugą obawę, aby nóż, przecinając wiele włókien substancyi białej, nie spowodował jakich zaburzeń w czynności mózgu.

3° Nakoniec antyseptyka, zapewniając względną bezkarność rękoczynowi, dozwala łatwiej się nań zdecydować nawet w tych przypadkach, w których mamy tylko prawdopodobieństwo istnienia ropnia.

Co się tycze miejsca w którem trepanować należy, to dla ropni urazowych wskazówką jest blizna istniejąca na głowie,

Dla trepanacyi przy ropniach w zrazie skroniowym, powstały w skutek otitis media, prof. B. proponuje okolicę, leżącą nieco ku górze i ku przodowi od tylnego dolnego kąta kości ciemieniowej. Odpowiedni punkt wyszukuje się na czaszce w następujący sposób: należy przeprowadzić liniję łączącą dolny brzeg oczodołu z przewodem słuchowym zewnętrznym, i przedłużyć tę liniję do kości potylicowej. Na tej linii odmierzyć 4 ctm. od meatus auditorius externus w tył, a z otrzymanego w ten sposób punktu wyprowadzić prostopadłą do pierwszej linii, na tej prostopadłej w odległości 4—5 ctm. ku górze należy trepanować, to trafimy na gyrus temporalis medius. W przypadkach, w których jest wątpliwość czy ropień mózgowy, wikłający cierpienie uszu, rozwinął się w zrazie skroniowym, czy też w móżdżku, radzi Barker cięcie skórne tak poprowadzić, ażeby odkryć foramen mastoideum, jeżeli obok żyły przechodzącej przez tę dziurkę pokaże się kropla ropy, to jest wszelkie prawdopodobieństwo, iż ropień rozwinął się w móżdżku.

W leczeniu następczem otworzonych ropni, chodzi głównie o utrzymanie swobodnego odpływu ropy, dla tego też należy zawsze do jamy ropnia wprowadzić dość gruby dren. Prof. B. ostrzega przed zbytniem przestrzykiwaniem jamy ropnia płynami przeciwgnilnemi, uważa on, że takie przestrzykiwania wciskają tylko cząsteczki ropy wgłąb otaczającej rozmiękłej substancyi mózgu i dla tego zazwyczaj zupełnie przestrzykiwań nie robi. (*d. c. n.*)

W. H. Krajewski.

128. **Operacyjne leczenie ropnia mózgu. Wyzdrowienie.** (The Medical Record 31 Marca 1888. Korespondencyja z Londynu).

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Londynie D-r Ferrier i Wiktar Horsley opisali nader ciekawy wypadek ropnia mózgu, leczonego za pomocą trepanacyi i zakończonego wyzdrowieniem.

Chory, z zawodu artysta, przebył ostre zapalenie lewego ucha (otitis media) poczem w kilka tygodni później wytworzył się absces w mózgu.

Wypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na pomyślny rezultat operacyi, pomimo nader poważnych objawów, jakie były przed trepanacyją: zapalenie obu nerwów wzrokowych (neuritis optica) z wylewem krwi w prawej tarczy, nadto prawie zupełna aphasia motorica, oraz pareza prawej strony twarzy i nieznaczna prawej kończyny górnej. Ropień znajdował się w odległości 1 cm. od powierzchni.

Usunięto kawałek kości wielkości cala po przecięciu miękkich części. Po oddaleniu kości znaleziono twardą oponę (dura mater) w w stanie kongestyi i obrzęku. Po przecięciu jej mózg przedstawiał się zbrzękłym (oedematous bulges). Wypuszczona troakarem ropa miała wygląd śmietany. Ilość jej wynosiła 6 drachm. Brzegi rany złączono per primam z zachowaniem przepisów antyseptyki. Zupełne wyzdrowienie nastąpiło w 24 dni po operacyi. *B. P.*

IV. Choroby skórne.

129. Unna. **O ostatnich zdobyczach na polu leczenia chorób skórnych.** (Volkmann's Vortr. N. 300).

Zdolność wchłaniania skóry normalnej jest bardzo ograniczona. Tylko ciała lotne z łatwością ulegają wessaniu przez skórę prawidłową. Gdzie zaś warstwa rogowa skóry nie znajduje się w stanie normalnym, tem zdolność wchłaniania znacznie się powiększa. Substancyja rogowa utrudnia wchłanianie środków leczniczych skutkiem swej własności przyciągania i zatrzymywania tłuszczu. Dlatego też środki lecznicze o wiele silniej działają na części chore, niż na zdrowe.

Są jednak choroby skórne, w których naskórek jest zupełnie prawidłowy, albo nawet ulega przerostowi i gdzie nam chodzi o głębsze działanie środka, jak to ma miejsce przy lupus, lepra, furunculus, psoriasis, lichen ruber. W innych znów przypadkach, skóra wprawdzie pozbawioną jest naskórka, lecz odśrodkowy (centrifugale) strumień soków w niej przeszkadza wchłanianiu zastosowanego środka, co widzimy przy eczema, impetigines, wszelkich owrzodzeniach i t. p. W tych razach powodzenie leczenia zależy bardzo od postaci i sposobu zastosowania środka. Stąd też biorą swój początek dwa szeregi środków: 1) środki zwalczające nieprzepuszczalność warstwy rogowej i 2) środki przeciwdziałające odśrodkowemu strumieniowi w skórze. Tak te, jak tamte dadzą się podzielić na chemiczne i fizyczne. W pracy niniejszej autor chce głównie pomówić o tych ostatnich.

Do środków chemicznych rozpuszczających warstwę rogową (keratolytische Mittel) należą przedewszystkiem: ług potasowy, szare mydło, zwłaszcza zaś kwas salicylowy.

Do środków stwardniających, osuszających (keratoplastische) należą: siarka, ichtyjol, rezorcyna, cukier, olej lniany i w ogóle środki redukujące, których działanie polega na łączeniu się z tlenem. Przy znaczniejszem stężeniu działają one rozpuszczająco.

Ze środków fizycznych wspomina autor najprzód o stosowaniu rozpylacza, przyczem ciała mniej lotne rozpuszczone zostają w płynach posiadających większą lotność, jak alkohol, eter, chloroform, benzyna. Podobny spray z jednej strony wprowadza środek leczniczy do głębszych części, rozpuszczając tłuszcz warstwy rogowej, z drugiej zaś działa osuszająco, odciągając wodę. A. stosował z dobrym skutkiem alkoholowy spray przy eczema, a w cierpieniach zależnych od grzybków—spray chloroformowy.

W dalszym ciągu przechodzi autor do innych środków fizycznych, zmierzających do zmniejszenia nieprzepuszczalności skóry z jednej i siły strumienia odśrodkowego z drugiej strony. Działanie ich polega na sztucznem nagromadzaniu lub usuwaniu wydzielin skóry. Te ostatnie są wodniste lub tłuste. Pierwsze, to para wodna, przenikająca przez warstwę rogową,

i krople, wydzielające się przez pory skóry. Tłuszcz pochodzi przeważnie z gruczołów maczugowatych, które niesłusznie uważają za narządy wytwarzające wodnistą część potu, jakoteż z gruczołów łojowych. Te wydzielają stosunkowo niewiele i są głównie przeznaczone dla włosów. A więc mamy do czynienia z trojakiemi wydzielinami: 1) z parą wodną, nieustannie ulatniającą się z powierzchni skóry, 2) z płynną wodnistą częścią potu i 3) z tłuszczową częścią potu.

Dla zatrzymania pary wodnej, stanowiącej $^7/_9$ ogólnej ilości wody, która się przez skórę wydala, dobre są ciepłe kąpiele i łaźnia parowa. Skutek stąd otrzymany stanowi rozmiękczenie warstwy rogowej.

Dla zatrzymania tłuszczu, jaki się z potem wydziela, zaleca się stała kąpiel. Tłuszcz nagromadza się w warstwie rogowej; jednak po jej nasyceniu wydziela się do wody.

Z drugiej znów strony wydzielinę wodnistą skóry zatrzymuje bardzo skutecznie tłuszcz. Silniejsze działanie jego występuje dopiero pod grubszą warstwą tłuszczu. Działanie to uwidocznia się tam zwłaszcza, gdzie brodawki skórne są w stanie znaczniejszego przekrwienia. Tu następuje podwyższenie ciepłoty i rozmiękczenie ogniska chorobowego.

Zupełne zatrzymanie wszelkiej wydzieliny skórnej osiągamy za pomocą guttaperki i kauczuku. Ponieważ i w warunkach prawidłowych skóra więcej wydziela wody niż tłuszczu, więc też i pod temi materjyałami warstwa rogowa zostaje głównie nasyconą wydzieliną wodnistą i skóra przypomina wtedy błonę śluzową jamy ustnej lub pęcherza moczowego. Zdolność wchłaniania znacznie się powiększa, zwłaszcza, że guttaperka i kauczuk przeciwdziałają strumieniowi odśrodkowemu w tkankach.

W celu szybszego usuwania wzmożonej wydzieliny tłuszczowej i wodnistej rozporządzamy następującymi środkami.

Przedewszystkiem należą tu ciała dziurkowate, suche, chciwie pochłaniające wodę i tłuszcz; a więc puder ryżowy, a dalej używane dziś bardzo pasty i kleje. Zdolność wchłaniania zmniejsza się pod wpływem tych środków bardzo znacznie. Po pierwsze potęgują one siłę strumienia odśrodkowego; po wtóre zaś wysuszają warstwę rogową. Wydzielina tłuszczowa nagromadza się w tych substancyach, podczas gdy wodnista z nich wyparowywa.

A więc środki utrudniające sekrecyję sprzyjają resorbcyi, środki zaś powiększające siłę strumienia odśrodkowego w skórze, wpływają niekorzystnie na wchłanianie.

Dalej mówi autor obszerniej o trzech grupach środków, które mogą być podciągnięte pod powyższe kategoryje, a mianowicie:

1) o klejach (Leime), jako przedstawicielach ciał wchłaniających, dziurkowatych,

2) o maści na muślinie (Salbenmull), jako czysto tłuszczowej powłoce i

3) o plastrze na muślinie (Pflastermull), jako sposobie stosowania środka leczniczego pod nieprzepuszczalną powłoką.

ad 1) kleje mają tę wyższość nad innymi środkami wchłaniającymi, że są lepkie. Najważniejszym z nich jest klej cynkowy (Zinkleim). Dobrze działa przy lekkiej, powierzchownej pryszczycy (eczema) i rumieniu (erythema). Klej rozpuszcza się w wodnej kąpieli i ciepły jeszcze za pomocą pędzla rozsmarowywa; nim wyschnie, należy go watą wyługowaną osuszyć. Przeziew skórny powiększa się przytem, stąd działanie chłodzące tego opatrunku przy rumieniu (erythema), spowodowanym przez środki drażniące, promienie słoneczne, lekarstwa, z obrzękiem i bez takowego,—a także przy ostrej, różowatej (erysipel artige) pryszczycy i t. p.

Wielkie także korzyści przedstawia klej cynkowy stosowany jako dodatek do opatrunków; osiągamy przezeń spokój, umocowanie (Fixation) i dowolny ucisk. W eczema, impetigo contagiosa u dzieci, na twarzy i rękach, także przy ulcera cruris oddaje znakomite usługi.

Znajduje on również zastosowanie tam, gdzie zdrowe części chcemy ochronić przed działaniem środka skierowanego przeciw częściom chorym; w tym celu skórę zdrową, otaczającą miejsce choroby, nasmarowywamy tym klejem.

Służy on także do łagodzenia działania środka leczniczego, np. chryzarobiny przy psoriasis universalis w miejscach, w których ona już wywołała silną reakcyję, podczas gdy w innych dalsze jej stosowanie jest jeszcze koniecznem.

Kleju cynkowego używać można dla usunięcia nieprzyjemnego zapachu środka, np. dziegcia.

Można z nim także łączyć niektóre ciała, jak rezorcynę, ichtyjol, kwas salicylowy (5%). Lepiej jednak stosować je bezpośrednio na skórę i pokrywać warstwą kleju, a to dla złagodzenia wywołanego środkiem leczniczym podrażnienia i ochrony przed szkodliwościami zewnętrznemi. Za to dobrze jest domieszywać do kleju cynkowego proszki nierozpuszczalne, jak siarka, jodoform, hydrarg. praecip. album.

A więc klej cynkowy zaleca się bardzo przy powierzchownych cierpieniach zapalnych; na sprawy głębsze wpływu nie wywiera; przeciwskazanym jest także w tych przypadkach, w których chorzy silnie się pocą.

ad 2) maść na muślinie (Salbenmull) wskazaną jest tam, gdzie mamy już nacieczenie skóry, jak np. w pryszczycy przewlekłej. Dla miejscowości bardzo wrażliwych jest zanadto nieprzemakalną. Posiada działanie grubo nasmarowanej maści i tę wyższość nad tą ostatnią, że wybornie przylega do wszelkich nierówności skóry i że ma znaczną zawartość maści. Odpowiednią jest tylko przy ograniczonych cierpieniach, — chociażby ze względu na koszt.

Maść na muślinie składa się z muślinu i nasmarowanego nań z jednej lub obu stron tłuszczu. Jest postacią wygodniejszą niż gałganek płócienny pokryty warstwą maści. Nie wypiera jednak tej ostatniej z użycia, gdyż maście zawsze tam

znajdą zastosowanie, gdzie maść na muślinie jest zbyt nieprzepuszczalną dla wody, także w miejscach obfitujących we włosy i przy ogólnych cierpieniach skóry. Autor przytacza cztery maście na muślinie: 1) cynkową (Zinksalbenmull), 2) cynkowo-ichtyjolową (Zinkichthyolsalbenmull), 3) ołowiano-karbolową (Bleicarbolsalbenmull), 4) cynkowo-rtęciową (Zinksalbenmull mit rothem Präcipitat).

Miejscowości, w których się przedewszystkiem ich stosowanie zaleca, są: palce rąk i nóg, uszy, nos i w ogóle twarz.

Dają one bardzo dobre wyniki w niezbyt zastarzałych postaciach pryszczycy, np. w eczema madidans niemowląt, eczema fissurale scroti.

Rurki papierowe, owinięte maścią cynkową i wkładane do nosa, leczą w krótkim przeciągu czasu pryszczycę otworów nosowych i warg u dzieci zołzowych.

U słabowitych noworodków z dziedzicznym przymiotem dobrze jest stosować na owrzodzenia maść z rtęci i cynku.

A więc maście te są wskazane we wszelkich uporczywych sprawach zapalnych skóry, przedewszystkiem zaś w umiejscowionej pryszczycy przewlekłej; zwłaszcza u dzieci.

ad 3) plaster na muślinie (Pflastermull) stosuje się tam, gdzie chcemy osiągnąć działanie głębsze lub silniejsze. Składa się on z nieprzepuszczalnej warstwy guttaperki, na której równocześnie rozprowadzony jest czysty środek leczniczy; od strony zewnętrznej pokrytą jest guttaperka cienką warstwą muślinu, w celu nadania plastrowi mocy. A więc przedewszystkiem niema tu constituens. Dodaje się tylko jakieś ciało lepkie, rozumie się niedrażniące, zupełnie obojętne (a zatem nie terpentyna); w tym celu zalecają się gummi elasticum i oczyszczona glinka. Środki te nie odgrywają tu roli constituens, gdyż stosunek ich ilościowy do środka leczniczego jest bardzo nieznaczny; tak np. bierze się na 1 metr plastra 20—50 grm. środka głównego, ciała zaś lepkiego 2—5. Skuteczność takiego plastra pozostaje w prostym stosunku do ilości środka głównego, jaka przypada na jednostkę powierzchni. Tu mamy jednę tylko warstwę, nie jak w dotychczasowych plastrach, gdzie jedynie wewnętrzna warstwa działa.

Do najwięcej używanych plastrów na muślinie należą:

1) Rtęciowo-karbolowy (Quecksilber-Carbol-Pflastermull). Przypadki, w których się stosuje, są: furunculus, abscessus, phlegmone, panaritium, sycosis tuberosa parasitaria i bubones wszelkiego pochodzenia. We wczesnym okresie działa poronnie na ropienie, w późniejszym przyśpiesza je, sprowadza bezbolesne otworzenie się ropnia i goi ranę. Plaster może być położony i po przecięciu. Także łączyć można plaster z ciepłym okładem.

2) Rezorcynowy (Resorcinpflastermull). Stosuje się przy cięższych formach acne. Zmienia się co dwa dni.

3) Salicylowo-kreozotowy (Salicylcreosot-Pflastermull). Przy lupus vulgaris. Części zdrowe otaczające ochrania się, smarując je klejem cynkowym. Opatrunki zmienia się codzień.

4) Cynkowo-rtęciowy (Zinkoxyd-Quecksilber-Pflastermull) Bardzo odpowiedni dla ambulatoryjnego leczenia przymiotu. Co tydzień kładzie się $^1/_6$—$^1/_4$ metra tego plastra kolejno na różne części ciała. Metoda ta jest o wiele wygodniejszą od wcierań, wymaga jednak dłuższego stosowania (cztery razy). Wobec groźniejszych objawów przymiotu (iritis, hemiplegia) brać należy większe ilości tego plastra, np. 1 metr dla owinięcia klatki piersiowej. Działa on dobrze i tam, gdzie się znajdują resztki wytworów syfilisu.

Jako ogólną uwagę należy spamiętać, ażeby przy stosowaniu silnych plastrów (kwas salicylowy, rezorcyna, arszenik, sublimat, chryzarobina) części zdrowe otaczające ochraniać za pomocą kleju cynkowego (Zinkleim).

Przystępując do leczenia choroby skórnej należy postawić sobie dwa pytania: 1) czy leczyć miejscowo, czy ogólnie i 2) w jakiej postaci stosować dany środek?

Przy leczeniu ogólnem mamy następujące postacie środków, które w szeregu zstępującym, co do siły działania, wyliczamy: ogólne pokrycie tłuszczem w połączeniu z odzieżą wełnianą, kleje i pasty, słabsze formy kąpieli, mydeł i pudrów.

Dla leczenia zaś miejscowego rozporządzamy następującemi postaciami, które w tym samym porządku przytaczamy: plaster na muślinie (Pflastermull), maść na muślinie (Salbenmull), proste smarowanie tłuszczem, kleje i równe im w działaniu pasty, wreszcie najsłabsze formy kąpieli miejscowych, mydeł i pudrów. *Z. H.*

130. Deligny. **Pryszczyca paznogci.** (L'eczema des ongles L'Un Med. Decembre 1887).

Pryszczyca paznogci może rozwinąć się w dwóch warunkach:

1° Albo cierpienie to istnieje już na rękach, stopach, lub innej okolicy ciała.

2° Albo występuje jako cierpienie samoistne, porażające tylko paznogcie.

Większa część autorów opisuje tylko pryszczycę przewlekłą, Del. spostrzegał i ostrą jej formę.

Gdy pryszczyca rozszerzy się na paznogcie, wtedy łożyska ich stają się obrzękłe, zaczerwienione, bolesne, podniesione; zapalenie to rozszerza się i na brzegi skórne rowka paznogciowego. Paznogieć staje się bolesny na ucisk, zdaje się być wystającym z łożyska; powierzchnia jego traci swą wypukłość, pokrywa się bruzdami poprzecznemi, dosyć głębokiemi, mającemi wygląd szczelin. Niezależnie od tego paznogieć traci swój połysk i gładkość, staje się ciemniejszy. Chorzy uskarżają się na bóle w końcach palców, charakteryzujące się uczuciem ściągania, jak gdyby pokrowczykami kauczukowemi. Dopiero co opisane przypadłości u dwóch chorych spostrzeganych przez autora trwały przez cały czas istnienia ostrego periodu wysypki na rękach i palcach. Następnie przypadłości te zaczynały łagodnieć, obrzmienie łożyska paznogciowego zmniejszyło się, pa-

znogieć stał się mniej zgrubiały. W tymże jednak czasie paznogcie przyjęły wygląd czarnawy, zależny od nacieków utworzonych pomiędzy skórą i blaszką rogową paznogcia; zabarwienie to zajęło wszystkie paznogcie, które pozostały się tym sposobem chropowate, pozbawione połysku, popękane. Potrzeba było blizko trzech miesięcy czasu do zamiany w ten sposób porażonych paznogci przez zupełnie zdrowe.

Powyższy opis zajmuje formę ostrą i chroniczną pryszczycy paznogci; wskazuje również na przejście postaci ostrej w chroniczną.

W pewnych przypadkach, pryszczyca nie poraża paznogci w ścisłem znaczeniu, lecz zatrzymuje się na brzegu skórnym rowka paznogciowego; postać ta pryszczycy spotyka się bardzo często.

Spostrzegają się również przypadki zmian paznogci u osób nie mających pryszczycy ani na rękach, ani na stopach, lecz posiadających tę wysypkę na innych okolicach ciała. Zmiany te należą przedewszystkiem do pryszczycy przewlekłej.

Pryszczyca samoistna paznogci jest dosyć rzadka; być może dla tego, że często bywa braną za łuszczycę. Postać ta charakterem swych zmian nie różni się od formy poprzedniej. Zmiany paznogcia odpowiadają długości trwania pryszczycy; paznogieć staje się zgrubiały, nieforemny, popękany, przyjmuje niekiedy formę sześcienną, lub stożkowatą, traci swą gładkość i połysk, staje się chropowaty czarniawy, brzeg jego swobodny zdaje się być uwarstwionym. Niekiedy na pewnej przestrzeni wyrasta paznogieć zdrowy, następnie na powierzchni jego zjawia się plama, stopniowo rozszerzająca się i cierpienie znów powraca, stając się tym sposobem bardzo uporczywem i długo trwałem. To znów paznogcie podniesione przez łuski i resztki naskórka nagromadzone w łożysku, ulegają odsłojeniu się i odpadają; niekiedy zmiany zatrzymują się w swym rozwoju i powstaje wyleczenie, pozostawiające nieforemność paznogcia.

Wygląd paznogci zmienionych przez pryszczycę jest bardzo podobny do porażenia łuszczycowego tychże. Należy jednak pamiętać, że łuszczyca (psoriasis) wyłącznie na paznogciach, umiejscawia się niezmiernie rzadko i prawie zawsze wykwity jej znajdują się na innych miejscach skóry. Nie jest również rzeczą małej wagi odszukać, czy chory nie miał poprzednio pryszczycy. Jeden z chorych Deligny'ego cierpiący na pryszczycę paznogci, miał cierpienie to przed 10-ma laty na powierzchni wyprostnej rąk, cierpiał również na gościec stawów.

Pryszczyca paznogci bywa najczęściej pochodzenia profesyjonalnego, wtedy jest następstwem cierpienia przewlekłego znajdującego się na skórze rąk. Jest ona również objawem częstym u osób cierpiących na dnę i gościec, co zależy od zaburzeń w odżywianiu ogólnem.

Pryszczyca paznogci spowodowana rozszerzeniem się cierpienia z rąk lub stóp, łatwo ustępuje pod wpływem odpowiedniego leczenia, znika wraz ze zmianami znajdującemi się na skórze.

Trudniej poddaje się leczeniu pryszczyca samodzielna paznogci. W przypadkach tego rodzaju oddają znakomite usługi wody Vichy, wanny alkaliczne i alkalia do wewnątrz, odpowiednia dyjeta dla cierpiących na dnę i gościec. Miejscowo działa dobrze noszenie palców kauczukowych i dziegieć czysty lub w równych częściach z wyskokiem. Skuteczne są również cieplice (jak St. Gervais) pod postacią wanien i silnych natrysków na porażone paznogcie. *J. Wojciechowski.*

131. Hallopeau. **Przypadek przymiotu z rozwojem nieprawidłowym.** (Note sur un fait de syphilis a évolution anormale L'Un. Med. 1887, N. 165 Decembre).

W rozwoju przymiotu można widzieć niekiedy z samego początku zmiany właściwe zazwyczaj dopiero późnym fazom tego cierpienia np. porażenia kości, mózgu i t. p.; fakta podobne nie są rzadkie, Fournier, Lanseraux i Vidal przytaczają liczne ich przykłady. Znane są również powszechnie w przypadkach recydywy wysypki pod postacią plam lub grudek; te ostatnie spostrzegają się wyłącznie w ciągu pierwszych dwóch lat istnienia choroby, t. j. gdy zmiany zwane pospolicie trzeciorzędnemi jeszcze się nie pojawiły.

Niżej załączone w skróceniu spostrzeżenie autora wskazuje, że wysypka grudkowa (Syphilis cut. populosa) zjawić się może już po zmianach głębokich zwanych trzeciorzędnemi.

Chora W.... 49 lat, na początku 1880 r. zaraziła się przymiotem; w tymże roku występowała trzy razy wysypka plamista. 1883 r. zapalenie gardła, trudność mowy i połykania; wkrótce utworzyło się przedziurawienie podniebienia twardego z wydzielaniem się kawałków zmartwiałej kości.

W tymże czasie pojawiły się zmiany głębokie skóry, co można wnosić z pozostałych blizn znajdujących się na kończynach, częściowo bezbarwnych, w części zaś szarych, mających brzegi zaokrąglone nieregularnie, owalne, powierzchnię lekko zagłębioną, wielkości od 1-go do 3 cent.

Wysypka z powodu której chora znów zapisała się do szpitala (St. Louis), t. j. po upływie przeszło 4-ch lat od wystąpienia objawów pierwotnych, pokazała się najpierw na klatce piersiowej, później wolno i stopniowo rozszerzając się zajęła brzuch, ręce, kończyny dolne, nakoniec twarz, pokrywając tym sposobem wszystkie okolice skóry. Wykwity miały postać grudek wielkości łepka od szpilki, słabo wystających, koloru czerwono-brunatnego; zebrane były przeważnie w gruppy nieregularnie okrągłe; wielkości soczewicy do franka. W niektórych miejscach, a przedewszystkiem na łopatkach, te małe gruppy były skupione, tworząc tym sposobem wielkie blaszki, nieregularnie porozdzielane skórą zdrową.

Chora skarżyła się na bóle w uszach i utratę słuchu. W przewodzie usznym zewnętrznym, blizko błony bębenkowej, znajdowały się również płaskie grudki.

Pod wpływem leczenia przeciwprzymiotowego, trwającego z przerwami kilka miesięcy, wysypka ulegając stopniowo prze-

mianom wstecznym 11 Grudnia pozostawiła po sobie tylko plamy koloru brunatnego i fijoletowego.

Dnia 5-go Lutego 1885 r. wystąpiła nowa wysypka na twarzy, wardze dolnej, powiekach dolnych i uszach. Około 9-go Lipca t. r. wysypka grudkowa zupełnie znikła, wystąpiły natomiast nowe zmiany w nosie, wierzchołek którego obrzękł, zaczerwienił się i stwardniał; około otworów zewnętrznych nosa rozwinęło się głębokie owrzodzenie stopniowo rozszerzające się; przymiot przyjął swój przebieg normalny, bezwątpienia pod działaniem leczenia. *J. Wojciechowski.*

V. Wiadomości pomniejsze.

132. Prof. Kraft-Ebing zaleca przy delirium tremens **podskórne wstrzykiwania Methylalu** (Merck'a $C_3H_8O_2$).

Wstrzykiwać radzi rozczyn 1 na 9 wody co 2—3 godziny szpryckę, aż do nastąpienia snu krytycznego, dalej zaś w rekonwalescencyi radzi wstrzykiwać 1—2 szprycek dla uprzedzenia ponownej bezsenności. Przytacza przytem 21 przypadków, w których stosował M. wszędzie nawet w najcięższych otrzymał rezultat znakomity, nawet w tych przypadkach, gdzie inne hypnotica nie działały.

133. D-r Sylva Aranjo z Rio-Janeiro poleca **salicylan rtęci** w celu **leczenia przymiotu.** Z początku autor podaje 1 milligram tego środka w pigułce co rano z mlekiem, następnie jeśli chory go znosi co rano i wieczór, dochodząc do 3ch razy na dzień i zwiększając stopniowo dawkę aż do 25 milligr. dziennie. Zewnętrznie w postaci maści 0,50 — 1,00 na 3,00 waseliny. Do wstrzykiwań przy tryprze używa roztworu z 10 gram. na 250 gram. wody z dodatkiem węglanu sodu niezbędnym do rozpuszczenia.

Zdaniem A. środek ten łatwo bywa znoszony, nie wywołuje zapalenia ust, działa stosunkowo prędzej i pewniej niż inne sole rtęciowe, nadto jest pożyteczny w syfilitycznych cierpieniach skóry i błon śluzowych oraz w wielu chorobach spowodowanych pasorzytami, tudzież przy blenorrhagia i trądzie (lepra).

Działanie jego ma być również bardzo skutecznem w nieżytowem i ziarninowem zapaleniu łącznicy w postaci następującego collyrium:

Rp. Salicylatis Mercur. 0,50
Aq. destill 30,0
Carbonat. potass. q. s.
MS. Do przemywania oczu.

(The Medical Record 31 Marca 1888).

B. P.

134. **Leczenie obszernych ran za pomocą transplantacyi skóry ptasiej.**

D-r Redard zakomunikował Akademii lekarskiej w Paryżu kilka obserwacyj co do przeszczepienia skóry zwierzęcej na rany u ludzi. W jednym przypadku u dziecięcia dwuletniego z obszerną raną czaszki (skutkiem oparzenia), niegojącą się od 8-miu miesięcy, autor wykonał transplantacyję skóry ptasiej z pomyślnym skutkiem, gdyż we dwa miesiące rana

o wymiarach 3 i $2^1/_2$ cala całkowicie się zabliźniła. Podobny rezultat otrzymał R. w niektórych innych przypadkach. Przeniesione kawałki skóry ($^1/_6$—$^1/_3$ cala) utrzymano za pomocą waty i gazy jodoformowej.

(The Medical Record 10 Maja 1888). *B. P.*

135. „*Deutsch. Americ. Apoth. Zeitung*“ opisuje następujące spostrzeżenie: Lekarzowi jadącemu na maszynie kolejowej wpadł w oko proch węglowy, kiedy z powodu bólu począł on trzeć cierpiące oko, maszynista poradził mu, by przeciwnie tarł zdrowe oko nie dotykając się bynajmniej chorego. Lekarz usłuchał tej rady i wkrótce przekonał się, że proch przesunął się do kąta powiek i następnie spłynął po policzku. Odtąd niejednokrotnie na sobie i innych przekonał się o skuteczności tej rady i tarcie zdrowego oka sprawiało zwykle pożądany skutek, ma się rozumieć, jeśli tylko ciało obce nie wdrążyło się głęboko w miąższ oka. (Wracz N. 11, r. 1888).

136. C. Siebert opierając się na znanym fakcie, że mikroorganizmy błonicy mogą żyć i działać tylko przy wysokiej temperaturze, stosuje stale lodowe okłady na szyję przy leczeniu tego cierpienia do czasu, dopóki niebezpieczeństwo nie minie zupełnie. Dotąd miał S. w swej praktyce 6 przypadków błonicy, przy których środek ten był stosowanym z pomyślnym skutkiem. W powyższych przypadkach lód był stosowanym bez przestanku przez dni ośm. (Algem. Med. C. Z. 88. N. 13).

137. G. Engel opierając się na własnych, a także i Epsteina spostrzeżeniach przyszedł do wniosku, że ogólnie stosowany środek przeciw pleśniawkom (soor) u ssawców t. j. wycieranie i wymywanie ich jamy ustnej po karmieniu, jest właśnie powodem tego cierpienia. Wycieranie wywołuje miejscowy przypływ krwi, obrzęk i pękanie błony śluzowej, oddzielanie się nabłonka, przez co przygotowywa odpowiedni grunt dla grzybków i innych chorobotwórczych zarodków.

Na klinice autora wycierania jamy ust u ssawców zupełnie zaniechano i odtąd procent cierpiących na pleśniawki zmniejszył się do 2%.

(Wien. Med. Presse N. 8 i 9 r. 1888).

(Sam miałem sposobność przekonać się o skuteczności tej rady na dziecku państwa S., które przez czas długi miało pleśniawki. Pani S. młoda matka gorliwie, bo nieraz do krwi, wycierała jamę ustną swemu dziecku po każdem karmieniu, mimo to pleśniawki nie ustępowały, nawet po zastosowaniu odpowiednich środków. Zaleciłem zaprzestać wycierań, a miejsca uległe cierpieniu zlekka pędzlować miodkiem boraksowym. Po trzech dniach uporczywe pleśniawki zupełnie znikły i dziś już trzeci tydzień jak ich niema, chociaż dziecku po karmieniu jamy ust zupełnie nie wycierają i nie wymywają. Drugi przypadek dotyczy dziecka felczera C. i tu również uporczywe pleśniawki znikły zupełnie bezpowrotnie po zaprzestaniu poprzednio praktykowanych wycierań. W trzecim przypadku u dziecka kolegi K. uporczywe pleśniawki od tygodnia trwające znikły, jak tylko zaprzestano poprzednich troskliwie stosowanych wycierań i wymywań jamy ustnej. Przyp. Ref.).

Sierpiński.

138. Morozow z pomyślnym skutkiem używa tranu przy parotitis. Obrzmiały gruczoł smaruje się tranem, następnie przykrywa się watą zmaczaną tym tłuszczem, a na wierzch nakłada się suchej waty i bandaż.

(Ruskaja Med. 88. 7).

139. Jorvosine zaleca maść złożoną z jednej części hydrargyri oxydati rubri i stu części lanoliny, jako środek leczący poronnie jęczmień

hordeolum). Zupełny rezultat ma się podobno otrzymywać już po jednorazowym wtarciu. (The Brit. Med. Jur. 1888).

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

— **Podręcznik medycyny praktycznej C. F. Kunzego**, z 9-go (ostatniego), znacznie przerobionego wydania niemieckiego z r. 1887, przetłómaczony przez Stanisława Kleina i Aleksandra Fruchtmana.

Łatwem jest zadanie sprawozdawcy, gdy ma do czynienia z dziełem, tak popularnem, tak pożytecznem, tak praktycznem, jak wymienione w tytule. Z Kunzego korzystaliśmy wszyscy, podczas egzaminów, w życiu praktycznem, a nieraz nawet dla szybkiej orjentacyi—przy tworzeniu jakiegoś artykułu naukowego. Niewielka stosunkowo książka na 730 stronicach obejmuje całą niemal medycynę praktyczną, stanowiąc rodzaj małej encyklopedyi. Autor jej, stosując się do ostatnich wymagań racyjonalnej nauki, w każdem wydaniu rozszerzał swe dzieło, i z wielką umiejętnością, unikając przydługiej gadaniny, podał czytelnikom najnowsze fakty z dziedziny fizyjologji, patologji i terapji. Ścisłość, właściwa dziełom niemieckim, posuniętą jest tutaj tak daleko, że nawet tak rzadkie u nas choroby, jak żółta gorączka i dżuma guzowata, jakoteż tak nowe, jak neurasthenia i promienica (actynomycosis), lub tak specyjalne, jak kur (rubeola) znalazły pomieszczenie w podręczniku. Stosownie do panujących obecnie poglądów dział chorób zakaźnych został bardzo szeroko obrobiony, a zarazem umieszczony na pierwszem miejscu, następują po nim choroby ustrojowe (blednica, gnilec, krwawiaczka i t. p.), dalej choroby oddzielnych narządów, choroby skórne, a na zakończenie rozdział o otruciach: ołowianem, fosforowem, rtęciowem, arszenikowem i wyskokowem. Jako dodatek—obszerny spis recept, obejmujący 111 numerów. Młodym tłómaczom, którzy doskonałym językiem i z zadziwiającą szybkością przełożyli tą książkę, należy się słowo podzięki za dokonany wybór i za umiejętną pracę, a w dodatku pozwalamy sobie wyrazić nadzieję, że tak popularne dziełko, z którem każdy student medycyny sypiał prawie, żałując jednakże, że tylko w obcych językach mógł z niego korzystać, obecnie w polskim języku i w pięknem wydaniu posiadana rozejdzie się co najmniej z taką szybkością, z jaką zostało przyswojone naszej literaturze t. j. w ciągu niespełna roku. *Dr. L. W.*

Ogłoszenia Komitetu Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

I.

Ś. p. Jan Bącewicz, doktór medycyny, niegdy członek czynny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zmarły w roku 1865-ym, zapisał temuż Towarzystwu, między innemi, kapitał rs. 7,500, przeznaczając procent po 6% na coroczne udzielanie wsparcia 5-iu wdowom po lekarzach polakach wyznania chrześciańskiego, a w braku takowych wdowom po lekarzach innych wyznań. Komitet kasy wsparcia, działając z upoważnienia Towarzystwa Lekarskiego, zawiadamia osoby insteresowane, że w dniu 12 (24) Czerwca r. b. jako w dniu imienin testatora, udzielone będą z pomie-

nionego legatu wsparcia 5-iu niezamożnym wdowom po lekarzach — każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby życzyła ubiegać się o rzeczone wsparcie, winna być przedstawioną komitetowi przez jednego z jego członków, któremi są: w Warszawie zamieszkali: prezes komitetu Dr. Brodowski Włodzimierz, wice-prezes Dr. Przewoski Edward, członkowie komitetu: Dr. Braun Jan, Dr. Gepner Bolesław, Dr Grandilewski Michał, Dr. Lasocki Wacław, Dr. Lewiński Marceli, Dr. Rogowicz Jakób, Dr. Sokołowski Alfred, Dr. Szokalski Wiktor i Dr. Wolf Aleksander; radcy prawni: mecenas Tieme Karol i rejent Zawadzki Stanisław, na prowincyi zaś pp. inspektorowie lekarscy przy rządach gubernialnych lub ich zastępcy, a mianowicie: w Kaliszu Dr. Merkel Juljusz, w Piotrkowie Dr. Mianowski Ksawery, w Radomiu Dr. Dobrzelewski Tadeusz, w Kielcach Dr. Michniewicz Felicyan, w Lublinie Dr. Kwaśniewski Juliusz, w Siedlcach Dr. Maluszycki Ignacy, w Płocku Dr. Ostrowski Władysław, w Łomży Dr. Wojciechowski Aleksander, w Suwałkach Dr. Kosiński Stanisław. Każdemu z liczby wyżej wymienionych członków służy prawo przedstawienia jednej kandydatki, z pomiędzy których komitet wybierze 5 wdów po lekarzach, i o przyznaniu im wsparcia z legatu D-ra Bącewicza, stosownie do zastrzeżenia w testamencie uczynionego, ogłosi w pismach publicznych. Przedstawienia od członków komitetu ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatek — oczekiwane będą najpóźniej do dnia 3 (15) Czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacye w biurze komitetu w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7); na prowincyi zaś w biurach pp. inspektorów lekarskich gubernialnych.

Z upoważnienia komitetu, członek zarządzający funduszami

Dr. Szokalski.

II.

Z zapisu D-ra Leona Lande wakuje wsparcie 95 rs. według woli testatora, w rocznicę tego zgonu, t. j. d. 18 Lutego 1889 przyznać się mające, albo podupadłemu lekarzowi, wdowie lub sierotom mojżeszowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie lub sierotom po nim pozostałym; albo też w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie lub sierotom po nim — wyznania chrześciańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania próśb pod adresem Komitetu (ulica Niecała Nr. 7) oznacza się do dnia 15 Grudnia 1888 r. Przy prośbie złożyć należy dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenia 3-ch lekarzy, członków kasy wsparcia oraz Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem mu rzeczonego wsparcia.

Z upoważnienia komitetu, członek zarządzający funduszami

Dr. Szokalski.

Nadesłano do Redakcyi.

Dr. Med. A. Sokołowski: O zwężeniu przymiotowem tchawicy i oskrzeli. Odb. z Gaz. Lek. 1887.

Dr. N. Reichmann: Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der

bitteren Mittel auf die Function des gesunden und kranken Magen. Sep. Abdr. a. d. Zeit. für Kl. Med. XIV. 1—2.

A. Chełmoński: O zwracaniach wogóle i zwracaniach płynów wodnistych w szczególności. Odb. z Pam. T. Lek. t 84.

A. Chełmoński: O podskórnem stosowaniu środków przeczyszczających. Odb. z Gaz. Lek. 1888.

SPROSTOWANIE.

W N-rze 4-ym na str. 250, wiersz 12-ty od dołu, zamiast 50 grm.— powinno być 50 centygrm.

Str. 252, wiersz 4-ty od góry — zamiast prawdziwem, ma być nieprawdziwem.

Wydawca: Dr. K. Sierpiński. *Redaktor:* Dr. O. Hewelke.