

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

## O HYPNOTYZMIE W MEDYCYNIE.

Napisał

**D-r Leon Rzeczniewski.**

*(Dokończenie).*

### Fizjologija hipnozy.

Hipnoza jaką tu się zajmujemy, jako sztucznie wywołany przez podrażnienie obwodowe lub ośrodkowe stan nerwowy również łatwo znieść się dający, niema właściwej sobie anatomji patologicznej, a niema jej nawet hipnoza samoiśnie powstająca jako jeden z objawów histeryi, jak zresztą histeryja i wiele innych nerwic polegających na zaburzeniach czynnościowych. I hipnoza jest również tylko funkcjonalnym rozstrojem fizjologicznych czynności pierwotnie kory mózgowej a następnie całego mózgu, rdzenia i całego w ogóle układu nerwowego o ile tenże od kory mózgowej pozostaje w zależności. Cechą ogólną tych zaburzeń jest dyssocjacja czynnościowa ze spotęgowaniem jednych a zataowaniem innych z tych czynności. Jakaż jest więc podstawa fizjologiczna tej dyssocjacji. Nie podobna nam tu szczegółowo rozbierać wszelkich teoryj fizjologicznych hipnozy, tembardziej, że niektóre stanowczo już dziś do histeryi należą) jak np. teoryja chemiczna Preyera. Obecnie dwie głównie teoryje znajdują zwolenników: podług jednej zmiany w krążeniu mózgowem są podstawą fizjologiczną hipnozy, podług drugiej pierwotna przyczyna zjawisk tkwi w zmianach molekularnych zachodzących w samych elementach nerwowych, w komórkach.

Przypuszczenie zmian w krążeniu było pierwszym, które nasuwało się badaczom. Już Braid pierwszy starał się objaśnić hipnozę niedokrewnością kory mózgowej lub przekrwieniem ośrodków podkorowych. Rumpf i Westphal przy-

puszczają zwrotny naczynio-ruchowy rozstrój, a Azam zmiany we włosowatym krążeniu w mózgu. Hack Tuke przyjmuje dla snu zwykłego ogólne zwężenie naczyń w mózgu, dla hypnozy zaś zwężenie częściowe. Między 1881 a 1884 r. Mosso publikuje wyniki doświadczeń swoich dokonanych przy pomocy pletysmografu i fizjologicznej wagi nad krążeniem w mózgu we śnie fizjologicznym i na jawie pod wpływem zajęć umysłowych i wzruszeń psychicznych. Według tych doświadczeń podczas snu zwykłego objętość mózgu się zmniejsza, zwiększa się zaś z przebudzeniem; podrażnienia obwodowe nie wywołujące przebudzenia zwężają naczynia mózgowe. Za przykładem i za pomocą metody Mosso Tamburini i Sepilli starali się zbadać krążenie w mózgu w hypnozie i przyszedł do bardzo wprawdzie ogólnego wniosku, że w letargu przeważa raczej niedokrewność, w katalepsii zaś przekrwienie mózgu, stan hypnotyczny jednak zależy głównie od zmienionej pobudliwości ośrodków nerwowych.

Nowsze w tymże kierunku w 1885 r. badanie przeprowadza Hans-Kaane za pomocą metody Mosso i stosowania na głowę gorących i zimnych okładów.

Przyszedł on do wniosku, że w różnych fazach hypnozy zmienia się stosunek ukrwienia warstwy korowej i podkorowej oraz warunki pobudliwości tychże i że zmieniając za pomocą zimnych lub gorących okładów stopień ukrwienia można przeprowadzać dowolnie jedną fazę hypnotyczną w drugą. Lecz doświadczenia Kaane'a były robione tylko na jednej chorej, przytem Mosso i Bergesio wykazali na człowieku z defektem kości czaszki, że lodowe okłady na głowę nie wpływają tak jak chce Kaane na stopień ukrwienia mózgu, inni wreszcie badacze nie sprawdzili wpływu okładów na głowę na zamianę jednej fazy hypnotycznej w drugą jak to obserwował Kaane.

Zmiany w krążeniu mózgowym jako podstawa fizjologiczna hypnozy dadzą się sprowadzić do zmian ogólnej ilości krwi w mózgu i do naruszenia fizjologicznej równowagi w rozdziale krwi w różnych oddziałach mózgu, przy czem w jednych pojawiałyby się przekrwienie w drugich niedokrewność.

Fakta któreby przemawiały za zmianami w krążeniu mózgowym w hypnozie są kliniczne i anatomo-fizjologiczne. Do pierwszych należą spostrzegane przez niektórych autorów zmiany zabarwienia twarzy, czynności serca (Braid) i własno-



ści tętna, wpływ czyszczeń miesięcznych na pojawienie się dobrowolne napadów hystero-hypnozy, wreszcie, wyjątkowo, zmiany w ukrwieniu dna oka (od czasów Schultena mające służyć za wskazówkę krążenia w mózgu), oraz wpływ na objawy hypnozy mechanicznych środków sprzyjających lub tamujących dopływ krwi i krążenie jak opuszczenie głowy, ucisk na kończynę opaską Esmarcha i t. p.

Fakta zaś anatomo-fizjologiczne dopuszczające do pewnego stopnia możność niejednostajnego rozdziału krwi w mózgu są: ustrój układu naczyniowego mózgu. Heubner i Duret wykazali 2 niezależne układy naczyniowe w mózgu: układ korowy i podstawowy. Naczynia obu układów różnią się od siebie, korowe są cieńsze, krótsze, obfitsze, w gęstą siatkę splecione. Naczynia układu podstawowego czyli ośrodków wewnątrz mózgowych grubsze i przedstawiające cechy naczyń końcowych. Obie półkule mózgowe są także pod względem krążenia do pewnego stopnia od siebie niezależne. Grupy też ośrodków specjalnych czynności kory posiadają każda oddzielny układ tętniczy. Nawet, oddzielne zawoje mają swój układ naczyniowy niezależny.

Nerwy naczynio-ruchowe mózgu oplatają je gęstą siecią i nawet włosowate naczynia posiadają pewną kurczliwość (Stricker i inni). Wiadomo też, że gdzie więcej w mózgu komórek zwojowych tam znacznie jest rozwinięta sieć naczyniowa. Tak fakty kliniczne jak i doświadczenia fizjologiczne Hitziga, Eulenburga, Landoisa i innych wykazały obecność w niektórych miejscach kory ośrodków naczynio-ruchowych. Stąd wniosek, że kora mózgowa może regulować krążenie w swoich okręgach naczyniowych. Zmiany światła naczyń mózgowych w hypnozie mogą przychodzić do skutku drogą zwrotną z podrażnień narzędzi czucia i zmysłów (Istamanow, Mosso). Dowiedziono również, że wszelkiej operacji psychicznej towarzyszy skutek naczynio-ruchowy w mózgu (Mosso), a prawdopodobnie ma przytem miejsce dokładna regulacja innerwacji naczyniowej najmniejszej części kory mózgowej wyrabiając się od dzieciństwa równoległe z rozwojem psychicznych czynności i anatomicznej budowy mózgu.

Można tu jeszcze zaznaczyć, że funkcjonalne zaburzenia naczynio-ruchowe w mózgu, trwające nawet czas dłuższy, jak przekrwienie wskutek przecięcia nerwu sympatycznego na szyi (Claude Bernard) lub niedokrewność (Weber) mogą

nie powodować zmian odżywczych, co zatem idzie anatomicznych. Przeciw teorii naczyniowej podnoszą się zarzuty, że częściej hypnozie nie towarzyszą żadne widoczne zaburzenia w krążeniu, dno oka najczęściej również zmian w krążeniu mózgowem nie wykazuje, że hypnozę udało się utrzymać Haidenhainowi przy przekrwieniu mózgu pod działaniem amylnitritu. Pod względem anatomicznym też trzeba by dowieść iż każdy z ośrodków mózgowych zgrupowanych w odmienny zresztą sposób niż należałoby przypuszczać sądząc z ich analogii fizyologicznych posiada odrębny układ naczyniowy. Co zaś najważniejsze, że zmiany w objawach i przejście z jednej fazy w drugą odbywa się tak szybko, iż szybkość ta wyklucza przyczynową możliwość zmian w krążeniu mózgowem. Trzeba więc tej przyczyny szukać gdzieindziej, mianowicie w zmianach zachodzących w samych pierwiastkach nerwowych.

Jakoż Heidenhain pierwszy, który dał popęd w nowszych czasach do badań fizyologicznych hypnozy, skłaniając się narazie do teorii naczyniowej, odstąpił od niej z powodu właśnie otrzymania hypnozy w stanie przekrwienia mózgu pod wpływem amylnitritu, oraz ujemnych wyników badań dna oka w hypnozie u zdrowych dokonanych przez Ferstera i w 1880 r. stworzył teorię hypnozy czysto nerwową za przyczynę jej uznając tamujące działanie ciągłych słabych podrażnień narzędzi zmysłów na czynność komórek kory mózgowej, analogiczne z objawami sprawdzonemi dla zwojów sercowych pod wpływem drażnienia nerwu błędnego. Głównie jednakże długoletnie badania Brovn-Séquarda nad zjawiskami inhibicyi i dynamogenii, do których skłonił go obserwowany w 1874 roku przypadek extazy, rzuciły więcej światła na istotę i zakres tych zjawisk i ostatecznie doprowadziły Brovn-Séquarda do podciągnięcia pod ich kategorię ogółu objawów hypnotycznych. Teoryja inhibicyjna Brovn-Séquarda w zastosowaniu do hypnozy najwięcej liczy dziś zwolenników i we Francyi jest jedynie przyjętą.

Zarówno w fizyjologii jak w patologii przykłady inhibicyi i dynamogenii znajdujemy na każdym kroku.

Przytoczony wpływ n. błędnego na czynność serca; wstrzymanie ruchów serca pod wpływem podrażnienia spłotów sympatycznych brzusznych; utrata przytomności (inhibicyja czynności umysłowych) np. w przypadkach śmierci bez agonii po ukłuciu bulbi na wysokości dzioba *calami scripti*. po uprzednim przecięciu n. sympat. na szyi, tak, że serce



bije i krązenie w mózgu się odbywa; zwrotna amauroza wskutku cierpienia n. trigemini; zwolnienie oddechania przy dyspnoea przez podrażnienie bulbi i rdzenia za pomocą gwałtownego pochylenia głowy ku przodowi; przerwanie napadu padaczki po różnych uszkodzeniach sztucznych u świnki morskiej przez wprowadzenie strumienia kwasu węglanego do krtani, są to wszystko przykłady inhibicyi. Tak znowu za przykład dynamogenii służyć może nadczułość, hyperaestezya zjawiająca się w kończynie tejże strony po przecięciu połowicznym bocznem rdzenia kręgowego i uprzedniem powstrzymaniu krązenia, lub wzmożenie częstości oddechania z 18 na 140 — 160 u psa pod wpływem drażnienia gardzieli chloroformem, przy zastosowaniu do oddechania rurki przeprowadzonej do sąsiedniego pokoju. Nie mogąc streszczać tu całkowicie poglądów Brovn-Séquarda na inhibicyją i dynamogenyją musimy im wszakże parę słów poświęcić jako podstawowym zjawiskom hypnozy. Inhibicyja jest nagłym powstrzymaniem pewnej czynności lub własności, dynamogenyja zaś jej wzmożeniem. Inhibicyja i dynamogenyja może być wywołana wprost lub drogą zwrotną. Oba zjawiska są czysto dynamiczne i występują zupełnie niezależnie od udziału krązenia i odżywiania. Inhibicyi nie trzeba męszać z utratą działalności lub własności powolną, zależną od zmian w budowie patologicznych lub traumatycznych, a dynamogenii z powiększeniem energii zależnem od dopływu krwi do ośrodków wskutku porażenia nerwów naczynio-ruchowych; i tam jednakże gdzie są zmiany w budowie część objawów (nagle występujących) zależy może od inhibicyi lub dynamogenii. Wszystkie lub prawie wszystkie czynności układu nerwowego mogą ulegać inhibicyi; odgrywa ona niezmierną rolę w fizjologii, patologii i terapii i zakres jej jest obszerniejszy niż dynamogenii. Inhibicyja i dynamogenyja mogą być wywołane współcześnie przez jedno podrażnienie. Jeśli to podrażnienie wyszło z jednej strony, to może powodować inhibicyją w pewnych częściach ośrodkowych w pewnych nerwach i mięśniach, a dynamogeniją w częściach homologicznych, jeśli zaś wyszło z linii środkowej ciała to może spowodować inhibicyją np. mózgu a dynamogeniją mięśni tułowia i członków i zwrotnej czynności rdzenia. To współczesne występowanie narusza równowagę we własnościach i czynnościach rozmaitych części układu nerwowego i mięśniowego. Nie jest jednak rozstrzygnięciem,

a Brovn-Séquard sprzeciwia się przypuszczeniu, że to co się traci w jednym miejscu zyskuje się w drugim; w jednym bowiem doświadczeniu przeważają zjawiska inhibicyi, w innym dynamogenii. Dynamogenija również nie powinna być uważana za tworzenie się siły. Siły się nie tworzą tylko się transformują. Jakiego rodzaju siła przetwarza się w nerwową niewiadomo. Zastanawiając się nad nagromadzonemi u Braida w obfitości faktami pojawiania się i znikania, przytem wzmagania się lub zmniejszania daleko poza normalne granice sięgającego rozmaitych czynności z zakresu czucia ogólnego i zmysłowego, mięśni, czynności zwrotnej rdzenia, czynności intelektualnych i t. p. Brovn-Séquard uznaje że zmiany te za szybko występują aby mogły zależeć od krążenia i odżywiania, należy je natomiast uważać za objawy inhibicyi i dynamogenii. U osobników usposobionych podrażnienia słabe lub gwałtowne, dochodzące do mózgu drogą nerwów obwodowych i psychiczne, mogą za pośrednictwem inhibicyi zmniejszyć lub zawiesić czynności pewnych elementów nerwowych a pobudzić inne wprost lub przez powstrzymanie wpływów miarkujących ich działalność i wywołać tym sposobem stan, którego cechą charakterystyczną jest dysocjacja czynności mózgowych, wzmożenie jednych, zatamowanie drugich. Hypnotyzm zatem jest skutkiem i ogółem bardzo skomplikowanych aktów inhibicyi i dynamogenii.

Zmiany w krążeniu jakie przytem zachodzą mogą i wywierają do pewnego stopnia wpływ na wzmożenie lub osłabienie czynności pewnych ośrodków, przyjęto uważać za drugorzędne.

Myliłby się jednak ktoby sądził, że na powyższej podstawie fizjologja objaśniła już dokładnie wszystkie objawy hypnotyzmu. Zawikłanie panuje tu jeszcze wielkie, a przyczynia się doń nie mało uogólnianie pewnych pojęć fizjologicznych, którego w hypnotyzmie jakby obejmującym tyle różnorodnych stanów szczególniej wystrzegać się należy. Tak np. zbyt ogólnie przyjęto uważać za cechę stanu umysłowego hypnotyka automatyzm.

Automatyczną nazywa się wszelka czynność dokonywana się bez udziału świadomości i woli. Czynność taka albo powstaje instynktownie czyli jest skutkiem samoistnej lecz nieświadomej inicjatywy mózgu. Za przykład jej według Despina's służyć może wyraz twarzy, gesty, intonacja głosu przystosowywane do odpowiednich uczuć i na-



stroju chwili a właściwe każdemu, choć ich się nie uczył. Automatyzm mózgowy może też być zwrotnym np. ruchy wskutku wrażeń drogą zmysłów otrzymanych: odwracanie głowy na odgłos, kurczenie nozdrzy pod wpływem nieprzyjemnej woni. Z ośrodka korowego gdzie wrażenie uległo percepcyi, przenosi się ono zwrotnie na ośrodki ruchowe odpowiednie natychmiastowo, wprzód zanim zdążyło być skontrolowane przez inne ośrodki psychiczne półkul, zanim wola zdążyła interwenjować. Takie odruchy mózgowo Carpenter nazwał ideo-odruchami dla ich odróżnienia od czynności dowolnej i odruchów z niższych ośrodków np. rdzeniowych. U zwierząt całe życie, u ludzi w wieku niemowlęctwa cała czynność umysłowa odnosi się do tej kategorii. Potwierdza to anatomija mózgu, którego rozwój uzupełnia się zaledwie około 9-go miesiąca po urodzeniu. (Parrot). Wtedy też dopiero, gdy zaczynają się rozwijać świadomość i wola i inne władze psychiczne stopniowo z wiekiem i wychowaniem tworząc zapas nagromadzonych i wyrobionych idei, czynność automatyczna zostaje przez nie do pewnego stopnia owładnięta, chociaż istnieje zawsze i w wielu aktach życia odnajduje się, niekiedy odosobniona, często zmieniona przez stan świadomości zwykłej. Świadomość zwykła jest zatem wyrobem wychowania, nawyknień, uobyczajenia, uwagi zwróconej na samego siebie, podtrzymują ją wrażenia świata zewnętrznego oraz wspomnieniowe i rozliczne ich kombinacje. W hypnozie pole psychiczne zwykle zwęża się, jak zresztą ogranicza się i na jawie przy dowolnem skupieniu uwagi w jednym kierunku. Pojęcie świadomości zależy zupełnie od stopnia zwężenia pola psychicznego. Weźmy letarg—pole psychiczne zredukowane w nim do zera w skutku inhibicyi organu psychicznego w całości. Przynajmniej brak tu możliwości wejścia w jakikolwiek stosunek z hypnotykiem z powodu zamknięcia wszystkich narzędzi zmysłów, brak wszelkiego oddziaływania na zewnątrz, ztąd przypuszczenie że nie istnieje żadna działalność psychiczna a zatem i automatyczna. W katalepsyi pole psychiczne o tyle się rozszerza, że obudzić w niem można jedną ideę lub jedną grupę związanych z sobą przez uprzednią assocyjacyją idei. Zapanuje ona wtedy wszechwładnie, gdyż niemożliwym jest rozprzestrzenienie tej jednej idei drogami assocyjacyi wewnątrz-mózgowej i obudzenie przez nią większej ilości wyobrażeń, któreby jej za kontrolę służyć mogły. Brak więc wszelkiej świadomości,

a odruchy, któremi się ta cerebracja nieświadoma ujawni na zewnątrz będą się odznaczały czysto mechanicznym automatyzmem. Kataleptyk, to człowiek maszyna, jakiego poszukuje dela Mettrie. Jedyna droga, po której wejść z nim można w stosunek, jest zachowany a nawet spotęgowany zmysł czucia mięśniowego, a środkiem poddania pewnej myśli tylko gest, położenie nadane członkom, czas trwania którego jest miarą trwania narzuconej myśli. Widocznie w tej to fazie badanie sugestyi przy dobrej metodzie powinno się zaczynać. Wreszcie w somnambulizmie pole psychiczne zaczyna się rozszerzać dla większej liczby wyobrażeń, czyli właściwie mówiąc jedno narzucone wyobrażenie znajduje drogi asocjacji wewnątrz mózgowej otwarte do rozprzestrzenienia się na sąsiednie ośrodki (komórki zwojowe). Zaczyna się pewien ruch strumieni po drogach asocjacji i oddziaływanie wzajemne na siebie wyobrażeń—myślenie.

Wskutku przybytku kontrolujących czynników zjawia się pewne niewyraźne zrazu poczucie „ja” z jego właściwym charakterem, którego nawet narzucona przez sugestyją inna osobowość zatrzeć nie jest w stanie; u większości somnambulików znajdujemy nie tylko pewien stan świadomości obecny, rzeczywisty, lecz nawet o tyle liczną grupę stanów dawniejszych odrodzonych, że wystarcza ona dla wytworzenia w części przynajmniej zwykłej samowiedzy osobnika aż do stopnia, w którym świadomość zwykła zdaje się czuć jeszcze i protestuje przeciw narzuconym jej sugestyjom np. pewnej hallucynacji, przyczem somnambulik utrzymuje, że jest to niedorzeczne złudzenie, lub żeby chciał, toby nie spełnił aktu, którego od niego żądają a jeśli spełnia to tylko przez uprzejmość. Jest to tylko nieco ograniczony stan świadomości zwykłej. Fakt podobny spotykamy i w stanie czuwania. Świadomość człowieka na jawie ma także różne granice, niekiedy znika prawie, gdy człowiek pogrąża się w głęboką zadumę. Wiele czynności nie tylko fizycznych ale i umysłowych dokonywa się bez udziału świadomości zwykłej. Często wprowadzamy sami nawet w grę ów nieświadomy automatyzm umysłu, mianowicie pozostawiając mu pracę nad rozwiązaniem jakiegoś zadania, nad rozwiązaniem którego na próżno silemy się w zwykłym stanie świadomości.

Ze stopniowem rozszerzaniem się psychicznego widnokręgu, czemu odpowiada cały szereg stanów somnabulicznych, świadomość przechodzi stopniowo w granice zwykłe. Zapomi-



nianie po obudzeniu zdaje się przeczyć jakoby w somnambulizmie istniała świadomość. Lecz zapomnienie to nie jest bynajmniej bezwzględne lecz tylko względne, bo pamięć poprzedniego stanu wraca przy nowej hypnotyzacji a w pewnych razach zależy ona od woli operatora, który przez sugestyjną nakazą może, żeby pamięć się zachowała, lub somnambulik sam daje sobie tego rodzaju sugestyjną (jedną z moich somnambuliczek utrzymywała, że zapamięta zawsze to po obudzeniu, co chce zapamiętać podczas hypnozy). Dość często spotyka się również fakt, że sugestyjna natrafia na pewien opór, że musi być wymotywowana, aby została przyjętą, a co zatem idzie spełnioną, lub wreszcie stanowczo zostaje odrzuconą (wola). Dodajmy, że ruchy w związku z narzuconą ideą są niekiedy bardzo skomplikowane. Nie mają one już tej precyzji w żadnym razie, którą przedstawiały w katalepsy, a przyjmują przeciwnie niekiedy aż do złudzenia postaci aktów dowolnych mniej lub więcej obmyślanych. Zresztą w tej fazie somnambulicznej zmysły są otwarte a można nawet powiedzieć, że czucie na wrażenia komunikowane jest podniecone, staje się zatem łatwym do wejścia w stosunek. Z powyższego wypływa, że w somnambulizmie inhibicyja dotyka niektórych tylko ognisk warstwy korowej, w innych zaś ogniskach spostrzegamy zjawisko dynamogenii czyli czynnościowego pobudzenia. To właśnie tłumaczy czułość zmysłów, natężenie i subtelność reakcji ruchowej, podniecenie wyobrażeń a niekiedy i pamięci, jednym słowem podniecenie odruchów śródkorowych. Mechanizm sugestyi w ogóle polega podług Bernheima na spotęgowanem działaniu odruchów ideo-ruchowych, ideo-czuciowych, ideo-zmysłowych, dzięki czemu myśl przeobraża się w ruch uczucie lub obraz. Warunki fizjologiczne dla sugestyi są 2: potrzeba aby wrażenie mogło dojść do mózgu, czyli żeby choć jeden ze zmysłów był czynny, a powtóre, żeby z tego wrażenia utworzyło się w mózgu wyobrażenie o tyle silne, aby się przenieść mogło na ośrodki przez sugestyjną wskazane. Otóż o ile ta czynność jest automatyczną w pewnych stanach somnambulicznych nie możemy przesądzać tem bardziej, jeśli jeszcze uwzględnimy sugestyjną w zakresie tych czynności, które w stanie prawidłowym od woli niezależną (udało mi się np. b. łatwo u pewnej hysteryczki przez jedną sugestyjną w stanie somnambulicznym uregulować na długi czas peryjody od lat paru w wysokim stopniu nieprawidłowe).

Jeżeli wspomnę tu jeszcze, że niektórzy autorowie porównują umysł hypnotyka do umysłu dziecka, którego czynności mają cechę popędów (impulsów) pod wpływem wrażeń chwili powstających, to robię to dla tego głównie, żeby usprawiedliwić użyte kilkakrotnie przezemnie w toku niniejszej pracy wyrażenie *k u l t u r a h y p n o t y c z n a*. Jeśli na umyśle dziecka odbija się kierunek jaki mu daje wychowawca, to stosunek do pewnego stopnia analogiczny zachodzi między umysłem hypnotyka a hypnotyzerem z tą tylko różnicą, że hypnotyk przynosi już z sobą pewien rozwój umysłowy.

Zwracając się teraz od stanu umysłowego hypnotyka do fizyologicznego objaśnienia innych zjawisk wybitniejszych hypnozy powiemy jeszcze tylko, że ponieważ stan letargiczny równa się czynnościowej dekapitacyi, łatwą jest do pojęcia nadpobudliwość nerwowo-mięśniowa i podwyższenie odruchów ścięgnistych, jako objaw nadpobudliwości rdzeniowej wzmożonej w tym stanie. Nie jest to jednak objaw stały, tak jak nie jest stałym wzmożenie odruchów ścięgnistych w monoplegii wywołanej przez sugestyją, w której przez inhibicyją psychoruchowego ośrodka powinny się wzmódzić pobudliwość rdzeniowa. Są wszakże wypadki monoplegii przez sugestyją, ze wzmożeniem odruchów ścięgnistych i skłonnością do przykurczenia w porażonej kończynie. W katalepsyi, w której inhibicyji ulega wszelka świadoma czynność umysłu pobudliwość rdzeniowa nie jest wzmożona (brak wzmożenia tonus mięśniowego i odruchów ścięgnistych) lecz podnieceniu zdają się ulegać ośrodki ruchów automatycznych. Tłomaczą też płastyczność kataleptyczną automatyzmem przy równoczesnym zachowaniu, nawet wzmożeniu czucia mięśniowego.

## R o z p o z n a n i e.

Rozpoznanie hypnozy powinno się opierać na jej cechach obiektywnych, fizycznych. Rozpoznanie jednej z faz wielkiego hypnotyzmu jest ułatwione z powodu objawów obiektywnych nader charakterystycznych, z których jeśli nie wszystkie, to w każdym razie choć jeden odszukać się dadzą. Taką cechą charakterystyczną dla letargu jest nadpobudliwość nerwowo-mięśniowa, w braku zaś jej analgesia skórna i zwrócenie gałek ocznych na wewnątrz lub ku górze a przytem brak wszelkiej reakcyi umysłowej; dla katalepsyi pla-



styczność kataleptyczna; dla wielkiego somnambulizmu przykurczenie przez podmuch. Przytem nadmienić musimy, że w czynnym somnambulizmie pozór tego stanu jest tak zbliżonym do stanu jawy, że istotnie tylko zjawiania się przykurczenia mięśni danej okolicy pod wpływem podmuchu sprawionego poruszeniem naszej ręki w odległości paru centymetrów od skóry rozstrzyga rozpoznanie. W fazach mięszanych, może być tylko trudność w orzeczeniu, do której z faz zwykłych więcej się dany stan zbliża, lecz nie w stwierdzeniu samego stanu hypnotycznego. Co do małego hypnotyzmu, w tym faza somnambuliczna najwięcej się zbliża do snu naturalnego, i tu jednakże są cechy fizyczne odróżniające: analgesia skórna zupełna, skurcz powiek, odwrócenie galek ocznych ku górze i na wewnątrz, a przytem często pozostawanie w stosunku ze światem za pomocą niektórych zmysłów (słuch, dotyk i t. p.) Co do faz pośrednich między somnambulizmem i stanem czuwania, to rozpoznanie ich opiera Bernheim na utrzymywaniu się nadanych członkom położeń, ruchach automatycznych i t. p. wyżej przytoczonych objawach, rozpoznanie jednak niekiedy jest trudne przy zachowanej świadomości. Wreszcie dodać winniśmy, że są osoby, które normalnie bez żadnych poprzednich hypnotwórczych manipulacji mogą podlegać w zwykłym ich stanie świadomości różnorodnym zjawiskom sugestyi. Tylko w takim razie, jeśli u tychże samych osób uda się jednocześnie otrzy-  
 mać objawy obiektywne hypnozy, najczęściej miészane rozmaitych faz, jesteśmy w prawie nazywać je hypnotykami na jawie. Widzieliśmy tego rodzaju chorą na klinice prof. Charcot'a. Stan jej umysłowy normalny odpowiadał stanowi świadomości somnambulicznej.

Wszyscy dotychczasowi badacze zgadzają się jednomyślnie, że w hypnotyzmie niema ani jednego objawu, którego byśmy nie mogli odnaleść w prawidłowym stanie na jawie, we śnie fizyologicznym lub w stanach patologicznych, otruciach, obłądach i innych nerwowych chorobach. Wobec tego nasuwa się pytanie czy hypnotyzm zaliczyć do fizjologii czy do patologii? Pod tym względem dwie na pozór wprost przeciwne panują opinie. Gdy Charcot swój wielki hypnotyzm mianuje nazwą nerwicy ściśle pokrewnej z histeryją, Bernheim uważa hypnotyzm za stan normalny niczem prawie od snu zwykłego się nie różniący. Zdaniem naszym róż-

nica tych opinii zależy od różnic obserwowanej przez wzmiankowanych badaczy hypnozy. Wielki hypnotyzm hysteryczek Charcota z jego 3-ma fazami jest niewątpliwie nerwicą sztuczną, na której histeryja odbija swe piętno. Niczem się on nie różni od letargu, katalepsii i somnambulizmu naturalnego występujących najczęściej dobrowolnie na tle histeryi, a których nikt dotychczas chyba za stan fizjologiczny nie uznawał. Zwrócić jednakże trzeba uwagę na to, że hypnotyzm ogólnie biorąc zjawia się nie tylko w histeryi, że jest znaczna zapewne liczba wielkich hysteryczek zupełnie na hypnotyzm niewrażliwych, nie wszystkie zaś z wrażliwych przedstawiają zjawiska wielkiego hypnotyzmu, że hypnotyzm otrzymać można u innych chorych niekoniecznie nerwowych, że wreszcie coraz więcej zgromadza się dowodów na to, iż nawet zdrowi podlegać mu mogą. W t. zw. małym hypnotyzmie, który był przedmiotem obserwacji Bernheima zdarzają się niewątpliwie lekkie stopnie somnambulizmu mające wiele podobieństwa do snu zwyczajnego. Różnice jednak, któreśmy wyżej zaznaczyli, wykryć zwykle można i dla tego twierdzenie Bernheima uważamy za daleko posunięte. Od lekkiego somnambulizmu do normalnego stanu na jawie mogą też istnieć stopniowe przejścia. Wobec więc tego i nie mogąc dla braku miejsca zapuszczać się w rozbiór tej kwestyi przytaczamy co mówi Charcot <sup>1)</sup>: „między działaniem prawidłowym ustroju i dobrowolnymi zaburzeniami, które weń wnosi choroba hypnotyzm jest otwartą drogą dla experimentacji. Hypnotyzm, w istocie, nie jest nic innego, jak stan nerwowy sztuczny lub doświadczalny, którego różnorodne objawy zjawiają się i nikną stosownie do potrzeb badania i zależnie od woli badacza. W tem znaczeniu hypnotyzm jest cenną żyłą kopalną do eksploatacyi zarówno dla fizjologa i psychologa jak dla lekarza.” Z toku niniejszej pracy, czytelnik uważny mógł do pewnego stopnia, tuszymy sobie, wyciągnąć pod tym względem wnioski. Niepodobna nam tu rozbiierać tej kwestyi bliżej, tem więcej, że musimy zastanowić się jeszcze nad praktycznem zastosowaniem hypnotyzmu jako środka terapeutycznego.

### Hypnotyzm jako środek terapeutyczny.

Naukową podstawę zastosowanie hypnotyzmu do leczenia znalazło w fizjologicznej teorii inhibicyi i dynamogenii

<sup>1)</sup> Arch. de Neurologie II vol. pag. 33



układu nerwowego. I tym razem jak zresztą często klinika wyprzedziła fizjologiją, która ze zdobyczy pierwszej skorzystała. Z pośród licznych obserwacji podanych przez Braid niektóre odnoszące się głównie do chorób nerwowych niewątpliwie są autentyczne. Hypnotyzm w zastosowaniu do leczenia obejmuje 2 czynniki najczęściej niewłaściwie mieszane z sobą: 1) hypnozę jako taką przedstawiającą stały kompleks objawów inhibicyi i dynamogenii i 2) suggestyją kompleks objawów inhibicyi i dynamogenii niestały, którego suggestyja jest regulatorem. Starzy magnetyzerowie, Braid także, a po części magnetyzerowie spółcześni główne znaczenie lecznicze przypisują pierwszemu z tych czynników, a niektóre z otrzymanych przez nich rezultatów terapeutycznych nawet w oświeceniu nowych na zjawiska poglądów nie tracą swej doniosłości. W nowszych czasach pewne szkoły hypnotyczne mianowicie szkoła w Nançy zdają się działanie hypnozy odsuwać na drugi plan; hypnoza stosuje się tam tylko jako vehiculum suggestyi, całą zaś wartość przypisuje się tej ostatniej, konsekwentnie zresztą, jeśli według ich teoretycznych poglądów i hypnoza także jest tylko skutkiem suggestyi. Ztąd posiada teoria podręczniki traktujące o zastosowaniu suggestyi do leczenia: Bernheima, Fontana i Segard'a i inne, lecz niema od czasów Brida żadnego nowszego dzieła, któreby poddało pod metodyczny rozbiór terapeutyczne znaczenie hypnozy. Ztąd do dzisiaj poglądy co do hypnozy są niepewne, sprzeczne, najczęściej fałszywe, szczególnie jeśli utworzone a priori. Braid, jak widzimy w jego kazuistyce, zastrzega się we wszelki możliwy sposób przeciw działaniu wyobraźni. Rezultaty zaś dodatnie otrzymuje w poprawie działania zmysłów (wzrok, słuch, węch), zaburzeń czuciowych (nerwobólów), ruchowych (porażeń hysterycznych, traumatycznych, nawet organicznych np. w hemiplegijach po wylewach krwi, lub zależnych od innych bardziej skomplikowanych organicznych cierpien ośrodków nerwowych, za czasów Brida nieznanach); przykurczeniach (hysterycznych lub hystero-traumatycznych), drgawkach (hysterycznych, padaczkowych i t. p.) Wiemy, że z biegiem czasu analgesią hypnotyczną w celach operacyjnych uznano za nieodpowiednią; odrzucając ją niemniej wszakże Demarquay i Giraud-Teulon przyznają skuteczność hypnozy w niektórych nerwobólach, a Puel <sup>1)</sup> zastosował ją do leczenia katalepsyi z re-

<sup>1)</sup> Puel. Memoires de l'académie de Médecine. 1856. p. 444.

zultatem stanowczo pomyślnym. W dalszych obserwacjach hypnoza miesza się z sugestyją, tak że niepodoba demarkacyjnej oznaczyć granicy. Przytoczymy wszakże te przypadki, które Charcot <sup>1)</sup> uznaje za najzupełniej uzasadnione.

Do nich zaś należą: przytoczony przez Prospera Despina'a (l. c. str. 247) komunikat Vingtrinier'a z Rouen doktorowi Morelowi przypadku wyleczenia pewnej hysteryczki, której ataki ustały. Despina wierzy w skuteczność hypnozy w przypadkach histeryi; przypadki Bergera z Wrocławia przykurczeń i innych przypadłości; Beaunis'a i Bernheim'a, który na kongresie w Blois 1884 r. przedstawił trzy przypadki zaburzeń choreicznych pisma, jeden przypadek kurczu pisarskiego i somnambulizmu nocnego.

Debove'owi udało się usunąć anorexyją, wymioty i konstypacyją, a także znieść w stanie hypnotycznym porażenie prawostronne hysteryczne <sup>2)</sup>. Weir-Mitchell <sup>3)</sup> wyleczył zaś szybko 3 przypadki paraplegii hysterycznej.

W obecnych wreszcie czasach stwierdzono w oddziale Charcot'a w Salpêtrière, że ataki stają się rzadsze i słabsze u hysteryczek poddawanych hypnotyzacyi w celu doświadczalnym, poza obrębem więc wszelkiej specjalnej trapeutycznej sugestyi. August Voisin zaś w swoim oddziale obłąkanych w Salpêtrière przypisując znaczne skutki samej hypnozie, utrzymuje w niej po 12—15 g. i dłużej obłąkane poddane terapii hypnotycznej. W obec tego należałoby zdaniem naszym w interesie nauki poddać systematycznemu zbadaniu terapeutyczne działanie hypnozy, poza wszelką sugestyją, co wprawdzie nielatwe, w większości przypadków bowiem trudno jest wykluczyć działanie sugestyi nieświadomej, gdy chore są uprzedzone, że je poddają hypnotyzacyi w celu leczniczym. W braku takiego badania, wiadomości nasze dotychczas o działaniu hypnozy są niedostateczne. Niektórzy twierdzą, że hypnoza drażni korę mózgową i sprowadza obłąd lub rozdrażnienie, a to dla tego, że usypianie jest następstwem wyczerpania w skutku poprzedniego podrażnienia, a hypnoza sprowadza dyssocya-

<sup>1)</sup> Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux I vol. V-e édition p. 356.

<sup>2)</sup> Debove. Soc. de Biologie seance d. 27 Nov. 1885.

<sup>3)</sup> Weir-Mitchell. Lectures on diseases of the nervous system. Philadelphia 1885.



cyję władz psychicznych. Lecz pierwsze z tych przypuszczeń sprzeciwia się, pojęciu fizjologicznemu inhibicyi, co do drugiego zaś ośmielimy się zauważyć, że hypnoza sama przygotowuje właściwie tylko warunki, suggestyja zaś srowadza dopiero dysocjacyję władz psychicznych. Zresztą kto widział hysteryczki Charcot'a jedne i te same hypnotyzowane od 1878 r. po dziś dzień w celach doświadczalnych, jak np. sławną Wittmann i poddawane wszelkiego rodzaju hallucynacyjom, pojęciom obłądnym i t. p., które mimo to prócz zmniejszenia ataków hysterycznych, żadnych widocznych złych skutków z hypnotyzacyi nie odniosły; kto czytał uważnie co pisze Bernheim (l. c. str. 413), że usypiał przez całe miesiące i lata codziennie, nawet po 2 razy na dzień pewnych chorych i nie zauważył w skutku tego złych skutków, kto wreszcie widział przypadki obłądu leczone przez Voisin'a, Séglas'a, Dufour'a hypnozą, ten więcej krytycznie przyjmować będzie skłonny rozpowszechnione mniej manie o drażniącym wpływie hypnozy na korę mózgową. Są wszakże niewątpliwe przypadki rozstrojów umysłowych, podczas hypnotyzacyi, np. obserwacyja V-ta u Bernheima (l. c. str. 67) pewnej hysteryczki, która po zahypnotyzowaniu wpadała natychmiast w delirium usystematyzowane i żadna suggestyja terapeutyczna nie mogła się u niej udać; Charcot i Richer przytaczają również hysteryczkę, u której hypnotyzm wywoływał napady obłądu, a Cullere epileptyczkę ulegającą dobrowolnie od czasu do czasu obłądowi, która zahypnotyzowana pewnego razu dostała napadu manjakałnego, trwającego kilka godzin i po przebudzeniu. Skłonni jednakże jesteśmy przypuszczać, że jak w przypadku Culler'a tak i w poprzednich, chociaż tego nie zaznaczono, albo był już obłąd poprzednio, albo silne do niego usposobienie, które hypnotyzacyja tylko ujawniła. Co do obłądu obserwowanego przy exhibicyjach publicznych hypnotyzmu, przyczyny jego prócz powyższych mogą leżeć w silnem wstrząśnieniu moralnem, jakiego umysły wrażliwe i nie mające dość równowagi doznają, asystując przy tych widowiskach, a po części także w barbarzyńskich, gwałtownie na stronę psychiczną działających sposobach usypiania stosowanych, np. przez Donata, i dla tego też słusznie wszelkie przedstawienia hypnotyczne powinny być zakazane, jako dla zdrowia publicznego szkodliwe. Zaslugują również na potępienie z powyższych względów hypnotyzowanie w celach zabawy towa-

rzyskiej, lub rzekomo terapeutyczne zwłaszcza jeśli ich się dopuszczają, jak często się niestety zdarza, młodzi adepci medycyny. Prócz obłądu hipnotyzacja sprowadza częściej jeszcze wybuch hysterycznego ataku, nawet tam, gdzie go dotychczas nie było i innych nerwowych przypadłości. Niemożliwym jest dla nas zagłębiać się w przyczyny tego rodzaju powikłań hipnozy, nie przypuszczamy jednak, aby hipnoza jako taka była ich pierwiastkową przyczyną, ponieważ właśnie ta sama hipnoza, jeśli przed usunięciem powikłania nierostropnie jej nieprzerwiemy, jest na powyższe powikłanie najlepszym środkiem. Obłąd, który w hipnozie się pojawił i w niej się skończył, mniej ma widoków ponowienia się na jawie, ataki zaś hysteryczne w hipnozie skracają znakomicie swój czas trwania i przy następnych hipnotyzacjach stają się nietylko krótsze ale i rzadsze aż do zupełnego ustania, co twierdzimy na podstawie osobistego doświadczenia. Praktyczna wskazówka dla lekarza stąd taka, że w przypadkach, w których znajduje wskazanie do hipnotyzacji, najbezpieczniej może przystępować do niej tam, gdzie wszelkie możliwe powikłania ujawniły się już i istnieją, największą zaś oględność zachować powinien w tych przypadkach, w których można podejrzewać wiele usposobień chorobliwych skrytych, a mogących się ujawnić przy hipnotyzacji. W przypadkach tego rodzaju roztropność nakazuje nie pierwiej przystępować do hipnotyzacji, póki nie uprzedzimy o możliwych powikłaniach otoczenia i nie zapewnimy sobie o tyle zaufania, abyśmy mieli pewność, że pacjent po zostanie pod naszą opieką tak długo, jak tego wymagać będzie jego choroba, z naszej zaś strony znajdziemy tyle wolnego czasu do rozporządzenia, ile ów pacjent potrzebować go może.

Porównyując dalej hipnozę do działania narkotycznych środków. Istotnie jest ona w skutkach swoich hypnoticum, anaestheticum, jak większość narkotyków. Czy jednak nie zachodzą pewne różnice działania? O ile wiemy, środki kojące działają najprzód pobudzająco, następnie zaś uspokajająco. W przypadkach przez nas obserwowanych, niczegośmy podobnego nie zauważyli, hipnozę otrzymywaliśmy szybko, ale bez żadnych poprzedzających objawów podniecenia; przytem jak zaznaczyliśmy wyżej, podniecenie sprzeciwia się fizjologii inhibicyi. Przytaczają, że do hipnozy jak do morfiny przyzwyczajają się chory. Pod tym



względem chore, które poddawaliśmy hypnotyzacyi, można podzielić na 2 kategoryje: jedne istotnie zdradzały w początkach szczególny pociąg do hypnotyzacyi, jak do narkotyku, lecz gdy ten pociąg w miarę użycia narkotyku się zwiększa, myśmy przeciwnie obserwowali jego zmniejszenie w miarę poprawy objawów choroby; w odpowiedniej zaś chwili można było przerwać hypnotyzacyją odrazu bez stopniowego odzwyczajania; druga kategoryja chorych zachowywała się zupełnie spokojnie i od nas zależało kiedy i czy mamy je usypiać, lub nie. Voisin w swoich obserwacjach nad obłąkanemi zaznacza fakt, że już po paru minutach hypnozy otrzymanej w napadzie manjakałnym, chory daje zupełnie rozsądne i mogące bardzo oświecić lekarza odpowiedzi. Fakt ten mogliśmy stwierdzić w jednym przypadku z własnej praktyki.

Hypnoza, mówi Voisin <sup>1)</sup> powoduje skutek natychmiastowy: *se n* i uspokojenie, którego nie daje żaden lek tak szybko i tak zupełnie. (Voisin zaczyna działać przez sugestyją zwykłą dopiero po pewnym czasie).

Znużenia, bólu głowy i t. p. objawów towarzyszących dość często użyciu leków nasennych w przypadkach naszych nigdyśmy nie spostrzegali, przeciwnie chorzy z temi przypadkościami poddani hypnotyzacyi czuli się zawsze po obudzeniu orzeźwieni jak po dłuższym śnie fizjologicznym i pozbywali się dolegliwości, co w cerze ich twarzy, ogólnym wyglądzie i dobrem usposobieniu wyraźnie się odbijało. Sądzę przeto, że wyniki przeciwne przypisać należy raczej sposobom usypiania i budzenia.

Wreszcie najpoważniejszym, najbardziej zasługującym na uwagę wydaje nam się zarzut, że hypnotyzowanie przez dłuższy czas powtarzane może stać się powodem dobrowolnego popadania w hypnozę.

Od autohypnotyzacyi łatwo wprowadzić zabezpieczyć chorego powiązaniem hypnozy z osobą hypnotyzującego, z tego też powodu sposób Braidy podlega krytyce. Lecz jakkolwiek praktycznie tegośmy niesprawdzili, teoretycznie jest uzasadnionem że autohypnoza może być skutkiem natybytej przez powtarzanie skłonności inhibicyjnej pewnych warstw kory mózgowej ujawniającej się pod działaniem lada blahego bodźca. Na sugestyi, którą Bernheim wskazuje ja-

<sup>1)</sup> Voisin. Congrès de Grenoble 1885.

ko broń przeciw temu niepożądanemu wynikowi nie odważylibyśmy się tak dalece polegać, ponieważ wszelka sugestia zawieść może, lepiej więc zdać na trzeźwy pogląd lekarza czy i kiedy z powyższych względów hypnotyzowanie zawieść należy. Przytem nie trzeba zapominać, że napady drgawkowe hysteryczne mogą się przeobrazić w napady hysteryczne snu, i umieć je odróżnić od autohypnozy. Z kwestyją powyższą wiąże się bardzo ważna kwestycja dawkowania hypnozy. Jeśli hypnotyzacyja nie ma być zabawką usuwania pewnych objawów choroby, które za parę godzin lub nazajutrz powrócą, lecz metodą leczniczą, to powinna być stosowana odpowiednio długo i w odpowiednich odmierzana ilościach. Pod tym względem przy zachowaniu tylko co wymienionych ostrożności reszta zależy od istoty choroby i chorego. Co do długości pojedynczych posiedzeń i częstości ich powtarzania wiemy tylko to, że w przypadkach znacznego podrażnienia psychicznego chory w hypnozie powinien być trzymany za każdym razem długo (Voisin przy leczeniu obłąkanych po 12—15 godz. i więcej), mniej więcej podług zasad przyjętych dla środków nasennych, w innych zaś przypadkach krócej. Ważną jest rzeczą wiedzieć, że zbyt wczesne zaprzestanie leczenia hypnotycznego albo nie osiąga założenia terapeutycznego, albo jeśli nastąpi w niewłaściwej chwili np. podczas pogorszenia objawów lub wystąpienia poważnej natury powikłań, zarówno może narazić chorego na złe następstwa jak kompromitować lekarza i środek. Rzeczono że skutki hypnotyzacyi odnoszą się w znacznej części do tego rodzaju faktów, co wszakże wydaje nam się niedosyć uzasadnionem w obec tak zwykłego zjawiska pogorszenia się pozornie objawów w chorobach przewlekłych zwłaszcza w początkach przy użyciu innych metod leczniczych więcej popularnych.

Wszystko powyżej przytoczone opieram na doświadczeniu własnem. Lecz ponieważ nie mam pretensyi do nieomyślności, chętnie zgodzę się na zmodyfikowanie mych poglądów na podstawie faktów odmiennych dokładnie obserwowanych i krytycznie ocenionych. Tymczasem przechodzę do drugiego czynnika—s u g g e s t y i.

Interesującą stroną przedmiotu i istotnie nową jest wyzyskanie dla terapii możliwości tworzenia dowolnego na sztucznie wywołanem tle psychicznem określonych i dostatecznie silnych wyobrażeń, aby mogły spowodować skutek ma-



teryjalny. Powtarzam, że jest to rzecz nowa ta psychoterapia suggestyjna. Pod względem konieczności psychoterapii w ogóle w pewnych przypadkach patologicznych opinie wszystkich lekarzy są zgodne. Jeszcze o wiele wcześniej zanim przystąpiono do badań hypnotycznych zarówno patologia i klinika jak psychofizjologia zgromadziły dosyć materiału i dowodów stwierdzających wpływ wyobrażeń jako czynnika chorobotwórczego i leczniczego na wiele stanów patologicznych. <sup>1)</sup> Wydaje mi się jednak, że niezbyt jestem

---

<sup>1)</sup> Jest to kwestyja, o której możnaby cały tom napisać. Ponieważ zakres tej pracy nie pozwala na rozbiór jej bliższy, ograniczymy się zatem do wskazania niektórych źródeł dla interesujących się przedmiotem:

Roussel-Réynolds. Remarks on paralysis and other disorders of motion and sensation dependant on Idea read to the medical section at the annual meeting of the British medical association Leeds. July 1869. I. British Medic. journal Nov. 1869.

Todd. Clinic. Lectur. Ed. by Beale. London 1861.

H. Jackson. Clinical and physiological Researches on the nervous syst. 1876.

Leyden. Rückenmarks krankheiten I B. str. 172—174.

Erb. Paraplegie durch Einbildung. Ziemssens Handbuch XI. B. 2 Heft. 1878.

Berger. Emotions neurose. Deutsch. Zschiff f. prakt. Medic. 1887. N. 38, 39.

Lippe. Zur Kasuistik der Schrecklähungen Inaug. Dissert. Breslau 1877.

Pel. Zur Kasuistik der Schrecklähungen Berl. Klin. Woch. 1881. N. 23.

Westphal. Charité-Annalen Jahr. 1878 str. 379.

Moeli. Ueber psychische Störungen nach Eisen bahnumfallen. Berl. Kl. Woch. 1881. N. 6.

Kraft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie 1883 str. 188.

Meynert. Psychiatrie.

Guder. Die Geistesstörungen nach Kopfverletzung. Jena 1886.

Walton. Arch. of med. t. X. 1883.

Putnam. Am. journal of Neurology 1884 str. 507.

Page. Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shock. London 1885.

Weir-Mitchell. Lectures on diseases of the nervous system. Philadelphia 1885.

Stricker. Studien ueber die Sprachvorstellungen. Wien 1883.

Herzen. The journal of mental science. April 1884.

Bain. Les sens et l'intelligence 1874.

Spencer. Principes de Psychologie t. I. Przekład Ribota i Espinasa.

Wundt. Physiologische Psychologie.

Ferier. Functions of the Brain.

daleki od prawdy, jeśli powiem, że właściwie dopiero sugestyja hipnotyczna wykryła zakres wpływu wyobrażeń wykazawszy, że rozciąga się on w znacznej mierze i na czynności narządów wewnętrznych; ona też doświadczalnie demonstrowała związek przyczynowy wyobrażeń z powstawaniem pewnych stanów patologicznych, a rozjaśnwszy patogenezę tych stanów dała w rękę medycynie środek leczniczy chyba racjonalny—sugestyję w znaczeniu odwrotnem względnie do sugestyji chorobotwórczej. Psychoterapija zwykła, jeśli się nie mylemy, rozporządza następującymi środkami:

1) Stara się wytworzyć na jawie wyobrażenie dość silne za pomocą tych samych środków, któremi się posługuje sugestyja hipnotyczna. Jeśli lekarz kazawszy wstać hysterycze, która leżała w łóżku z powodu paraplegii mówi do niej „chodź, możesz chodzić”, to wprawdzie wpływ powagi lekarza w pewnych przypadkach wystarcza do wytworzenia dość silnego wyobrażenia i skutek następuje. Charcot widział go dość często; skutek może jednak nie nastąpić a środek staje się wtedy ryzykownym dla lekarza. Co do innych środków, na któreby pewniej liczyć można: wzruszenie moralne, strach i t. p. niemożność ich dawkowania unie możliwia zastosowanie.

2) Zamiast sugestyji słownej posiłkuje się pewnemi manipulacyjami zmierzającemi do obudzenia procesu fizjologicznego będącego podstawą pożądanego wyobrażenia. W tym celu przy porażeniu psychicznem np. monoplegii użytkowują często na klinice prof. Charcot resztkę pozostałych ruchów w kończynie na ściskanie dynamometru w określonych odstępach czasu, zalecając przytem choremu zwracanie uwagi na ruch dokonywany, oraz na igiełkę dynamometru. Tu należą też ruchy bierne kończyny, ruchy czynne kończyny zdrowej celem wywołania ruchów zasocyjowanych w kończynie porażonej; bodźce czuciowe i t. p. nie inne mają znaczenie. Do tej kategorii zaliczylibyśmy pseudo-operacyje dziś jeszcze dla uwolnienia chorego od fałszywych wy-

---

Bastien. Le cerveau organe de la Pensée 1882.

Ribot. Revue philosophique N. 8. 1883.

Hack-Tuke. Le corps et l'esprit. Action du moral sur le physique. Paris. 1886.

Wreszcie Charcot. Leçons sur les maladies du système nerveux, szczególnie III tom. 1887 r.



obrażeń przedsiębrane, jak wyjmowanie gwoździ z głowy, przecinanie rzekomych wrzodów i t. p. których skutek pomimo nieprzyjemnej roli dla lekarza zwykle jest tylko przelotny.

3) Wreszcie stara się o wytworzenie innych wobrażeń, o zwrócenie działalności psychicznej w innym kierunku—o rodzaj rewulsji psychicznej. Tu należą zmiana zajęcia i otoczenia, praca fizyczna, podróże, rozrywki i t. p. środki bardzo racjonalne ale nie zawsze pewne i powolnie działające.

Suggestyja hypnotyczna ma zdaniem naszym tę wyższość, że nie tylko pozwala działać ściślej w oznaczonych granicach, lecz działanie jej jest pewniejsze i szybsze. Ta ostatnia okoliczność ma niekiedy pierwszorzędne znaczenie. Weźmy za przykład anoreksyją hysteryczną doprowadzającą niekiedy do wycieńczenia groźnego dla życia, której więc natychmiastowe usunięcie stanowić może w pewnych warunkach *indictatio vitalis*. Lecz właśnie zarzucają suggestyi hypnotycznej z powodu pewności i szybkości jej wyników, że działa za gwałtownie a przeto jest szkodliwą. Nie podejmujemy się rozstrzygać tej kwestyi z punktu fizjologicznego, praktyka jednakże powyższego zarzutu nie potwierdza, przeciwnie zaś niektórzy autorowie np. Fére utrzymują, że raczej suggestyja na jawie więcej wywiera ujemnego wpływu niż suggestyja w stanie somnambulicznym, co daje się objaśnić tem, że chory po obudzeniu nie zachowuje wspomnienia suggestyi, której skutek pozostaje.

Zarzucają też suggestyi hypnotycznej, że nie jest naukowo obmyśloną metodą, ale wyzyskaniem przewagi hypnotyzującego nad hypnotykiem — automatem, że zatem jest to metoda niegodna lekarza, gdyż każdy, bez żadnego przygotowania może w ten sposób leczyć. Zarzut tego rodzaju wypływa z zupełnej nieznamomości hypnozy. „Sposób suggestyi powiada Bernheim (l. c. str. 227), musi być zmieniany i zastosowywany do specjalnej wrażliwości osobnika. Proste słowo nie zawsze wystarcza do wytworzenia idei. Częstość trzeba przekonywać, jednych upewniać z mocą, innych łagodnie. Bo w hypnozie (somnambulizmie) jak i na jawie indywidualność moralna każdego osobnika pozostaje z jej charakterem, skłonnościami, wrażliwością specjalną. Hypnotyzacyja nie odlewa wszystkich podług jednej formy i nie robi z ludzi prostych automatów, kierowanych tylko wolą operatora; wzmaga ona

wprawdzie uległość mózgową, lecz czynność dowolna pozostaje; somnambulik myśli, rozważa, dyskutuje i nie akceptuje wszystkiego, cobyśmy mu narzucić pragnęli. Trzeba znać charakter chorego, jego właściwy stan psychiczny, aby mózdz wywierać na niego wrażenie."

Suggestyją słowną trzeba niekiedy wspierać różnorodnymi materyjalnymi wpływami na części chore, zamieniać jednego rodzaju uczucie, którego one są siedliskiem, innym np. ból uczuciem ciepła (Bernheim). Niekiedy uciekać się trzeba do podejścia, lub nałóg nerwowy usuwać za pomocą dywersyi w innym kierunku, zamieniać somnambulizm bierny na czynny dla otrzymania żądanych wyników nie dających się osiągnąć pod wpływem suggestyi biernej. Trzeba również w łańcuchu objawów choroby, na którą chcemy działać znać kolejne ogniwa tego łańcucha, i w odwrotnej do ich rozwoju kolei je znosić. Musi być pewien ład w dawaniu suggestyi i ten ktoby chciał przez suggestyją znieść odrazu wszystkie objawy choroby, lub znaczną część ich, nie zniesie ani jednego. Ład ten i wogóle metodę dawania suggestyi wskazuje znajomość patologii i patogenii danego przypadku, oraz wrażliwości psychicznej danego osobnika, jeśli zaś dodamy jeszcze konieczność poprzedzania terapii suggestyjnej dokładnem rozpoznaniem psychogenetycznem okaże się stąd jasno, że od leczącego tą metodą, jeśli ma ona być przeprowadzona konsekwentnie i z korzyścią dla chorego wymaga się, aby nie tylko był dobrym patologiem klinicystą, ale i posiadał znaczny zasób wykształcenia psychologicznego. Najogólniejszem wskazaniem dla terapii hypno-suggestyjnej są te objawy i stany patologiczne, które mają źródło psychiczne. Jeśli to łatwo pojąć jako zasadę ogólną, to o wiele trudniej w każdym danym przypadku postawić rozpoznanie psychogenetyczne specjalne. Suggestyja (chorobotwórcza) może przyjść do skutku za pomocą trudno dających się ocenić procederów, przez działanie b. różnorodne na różne zmysły, wkluczając w to i zmysł mięśniowy, przez uczucia nienormalne zlokalizowane, może powstawać na jawie, we śnie naturalnym, w marzeniach sennych, świadomie i nieświadomie. Badania hypnotyczne Charcot'a (l. c. str. 359 — 362 i inne) doprowadziły go do wykrycia doświadczalnie tożsamości nietylko klinicznej ale i patogenetycznej porażen powstających na jawie pod wpływem t. zw. nervous shock, urazu, z porażeniami wywołane-



mi przez sugestyją w hypnozie i porażeniami hysterycznymi. Dalej przykurczenie wytworzone w fazie letargicznej hypnozy i pozostawione na jawie jest obrazem przykurczenia hysterycznego, niemota przez sugestyją w hypnozie jest obrazem niemoty hysterycznej i t. d. Jeśli zatem badania doświadczalne upoważniały zastosować sugestyją hypnotyczną do leczenia wyż wspomnianych objawów hysteryi, to odwrotnie wyniki leczenia hypnotycznego hysteryi znosząc wszystkie jej objawy od obłądu hysterycznego aż do stygmatów: zaburzenia czuciowe skórne, ataki, wymioty, krwawienia, przykurczenia, porażenia i t. p. <sup>1)</sup> rzucają światło na patogenezę ogółu objawów hysteryi. Wypadałoby jasno z powyższych spostrzeżeń, że pogląd na hysteryję jako na psychonerwicę, jeśli nie w każdej jej formie to przynajmniej w niektórych zupełnie jest uzasadniony. Hypnotyzm demonstruje istotę choroby. „Jeśli, mówi Féré <sup>2)</sup>, patogenja porażen psychicznych mogła służyć za przewodnika odnośnie do racjonalnego leczenia, to można powiedzieć, że odwrotnie w objawach hysterycznych, które się leczą przez wpływ moralny, sposób leczenia może nam wyświeślać patogenezę. Naturam morborum curationes ostendunt.“ Möbius <sup>3)</sup> zaś powiada: „doświadczenie nas uczy, że objawy hysteryczne powstają i znikają bardzo często pod wpływem wyobrażeń. Fakt ten został doświadczalnie w ostatnim dziesięcioleciu nie już odkryty, lecz ad oculos demonstrowany. Doświadczenia hypnotyczne, szczególnie zaś skutki sugestyi, za pomocą której prawie wszystkie objawy hysteryczne według upodobania mogą być wywołane, mają właśnie dla tego wielką naukową doniosłość, ponieważ na istotę hysteryi jasne rzucają światło. Ponieważ bardzo często wyobrażenia są przyczyną hysterycznych objawów, wnosimy, że są nią zawsze. To przekonanie wnosi jasność i jedność do naszych pojęć, szczególnie zaś ma wartość praktyczną, ponieważ pewną kładzie podwalinę dla leczniczego postępowania.“

<sup>1)</sup> Tego rodzaju przypadki posiadając we własnej praktyce nie omieszkać ich opublikować w swoim czasie, przekonany, że im później będą ogłoszone tem wartość ich przekonywająca będzie większa. Zarzucają bowiem i to słusznie wszystkim dotychczasowym obserwacyjom tego rodzaju, że ogłoszone pośpiesznie nie dają wskazówek o dalszych losach chorych.

<sup>2)</sup> Féré. La Médecine d'imagination Progrès médical 1886.

<sup>3)</sup> Möbius. Ueber den Begriff der Hysterie. Centralblatt f. Nervenheilkunde. Februar 1888.

Można dziś już powiedzieć, że metoda hypnotyczna w rozwiniętej hysteryi daje szybsze i pewniejsze rezultaty niż inne metody <sup>1)</sup>, a im większa liczba objawów choroby się ujawniła tem metoda hypnotyczna jest bezpieczniejsza. Czy hypnotyzm, zdolny usunąć wszystkie objawy hysteryi może wpływać i na djatezę poza objawami się ukrywającą, na to odpowiedzieć dziś jeszcze nie możemy. Należałoby jednak zadać sobie pytanie, czy na djatezę neuropatyczną, wynik zwyrodnienia dziedzicznego, w późniejszych jej okresach jest w stanie wyrzucić wpływ donioślejszy jakakolwiek metoda lecznicza? Mówiąc to jednak, bynajmniej nie mamy zamiaru osłabienia doniosłości metod do dzisiaj stosowanych. Rola ich pozostanie taż sama, jako środka zapobiegawczego i leczniczego w przypadkach, gdzie brak specjalnej wrażliwości. Sądzę również, że kombinacja metody hypnotycznej z innymi metodami leczniczymi w pewnych granicach jest najzupełniej dopuszczalna, gdyby się dla tych ostatnich nastręczały specjalne wskazania. Owszem sugestyja terapeutyczna może nawet ich działanie wzmocnić. Sama zaś terapia suggestyjna wymaga przedewszystkiem postawienia chorych w odpowiednich warunkach higieny moralnej. Często nawet dla usunięcia wpływu sugestyj niepożądanych neutralizujących wpływ sugestyj terapeutycznych okazuje się potrzebną zmiana miejsca i otoczenia, a nawet izolacja chorych. Kto pojmuje jak obszernym jest zakres hysteryi, jeśli tem mianem obejmiemy nietylko t. zw. wielką hysteryją, ale hysteryją zwykłą i hysteryją lokalną, ten zrozumie doniosłość metody terapeutycznej skutecznej w hysteryi. Jeśli są jeszcze prócz hysteryi choroby, w których psychoterapia zdaje się być wskazaną, to są to niewątpliwie choroby umysłowe. Zdaje się, że spostrzeżenia A. Voisina <sup>2)</sup>, Dufoura <sup>3)</sup>, Séglas'a <sup>4)</sup>, Lombroso rozstrzy-

<sup>1)</sup> Przypadki, w których pomyslnie otrzymałem wyniki przeszły wszystkie znane dotychczas metody lecznicze.

<sup>2)</sup> A. Voisin. De l'hypnotisme et de la suggestion hypnotique dans leur application au traitement des maladies nerveuses et mentales. Revue de l'hypnotisme. 1887. str. 4 i 41. 6 spostrzeżeń.

A. Voisin. Congrès de Grenoble 1885 séance du 13 août, również 6 spostrzeżeń.

<sup>3)</sup> Dufour. Soc. médico-psychologique Mai 1886. Wiele obserwacyi mężczyzn i kobiet.

<sup>4)</sup> Séglas. Fait pour servir à l'histoire de la therapeutique suggestive. Arch. de Neurologie. 1885.



gają twierdząco skuteczność metody dla obłądu hysterycznego. W jednym własnym przypadku miałem sposobność to stwierdzić. I tu rozpoznanie psychogenetyczne powinno być kierownikiem. Rozwój pewnych postaci delirium innego pochodzenia np. delirium alcoholicum (Lasègue) zdaje się również wskazywać rolę terapii sugestyjnej.

Sądzę, że w powyższym znaczeniu terapia hypnotyczna wogóle włączając w to i sugestyjną może stanowić korzystny nabytek dla medycyny, nietylko odpowiadając specjalnemu swemu założeniu, ale podnosząc powagę nauki dla szerszych kół przez zmniejszenie liczby tych pseudo-nieuleczalnych przypadków (hysterycznych), które jednakże poza medycyną uleczenie swe dotychczas znajdowały.

Wprowadzając jednak terapię hypnotyczną do medycyny nie trzeba zapominać o tem, że jest ona tylko regulatorem dynamizmu czynnościowego w określonych granicach, że jeśli na patogenii pewnych nerwic oparta może być dla nich istotnie racjonalnym środkiem nie idzie zatem, aby była racjonalną dla wszystkich nerwic wogóle. Co zaś do chorób nerwowych ze zmianami anatomicznymi, hypnotyzm może wprawdzie podziałać na część objawów zależną od współtowarzyszących zjawisk inhibicyi i dynamogenii, jak to wykazał Brown-Séguard; główne wszakże wskazania terapeutyczne muszą być w tych przypadkach czerpane z natury zmian organicznych.

Nie wątpimy również o możności ukojenia pewnych podmiotowych objawów w chorobach nerwowych i nie nerwowych ze zmianami anatomicznymi np. bólów, przez inhibicyją ośrodków kory mózgowej służących do percepcyi wrażeń czuciowych z obwodu przenoszonych. Lecz w tym przypadku choroba będzie przebiegała swoją kolejną skrycie i leczenie tego rodzaju chorób za pomocą hypnotyzmu i wyłącznie hypnotyzmu zasługuje z punktu widzenia medycznego na potępienie:

1) Ponieważ nie sięga do podstawy zła, polega tylko na łagodzeniu objawów.

2) Ponieważ łudząc chorego pozorami poprawy naraża go na stratę czasu, ze względu na rozwój choroby często niepowetowaną.

Z tego też powodu wiele ze spostrzeżeń Bernheima, Fontana i Ségarda i innych, bez straty dla swego nauko-

wego znaczenia nie powinny zbyt pochopnych znajdować naśladowców w praktyce.

Ponieważ dla braku miejsca nie możemy rozbierać tu bliżej sądowo-medycznego znaczenia hipnotyzmu, ograniczymy się tylko do wzmianki z zastosowaniem terapeutycznym hipnotyzmu będącej w związku, że lekarz bez uprzedzenia chorego i jego zezwolenia nie powinien go poddawać tego rodzaju terapii. Co zaś do lekarza, ten w tym razie jak zawsze obowiązany jest tylko utrzymać się godnie na wysokości swego stanowiska w stosunku do chorego; gdyby zaś sam lekarz czuł potrzebę zabezpieczenia się od możliwych insynuacyj, powinien z pośród otoczenia chorego, wybierać do asystencji przy hipnotyzacji osoby najmniej wrażliwe.

## O ZASTOSOWANIU ELEKTRYCZNOŚCI W GYNEKOLOGII.

Metoda Prof. APOSTOLI'EGO.

podał

Adolf Winawer.

Zawdzięczając uprzejmości prof. Apostoli'ego miałem sposobność podczas pobytu mego w Paryżu poznać jego metodę zastosowania elektryczności w ginekologii. Metoda ta, o ile można sądzić z artykułów specjalnych w prassie amerykańskiej, angielskiej i po części niemieckiej, wyrobiła sobie w krótkim stosunkowo czasie należyte uznanie: dość będzie przytoczyć, iż taka powaga, jak Spencer Wells <sup>1)</sup> ocenił metodę Apostoli'ego bardzo przychylnie.

Podając artykuł niniejszy do „Kroniki Lekarskiej,“ mam zamiar zwrócić uwagę szanownych kolegów—specjalistów na powyższą metodę, pozostawiając sobie na później obszerniejszą pracę o zastosowaniu w ogóle elektryczności w ginekologii i położnictwie.

Już przed trzydziestu laty elektryczność była stosowaną w ginekologii, lecz dopiero w ciągu ostatnich lat kilku takowa została należyście ocenioną, a to głównie zawdzięczając nowszym metodom zastosowania. W roku 1859 Dr. Tripier <sup>2)</sup> zakomunikował Akademii Nauk w Paryżu wyniki leczenia niektórych chorób kobiecych za pomocą faradyzacji. Metoda jego pomimo zachęcających rezultatów nie zyskała sobie wielu zwolenników. W kilkanaście lat później lekarze amerykańscy: Cutter <sup>3)</sup>, Brown <sup>4)</sup>, Kimball <sup>5)</sup>, Everett <sup>6)</sup> i inni zaczęli stosować elektrolizę w celu leczenia włóknomięśniaków macicy również z dobrym skutkiem. Już nieco później lekarze francuzcy: Aimé Martin <sup>7)</sup>, Chéron <sup>8)</sup>, Mathélin <sup>9)</sup>, idąc po części za przykładem Tripier'a, po części zachęceni rezultatami lekarzy amerykań-



skich ogłaszają również rezultaty swoich spostrzeżeń. Lecz najwięcej pracował na polu elektroterapii ginekologicznej prof. Apostoli, uczeń Tripier'a, który w całym szeregu prac, po części komunikowanych Akademii i Towarzystwu lekarskiemu w Paryżu, po części wygłaszanych na zjazdach lekarzy w Londynie (1881), Ruanie (1883), Kopenhadze (1884), Grenobli (1885), Nancy (1886), Dublinie (1887), Waszyngtonie (1887) i ostatnio w Brighton (1888) swoją metodę wyłożył. Metoda ta, jako najobszerniej i najsumienniejsze opracowana, nie przedstawiająca niebezpieczeństwa i zapewniająca dobre wyniki zyskała sobie największy rozgłos pośród ginekologów.

Metodę Apostoli'ego stanowią:

A. Faradyzacja maciczna i pochwowa podwójna czyli dwubiegunowa (faradisation utérine et vaginale double ou bipolaire).

B. Galwanokaustyka chemiczna wewnątrz-maciczna: a) dodatnia i b) ujemna (galvano-caustique chimique intra-utérine positive et négative).

C. Galwanopunktura chemiczna pochwowa: a) dodatnia i b) ujemna (galvano-puncture chimique vaginale positive et négative).

Co do aparatów i narzędzi, to w klinice prof. Apostoli'ego są w użyciu następujące:

1<sup>o</sup> Aparat indukcyjny Tripier-Gaiffe'a czyli zmodyfikowana bateriajka wolta-faradyzna Siemens-Halske<sup>10)</sup> o dwóch cewkach: jedna o drucie cienkim i długim, druga o drucie grubym i krótkim.

2<sup>o</sup> Bateriajka galwaniczna większa złożona z 36 elementów większych Leclanché, odpowiadająca sile 200—250 milliampères<sup>11)</sup> i mniejsza z 24 elementów Gaiffe'a. Zresztą i inne baterie mogą być odpowiednie do celów ginekologicznych np. A. Martin<sup>12)</sup> posi kował się bateriją z 15—25 elementów Daniel'a (modyfikacja Chardin'a i Preyera).

3<sup>o</sup> Galwanometr Gaiffe'a do 250 m. a. z podziałkami po 5—10 m. a.<sup>13)</sup> jest niezbędny do celów ginekologicznych, gdyż pozwala dokładnie określić siłę prądu i stosować elektryczność w odpowiednich dawkach.

4<sup>o</sup> Elektrody różnych kształtów, z różnego materiału. Odróżnić należy elektrodę brzuszną i elektrody maciczne i pochwove.

a) Elektrodę brzuszną pomysłu Apostoli'ego stanowi płytka z glinki garncarskiej (terre glaise) długości 30—40 ctm., szerokości 20 ctm. i grubości 1—1,5 ctm. Dolną powierzchnię tej płyty miękkiej i dobrze wilgotnej pokrywa gruby muślin tej szerokości, co elektroda, a na górnej powierzchni umieszcza się blaszkę metalową 5—10 ctm. długości i szerokości, połączoną z reoforami bateriji galwanicznej. Tak przygotowaną elektrodę umieszcza się na dolnym odcinku powłok brzusznych i przykrywa się serwetą, którą pacjentka utrzymuje rękami. Ta elektroda, służąca do galwanokaustyki i galwanopunktury, pozwala Apostoli'emu stosować bardzo silne prądy bez przy-

żegania skóry i bez bólu, z wyjątkiem kobiet bardzo wrażliwych i histeryczek, dla których te rękoczyny są bolesne <sup>14)</sup>. Franklin H. Martin <sup>15)</sup> stosuje jako elektrodę brzuszną płytkę metalową w środku wydrążoną i napełnioną roztworem soli. Płytkę tą jest obciągnięta błoną zwierzęcą. P. F. Mundé <sup>16)</sup> podaje do tego celu specjalnie przygotowane gąbki. Inni autorzy, nie stosując silnych prądów, posilkują się elektrodami, zwykle używanymi w elektroterapii.

b) Elektrody maciczne i pochwowe:

1) do faradyzacji podwójnej

2) do galwanokaustyki

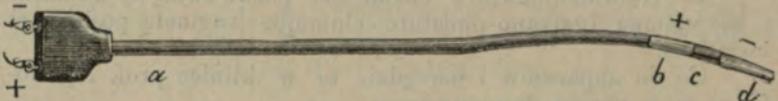
3) do galwanopunktury.

1<sup>o</sup> Do faradyzacji podwójnej:

a) elektroda maciczna podwójna (excitateur utérin double ou bipolaire).

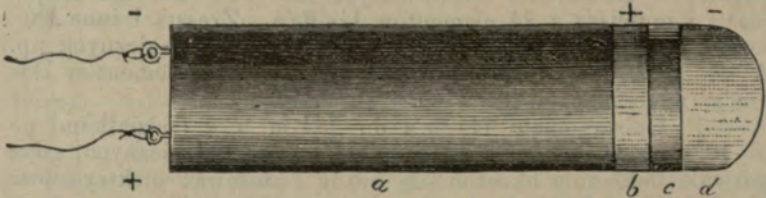
β) elektroda pochwowa podwójna (excitateur vaginal double ou bipolaire).

Fig. I. Elektroda podwójna maciczna.



a. c. zglębnik maciczny kauczukowy, zawierający w środkowym wydrążeniu druty, które się łączy z baterią faradyczną, b. d. blaszki metalowe, opasujące zglębnik kauczukowy w postaci pierścieni, połączone z drutami + i — w wydrążeniu zglębnika.

Fig. II. Elektroda pochwowa podwójna.



a. c. zglębnik pochwowy kauczukowy, b. d. pierścienie metalowe, opasujące zglębnik (p. rys. I).

Te elektrody podwójne pomysłu Apostoli'ego <sup>17)</sup> wprowadza się do macicy lub pochwy i łączy się z reoforami aparatu indukcyjnego. Rozumie się, iż elektroda brzuszną jest zbyt czną.

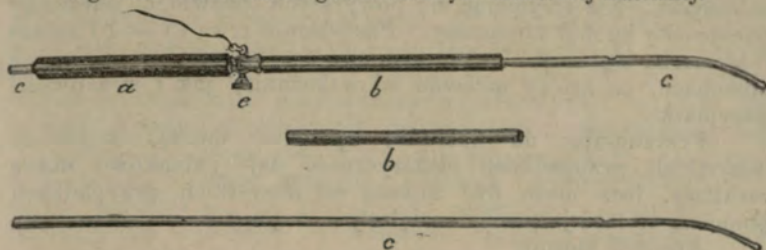
2<sup>o</sup> Do galwanokaustyki chemicznej macicznej elektroda w postaci zglębnika, jak to przedstawia rysunek poniżej, w dolnej części izolowana <sup>18)</sup>. Elektrode tę wprowadza się do macicy, jak zwyczajny zglębnik.

3<sup>o</sup> Do galwanopunktury długi troakar odpowiedniej grubości również izolowany, lecz daleko więcej, niż zglębnik, tak iż zaledwie koniec (1—2 ctm.) jest wolny. Taki troakar wkłada się do bocznego lub tylnego sklepienia pochwy, event. do



guza również przez sklepienie pochwy, w miejscu najprzystępniejszym<sup>10)</sup>.

Fig. III. Elektroda do galwanokaustyki chemicznej macicznej.

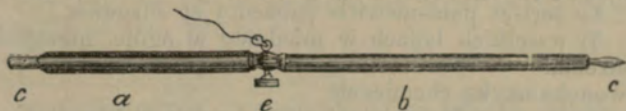


a. rękojeść wydrążona ze śrubką do utrzymywania zgłębnika na żądanej wysokości.

b. izolator z celluloidy ruchomy w postaci gilzy.

c. zgłębnik właściwy platynowy.

Fig. IV. Elektroda do galwanopunktury chemicznej pochwowej.



a. rękojeść. b. izolator. c. troakar.

Opisawszy najważniejsze aparaty i narzędzia, co uważałem za niezbędne w celu jaśniejszego przedstawienia metody Apostoli'ego, przejdę obecnie do techniki rękożynu.

Stosując elektryczność w ginekologii, przedewszystkiem należy trzymać się prawideł ścisłej antyseptyki: pochwę przeemyć przed rękożynem roztworem sublimatu lub kwasu karbolowego; narzędzia jak zgłębnik, troakar po każdym rękożynie i przed użyciem trzymać w roztworze kwasu karbolowego; narzędzia do faradyzacji również przed użyciem należy zdezynfekować. Rozumie się, iż ręce powinny być utrzymane w czystości i przed każdym rękożynem za pomocą mydła i sublimatu zdezynfekowane.

Co do samej techniki, zawsze pamiętać należy, ażeby przystępując do rękożynu wypróbować, czy aparat elektryczny działa dobrze, czy narzędzia są zdezynfekowane; potem wprowadza się odpowiednie narzędzie pod przewodnictwem palca (zgłębnik do faradyzacji i galwanokaustyki) lub izolatora (troakar do galwanopunktury\*), a następnie prąd przepuszcza. Siłę prądu należy zwiększać powoli, dochodząc przy faradyzacji do siły, jaką pacjentka jest znieść w stanie, a przy

\*) Prof. Apostoli, wprowadzając troakar do bocznego lub tylnego sklepienia pochwy, nie używa wziernika, lecz, ustawivszy pod przewodnictwem palca izolator w odpowiednim miejscu, przeprowadza troakar i wkłówa w ściankę pochwy.

galwano-kaustyce i punkturze od 50—250 milliampères. Kończąc rękoczyn, siłę prądu powoli się zmniejsza. Po wstrzymaniu prądu narzędzia się usuwa i pochwę przemywa roztworem sublimatu. Nie trzymając się powyższych prawideł, narażamy pacjentkę na ból zbyt wielki. Posiedzenie trwa 5—10 minut i powtarza się co 2—3 dni, niekiedy co tydzień i w większych odstępach, co zależy zarówno od wskazania, jak i wrażliwości pacjentki.

Przystępując do wskazań, uprzedzić muszę, iż nie we wszystkich przypadkach elektryczność daje jednakowo dobre rezultaty, lecz może być zawsze we wszystkich przypadkach pomocną w mniejszym lub większym stopniu.

Apostoli stosuje:

Faradyzacją:

a) cewkę o drucie grubym:

przy 1) subinvolutio uteri,

2) metritis chron. w okresie przekrwienia i wsięku,

b) cewkę o drucie cienkim:

przy 3) ovarialgia (najważniejsze wskazanie).

4) peri-et para-metritis subacuta et chronica,

5) wszelkich bólach w miednicy w ogóle, niezależnie

od pochodzenia.

Galwanokaustykę chemiczną:

przy 6) Eudo-et-Metritis chronica (ważne wskazanie),

7) Fibro-myoma uteri (najważniejsze wskazanie),

8) Hyperthrophia uteri,

9) Atresia cervicis (orificii ext.),

10) Dysmenorrhoea membranacea,

11) Peri-et para-metritis chronica.

Galwanopunkturę chemiczną:

przy 12) Fibromyoma uteri (najważniejsze wskazanie),

13) Phlegmone periuterinum,

14) Pelveocellulitis,

15) Haematocele<sup>20)</sup>,

16) Graviditas extra-uterina.

Wyliczyłem wszystkie wskazania, jak to prof. Apostoli mi osobiście podać raczył, lecz, jak już wspomniałem, nie we wszystkich elektryczność daje również dobre wyniki. Wyłączywszy więc wskazania, jak haematocele, para-et peri-metritis, atresia cervicis, gdzie zastosowanie elektryczności wydaje mi się zbyt wielkim, gdyż inne metody prędzej i pewniej prowadzą do celu, również wskazania jak dysmenorrhoea, graviditas extra-uterina, w których prof. Apostoli rzadko swą metodę stosował, będziemy mieli, jako najważniejsze wskazania: do faradyzacji—ból jajników i wszelkie bóle w miednicy, jakie u hysteryczek spotykamy tak często, do galwanokaustyki—przewlekłe zapalenie miąszo i błony śluzowej macicy i włókno-mięśniaki macicy.

Co do galwanopunktury, to takowa różni się co do działania od galwanokaustyki tem, iż działa prędzej i pewniej; lecz uważam tę metodę za zbyt bolesną, pomimo znieczulenia miejscowego za pomocą chlorku metylenu lub mieszaniny chloro-



formu z eterem; oprócz tego tworząc ranę w sklepieniu pochwy możemy pacyjcentkę, nie trzymając się ścisłe prawideł antyseptyki, na jakieś powikłanie narazić. Prof. Apostoli stosuje tę metodę dość często przeważnie przy phlegmone perinterinum, pelvercellulitis i fibromyoma uteri. W tych przypadkach możemy się również posilkować galwanokaustyką z pożądanym skutkiem. Galwanopunkturę radziłbym stosować przy bardzo ścisłym wskazaniu, w przypadkach wyjątkowych i do tego, jak to prof. Apostoli często czyni, naprzemian z galwanokaustyką.

Działanie prądu jest przeważnie objawowem<sup>21)</sup>. Faradyzacja—cewka o drucie grubym i krótkim (courant de quantité) działa pobudzająco na kurezliwość mięśniową, znosi inercyjną tkanek i dla tego może być z dobrym skutkiem stosowaną przy subinvolutio uteri, metritis (w okresie przekrwienia); cewka o drucie cienkim i długim (bobine de tension) ma działanie znieczulające, znosząc wszelkie bóle w miednicy, niezależnie od tego, czy te są pochodzenia zapalnego, czy nerwowego, z tem jednakowoż zastrzeżeniem, iż takie formy jak ovarialgia mogą być przez faradyzację zupełnie wyleczone, podczas gdy prąd faradyzacyjny na sprawę zapalną nie wywiera wpływu, usuwa tylko ból na czas pewien<sup>22)</sup>.

Ażeby to działanie prądu było pewniejszym, należy mieć na uwadze następujące prawidła:

a) faradyzacja wewnątrzmaciczna działa daleko skuteczniej, niż pochwowa; tę ostatnią stosować należy u ciężarnych, u dziewic i w cięższych przypadkach zapalenia około macicznego,

b) posiedzenie powinno trwać 5 do 20 minut, dopóki ból się nie zmniejszy lub nie ustąpi, o czem się można przekonać, zbadawszy pacyjcentkę po skończonem posiedzeniu,

c) posiedzenia odbywać należy codziennie, niekiedy dwa razy dziennie,

d) przy bólu pochodzenia zapalnego stosować prądy słabe, powoli zwiększając siłę prądu i kontrolując, o ile pacyjcentka takowy dobrze znosi. Przy bólu pochodzenia nerwowego siłę prądu należy podnieść do maximum, chociażby to miało być bolesnem, gdyż w końcu posiedzenia następuje zwykle ukojenie, co pacyjcentki zwykle podają. Wyjątki, wprawdzie dość rzadkie, stanowią tu niektóre histeryczki, które nawet na słabe prądy są dość wrażliwe i w tych przypadkach siłę prądu należy zwiększać dość oględnie.

Galwanokaustyka i galwanopunktura chemiczna, których nie należy brać za jedno z galwanokaustyką termiczną przez działanie chemiczne wywołuje zmiany w odżywianiu tkanek, a tem samem ma wielkie znaczenie terapeutyczne.

Biegum dodatni (kwaśny) ma działanie koagulacyjne lub hemostatyczne i tworzy bliznę białą mniej lub więcej twardą, dla tego należy takowy stosować przy cierpieniach macicy, gdzie mamy do czynienia z przyływem krwi, owrzodzeniem błony śluzowej lub, co jest bardzo ważnem, z krwawieniem, a więc przy endometritis hae.norrhagica, metritis w okresie przekrwie-

nia, włóknomięśniakach macicy, powodujących krwawienie. Oprócz tego biegun dodatni ma działanie znieczulające. Biegun ujemny (zasadowy) ma działanie rozrzedzające, tworzy bliźnię barwy fioletowej, miękką, rozplywającą się; dla tego ma zastosowanie w przypadkach przewlekłego zapalenia macicy w okresie zwyrodnienia lub zaniku, szczególnie jeżeli mamy takie powikłania, jak dysmenorrhoea, lub amenorrhoea.

Siłę prądu można powoli zwiększać, dochodząc przy galwanokaustyce od 50 do 250 m. a., przy galwanopunkturze do 50, gdyż pacjentki nie znoszą większej siły prądu. Posiedzenia trwać powinny od 5 do 10 minut i powtarzać się jeden, dwa i trzy razy na tydzień, co zależy zarówno od wskazania, jak i stanu chorej.

Rezultaty są wogóle zachęcające: przy metritis chron. bóle ustępują, macica zmniejsza się z 9 lub 10 ctm. do 7; przy włóknomięśniakach macica zmniejsza się o  $\frac{1}{5}$ ,  $\frac{1}{3}$ ,  $\frac{1}{2}$  swej wielkości. Apostoli nie widział nigdy, ażeby guz znikł doszczętnie, twierdzi tylko, iż guz się zmniejsza, i objawy jak krwawienie, bóle ustępują. Że tak jest w istocie możemy się przekonać nie tylko z prac Apostoli'ego i Carlet'a, który zebrał ogromny materiał z kliniki Apostoli'ego, lecz np. z pracy Skene-Keith'a<sup>20</sup>), który podaje sześć przypadków włóknomięśniaków, leczonych podług metody Apostoli'ego, a mianowicie:

1<sup>o</sup> Fibroid od lat 12, sięgający żeber. Po 5 posiedzeniach guz się zmniejszył o  $\frac{1}{3}$  część.

2<sup>o</sup> Fibroid Macica 11 ctm. Po 14 posiedzeniach guz się zmniejszył; macica 9 ctm.

3<sup>o</sup> Fibroid z prawej strony macicy, sięgający żeber. Po 23 posiedzeniach guz się zmniejszył o  $\frac{1}{2}$ .

4<sup>o</sup> Fibroid od lat 20, sięgający z prawej strony do pępka, z lewej wyżej. Po 23 posiedzeniach guz z prawej strony na dwa palce powyżej łuku łonowego, z lewej dochodzi do pępka.

5<sup>o</sup> Guz sięgający do pępka. Po 17 posiedzeniach na 5 ctm. poniżej pępka.

6<sup>o</sup> Guz na 2,5 ctm. powyżej pępka. Po 20 posiedzeniach guz z lewej strony znikł zupełnie, z prawej sięga do pępka.

Umyslnie przytoczyłem rezultaty Skene Keith'a, ażeby choć w krótkości wyniki metody Apostoli'ego przedstawić, tem bardziej iż Keith stosował tę metodę bez wprzód powziętej idei.

Zastosowanie elektryczności jest czysto empirykiem, dla tego też oprócz ogólnikowego objaśnienia innego dać nie możemy. Że działanie prądu takie, jak to wyżej podałem, ma miejsce, o tem przekonać się można również z prac autorów, którzy poznali lub stosowali elektryczność w gynecologii podług tej metody, a mianowicie z prac Zweifel'a<sup>21</sup>), Franklin H. Martin'a<sup>22</sup>), Elsasser'a<sup>26</sup>), Skene Keith'a<sup>27</sup>), Spencer Wells'a<sup>28</sup>) i innych.

Ogólne wrażenie, jakie wynieśliśmy, poznawszy bliżej metodę prof. Apostoli'ego, przekonywa nas o wartości metody, o ile takowa będzie umiejętnie stosowaną. Umyslnie użyłem wyrazu umiejętnie, gdyż poznanie tej specjalności gynecolo-



gicznej nie jest tak łatwym, jak by to się na pierwszy rzut oka wydawać mogło. Słusznie utrzymuje Engelmann<sup>29)</sup>, iż elektryczność bywa często dyskredytowaną w gynecologii przez nieumiejętne użycie narzędzi, użycie nieodpowiedniej siły prądu i t. d.

Elektroterapii gynecologicznej nie należy uważać jako panaceum przeciw chorobom kobiecym; jest-to bardzo ważny nabytek w naszej ubogiej terapii gynecologicznej, lecz należy tę metodę stosować umiejętnie, ogólnie i przy odpowiedniemi wskazaniu.

1) Spencer Wells. British med. journal. 1888. May 12.

2) Tripier A. Hyperplasies conjonctives des organes contractiles; de la faradisation dans le traitement des engorgements et deviations de l'utérus et de l'hyperthrophie prostatique 1859 (por. Annales de l'électrothérapie, 1863).

Leçons cliniques sur les maladies des femmes. Paris 1883.

3) Cutter E. Assoc. med. amer (Congrès de Chicago). 1871. (Thèse de Carlet. p. 14).

Boston med. and surg. journ. 1876. Febr. 17. Amer. journ. of. med. sciences 1878. July. Amer. journ. of. Obst. 1887. Febr.

4) Brown. Med. and surg. Rep. Philadelphia 1873. (Thèse de Carlet p. 14).

5) Kimball G. Boston med. and surg. journ. 1874. Jan. 29.

„ aud Cutter E. Amer. journ. of. Obst. 1877. Jan.

6) Everett. Amer. journ. of. Obst. 1878. Jan.

New-York med. journ. 1885. IV. 18 (ref. C. f. Gyn. 1885. N. 40).

7) Aimé Martin. Annales de Gyn. 1879. Fevr. Mars. Avril.

8) Chéron. Gaz. des hôp. 1879.

9) Mathélin. L'Union med. 1882 p. 127—129.

10) Tripier A. Leçons cliniques etc. p. 88—89.

11) Apostoli G. Sur un nouveau traitement de la métrite chronique et eu particulier de l'endométrite par galvano-caustique chimique intra-utérine. Paris 1887. p. 14.

12) Aimé Martin l. c.

13) Apostoli G. l. c. p. 11 seq.

14) „ l. c. p. 17 seq., również Sur l'emploi nouveau de la terre glaise eu therap. électrique. Bull. gén. de therap. 1883. Dec. 30.

15) Franklin H. Martin. Journ. of the americ. med. assoc. 1887 Jan. (ref. C. f. Gyn. 1887. N. 28).

16) P. F. Mundé. De l'électricité comme agent thérapeutique en gynecologie, traduit par le Dr. P. Ménière. Paris 1888. p. 10.

17) Apostoli G. l. c. p. 16.

Carlet L. Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus (d'après la méthode du Dr. Apostoli) Thèse. Paris 1884. p. 28.

18) Apostoli G. l. c. p. 63. L'Union med. 1886. Oct. 16, ct. 19.

19) „ Sur un nouveau traitement électrique de l'hématocèle periutérine. Archives de Tocologie. 1885. Nov.

20) Apostoli G. Bull. gén. de therap. 1888. April 30.

21) „ Sur un nouveau traitement électrique de la douleur

ovarienne chez les hysteriques. Bull. gén. de ther. 1885. Juin 15. Archives de Toeol. 1885. Juin.

<sup>22)</sup> Apostoli G. Gaz. des hôp. 1886. Oct. 26. Union med. 1886. Oct. 16 et 19. Sur un nouv. traitem. p. 43.

<sup>23)</sup> Skene Keith. The treatment of fibroid tumours of the uterus by electricity Edinb. med. journ. XXXIII p. 688 Febr.

<sup>24)</sup> Zweifel. Centr. f. Gyn. 1884. N. 50.

<sup>25)</sup> Franklin H. Martin l. c.

<sup>26)</sup> Elsasser. Berl. Klin. Woch. 1886. N. 51.

<sup>27)</sup> Skene Keith. Glasgow med. journ. 1888. Jan. p. 82. British. med. journ. 1887. Nov. 12, 26.

<sup>28)</sup> Spencer Wells l. c.

<sup>29)</sup> Engelmann. Trans. of the amer. gyn. soc. p. 207. (Virchow's Jahresberichte 1886, II p. 568).

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

167. Prof. OERTEL. **Przewlekłe cierpienia mięśnia sercowego i ich leczenie.** *Die Chronischen Herzmuskel erkrankungen und ihre Behandlung. Therop. Monatshefte 5.*

Istota przewlekłych cierpień mięśnia sercowego, jakiego bądź pochodzenia (przerost, resp. niedostateczny, zanik, rozszerzenie, zwyrodnienia), polega na zmniejszeniu się siły i niedostateczności mięśnia; choroba przebiega wśród zawsze jednego obrazu zaburzeń w krążeniu, z temi samemi objawami i zejściem.

Pierwszem zadaniem leczenia byłoby zatem osiągnąć wystarczającą sprawność serca, zwiększenie masy jego mięśnia aż do przerostu wyrównawczego. Powtóre należałoby przyjąć pod uwagę zmiany w rozkładzie krwi w rozmaitych oddziałach naczyńowych i sam skład krwi. Przy ocenie prognostycznej, co do wyniku leczenia, głównie trzeba się kierować rodzajem i rozmiarami danych zaburzeń w odżywianiu i powikłaniami, istniejącymi obok cierpienia mięśnia sercowego.

Sposób leczenia omawianych cierpień, obmyślany przez autora, składa się z dwóch metod: dyjetetycznej i mechaniczno-gimnastycznej.

Metoda dyjetetyczna ma na widoku ogólny stan odżywiania i ilość tłuszczu, a z drugiej strony plyn nagromadzony w naczyniach i tkankach przy pełnokrwistości wodnicowej (plethora serosa), hydremji i opuchlinie.

Co się tyczy ilości tłuszczu, to należy odróżniać następujące przypadki:

1) Nadmiar tłuszczu, pełnokrwistość z poczynającym się ubytkiem siły serca. Dyjeta: zwiększenie dowozu białka, ograniczenie ciał, z których powstają tłuszcze, bez ograniczenia dowozu plynów.



2) Otyłość z plethora serosa. Tu należy zwiększyć dowóz białka przy ograniczeniu tłuszczorodnych ciał i płynów.

3) Przypadki otyłości u osób starszych z hydremiją, gdzie zarówno mamy zmniejszenie się ilości białka jak i tłuszczów. W tych razach należy podnieść ogólne odżywianie (dowóz białka, tłuszczów, węglowodów) przy ograniczeniu dowozu płynów.

Wreszcie należy tu podciągnąć przypadki ogólnego wyniszczenia małokrwistości, hydremji przy których rozwija się słabość mięśnia sercowego, jak i wogóle takie, gdzie z powodu rozmaitych przeszkód w krążeniu (struma, wady zastawek, wady w krążeniu płucnem) istnieją zwiększone zapotrzebowania siły sercowej, a które wiodą do rozszerzenia serca.

Dla rozwoju przerostu serca nie wystarcza sam dowóz pokarmu, dla tego potrzebną jest, podobnie jak i dla rozrostu mięśni szkieletu, zwiększona czynność, gimnastyka, ona to stanowi treść drugiej metody Oertela.

Każda czynność mięśniowa, przy której odbywa się pewna zmiana w krążeniu, może być źródłem bodźców ruchowych dla serca. Jeżeli w sercu zdrowem przechodzą one bez szczególniejszych zjawisk, to jednak serce chore jest na nie bardzo wrażliwe i to tem bardziej, im niżej spadła jego siła i im więcej z tego powodu dają mu się we znaki zwiększone zapotrzebowania czynności, spowodowane zaburzeniami w krążeniu. Najwidoczniej występuje to przy chodzeniu i wchodzeniu pod górę.

Trwale powtarzanie się wpływu takich bodźców spowoduje w końcu przerost mięśnia sercowego. Za dowód tego może służyć zjawisko przerostu serca u mieszkańców gór, a jeszcze lepiej stosunek wagi serca do wagi ogólnej ciała, spostrzegany przez Bergmanna i Webera na zwierzętach dzikich i swojskich, a wykazujący wyraźny wzrost u tych zwierząt, które wykonywają ruchy szybkie i energiczne (świnia 1 : 220, krowa 1 : 193, 1 : 262, człowiek 1 : 170, 1 : 183, koń 1 : 171, 1 : 147, zając 1 : 140, sarna 1 : 86).

Zjawiska, które występują u człowieka przy dłużej trwającym wchodzeniu pod górę i którym należy przypisywać wpływ na wzmożone odżywianie się mięśnia sercowego i jego przyrost, są następujące:

1) trwałe rozszerzenie tętnic i zwiększony dowóz materiału,

2) silne skurcze serca, gimnastyka mięśnia sercowego, wskutek czego następuje zwiększone zapotrzebowanie i zużycie białka, a stąd tworzenie się nowych pierwiastków komórkowych, włókien mięsnych.

Przez wchodzenie na stopniowo zwiększające się pochyłości (0—20 stopni) można te wpływy umiarkować i zastosować do każdego danego osobnika.

Staraniem autora powynajdywano i poznaczano na mapach pewnych miejscowości drogi i dróżki wiadomej pochyłości

ści, tak że miejsca te służyć mogą za odpowiednie stacje lecznicze (Terrain-Curorte).

Z innej strony A. Schott robił spostrzeżenia nad zastosowaniem w tym samym celu gimnastyki leczniczej (w połączeniu z kąpielami), polegającej na wykonywaniu ruchów czynnych, biernych i ruchów z przewyciężaniem pewnego oporu (Widerstands bewegungen). Zasada jest ta sama, jednakże zastosowanie jej w praktyce nie jest zdaje się tak łatwym i prostym.

Drugim zadaniem metody mechanicznej jest wyrównanie zaburzeń w krążeniu, przez podniesienie ciśnienia w układzie tętniczym, jego większe wypełnienie, przy zmniejszeniu przepięcia w układzie żylnym. Odbywa się to wskutek tego, że 1) przy zwiększeniu się czynności serca, zwiększa się i jego siła aspiracyjna, przytem ruchy mięśniowe sprzyjają przetłaczaniu krwi do wielkich pni żylnych zwłaszcza z kończyn dolnych. 2) Przy dłuższem trwaniu wzmożonej czynności serca i podniesieniu się ciśnienia w tętnicach, następuje odruchowo, być może przez automatycznie pogłębiony oddech, rozszerzenie tętnic i ułatwienie odpływu z lewego serca. Następstwem tego będzie wyrównanie w zawartości obu układów naczyniowych. 3) Przy tem znaczny udział przyjmują płuca, a właściwie wdechowe rozszerzenie klatki piersiowej ze zwiększeniem się powierzchni płuc i ich naczyniowego koryta.

Podobny zbiór zjawisk nie może być osiągniętym ani przez ćwiczenie gimnastyczne, ani przy ruchach z oporem, bądź to przy udziale gimnastów, bądź przyrządów Burlota i Megera, głównie z powodu niemożności osiągnięcia trwałego automatycznego pogłębienia oddechu.

Z zadaniem zwiększenia sprawności osłabionego mięśnia sercowego łączy się bezpośrednio staranie o zmniejszenie zadawanej mu pracy.

Autor zamierza osiągnąć to ostatnie przez a) zmniejszenie dowozu płynów i b) zwiększenie wydalania płynów wody z ustroju, co następuje przez podniesione pocenie się (ruch, gorąco, pobudzanie skóry), parowanie przez płuca, wzmożone wydzielenie moczu.

W końcu Oertel wspomina, że w niektórych cierpieniach serca metoda jego się nie nadaje (sclerosis art. coronariae cordis z następstwami; kompensacyjne przerosty i rozszerzenia) i komunikuje, że już obecnie z odnośnych stacyj w Meranie, Ischlu, Reichenhall, Abazy i innych, otrzymał relacje wykazujące dobre wyniki, a mianowicie:

1) W późniejszych okresach stłuszczenia serca bez objawów stwardnienia tętnic, przy istnieniu zastojów, a nawet obrzęków.

2) Otrzymywano przerost wyrównawczy przy zaburzeniach w krążeniu, z powodu wad serca i wad w krążeniu płucnym.

3) Spostrzegano zmniejszenie się rozszerzenia serca, wynikającego z osłabienia mięśnia, i

4) Zmniejszenie się sinicy, osiągnięcie równowagi w układzie żylnym i tętniczym.



5) Usunięcie zaburzeń ze strony płuc, np. duszności.

O ile można liczyć na trwałość osiągniętych w każdym poszczególnym przypadku polepszenia dotąd jeszcze nie pewnego nie da się orzec.

O. Hewelke.

168. Prof. Dr. LICHTHEIM: **Przewlekłe cierpienia mięśnia sercowego i ich leczenie.** *Die chronischen Herzmuskelerkrankungen und ihre Behandlung. Therap. Monatshefte N. 5.*

Punktem wyjścia zapatrywań Oertela było teoretyczne przypuszczenie, że przy niewyrównanych wadach serca ma miejsce naruszenie równowagi pomiędzy ilością wprowadzanych i wydalanych z ustroju płynów, które prowadzi do plethora hydraemica. Pomijając pytanie, o ile zwiększenie się ogólnej ilości krwi wpływa na czynność serca, należałoby przedewszystkiem dowiedzieć, czy przy niewyrównanych wadach serca wogóle dochodzi do wodnicowej krwistości. Poszukiwania robione w tym kierunku z polecenia autora przez Dr. Schwendte wykazały, że koncentracja krwi u chorych z niewyrównanymi wadami serca bynajmniej nie stoi niżej normy, u chorych zaś z obrzękami bywa nawet często znacznie wyższą, tak że nie może tu być wcale mowy o plethora hydraemica. Ścisłe przeprowadzone ograniczenie dowozu płynów u zdrowych podnosiło przeciętno koncentrację krwi zaledwie o 2%, najwyżej o 3,4%. Nie większe wyniki otrzymano przy niewyrównanych wadach serca. Tym więc sposobem wachania w ilości krwi są zbyt małe, aby, według Oertela, mogły mieć jakikolwiek wpływ na czynność serca.

Większe trudności napotyka się przy teoretycznej ocenie części mechaniczno-gimnastycznej w metodzie Oertela. Ma ona przeciwdziałać nieprawidłowemu rozdziałowi masy krwi: opróżnić układ żyłowy a wypełniać tętnice. Nie ulega wątpliwości, że ruchy mięśniowe posiłkują znakomicie przetłaczanie krwi żyłnej, jak również ruchy oddechowe sprzyjają przepływowi krwi przez płuca. Istotny pożytek zwiększony tą drogą dopływu do serca, osiągnięty będzie jednak dopiero w takim razie, gdy serce będzie w stanie przepędzić napływającą krew dalej. Wprawdzie częstość uderzeń serca zwiększa się, ale wzrasta zarazem i ciśnienie krwi i zjawia się w sercu chorem niebezpieczeństwo ostrego rozszerzenia serca, ostrego wysilenia się (Ueberanstrengung), wskutek silnego skurczu mięśnia z jednej strony i niemożności wytłoczenia nagromadzonej w komórce krwi z drugiej strony.

To niebezpieczeństwo budzi główne obawy przy stosowaniu mechanicznej części metody Oertela. Jest ono wogóle najważniejszym we wszystkich chorobach serca i może być uważane za punkt wyjścia, do rozpatrywania wspólnego wszystkich przewlekłych chorób tego narządu, które inaczej, bądź to ze strony klinicznej, bądź z anatomicznej trudno połączyć w jedną grupę.

Istnieją choroby mięśnia sercowego (infarkt, z następczem tworzeniem się blizn, stłuszczenie) które nie zdradzają się żadnymi klinicznymi objawami, z drugiej strony możemy mieć cały obraz klinicznej choroby serca bez zmian w samym mię-

śniu. Wytłumaczenie tego paradoksalnego zjawiska leży w obecności lub nie rozszerzenia komórek serca. Powstawaniu zaś jego sprzyja wszystko to, co 1) zwiększa wewnątrzsercowe ciśnienie, 2) zmniejsza oporność ściany komórki. Do pierwszej kategorii należeć będą rozszerzenia serca z powodu anatomicznych przeszkód w krążeniu, bądź to w samym sercu, bądź w układzie obwodowym, dalej sprawy, które nazywają przerostami z pracy (*Arbeitshypertrophie*), np. u mieszkańców gór, u których autor przyjmuje rozszerzenie za zjawisko pierwotne a przerost za wtórne, wyrównawcze. Do drugiej kategorii należeć będą: a) tłuszczowe zwyrodnienie serca, b) *adipositas cordis*, c) przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego, d) zmiany mięśnia powstające po zapaleniu osierdza i zrostach tego z sercem, wreszcie także stany zmniejszenia oporności ściany serca, przy których dotąd nie wykryto widocznych zmian anatomicznych, np. po ostrych zakaźnych chorobach, pod wpływem bodźców nerwowych, strachu, przygnębienia, powstające, być może, wskutek wadliwego rozdziału krwi i złego odżywiania mięśnia.

Oporność mięśnia wobec rozmaitego rodzaju przeszkód nie bywa zawsze jednakową; istnieją różnice osobnicze; być może że pewną rolę grają tu i warunki dziedziczne.

Nieco odrębne stanowisko w szeregu omawianych chorób zajmuje przerost serca, u ludzi nadużywających w jedzeniu i picciu (wysokoku), przy jednoczesnym braku ruchu. Obok tego zwykle u takich ludzi spotykamy otyłość ogólną, otłuszczenie serca, nieraz i wczesne zwyrodnienie tętnic. Objaśniano taki przerost pełnokrwistością i wynikającą ztąd zwiększoną czynnością serca. Autor sądzi, wobec braków dowodu dla istnienia pełnokrwistości, że zapewne przyczyny należy szukać w niedostatecznym odżywianiu mięśnia sercowego i wadliwym rozkładzie krwi, warunkowanym przez nawykowe czynnościowe przekrwienie naczyń brzusznych.

Ostatecznie więc, głównem niebezpieczeństwem w chorobach serca stanowi możność ostrego rozszerzania serca a obawa tą nasuwa się przy mechanicznej części metody Oertela. Co prawda sam już autor mówi, że w miarę przyzwyczajenia do wchodzenia pod górę, ciśnienie tętnic stopniowo się zmniejsza i spada w końcu do normy, wskutek wyrównawczego rozszerzania tętnic. Za dowód ostatniego, Oertel wykazuje rozszerzanie się tętnicy skroniowej, dowiedzione pomiarami.

Według Lichtheima nie może to być dowodem rozszerzenia ogólnego tętnic, które by nie licowało z podniesieniem ciśnień. Jasnym jest rozszerzenie tętnic doprowadzających krew do czynnych mięśni i skóry. Podniesienie zaś ciśnienia krwi świadczy, że równocześnie mamy naczynioruchowe zwężenie pozostałych naczyń ciała, które należy uważać za wynik wzmoczonego wytwarzania kwasu węglowego przez pracę mięśniową. Ilość kwasu węglowego, według nowszych poszukiwań Krenechera Chendlera, nie jest prostą funkcją skutecznjej pracy, a jest wielkością zmienną przy niezmienniej pracy i zależy od stopnia zużytego wysiłku innerwacyi.



Wysiłek ten zaś także nie jest stałym, a przy wprawie może się zmniejszać, pomimo że ilość wykonanej pracy pozostaje tą samą; odpowiednio do tego zmniejsza się i ilość wytwarzanego kw. węglowego. To może służyć za objaśnienie, dla czego przy przyzwyczajeniu się do wchodzenia na góry, stopniowo zmniejsza się ciśnienie krwi, podczas gdy przez bezpośrednie masowanie żył, przy chodzeniu następuje opróżnianie się układu żylnego.

Ten punkt widzenia wskazuje nam miarę do osądzenia niebezpieczeństwa, z jakim połączona jest omawiana metoda. Jest nią duszność, która powinna w danym przypadku być przeciwwskazaniem dla jej zastosowania, resp. ostrzedz, że należy dalsze stosowanie metody tej przerwać.

Po tej teoretycznej krytyce autor przechodzi do strony praktycznej Oertelowskiej metody, zaznaczając, że strona ta może być oceniana tylko w praktyce. Wyliczenie pojedynczych przypadków nie prowadzi do celu, ze względu na trudność oceny wszystkich warunków danego przypadku. Autor stosował ją w szpitalu i przyszedł do przekonania, że daje ona wyniki rzadko tak wydatne jak w praktyce prywatnej. Niepowodzenia te zależą nietylko od niemożności ścisłego przeprowadzenia metody, jak od braku odpowiednich przypadków, najwdzięczniejszymi zaś są mianowicie cierpienia serca u osób dużo jedzących i pijących przy małym ruchu. W innych przypadkach wyniki nie są dobre. Z niektórych czynników metody wszelako można ciągnąć korzyści: tak powstrzymywanie dowozu płynów jest nieraz nieocenionym środkiem dla zmniejszenia obrzęków, i L. nieraz widział wtędy zwiększanie się ilości moczu; jednak nie stale. Autor objaśnia sobie to zjawisko tak, że wessane z przesięku do krwi sole działają moczopędnie; być też może, że obrzękowy stan nerek jest przeszkodą w wydzielaniu się moczu, po usunięciu którego czynność narządu może iść sprawniej. W podobny sposób może wzmacnia się i działalność serca.

Z drugiej strony za to autor, spostrzegając nieraz że ucho- rych ze znacznymi zaburzeniami w krążeniu będących na dyje- cie Oertela łatwo zjawia się zapaść.

W ciężkich przypadkach zaburzeń w wyrównaniu metodę Oertela zawsze powinno poprzedzać leczenie zwykłe; dopiero po usunięciu obrzęków można ją będzie zastosować.

Wogóle zasługa Oertela polega właściwie na tem, że obecnie chorym z wyrównanemi wadami w krążeniu nie zalecamy już bezwzględnie spokoju, ale pozwalamy na ruch, umiarkowany i systematyczny.

Nie zastąpi jednak metoda Oerleta dotychczasowego leczenia chorób serca (*digitalis*, *strophanthus*, *coffeina* i t. d.), które pozostanie zawsze na dawnym miejscu. W okresie należytego wyrównania, środki lekarskie są zbyt czyste, i tu tylko można stosować metody dietetyczno-mechaniczne Oertela, zawsze jednak z umiarkowaniem i ostrożnością.

O. Hewelke.

169. Prof. v. BAMBERGER. O zastosowaniu metody Oertela przy wadach zastawek serca. *Ueber die Anwend-*

*barkeit der Oertelschen Heilmethode bei Klappenfehlern des Herzens*  
(Wien. Kl. Wochenschrift N. 1).

Autor występuje przeciw zasadniczemu pojęciu Oertela, a zarazem głównemu wskazaniu do zastosowania części dyjetetycznej jego metody—hydremicznej pletorze u chorych sercowych.

Wady zastawek serca powodują nieprawidłowy podział krwi, ale nie wpływają na jej skład. Chyba pośrednio przez niewłaściwe odżywianie narządów krwiotwórczych. Ponieważ sprawy ostatnie są jeszcze zupełnie niezbadane, przeto rozjaśnić omawiane pytanie można chyba na drodze bezpośredniego badania krwi. (Oertel sam podobnych badań nie przeprowadzał, a o wodnistości krwi, sądzi tylko na podstawie zmniejszania się ilości moczu i skłonności do przesięków, co nie jest wystarczającym). W tym celu autor polecił swemu asystentowi dr. Kovács zbadać krew u chorych z wadami serca, odnośnie jej gęstości, zawartości hemoglobiny, ilości ciałek czerwonych. Zbadano 31 osób, a z dołączonej tablicy okazuje się, że 1) w okresie wyrównania i w początkach zaburzeń w wyrównaniu krew przedstawia skład zupełnie prawidłowy, albo też nieco zmieniony, ale zależnie od warunków życiowych, konstytucyjnych.

2) W okresie zaburzenia w wyrównaniu znajdujemy zagęszczenie krwi i to tem większe im znaczniejszym jest zastój żylny i im większe są przesięki.

W obec tego Bamberger uważa powstrzymywanie dowozu płynów u chorych sercowych za zbytęczne, chyba li tylko należy się uciekać doń u osób nadużywających pod tym względem, przyzwyczajonych pić dużo.

Co się tyczy części mechanicznej metody Oertela, to w stanach osłabienia serca, otłuszczenia i początkowego zwyrodnienia tłuszczowego mięśnia, a także przy rozszerzeniach u osób obficie jedzących i pijących a mało używających ruchu, i po ciężkich chorobach, ma ona słuszne wskazanie i była zdawna stosowana, chociaż nie systematycznie i nie przy takich ciężkich objawach, jak to zaczął robić Oertel. To jednak co dobrem jest odnośnie serca słabego i niewprawionego nie może się stosować do serca chorego. Tu zawsze pozostanie w swem prawie dawna i instyktownie nawet reguła odczuwana, szczęścia organu. Przy wadach zastawek zaś serce jest chorem, ewent. skłonem do nowego zachorowania. Przytem różne sprawy zapalne, której bądź z warstw serca, przebiegają tak skrycie i wśród tak ciemnych objawów, że wykluczyć ich obecności napewno nie można.

Podług Oertela gimnastyka sercowa ma być stosowaną, jeżeli wyrównanie bądź nie nastąpiło w dostatecznym stopniu, bądź też zostało naruszonem. Tymczasem rozmiarem swoim odpowiada ono zawsze stopniowi potrzeby, jeżeli tylko miejscowe lub ogólne sprawy nie staną temu na przeszkodzie (zrosty z osierdziem, sclerosis art. coronariae, zgrzybiałość i t. p.). Jeżeli zaś istniejące już wyrównanie rozstraja się, to powodem tego są zmiany w mięśniu albo w unerwieniu jego, wskutek



wyczerpania nadmierną pracą. Jakże wobec tego jeszcze większe zapotrzebowanie tej pracy, a takim będzie wchodzenie pod górę—gimnastyka sercowa, ma być czynnikiem leczącym.

Leży w tem duży przedział między teorią i praktyką, która może nadmierne wymaganie pierwszej sprowadzić do umiarkowanych rozmiarów zwykłego spaceru, ruchu poziomego. Taki zaś daje wprawdzie pewne korzyści, ale nie może być nazywany gimnastyką serca. Nie jest to zresztą rzeczą nową, bo oddawna wiemy, że ruch jest znakomitą podporą krążenia, i jako taka, był zalecany przy wadach serca z nieznacznymi zaburzeniami w wyrównaniu, zawsze z wielką ostrożnością (jak to mówi i sam Oertel) i pamiętając, że oczekiwane korzyści nie stoją w żadnym stosunku do możliwego niebezpieczeństwa.

O. Hewelke.

170. Dr. R. HAUSMANN i Dr. MAZEGGER. **O metodzie Oertela, jej granicach i właściwym zastosowaniu.** *Ueber das Oertelsche Heilverfahren, dessen Begrenzung und richtige Anwendung. Deut. Med. Wochen. 14.*

Metoda Oertela leczenia chorób serca, polegająca w głównych zarysach na ograniczeniu dowozu płynów i metodycznym ruchu—dążącym do wzmocnienia mięśnia sercowego, zwłaszcza tak jak ją przedstawiało pierwsze wydanie dzieła tego, wywołała najsprzeczniejsze zdania. Z biegiem czasu sam autor jak również i inni lekarze ograniczyli jej bezwzględność, jak tego chciał początkowo Oertel, postawili ściślejsze wskazania i przeciwwskazania, i, przyznawszy jej należne znaczenie postępu w lecznictwie chorób serca, określili jej stosunek do dotychczasowej terapii tych cierpień. Na tem stanowisku stoją też i wspomnieni w nagłówku autorowie.

Przedewszystkiem więc metoda ta nie może być stosowaną w ostrych, zapalnych sprawach wymagających środków o działaniu szybkim i energicznym. Podobnież i w tych przypadkach, które Leyden nazywa wysileniem się serca (Ueberanstrengung), sam Oertel poleca, przynajmniej dopóki serce nie przezwycięży bezpośrednich następstw insultu, spokój i naporstnicę.

Lecz nietylko cała metoda, ale i jej poszczególne części mogą znajdować niekiedy przeciwwskazania; mianowicie raz nie może być zastosowana część dyjetetyczna, innym razem część mechaniczno-gimnastyczna.

W ostatnim czasie Oertel oprócz wymienionych postaci chorobowych widzi przeciwwskazanie dla swej metody w przypadkach niedostateczności mięśnia sercowego przy niedostatecznym wyrównaniu; przy sklerozie tętnic wieńcowych, przy chorobie Brighta; Hausmann i M. dodają tu jeszcze neurasteników.

Pierwszorzędnej wagi pytaniem jest w omawianej metodzie, kiedy trzeba i można ograniczać dowóz płynów. Według Oertela w przypadkach nadających się do leczenia jego metodą ma miejsce zwiększony dopływ do serca przy zmniejszonym odpływie. Takie zniesienie równowagi hydrostatycznej rozwija się stopniowo i może dojść do wysokiego stopnia. Zwiększenie ciśnienia i zastój w układzie żylnym powstający na drodze czy-

sto mechanicznej, powinien być też tą samą drogą usuwanym a mianowicie przez zmniejszanie ilości płynu, który musi być przerzuconym przez serce z układu żylnego do tętniczego, osiągnąć się to daje poczęści przez ograniczenie dowozu płynów. Wykonanie tego nie może być jednak objętem jakimś szablonem, a powinno być miarkowane stosownie do rozmiarów chorego, do rodzaju i stopnia cierpienia, należy tu uwzględnić przyzwyczajenia chorego, a nawet i porę roku, resp. dzienną ciepłotę.

Zmniejszanie ilości płynów powinno się skutecznieć powoli i należy ją normować według ilości dobowej moczu, tak aby dała się w końcu osiągnąć przewyżka w ilościach wydalanych nad wprowadzonymi.

Znaczenie i dobre skutki ścisłej mlecznej dyjety (ilość mleka na dobę nie powinna przechodzić 24 godzinnej ilości moczu, Schmantert, Karell) mogą być objaśnione po prostu ograniczeniem dowozu płynów.

Przy określeniu w dyjecie wzajemnego stosunku węglowodoru, tłuszczu i białka należy brać ściśle pod uwagę stan odżywienia chorego i pamiętać o zależności składników białkowych ciała od tłuszczowych. Przez zbyt szybkie i mocne odfluszczenie sprowadza się często stan nerwowego rozstroju.

Co się tyczy części mechaniczno-gimnastycznej i wchodzenia pod górę, to oprócz wspomnianego wysilenia mięśnia sercowego nie powinno się jej zalecać przy niedostatecznym wyrównanych wadach zastawek serca, niedostatecznym przerośnięciu po niedawnym zapaleniu wsierdzia, cierpieniach mięśnia sercowego, po chorobach zakaźnych (tyfus), przy posuniętej sklerozie tętnic wieńcowych serca, wreszcie przy rozległym ogólnym zwyrodnieniu tętnic i przy chorobie Brighta. Hausmann i M. zaliczają tu jeszcze przypadki nie wchodzące do powyższych kategorii, w których na razie nie można zacząć leczenia mechanicznego. W jednych trzeba je poprzedzić redukcją płynów: przy obrzękach, zastojach, w innych zdarza się takie osłabienie ogólne, przyzwyczajenie do bezwzględnej spoczynku, że wszelkie ruchy mogą być rozpoczęte tylko z największą ostrożnością. Wpływ tej części metody Oertela uwydatnia się: zrazu zwiększeniem ciśnienia krwi, rozszerzeniem naczyń, zmniejszeniem napięcia ścian tętnic i zwiększeniem się objętości krwi w układzie tętniczym; to wszystko sprowadza wyrównanie ciśnienia, które wreszcie przez zmniejszony dowóz płynów i zwiększone parowanie przez skórę i płuca zostaje zniżonem.

Przy dłuższem stosowaniu metody, napięcie naczyń zniża się stale, tętnice napelniają się lepiej, a żyły pozbywają się nadmiaru krwi.

Wchodzenie pod górę powinno być zaniechanem, jeżeli tętno staje się małym, pustem, nieprawidłowem, duszność się zwiększa i zjawia się sinica. Wchodzenia na góry nigdy nie może zastąpić wchodzenie na schody, gdzie pochyłość wynosi do 45°, podczas gdy nie powinna przekraczać 5—20°.

Autorzy kończą uwagę, że kuracja Oertelowska powinna



być przeprowadzana w specjalnych miejscowościach, gdzie istnieją odpowiednio urządzone drogi i t. p., a dla niektórych przypadków przydałyby się ściśle zakłady, podobnie jak dla chorych na płuca i t. p. O. H.

171. Dr. Med. F. GROB. **Ueber Bradycardie.** (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med. B. 42, H. 6, 1888*).

W Zurichskiej Klinice medycznej zwrócono ostatniemi czasami uwagę na przypadki powolnego tętna (Bradycardia) z osobliwymi objawami.

Owa Bradycardia ma, po większej części charakter symptomatyczny (93 na 100 spostrzeżonych przypadków), niekiedy bywa fizjologicznego pochodzenia (6 na 100), a najrzadziej występuje samoistnie (1 na 100).

Fizjologiczna Bradycardia, zdaniem autora, zależy od indywidualności i daje się czasami zauważyć: 1) u zupełnie zdrowych osób pojedynczych, jakoteż całych rodzin, 2) u położnic (puls waha się pomiędzy 44 a 60), co, podług Blot'a i Olshausen'a, pochodzi wskutek nienormalnej zawartości tłuszczu we krwi zależnie od stłuszczenia mięśnia macicy, i nakoniec 3) u poszczących. [Puls zwalnia się zrana (p.=69) ku południu (p.=50), poczem trochę się podnosi (p.=53), ażeby ku wieczorowi znowu opaść].

Idiopatyczna Br. jestto wyrażenie czystej neurozy (Rosenstein). Puls czasami dochodzi do 20, lecz szybki ruch pacjenta wywołuje przyspieszenie bicia serca do 120 — 140. Podobne zjawisko daje się zauważyć po zbyt wielkiem użyciu tytoniu (Wallin), mocnej kawy, przy znacznych wycieńczeniach, pod wpływem silnego bólu, albo nerwowego wstrząśnienia. Pochodzi to, zdaniem autora, od anemii mózgu.

Symptomatyczna Br. daje się zauważyć najczęściej przy gościu stawowym, w chorobach aparatu krwionośnego, kanału pokarmowego i systematu nerwowego, przy chorobach chronicznych infekcyjnych i ustrojowych i, nareszcie, podczas rekonwalescencji po przebytych ostrych gorączkowych chorobach.

Brad. przy gościu stawowym jest po większej części, skutkiem czynnika reumatycznego, niszczącego błony surowicze serca (osierdzie lub wsierdzie), lub sam mięsień, albo nareszcie nerwowe elementa serca, (gdzie nie można konstatować zapalenia osierdzia lub wsierdzia).

Br. przy chor. narządu krwionośnego jest zjawiskiem b. rzadkiem i zdarza się szczególnie przy tłuszczowem zwyrodnieniu serca, które przestaje reagować na pobudzenie nerwowe (Peter). Przy znacznem stłuszczeniu serca puls niekiedy opada do 20 — 10, a nawet do 8 uderzeń na minutę (Friedreich). Podobne zwolnienie pulsu u osób 50—60 lat mających ze znacznem otłuszczeniem ogólnem (Lipomatosis) spostrzeżone zostało przez Kisch'a, który twierdzi, iż pochodzi ono wskutek zapalenia miażdżycowego tętnic wieńcowych (arterio sclerosis aa. coron. cordis).

Br. przy chorobach ośrodków nerwowych

zależna jest od podrażnienia n. vagi i zjawia się przy procesach zapalnych błon mózgowych. (Na 18 przypadków Mening. tuberc. było 2 przypadki z Br.), przy krwiotocznym zapaleniu opony twardej (Pachym. haemorrhag.). (Spostrzeżono raz jeden Br. przy zgorzeli ograniczonej (necrosis circumser.) tylnego płatu mózgu wskutek zatoru (embolia); następnie przy ciężkich formach mocznicy (uraemia). Brad. wskutek nienormalnego składu krwi; w początku udaru (apoplexia cerebri); nareszcie przy guzach (tumores) mózgowych, szczególnie przy uciskach wywieranych na rdzeń przedłużony. Uraz lub nadwreżenie rdzenia w górnej części kręgosłupa wskutek złamania kręgów szyjowych bywa także nieraz powodem Bradycardii.

Co się tyczy Br. przy chor. nerw. obwodowych, to spostrzeżono ją u cierpiących na nerwoból kulszowy (Ischias) (3 przypadki); jest ona w tym razie prawdopodobnie odruchowego pochodzenia; dalej przy procesach chorobowych nerwów serca; nareszcie przy chorobie Basedowa, która to choroba znajduje się w związku z układem sympatycznym.

Br. przy chor. kanału pokarmowego pochodzi w drodze odruchowej przy t. z. indigestiach, przy excessus in Baccho, przy raku lub wrzodzie żołądka; przy długotrwałej obstrukcyi, będącej w związku z kołataniami serca (palpit. cordis); przy żółtaczce (prawdopodobnie wskutek działania żółci na nerwy serca)

Br. przy chron. chor. infekcyjnych i ustrojowych pozostaje w ścisłym związku z daną chorobą i znika jednocześnie ze zniknięciem ostatniej. Br. przy anaemii zależy od niedostatecznego odżywiania mózgu.

Br. podczas rekonwalescencji po przebytych ostrych gorączkowych chorobach zdarza się najczęściej po tyfusie brzuszny, ciężkim i niepowikłanym; następnie po tyfusie płamistym, zapaleniu płuc włóknikowem (pneum. fibrinosa), róży, błonicy i odrze. W b. rzadkich przypadkach zdarza się, iż podczas gorączkowej choroby puls zwalnia się znacznie (do 50), ażeby z początkiem rekonwalescencji znowu się przyspieszyć. Co do przyczyny zwolnienia pulsu podczas rekonwalescencji — zdania nie są zgodne: podług Rosenthal'a — anaemia; podług innych — uszkodzenie nerwów serca przez obiegające we krwi zarazki infekcyjne, albo też wskutek osłabienia mięśnia sercowego po jego nadwreżeniu podczas długotrwałej gorączki.

Reasumując wyżej przytoczone szczegóły, autor przychodzi do wniosku, iż:

- a) Bradycardia występuje niekiedy, jako samoistna nerwica serca i bywa krótko lub długotrwałą;
- b) Br. występuje często z symptomatami osłabienia, nudności, form padaczkowych i apoplektycznych, zawrotu głowy etc.
- c) Br. towarzyszy często gościowi stawowemu;
- d) mężczyźni skłonniejsi są do Bradycardii, a zwłaszcza
- e) we wieku od 20—40 lat.

*O. Manson.*



172. Prof. Dr. E. SCHWIMMER. **O leczniczej wartości róży przy różnych chorobach.** *Ueber den Heilwerth des Erysipels bei verschiedenen Krankheitsformen.* (Wien. Med. Presse N. N. 14, 15 i 16).

Zadziwiający wpływ leczniczy róży w przebiegu ciężkich a złośliwych cierpień, powikłanych tą chorobą, niejednokrotnie zwracał na siebie uwagę lekarzy. Zdania jednak nie są zgodne: wielu lekarzy z niedowierzaniem wyraża się o tym wpływie; inni zaś (Lussana, Champouillon, Biedert) opisują nieomal cuda. W każdym razie natężenie róży zdaje się mieć istotne znaczenie: w opisanych przez powyższych autorów przypadkach ze skutkiem pomyślnym, towarzyszyły róży ciężkie ogólne jako też miejscowe objawy; gdy tymczasem w przypadkach z ujemnym rezultatem wikłająca je róża przebiegała z objawami umiarkowanymi.

Róża występuje częściej jako samoistne cierpienie, aniżeli jako komplikacja, co jest tem dziwniejsze, że istniejące już choroby skóry (do których przyłącza się róża) stanowią wszakże drogę (Eingangspforte), którą może przenikać zarazek infekcyjny.

Samoistnie pojawiająca się róża, zdaniem autora, w osobliwych tylko przypadkach sprowadza niepomyślne zajście, gdy tymczasem różę pojawiającą się, jako powikłanie, można uważać za czynnik, jużto leczniczy, jużto zgubny nietylko w chorobach miejscowych, lecz nawet i ogólnych, z pośród których pierwsze miejsce zajmuje przymiot. Francuscy lekarze po większej części oświadczyli się za wartością leczniczą róży w przymiocie (Sabatier, Ricord, Mauriac i wielu innych); zaś Schuster z Akwizgranu, rozbiegając tę kwestyję podczas zebrania lekarzy i przyrodników w r. 1886, przyszedł do wniosku, że dla przymiotu róża wcale nie jest tak pomyślnem powikłaniem, jak mniemano, gdy tymczasem leczniczy jej wpływ na wilka i inne choroby jest oczywisty.

E. Schwimmer zgromadził własne w tym przedmiocie spostrzeżenia i skonstatował, że towarzysząca róży gorączka ma wielki, lecz nie bezwarunkowy, wpływ na proces syfilityczny: niektóre postacie (Knotenbildungen u. Geschwürsprocesses) ulegały inwolucyi i całkowitemu wessaniu, resp. zablźnieniu; gdy tymczasem inne (Syphilit. Exanthem.), zagoiwszy się w bardzo krótkim czasie i znikłszy zupełnie na czas pewien, pokazywały się później znowu.

Podobne spostrzeżenia robili Deahne i Pick.

Prócz przymiotu leczniczemu wpływowi róży podlegają także inne ogólne choroby. Zauważyli to już dawniejsi lekarze. Klein pisał w roku 1753 co następuje: „Erysipelas solvit Asthamam, Epilepsiam, Colicam maxime convulsivam.“ Z późniejszych Sabatier, Cazenave, Bielt i Bayer, a ostatniemi czasy wielu dermatologów jest tego mniemania, iż choroby skórne (Eczema, Psoriasis, Lupus etc.), znikają dzięki powikłaniu różą. Zaś Schwimmer, na mocy własnych obserwacyj długoletnich, zaprzecza tym ostatnim; jego zdaniem róża służy tylko jako

revulsivum, jak to miało miejsce w przypadku długotrwałego obustronnego zapalenia jąder i przyjądrza.

Zadziwiający wpływ leczniczy okazuje róża, gdy się łączy do bezkształtnych nowotworów, za dowód czego może służyć przypadek wyleczenia znacznie rozprzestrzenionego bliźnowca dzięki wyłączeniu się róży. Żadne chirurgiczne pośrednictwo, z najpomyślniejszym nawet skutkiem, nie sprowadziło by polepszenia z tak nieznacznem oszpeceniem, jak w danym przypadku. Niemniej szczególnie rezultat przedstawia przypadek w wysokim stopniu rozwiniętego gruczolaka limfatycznego w okolicy szyi i rezorbeyja tegoż spowodawana przez różę.

Resumując podane szczegóły, autor przychodzi do wniosku, że:

a) W przypadkach, gdzie zapalenie skóry jest bardzo znacznem, a towarzysząca gorączka bardzo wysoką, następuje zmiana w chorobach miejscowych,

b) Z chorób ogólnych — przymiot daje się niekiedy chwilowo tylko usunąć,

c) Oprócz raka i mięsaka, łagodne nowotwory podpadają także pod wpływ róży z pomyślnym rezultatem.

Co do momentów bezwarunkowo skutkujących, nie pewnego twierdzić nie można; nie wiadomo bowiem, czy polegają one na działalności kokków róży, czy na reakcyi, wywołanej przez gorączkę, czy nareszcie na łącznem działaniu obydwóch czynników.

Że rozpatrywać tu należy nie samą tylko budowę patologicznej tkanki, uczy doświadczenie: twarda tkanka bliźnowców ginie; a daleko miększe i więcej soczyste pierwiastki wilka zostają bez zmiany. Gdy tymczasem z drugiej strony ulegają róży pierwiastki raka i mięsaka, które, podług histologicznej swej budowy, tak samo są miękkimi. O. Manson.

## II. Farmakologija.

173. Prof. R. LÉPINE. **O działaniu „wstecznem“ leków przeciwgorączkowych.** (De l'action „contraire“ ou paradoxale des médicaments antipyrétiques. Semeine Médicale Nr. 16. 1888).

Chociaż nadzwyczaj rzadko, zdarza się jednak, że po użyciu leków przeciwgorączkowych np. chininy, salicylanu sodu, antipyryny etc., następują dreszcze z następczem podniesieniem ciepłoty; objawowi temu nadane miano „działania wstecznego leków.“

Prof. Leichtenstern widział dwa razy po użyciu dwóch gramów chininy znaczne podwyższenie ciepłoty. Pierwszy przypadek zauważył u chłopca chorego na dur, drugi podczas przebiegu ostrej gruźlicy. U tego ostatniego chorego, każde zadanie chininy podczas różnych godzin dnia sprowadzało zawsze silne dreszcze i podwyższenie ciepłoty. Po zaniechaniu



użycia chininy ciepłota była ciągle podniesiona umiarkowanie. (Deutsche Medic. Wochensch. 87 p. 849).

Później Dr. Merkel podał następną obserwację. Osoba 30-letnia z powodu obrzęku śledziony wzięła 20 centygramów chlorku chininy. Po upływie godziny oprócz ogólnego osłabienia nastąpiły dreszcze z podniesieniem ciepłoty do 40,3. Następnie ciepłota spadła do 38,4 przy czem skóra była zupełnie sucha. Osoba ta następnego dnia czuła się zdrową i wzięła znowu 30 centygr. chininy—po upływie dwóch godzin objawy pojawiły się też same—ciepłota dosięgła do 39,9. Po dwóch dniach paury osoba ta znowu zażyła proszek chininy i ciepłota po niespełna dwóch godzinach dosięgnęła 40,2 w kiszce odchodowej (Deutsche Archiv. B. 38 P. 356). M. Herrlich widział u osoby podległej zakażeniu malarycznemu po użyciu 1 grammu chininy podobne objawy. Chory ten przyszedł do siebie, lecz nawet po użyciu małych dawek chininy (10 centyg) miewał zawsze nieznaczne podniesienie ciepłoty i dreszcze. Znany podróżnik Niemiecki Nachtigal po użyciu chininy zawsze podlegał paroksyzmowi podniesienia ciepłoty i dreszczy tak że się uciekał do tego środka tylko w ostateczności.

Autor (Lépine) widział bardzo niedawno następną przypadłość:

Młody człowiek nabawił się podczas bytności w Algierze zakażenia malarycznego, które po powrocie do Francji przejawiało się w napadach febrycznych o nieregularnym przebiegu. Oprócz tego chory po wstąpieniu na oddział prof. Lépin'a zachorował na broncho-pneumonia disseminata. Ciepłota dochodziła do 38,8. Choremu była przepisywana china w dawkach do 1 gramma, lecz nigdy po jej użyciu ciepłota nie opadała, a przeciwnie podnosiła się o kilka dziesiątych stopnia, a nawet raz doszła 40°. Przeciwnie, antypiryna u tego chorego sprowadzała ciepłotę do normalnego poziomu.

Chory ten umarł; przy seceji oprócz rozsianych ognisk bronchopneumonii znaleziono zmiany w śledzionie, waga której doszła do 1320 grammów. Kultury z cząsteczek tkanki śledziony przeprowadzone przez dr. Roux dały kolonije streptococci.

Przechodząc do antypiryny:

Laache (Centralblatt für. Kl. Med. 1886 p. 545) przytacza obserwację, tyzącą się 25-letniego suchotnika leczonego antypiryną w dozach od 2—5 grammów p. d. Leczenie to trwało dni dziesięć i wskutek wysypki musiało być zaniechanem. Po upływie dni dwunastu powrócono do antypiryny. Lecz w krótko po jej użyciu chory zaczął się uskarżać na palenie w gardle i podlegał silnym dwugodzinnym dreszczom; ciepłota podniosła się do 40,8 puls do 160 uderzeń na minutę, przy 20 ruchach oddechowych. Ciepłota z początku opadała powoli, następnie nagle; nazajutrz po użyciu antypiryny ciepłota spadła do 36,4 C.

Przypadek d-ra Bernouilli ogłoszony w Correspondenz Blatt für Schw. Aerzte 1887 Nr. 12 przedstawia wiele podobieństwa: Osoba 52-letnia przy nieznacznym obrzęku stawów prawej ręki skarżyła się na mocne bóle w tych stawach; stan

bezgorączkowy, zalecany salicylan sodu sprawiał polepszenie, lecz był źle znoszony przez chorą. W skutek tego dr. B. przeszedł do użycia antypiryny w dawkach dziennych od 2—4; po upływie dziewięciu dni nagle nastąpiło podniesienie ciepłoty do 39° przy 120 puls—kompliakacyi nie dało się wysledzić żadnych oprócz nieznacznych zaburzeń żołądka — antypiryna została odstawioną. Po upływie dni kilku z powodu bólów bez gorączki powrócono do antypiryny. Lecz natychmiast po jej użyciu nastąpiły bóle w okolicy brzucha, uczucie strachu, pot chłodny bez podniesienia ciepłoty. Następnie zalecono użycie salicylanu sodu, który chora przyjmowała w różnych odstępach czasu prawie przez miesiąc ze skutkiem zmiennym. W obec tego jeszcze raz dr. B. zalecił użycie antypiryny przy normalnej temperaturze ciała w dawce 1 gramma. Lecz zaraz po użyciu zaraz w 4 minuty wystąpiły znowu bóle w okolicach brzucha, uczucie strachu i ruchy niedowolne, bóle w dolnych kończynach, które jednakże po upływie 10 minut zniknęły. Bóle gośćcowe zupełnie ustały a ciepłota zaczęła się podnosić, tak, że w godzinę dosięgła 38,8, w dwie 40,8, w cztery zaczęła opadać 40,2, a 7 w godzin po użyciu ciepłomierz pokazywał jeszcze 39,9. W dziesięć godzin po użyciu antypiryny pokazała się wysypka bardzo podobna do szkarlatyny. Nazajutrz ciepłota 38,2, a po dwóch dniach wysypka zginęła, a ciepłota przyszła do normalnych granic.

U chorej tej dr. B. używał jeszcze w dalszym przebiegu choroby acétanilid'u (thaliny) z pomyslnym skutkiem.

W wyżej wskazanych dwóch przypadkach działanie antypiryny było bardzo zmienne, raz użycie jej sprowadzało działanie pomyslnie, drugi raz występowało wsteczne.

Przechodząc nakoniec do salicylanu sodu Lépine zaznacza, że pierwsza publikacyja działania wstecznego tego leku była ogłoszona przez d-ra Lürmana z kliniki terapeutycznej w Kiel. Przypadek ten dotyczył 20-letniej dziewczyny, cierpiącej na zniepodobniające zapalenie stawów. Chora ta o godzinie 8-iej rano przyjęła 4 grammy salicylanu sodu, w dwie godziny później t. j. o 10-iej nastąpiły silne dreszcze z podniesieniem ciepłoty do 40,4 C., przyczem jak puls tak i liczbą oddechów była znacznie podniesioną, i wystąpił oprócz bólu głowy, szum w uszach, lekki obrzęk na ramionach i nogach. Dni następnych ciepłota utrzymywała się w granicach między 40 i 41 C. pomimo pięciu chłodnych kąpielii i opadła dopiero po użyciu 2 gramm chininy. Gdy po upływie dni dziewięciu podano po raz drugi chorej toż samo lekarstwo, nastąpiły też same objawy; tym razem ciepłota utrzymywała się znacznie krócej i ustąpiła bez stosowania innych środków. Nakoniec ażeby jeszcze raz wypróbować to niezwykle działanie salicylanu sodu chorej po dwu dniach przerwy podano go znowu w takiej dozie, wystąpiły też same objawy, przy czem obrzęk był w silniejszym stopniu na kończynach, pojawiło się białko w moczu; potów nie było.

Aby skontrolować lek użyty podawano go jednocześnie



innym chorym, rezultat jednakże był ujemny. (Berlin. Klin. Woch. 1876. p. 477).

W kilka lat później dr. Boruch obserwował podobne objawy przy użyciu salicylanu sodu. Osobie cierpiącej od półtora roku na przewlekły gościec stawowy bez gorączki zalecił użycie salicylanu sodu w dawkach 1 gram. co dwie godziny. Lecz już po użyciu drugiego proszku zjawilo się dzwonienie w uszach, zaburzenia ze strony oczów, dreszcze, a w pół godziny po tych pierwszych objawach nastąpił bardzo silny dreszcz, podczas którego wystąpiła sinica na twarzy i kończynach i konwulsyjne drgania całego ciała. Oddech stał się ciężkim, w dwójnasób przyspieszonym, bicie serca, puls przyspieszony; ciepłota nagle ze stanu normalnego podniosła się do 40,5 C. pod pachą. Chora pozostawała w łóżku, w przeciągu półtorej godziny podlegała uczuciu zimna, za którym nastąpił okres gorąca, podczas którego ciepłota spadła do 40 C. Następnie wystąpiły poty obfite ciągnące się około ośmiu godzin i ciepłota powróciła do stanu normalnego. Podczas tych objawów sądzono, że u chorej nastąpił atak zimniczny.

W pięć tygodni z powodu nowych bólów gościecowych znowu podano chorej 2 grammy salicylanu sodu, nastąpiły objawy takież same jak za pierwszym razem. Dr. Boruch dodaje, że u jednego aptekarza obserwował coś podobnego po użyciu salicylanu sodu, lecz w słabszym stopniu. (Berlin. Klin. Woch. r. 83. p. 350).

W przypadku prof. Erba objawy były bardzo podobne do wyżej wymienionych. Młody 21-letni człowiek cierpiący na gościec stawowy zażył w ciągu ośmiu dni 36 gramm salicylanu sodu w dawkach pół gramowych bez żadnych niezwykłych objawów. Po dwudniowej pauzie podano nanowo toż samo lekarstwo; lecz zaraz pierwszego dnia po użyciu 6,5 grammów salic. sodu wieczorem wystąpiły silne dreszcze, znaczne palenia w skórze, ból głowy, ogólna niemoc i silne znaczenie. Ciepłota o północy dosięgła 39,4, o 4-ej rano 40,7, o 8-ej rano 39,7. W tym że czasie pokazała się wysypka zlewająca się na twarzy, szyi i tułowiu i przedstawiająca się pod postacią oddzielnych blaszek na kończynach, zabarwienie jej było jasno czerwone. Błony śluzowe też były silnie zaczerwienione. Ciepłota cały dzień następny była podniesioną 39,8—39, wieczorem wysypka zaczęła blednąć zaczawszy od twarzy i po dwóch dniach chory przyszedł zupełnie do siebie. W kilka tygodni z powodu powrotu bólów chory miał znowu polecone użycie salicylanu sodu. Lecz już po użyciu 1,5 gm. nastąpiła wysypka na twarzy, a następnie przyszły dreszcze, uczucie gorąca i wymioty. Ciepłota tym razem dosięgła do 40,3°. Choremu temu jeszcze raz po upływie 18 dni podano 1 gram tegoż lekarstwa, objawy nastąpiły też same lecz znacznie słabsze. (Berlin. Klin. Woch. 84, p. 445).

Nakoniec ostatnia obserwacja była podana przez M. A. Fraenkla. Młody człowiek cierpiący na gościec stawowy zażył z pomyslnym skutkiem i bez żadnych zaburzeń 36 gram-

mów salic. sodu w ciągu dni ośmiu; przy powrocie choroby było zalecone użycie pół gramowych dawek w odstępach dwugodzinnych, lecz już po wyżyciu 6,5 grammów nastąpił dreszcz gwałtowny, z wysypką zlewającą się na twarzy i tułowiu i w oddzielnych wykwitach na kończynach o barwie jasno czerwonej. Wysypce towarzyszyło podniesienie ciepłoty do 40,2. Po dwóch dniach wszystkie objawy ustąpiły. Chory ten jeszcze raz w ciągu słabości przyjął 2,5 grammów salicylanu sodu z takim samym skutkiem.

Co się tyczy wyjaśnienia tych faktów, to takowe różnią się bardzo u różnych autorów. I tak:

Herrlich u chorego na zimnicę sądził, że chinina może wydalać ze śledziony zarazki choroby, które wstępując do krwi obiegu, wywołują wyżej wspomniane objawy.

Fraenkel sądzi, że w jego przypadku podniesienie ciepłoty po użyciu salicylanu sodu było w bezpośrednim związku z pojawieniem wysypki.

Erb, który obserwował analogiczny przypadek, przypuszcza zmianę w wazomotorach w skutek działania zbiorczego (kumulatywnego) salic. sodu; przy czem wskazuje na niezwykłą pobudliwość nerwową swego chorego.

Aronsohn wskazuje na zmiany w krążeniu, a jako dowód przytacza częste występowanie wysypki; podobne zmiany znajdował w jamie bębenkowej ucha po użyciu znacznych dawek chininy lub salicylanu sodu. Przyczyny zaś zmiany w krążeniu, odnosi do porażenia ośrodka zarządzającego ciepłotą ciała, t. j. do corpus striatum.

Lépine nie bardzo zgadza się z tem tłumaczeniem Aronsohna, a jako dowód przytacza, że u zwierząt po użyciu antypiryny nie podobnego osiągnąć nie można, a nawet działanie wprost przeciwne. Przy czem to działanie wsteczne nieraz pojawia się przy pierwszych dawkach (przypadek Lürmana), a równocześnie podany inny lek przeciwgorączkowy podczas wystąpienia działania wstecznego zadanego leku przyprowadza ciepłotę do normy.

Lépine podziela zdanie Leichtensterna, który uważa działanie wsteczne jako zmiany dynamiczne; tak np. pobudzenie tegoż samego nerwu może wywołać rozmaite zjawiska zależnie od tego, gdzie pobudzenie dochodzi do ośrodka. I tak Lépine widział jak drażnienie nerwu kulszowego (n. ischiadicus) w odcinku zewnętrznym wywoływało u zwierzęcia oziębienie odnogi, gdy ta była przedwstępnie ciepła (co bywa zwykle) a w razie jeżeli była chłodną (bardzo rzadko), drażnienie wywoływało rozszerzenie naczyń. Te doświadczenia według prof. Lépin'a wyjaśniają dostatecznie rezultaty tak sprzeczne w działaniu farmakodynamicznem wyżej przytoczonych leków.

W najnowszych czasach Schwartz odkrył fakt ważny, że wszystkie leki przeciwgorączkowe sprowadzają podniesienie ciepłoty na powierzchni ciała, jeżeli ta była niska i przeciwnie, poniżają jeśli była podniesioną. (Deutsche Archiv. Bd. 27, p. 313).



W faktach tych Lépine widzi wyjaśnienie działania wstęcznego leków, które całkowicie zależy od zmienionej pobudliwości ośrodka zarządzającego ciepłotą organizmu.

Wł. Kopytowski.

174. M. ROSENTHAL. **Poszukiwania doświadczalne i kliniczne nad kokainą.** *Experimentelle und klinische Beiträge zur Cocainwirkung.* (Wien. Med. Woch. N. 5. 1888).

Autor w pracy tej podaje wyniki otrzymane przez siebie z poszukiwań doświadczalnych i klinicznych nad działaniem kokainy. Doświadczenia na zwierzętach wykonywał w pracowni prof. Bascha, a mianowicie na kuraryzowanych psach. Do żył szyjowych wstrzykiwał 1% roztwór kokainy, a następnie mierzył ciśnienie krwi nie tylko w tętnicach, lecz i w żyłach; oprócz tego badał wpływ większych dawek kokainy i innych leków współcześnie wprowadzonych na mięsień sercowy.

Zastrzyknięcie małych dawek kokainy (0,01) sprowadza znaczne podniesienie ciśnienia krwi w tętnicach i przyspieszenie tętna. Ciśnienie w żyłach pozostaje niezmienionem. Po zastrzyknięciu większych dawek (0,04 — 0,05) następuje silne opadnięcie ciśnienia krwi w tętnicach, które po zastrzyknięciu strychniny nie podnosi się; ciśnienie zaś krwi w żyłach podnosi się, a tętno staje się wolniejszym.

Wynika stąd, że ciśnienie krwi w tętnicach i żyłach niezawsze się równolegle zachowuje, co już zresztą autor spostrzegł przy morfinie.

Wielkie dawki kokainy (0,1 — 0,15) sprowadzają nagłe opadnięcie tak ciśnienia tętniczego jak i żylnego. Następuje porażenie serca. Nawet wyższe dawki strychniny nie są już w stanie przywrócić czynność serca. Kokaina przeto w wyższych dawkach jest dla serca silną trucizną, co przy stosowaniu jej należy mieć na względzie.

Powyższe wyniki doświadczeń objaśniają nam dodatni wpływ kokainy na pewne objawy właściwe cierpieniom nerwowym, jakoteż i innym cierpieniom organicznym.

Kokaina okazała się podług doświadczenia autora skuteczną w następujących razach. Przy tak zwanej pognębiającej postaci (depressive Form) neurastenii odznaczającej się bólem grzbietowym, ciśnieniem w głowie, nieprawidłowym snem, zбочeniami trawienia, peryjodycznem uczuciem obawy, bladością twarzy, małym tętnem i wyczerpaniem w sferze ruchowej wzrastające dawki kokainy (0,02 — 0,03 dwa razy dziennie) przez całe tygodnie używane usuwają te nieprawidłowe uczucia.

Niektórzy chorzy autora doznawali przy tem uczucie lekkiego odurzenia (Champagnerrausch), stawali się wesołymi i pełnymi nadziei. Przedmiotowo można było stwierdzić świeższy wygląd, pełniejsze tętno, lepsze napięcie w tętnicy promieniowej i większą ruchliwość.

Jeszcze wyraźniejszym był wpływ kokainy przy niektórych postaciach władu mleczka. W trzech przypadkach, z których 1 dotyczył lekarza, silne bóle strzelające zostały pod wpływem kokainy złagodzone. We wszystkich 3 przypadkach na-

padom bólu towarzyszyło podmiotowe uczucie zimna, a przedmiotowo można było stwierdzić bladłość skóry, małe i słabe tętno. Gdy w początku takiego napadu zastrzyknięto 1 szprykę 3% roztworu kokainy, w takim razie już po 10—15 minutach chory doznawał uczucia ciepła w ciele, nadczołość ustąpiła, skóra odzyskiwała swą elastyczność, tętno promieniowe stawało się pełniejszem. Wszystkie powyższe objawy zasługują na szczególną uwagę z tego względu, że wykazują, iż bóle odśrodkowe i zboczenia naczynio-ruchowe ustępują pod wpływem szybkiego podniesienia ciśnienia krwi, przez kokainę wywołanego.

Przy cierpieniach przewlekłych połączonych z ogólną wodną puchliną, autor widział po zastrzyknięciu kokainy (0,03) znikanie obrzęków, lecz działanie to było krótkotrwałem, obrzęki powracały z chwilą, gdy zaprzestano robić zastrzykiwania. Zwiększona ilość moczu była następstwem zwiększonego ciśnienia w naczyniach nerkowych.

Przy nadczołości żołądka (Bulimia, Hyperorexia) autor widział po dłuższem użyciu kokainy (0,01 — 0,02 dwa lub trzy razy dziennie) znakomitą poprawę.

Przy różnych postaciach nerwowej kardalgii ósrodkowego pochodzenia; jak to ma miejsce przy wjadzie, hysterii, neurastenii, małe dawki kokainy (0,15 — 0,2 : 150 wody, co 15 minut łyżeczkę) z początku napadu podawane, okazały się bardzo skutecznemi.

I przy nadczołości peryferycznych nerwów żołądkowych, wyrażających się gniecieniem i bólem po każdym jedzeniu (anorexia nervosa) kilka dawek kokainy przed jedzeniem zapobiegało powyższym dokuczliwym objawom.

Wymioty u ciężarnych ustępują prawie natychmiast po dług doświadczenia Deivsa z Pragi po kokainie (0,15 na 150 wody, co pół godziny łyżeczka).

Przy peryferycznych bólach u osób nerwowych, mało-krwistych i morfinistów kokaina w powyższy sposób zastosowana, oddawała autorowi niejednokrotnie znakomite usługi.

Przy nadczołości cewki moczowej i szyjki pęcherza towarzyszącej neurastenii seksualnej, przy nasieniotoce nerwowem wstrzykiwania miejscowe 5% roztworu kokainy umożliwiają metodyczne wprowadzenie zglębniaka i radykalne leczenie.

Na zakończenie wspomnieć wypada, że dokuczliwy szum w uszach przy użyciu dużych dawek chininy i salicylanu sody, występujący przez dodanie kokainy (0,01 : 1) zostaje złagodzony.

*Feliks Arnstein.*

175. ROSE BRADFORD. **Ulexinum.** (*Journal of Physiology for June, 1887, vol. VIII. N. 2.*)

Niedawno Gerrard z rośliny *Ulex europaeus* wyosobnił alkaloid, który otrzymał nazwę uleksyn. Nowy ten środek został zbadany przez J. Rose Bradford'a; do badań używano soli bromowodorowej.

Doświadczenia dokonane na żabach dowodzą, że uleksyna



działa porażająco na mięśnie, nerwy i w słabym stopniu na rdzeń.

Odpowiednia dawka najpierw znosi dowolne ruchy i odruchy, lecz pomimo tego mięśnie nie tracą swej wrażliwości na bezpośredni wpływ bodźców; bardzo duże dawki powodują natychmiastowe otrucie. U zwierząt zimnokrwistych, żab i węgorzy, uleksyna poraża nerw błędny i uderzenia serca stają się powolniejszymi i słabszymi.

Uleksyna w szczególny sposób wywiera działanie na oddechanie i nawet w minimalnych ilościach, które nie są zdolne wywołać efektu ze strony dowolnych mięśni, powoduje paresis, nieregularność i powolność oddechania. Według słów autora „duże dawki wstrzymują akt oddechania czasami nawet wczesniej, aniżeli dowolne ruchy porażone zostaną”

Na ssące uleksyna działa również jako jad oddechowy. Małe dawki sprawiają długotrwałe kurcze oddzielnych włókien mięśniowych; z początku mięśnie odpowiadają z niezwykłą gotowością na mechaniczne bodźce, następnie stan podrażnienia ustępuje miejsce niedowładowi, a w końcu zupełnemu porażeniu.

W małych ilościach uleksyna prędko i znakomicie wpływa na powiększenie ciśnienia krwi, które następnie stopniowo opada. Większe dawki powodują nieznaczne powiększenie ciśnienia krwi, ale zato spadek jest większy i trwa znacznie dłużej. Dr. Bradford utrzymuje, że zwiększone ciśnienie stoi w związku z zwięzieniem się małych tętniczek.

Gdy nastąpi porażenie nerwu błędnego, tętno staje się bardzo przyspieszonym i słabem. Uleksyna posiada rzeczywiste własności moczopędne i najlepiej może być porównana z kofeiną, aczkolwiek działanie tej ostatniej trwa dłużej.

Artykuł swój autor zakańcza zdaniem, które, jako dokładnie charakteryzujące farmakologiczne działanie uleksyny, dosłownie przytaczam: „Uleksyna więc jest alkaloidem, posiadającym silne i dość obszerne działanie, stanowiącym jad dla nerwów, mięśni, porażającym oddechanie, podnoszącym tętnicze krwi ciśnienie i wywierającym moczopędne działanie. Jednak ze względu, że nawet minimalne dawki tego środka wywierają swój wpływ na akt oddechania, przeto ta własność uleksyny zdaje się być rzeczą pierwszorzędną wagi.” *J. Drzewiecki.*

176. HEPP. **O otruciu związkami etylowemi rtęci.** (*Arch. f. Exp. Path. 1887, XXIII, Schmidt's Jahrbücher. 1888. N. 5.*)

Autor wstrzykiwał przetwory te zwierzętom pod skórę. Różnice między czystym otruciem rtęcią, a otruciem związkami etylowemi rtęci są bardzo wybitne: okres utajania jest znacznie dłuższy, objawy ze strony przewodu pokarmowego słabsze (umiarkowane zapalenie, nigdy dyfterytyczne), jednocześnie zaś z temi objawami powstaje porażenie wstępujące bez utraty świadomości i bez zaburzeń czuciowych. W późniejszym okresie występuje erethismus i tremor mercurialis. Dwaj chemicy angielscy, zajęci fabrykacją związków etylowych rtęci,

ulegli zatruciu śmiertelnemu z podobnemi zupełnie objawami, długi okres utajenia i łagodne objawy początkowe zwiększają jeszcze niebezpieczeństwo. Słusznie też radzi autor wykluczyć z użycia organoderywaty rtęci, jako niebezpieczniejsze znacznie od związków nieorganicznych. *Funk.*

#### 177. BALZER I KLUMPKE. O wydzieleniu się rtęci.

Jest to obszerny referat z kilku nowszych prac nad wydzieleniem się rtęci z ustroju. (Schuster, Welander, Nega, Suchow, Michajłowski, Brasse). Trzy ostatnie streścimy obszerniej.

Suchow i Michajłowski poszukiwali rtęci w moczu spodem Witza, (z nieznacznymi zmianami) i ułożyli skalę, według której z szerokości obrączki, jaką tworzy w rurce jodek rtęci, wnosić można w przybliżeniu o ilości rtęci w moczu. Według S. i M. rtęć wydziela się z ustroju stale, bez przerw i wahan, (te same wyniki otrzymał Welander).

Podczas leczenia rtęciowego wydzielenie się rtęci w moczu dosięga mniej lub więcej szybko swego maximum (zależnie od jakości i ilości przetworu rtęciowego), poczem zostaje na tej wysokości podczas całej kuracji, rtęciowej i 1 — 2 tygodni po ukończeniu kuracji, wreszcie zwolna i jednostajnie spada do zera w ciągu 5 do 8 miesięcy. Po upływie 8 miesięcy M. nie znajdował rtęci w moczu (po 20 wcieraniach półdrachmowych).

Badania Suchowa nad wydzieleniem się rtęci w moczu po wstrzykiwaniach podskórnych rtęci, dały te same wyniki, co badania Michajłowskiego nad wcieraniem. Pod względem ilości rtęci, wydzielanej z moczu jednakową wartość przedstawia.

10	wstrzykiwań	formamidatu rtęci.
15	"	seralbuminatu rtęci.
15	"	dwucyanku rtęci.
16	"	sublimatu.
28	"	peptonatu rtęciowego.
30	"	białkanu

Tylko po wstrzykiwaniach kalomelu (lub innych nierozpuszczalnych związków rtęci) wydzielenie rtęci nie jest tak prawidłowem, niekiedy opóźnia się o 10 — 12 dni, jest jednak bardzo znaczne. (Welander, Suchow).

Jodek potasu nie wywiera wpływu na wydzielenie się rtęci (Suchow i Michajłowski) i to samo stwierdzono dla wód siarczanych (Oberländer). Natomiast kąpiele z gorącego powietrza zwiększają widocznie wydzielenie rtęci z ustroju; można stosować je z korzyścią przy zapaleniu ust rtęciowem i ostrem otruciu rtęcią.

Brasse ważył za pomocą własnej metody ilość rtęci wydzielającej się z ustroju.

Przy dawce dziennej 7,50 miligramu rtęci, ilość rtęci wydzielanej w moczu i ślinie dosięgała maximum około 20 dnia, mianowicie 4 miligramy rtęci w moczu i 2 w ślinie <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Z pozostałego 1,50 miligramu rtęci część wydziela się prawdopodobnie przez kiszki i skórę.



Organizm jest wtedy nasycony; jeśli w ciągu kilku dni ilość rțęci wydzielanej z moczu przewyższa 4 miligr., wtedy ilość moczu wzrasta i dochodzi nieraz do 2 litrów na dobę. Jeśli nieco białka zjawia się w moczu, wydzielanie się rțęci natychmiast zmniejsza się, zjawia się natomiast ślinotok. Ślinotok powstaje, gdy ilość rțęci wydzielanej w ciągu doby w ślinie przewyższy.

Metoda Brasse'a jest b. złożona i wymaga niemało czasu; przystępniejsza metoda ważenia wydzielanej rțęci dałaby nieocenione wskazówki przy leczeniu rțęciowem, dziś bowiem kierujemy się jedynie wynikami leczniczymi i objawami otrucia rțęcią (stomatitis, diarrhoea, poliuria).

*Revue de Medicine 1888 N. 4. Funk.*

### III. Oftalmologija.

178. Prof. H. MAGNUS. **O kilku ważniejszych pracach w dziedzinie oftalmologii w ciągu roku 1887.** (*Deut. Med. Woch. 14. 1888*).

Z początkiem roku 1887 ukazała się w „Revue générale d'ophthalmologie, N. 1,“ przez Dor'a ogłoszona praca, zaznaczająca fakt nadzwyczaj interesujący, że pod wpływem użycia naftaliny w oku szczególnie powstają zjawiska. Pierwszy Bouchard zauważył zupełnie przypadkowo przez naftalinę spowodowane choroby oka, gdy poddawał doświadczalnej próbie podany przez Rossbach'a opis znakomitej dezynfekcyi dróg trawienia naftaliną. Wtedy Dor i Panas (*Semaine médicale 1887, N. 6*) wzięli się do bliższego zbadania tych naftalinowych chorób oka u królików i przedstawili zdobyte doświadczenia na kongresie oftalmologów francuzkich, zasiadającym w Paryżu w Maju 1887 r. Według Panas'a powstaje u królików po dłuższym szeregu iniekcyy naftalinowych przedewszystkiem *Synchysis corporis vitrei*, poczem rozwijają się w siatkówce białe okrągławe ogniska, które stopniowo rosną, środkowa zaś część ich zagłębia się; następnie pojawiają się zmiany barwnika w formie *Retinitis pigmentosa*, a w związku z temi chorobami siatkówki ma powstać kataraktalne zmętnienie obu soczewek, w humor aqueus zaś ma się pojawiać białko. Za pomocą mikroskopu mógł Panas oznaczyć białe ogniska siatkówki jako obrzęk takowej, jakoteż znalazł pomiędzy dwoma listkami, z których podług historyi rozwoju tworzy się siatkówka, a więc pomiędzy listkami nabłonkowym i właściwą siatkówką, płynny wysięk w którym się znajdowały białe ciała krwi i kryształy szczawianów, siarczanów i węglanów wapna. Podobny wysięk znajdował się także pomiędzy siatkówką i ciałkiem szklistem. Na zasadzie tych spostrzeżeń Panas postawił twierdzenie, że naftalinową kataraktę wywołują jedynie patologiczne zmiany w siatkówce, że zatem soczewka tak w fizyologicznem jak patologicznem swem życiu w najbezpośredniejszej zależności od siatkówki powstaje, jakoteż że siatkówka na odżywianie soczewki w najobszerniej-

szym zakresie wpływa. Z tego widać, że badania naftaliny doprowadziły Panasą do wniosków, mogących w podstawie zachwiać nasze zapatrywania na odżywianie się oka, a tem samem znacznie zmienić nasze wyobrażenia o patologicznych procesach w oku, szczególnie w soczewce.

Dor ze swoich doświadczeń nad kataraktą naftalinową nie porobił tak daleko sięgających wniosków jak Panas. Twierdził tylko, że naftalina wywołuje zmiany krwi, a ta choroba krwi sprowadza kataraktę, tak więc katarakta naftalinowa byłaby z pochodzenia pokrewną z kataraktą przy cukrowce.

Wobec tak sprzecznych poglądów na istotę naftalinowych chorób oka, specjalnie soczewki, musiało się okazać bardzo pożądanem przeprowadzenie dalszych doświadczeń, których się podjęli Magnus i Hess. Pierwszy z nich, autor niniejszego artykułu przedstawił doświadczenie swoje otrzymane przez żywienie naftaliną na 60-ym zjeździe przyrodników w Wisbaden (Therapeutische Monats. hefte 1887, Październik), Hess zaś na 19 zgromadzeniu Heidelbergskiego oftalmicznego towarzystwa (Gesellschaftsbericht, Rostock 1887 i Revue générale d'ophtalmologie, 1887, Wrzesień). Podczas gdy Magnus w poszukiwaniach swoich starał się rozjaśnić anatomiczne i etiologiczne zmiany soczewki, Hess zdał także sprawę z patologicznych zmian w siatkówce wywołanych naftaliną. Co się tyczy dokładnie przez Hessa wystudjowanej choroby siatkówki, nie mógł on nigdy znaleźć stwierdzonego przez Panas'a wysięku pomiędzy listkiem barwnikowym a warstwą siatkową i przypuszcza raczej, że istota przemian siatkówki leży w tworzeniu się pustych przestrzeni w warstwach ziarnistych i we właściwych zmianach w nabłonku barwnikowym. Pojedyncze komórki nabłonka tracą swój kształt wielokątny i grupują się w okrągławe bryłki, w środku których często mały kryształek widzieć się daje. Klinicznie przedstawiają się te zmiany siatkówki, jako błyszczące plamki lub większe płatki. Magnus widział również zupełnie ten sam kliniczny obraz, gdyż na całej przestrzeni dna oka zauważył występowanie licznych, małych, białych, błyszczących plamek obok tworzenia się większych białych ognisk. Dno oka zmienionego pod wpływem naftaliny przedstawia się w tym stanie, jak gwiazdami usiane niebo. Z twierdzeniem Hessa, że te białe gwiazdki jedynie tworzeniu się pustych przestrzeni przypisać należy, Magnus nie zupełnie się godził, gdyż dokładnie te same białe błyszczące punkciki widział wnoszące się w ciałku szklistem, a także gdzie nie gdzie występując w soczewce; to spostrzeżenie przemawia za tem, że tworzenie się pustych przestrzeni w warstwach ziarnistych siatkówki nie jest jedyną przyczyną tego klinicznego zjawiska. Odnośnie do tworzenia się naftalinowej katarakty zgadzają się zupełnie spostrzeżenia Hessa i Magnusa. Obaj badacze stwierdzili bez żadnej wątpliwości, że zmętnienia soczewki występują bardzo często, bez możności wykazania jakichkolwiek zmian w siatkówce, albo przy zaledwie rozpoczynającym się cierpieniu takiej. To spostrzeżenie obala naturalnie teorię Panas'a, podług



której soczewka w bezpośredniej zależności od siatkówki pozostaje i tylko wtedy mętnieje gdy siatkówka zachoruje. Jako anatomiczny powód zmętnienia soczewki mogli Magnus i Hess wykazać szparawę te otwory między włóknami soczewki, szczególnie w warstwie korowej jądro nigdy w tem nie brało udziału. Oprócz tego znaleziono w okolicy równika rozpad włókien soczewkowych i gwałtowne mnożenie się komórek w nabłonku woreczka soczewki. Klinicznie przedstawiały się te zmiany, jako przy równiku zaczynające się i prędko szczególnie na tylnej powierzchni soczewki rozszerzające się plewkowate zmętnienie substancji korowej, także przednia substancja korowa podlegała temuż samemu często bardzo wcześnie, wcześniej albo jednocześnie z tylną. Początku mętnienia soczewki w warstwach okołojądrowych, co Dor za charakterystyczne dla naftalinowej katarakty uważał, nie mogli Hess i Magnus nigdy zauważyć. Fakt, że mikroskopowe zmiany w katarakcie naftalinowej uderzająco są podobne do tych, jakie Becker przy katarakcie starczej opisał, co Hess bardzo trafnie podniósł, pobudził go do kilku jeszcze równoległych doświadczeń, mianowicie wywołał on za pomocą masażu Fürstera sztucznie kataraktę u królików i znalazł, że w początku ta masażowa katarakta zupełnie tak mikroskopowo, jak klinicznie do naftalinowej jest podobną. Na zasadzie tych faktów wypowiedział Hess zdanie co do jednorodnego powstawania wszelkich form katarakty. Jak uzasadnionem jest to przypuszczenie, dowodzi znakomita praca Schlössera (*Experimentelle Studie über traumatische Katarakte*. München, 1887).

Autor ten zwraca uwagę na zasadzie swoich rozległych doświadczeń na fakt, że tworzenie się katarakty w młodzieńczych soczewkach, uderzające podobieństwo przedstawia z obrazem, który otrzymał przy doświadczalnym wywoływaniu urazowej katarakty i że także samo podobieństwo zachodzi pomiędzy początkowymi okresami katarakty cukrówkowej i urazowej. Szczególnie charakterystyczną chwilą podobieństwa pomiędzy wymienionymi formami katarakty, jest występowanie plekwowatych zmętnień w tylnych, z tylną ścianką woreczka soczewkowego sąsiadujących warstwach korowych. Schlösser przypuszcza, opierając się na tych uderzających podobieństwach w najróżnorodniejszych formach katarakty, że w soczewce znajdują się pewne kanały w których płynie normalny dla odżywiania soczewki przeznaczony strumień limfy. Ten strumień limfy ma wchodzić do soczewki na linii równika, w pobliżu tylnego woreczka przechodzić do ośrodka tylnej warstwy korowej, ztamtąd idzie przez kanały okołojądrowe do promieni gwiazdowych przedniej warstwy korowej, a następnie albo do promieni gwiazdowych, albo w pobliżu przedniego woreczka kieruje się w włoskowate przestrzenie pomiędzy końcami włókien soczewkowych ku wyjściom, które w okrągłej linii odpowiadającej punktom przyczepienia, zonuli leżą. Kto z anatomią soczewki trochę bliżej jest obeznany, wie, że już przed laty v. Becker w Helsingforsie opisał sieć międzywłókienkowych kanałów roz-

ciągających się wokół jądra soczewki, że jednak o istnieniu takowych późniejsi badacze powątpiewali. Chociaż więc w danej chwili przyjęciu istnienia międzywłókienkowego systemu kanałów soczewki większość autorów się sprzeciwia, stajemy bezwarunkowo po stronie Schlössera i wypowiadamy się za istnieniem takiej sieci kanałów w soczewce. Szczególniej kliniczne względy skłaniają nas do poparcia przypuszczenia Schlössera, przedewszystkiem ustrój klinicznego obrazu katarakty naftalinowej jest tego rodzaju, że przypuszczenie istnienia sieci kanałów w soczewce popiera. Regularność, z jaką początkowo okresu katarakty naftalinowej przebiegają, regularna droga, którą idą te zmętnienia, a która do początkowych zmętnień najrozmaitszych innych form katarakty uderzająco jest podobną, pozwala nam, o ile się zdaje na przypuszczenie, że początku katarakty należy zawsze szukać w pierwotnych przestrzeniach limfatycznych soczewki. Zbyteczne napełnienie tych przestrzeni i przez to wywołany zastój limfy może wywołać utworzenie się katarakty, jakoteż wyobrazić sobie można, że chorobliwie zmieniona limfa z przestrzeni limfatycznych może się stać początkiem zmętnienia. To pojęcie jakoby normalne drogi limfatyczne w soczewce były punktami wyjścia tworzącej się katarakty, wcale tak znacznie się nie różni od Beckerowskiej teorii powstawania katarakty. Jak wiadomo, Becker w swem klasycznym dziele o anatomii zdrowej i chorej soczewki wyraził pogląd, że starcza katarakta powstaje wskutek kurczenia się soczewkowego jądra i w następstwie tego skurczenia tworzących się szpar w soczewce, powstałe wskutek skurczenia jądra, szpary w soczewce są dla Beckerowskiej teorii punctum saliens. Podczas więc, gdy Becker w tworzeniu się międzywłóknowych szpar soczewki widzi coś patologicznego, uważalbyśmy raczej ze Schlösserem początkowe szpary za rzecz normalną i myśle, że takowe tylko w pewnych warunkach chorobliwemi czynnikami stać się mogą; z pewnością przez skurczenie jądra powstać może powiększenie naturalnych dróg limfatycznych, a w następstwie zastój limfy prowadzący do zmian w sąsiednich włóknach soczewkowych, ale również przez przeladowanie przestrzeni limfatycznych, jakie sprawia uraz, wywołanym być może także sam zastój limfy i utworzenie się katarakty, tak jak tę ostatnią wywołać także może wypełnienie szpar limfatycznych chemicznie odmienną limfą (cukrówka, karmienie naftaliną). Jakkolwiek zresztą się zapatrując na przedstawione w ostatku wywody, bezwarunkowo przyznać trzeba, że najnowsze badania, co do istoty naftalinowej, masażowej i urazowej katarakty jednorodność przyczyny wszystkich form katarakty bardzo prawdopodobną uczyniły. Dla mnie obecnie limfatyczne kanały soczewki przedstawiają się jako punkt wyjścia większości zmętnień soczewki.

Postęp w patologii systemu soczewkowego wykazuje praca Schirmer'a (Experimentelle Studie über reine Sinsencontusionen. Inaugural Dissertation. Greifswald, 1887). Schirmer znalazł, że przez wstrząśnienia, mianowicie zgniecenia soczewki



bez utworzenia jej woreczka, w miejscu odpowiadającym zgnieceniu powstają zmnętnienia; odznaczają się one skłonnością do znikania bez śladu, w przeciągu dość krótkiego czasu. Podobne spostrzeżenia zrobił już przed laty Berlin, ale ponieważ brakło im dokładniejszego zbadania ich patologicznego znaczenia, nie zwrócono na nie większej uwagi i kliniczny obraz stłuczeń soczewki przez żadnego autora bliżej narysowanym nie został. Tę szczerbę zapełniła publikacja Schirmer'a i prof. Magnus był już w możności z własnej sfery spostrzeżeń przedstawić kilka klinicznych przypadków stłuczeń soczewki. Mikroskopijnie przedstawiają się zmnętnienia stłuczeniowe, jako rozpad dotkniętych włókien soczewki, zniszczenie nabłonka woreczkowego i międzywłókienkowe zebranie płynu. Ponieważ wszystkie te zmiany, o ile porażenia nie było zbyt rozległe, mogą znówuż powrócić do normy, zatem po większej części zjawiska stłuczeń soczewki, mimo że się z początku bardzo groźnymi wydają, znikają całkowicie bez żadnych złych następstw.

Szczególnie ożywiony ruch powstał w roku 1887 na polu operacyi katarakty. Już poprzednich lat odzywały się głosy, które żądały powrotu do dawnej operacyi płatowej bez wycięcia tęczówki, byli to głównie francuzcy operatorzy, którzy tę kampanię przeciw Graefego linearnej operacyi podjęli. W ubiegłym roku jeden z najwybitniejszych niemieckich patologów Schweigger oświadczył się także za operacyją płatową (Schweigger. Die Ruekkehr zum Lappenschnitt. Archiv für Augenheilkunde XVIII, 2 i Bericht über die 19. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft. Heidelberg 1887) podobne stanowisko zajmuje także Schöler (Zur Staaroperation. Berl. Klin. Wochen. 1887, N. 38). Na zgromadzeniu oftalmologów w Heidelbergu wyłożył Schweigger powody, które go skłoniły do powrotu do operacyi płatowej a debaty, które się wywiązały wskutek tego wykładu Schweiggera, uczyniły przeszloroczne zgromadzenie oftalmologów szczególnie interesującym i ważnem. Wogóle można powiedzieć, że wynik tych debatów nie wypadł na korzyść operacyi płatowej bez iridektomii, szczególnie Edward Meyer z Paryża bardzo rozumnie bronił metody Graefego, opierając się na własnych bogatych praktycznych doświadczeniach i wskazując na historyczny rozwój Graefego peryferycznej linearnej ekstrakcyi. Bardzo godne uznania poparcie znalazł u Krügera z Frankfurtu nad Menem. Za operacyją płatową oświadczył się oprócz Schweiggera tylko Sattler z Pragi, ale nie potrafił tego co powiedział Schweigger poprzeć z jakiegoś nowego punktu widzenia.

Uderzającym w każdym razie faktem jest, że przeciw linearnej ekstrakcyi Graefego, która w ciągu ćwierci wieku, nie tylko opanowała świat oftalmologiczny, ale uchodziła jako niezwydły liść w wieńcu chwały Graefego, podniosła się silna reakcyja, która tak wybitnych autorów jak Schweigger i inni za przedstawicieli zyskała. Wytlómaczania tego interesującego zjawiska należałoby zapewne szukać w przemianie jakiej uległy nasze zapatrywania co do traktowania ran w ciągu ostatniego

lat dziesiątka. Z chwilą gdy się przekonano, że aseptyczne i antyseptyczne postępowanie z raną niebezpieczeństwa takowej zmniejsza do minimum, nie można było ukrywać, że nawet tak duże rany rogówki, jak ta, którą wywołuje cięcie płatowe, w takich warunkach straciły swój dawny postrach. Że zarazem nowoczesna oftalmologia będąc w posiadaniu ezeryny skuteczniejszej jak dawniej mogła walczyć z wypadnięciem tęczówki, którego tak się dawniej obawiano przy cięciu płatowem, te więc dwa czynniki stały się wezwaniem do ponownych prób z porzuconą ekstrakcją płatową. Że właśnie te względy utorowały drogę do powrotu ekstrakcyi płatowej, można czytać u różnych przedstawicieli nowoczesnych, starej ekstrakcyi płatowej, np. u Abadie (*Des procédés actuels d'extraction de la cataracte. Rec. d'ophth.* 1887, N. 3). W odpowiedzi na te ataki przeciwko ekstrakcyi soczewki, opierające się głównie na rezultatach nowoczesnego obchodzenia się z ranami, podniósł Meyer z całą słusnością, że metoda ekstrakcyi Gráfego liczbę strat ponoszonych przy operacyi płatowej natychmiast znacznie zmniejszyła i to w czasie, gdy o antyseptycznych ostrożnościach mowy nie było. Ten wielki postęp musiał więc być rezultatem samej metody, jak słusnie wnosi Meyer. Ta uwaga Meyera pobija przynajmniej w części, o ile mi się zdaje, obrońców starej płatowej operacyi. Ubytek iridektomii jest uważany za szczególną zaletę płatowej operacyi przez jej zwolenników. Ale i w tym ma stara płatowa operacyja niejedno słabe miejsce. Przedewszystkiem chociaż wykonywajacy ekstrakcyja płatową może w każdym pojedynczym przypadku mieć stałą wolę nie robienia iridektomii, to jednak wcale nie od operatora jedynie zależy, czy tę dobrą wolę swoją przeprowadzi. Jeżeli źrenica po ukończonej ekstrakcyi nie jest absolutnie okrągłą i pośrodkową, to operator będzie bezwarunkowo zmuszony później do wykonania iridektomii, jeżeli nie chce się narazić na następcze wypadnięcie tęczówki i zaciśnienie jej pomiędzy bliźną rogówki. Tak samo operator będzie zmuszony do iridektomii mimo swej woli, ilekroć oko silniejsze naprężenie przedstawi, dotykającemu je palcu, bo właśnie także w takich oczach widziny, po ustąpieniu wywołanego przez kokainę obniżenia ciśnienia, skłonność do pęknięcia rany i następczego wypadnięcia tęczówki. Te przykłady wystarczą, żeby dowieść, że nie zawsze iridektomia przy płatowej ekstrakcyi uniknąć się daje. Możemy nawet pójść jeszcze dalej, twierdząc, że całe szeregi przypadków płatowej ekstrakcyi komplikują się zupełnie nieoczekiwanem przez operatora wypadnięciem tęczy. Jednem słowem nie nauczyliśmy się jeszcze w jakich przypadkach operacyi katarakty można iridektomii zaniechać, w jakich zaś nie.

Widzimy więc, że widoki na możliwość operowania bez iridektomii przy płatowej ekstrakcyi nie są jeszcze tak pewne, byśmy ze względu na nie polecać mogli powrót do tego sposobu operowania. Zresztą nie można i tego przeoczyć, że wprowadzenie zaniechanie iridektomii daje w następstwie piękną okrągłą źrenicę, ale ma pewne niedogodności dla operatora. I tak wy-



daleńie zmeńtnej soczewki bez iridektomii bywa z pewnością częściej mniej pomyslnie; oczyszczenie obrzku źrenicy z resztek warstwy korowej jest bezwarunkowo mniej skuteczne bez iridektomii, jak przy wycięciu tęczówki. Czy zaś iridektomia rzeczywiscie w tak znacznej mierze przyczynia się do zapalnego wysięku i przedłużenia procesu wsysania się pozostałych resztek warstwy korowej, jest co najmniej bardzo wątpliwem. Gdy lekarz operuje bez iridektomii, otrzyma z pewnością minimalne krwawienie i pacjentowi zapewni piękną, okrągłą źrenicę, niestety jednak, ta okrągła źrenica nie przedstawia żadnych optycznych korzyści w porównaniu z kolobomatyczną źrenicą.

Powyższe przedstawienie rzeczy wystarczy do wyciągnięcia wniosku, że powrót do płatowej ekstrakcyi obecnie jeszcze dalekim jest od ogólnego uznania i że stronnicy metody operowania Graefe'go w danej chwili nie mogą jeszcze być pomawiani o niechęć dla nowości i ulepszeń, gdy przy swej doświadczonej technice operacyjnej obstają. Bez wątpienia jednak spór o najlepszą metodę operowania katarakty, nie tak prędko jeszcze ucichnie i zapewne oftalmiczna literatura najbliższych czasów bogatą będzie w polemiczne (porównaj najnowszy spór między Jacobson'em i Schweigger'em w niemieckiej *Med. Ztg.* 1887, N. 78 i 94) i krytyczne prace nad operacją katarakty.

Powrót do poglądów dawniejszych pokoleń wydaje się być charakterystycznym znamieniem naszych czasów, bo nietylko nasz artystyczny przemysł chodzi drogami, przenoszącemi nas w epoki dawno przebrzmiałe, ale i nowoczesna okulistyka jawnie kokietuje historyczne wspomnienia. Powyżej przez nas obszerniej opisana próba wskrzeszenia ekstrakcyi płatowej nie jest jedynym dowodem tego naszego twierdzenia, możemy wskazać drugi jeszcze fakt, wyraźnie ilustrujący skłonność dzisiejszej operacyjnej okulistyki do powrotu na ścieżki, pozornie dawno zaniechane. Mianowicie w ciągu ostatnich pięciu czy sześciu lat próbowano z początku nieśmiało, potem coraz śmieiej oczyszczania przedniej komory oka z resztek katarakty przez szprycowanie. Na zgromadzeniu oftalmologów francuzkich w Paryżu w Maju 1887 r. te wymywanie komory podane zostało przez Vacher'a (*Revue générale d'ophtalmologie*, 1887, N. 5, p. 217), jako jego własny wynalazek z podziwienia godną historyczną niewiadomością. Zresztą Vacher nie jest jedynym nowoczesnym wynalazcą wymywania komory, jest ich raczej teraz całe mnóstwo, a jednak znajdujemy wzmiankę o tej operacyi już w początku 18-go wieku. Fakt, że obecnie cały szereg autorów mieni się być wynalazcami operacyjnego sposobu, istniejącego już przed 200 laty, przemawia za tem, że historia medycyny wcale nie jest takim ballastem, za jaki nam ją nowocześni pisarze często podają. Co się tyczy wartości wymywania komory, sądy o tem bardzo się różnią. Podczas gdy Wicherkiewicz (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1885), uznaje, że przez wymywanie komory otrzymał nietylko udoskonalenie ekstrakcyi, ale że odtąd nawet wczesne operacje niedojrzałej katarakty za skuteczne uważać można, w czem nie-

którzy autorowie bezwarunkowo się z nim zgadzają, jak np. Chodin (O promywaniu pieriedniej kamiery pry operacyi katarakty. Wjestnik Oft. 1887. N. 1). Grandelément (Indications des lavages intra-oculaires après l'extraction de la cataracte Arcn. d'Ocul. Bd. XCVII, p. 73) i inni, drudzy znowuż autorzy twierdzą, że z wymywaniem komory bardzo niekorzystne doświadczenia robili; tak np. Schöler pisze w swej wyżej już przez nas cytowanej pracy nad kataraktą, że zaraz pierwsze oko przy którym próbował wymywać komory, zginęło wskutek panophthalmitis, a to niepowodzenie zniechęciło go do dalszych prób danej operacyi. Ogólnego wprowadzenia przynajmniej w niemieckiej oftalmologii wymywanie komory obecnie nie zyskało, należy jeszcze wyczekać o ile usiłowania Wicherkiewicza i innych skutecznemi się okażą. W każdym razie podejmowane są usilne starania tak co do dokładnego ograniczenia wskazań do operacyi, jakoteż co do udoskonalenia techniki wymywań przez poprowienie instrumentów; tak np. Hoffmann przedstawił ulepszony przez siebie kroplomierz na ostatnim zjeździe oftalmologów w Heidelbergu (Bericht 1887, p. 208). Kto zna przebieg prac dawniejszych pokoleń, nie może nie uznać, że wymywanie komory zupełnie podobną fazę swego rozwoju już raz przebywało. Był czas przed wielu dziesiątkami lat, w którym z zapalem myślano, aby za pomocą nowych instrumentów i dokładnego określenia wskazań, zyskać w oftalmologii obywatelstwo dla wymywań przedniej komory oka. Ale koryfeusze ówczesnej oftalmologii po większej części odrzucili tę operacyję, usunęto więc ją na bok, aż najnowsze czasy znowuż ją podniosły.

Na innem jeszcze polu oftalmicznej chirurgii przyniósł rok 1887 ważne zdobycze, mianowicie na polu wytrzewiania gałki. Gdy Albert Gräfe w Halli, przed niedawnym czasem zaproponował, aby zastąpić wyluszczenie gałki ocznej wytrzewieniem takowej, wybuchł między oftalmologami spór co do odpowiedniości nowej operacyi. Assystent Gräfe'go Bunge (Mittheilungen aus der Universitäts-Augenklinik zu Halle a. S. I. Ueber Exenteration des Auges. Halle 1887), wyłożył poglądy Gräfe'go na tę operacyję w bardzo cennej monografii, wspierając się na statystyce z 200 wytrzewień gałki. Motywuje je przedewszystkiem chirurgiczną zasadą, aby tyle tylko chorego organu usunąć, ile go właśnie choruje, zostawiając jak najwięcej zdrowego.

Gdy się zastosuje tę zasadę do przypadków, w których dotąd zupełne usunięcie całkowitej gałki ocznej wykonywano, to rzeczywiście w większości przypadków ograniczywszy się można usunięciem chorych części gałki ocznej, t. j. trzewieniem. Następnie kikut gałki ocznej wytwarzający się po trzewieniu, jest daleko lepszy dla późniejszego noszenia sztucznego oka, jak kikut powstały po wyluszczeniu. I nareszcie powstająca po wytrzewieniu białkówka, stanowi ochronę przeciwko zakażeniu, mianowicie przeciw zapaleniu opon mózgowych. Co prawda, pozwoliłbym sobie tutaj zauważyć, że niebezpieczeń-



stwo zapalenia opon mózgowych po wyluszczeniu nie jest zbyt znaczne; znanych jest wszystkiego 28 przypadków przez wyluszczenie wywołanego septycznego zapalenia, liczba, która wobec wielu tysięcy wyluszczeń, dokonywanych w ciągu lat ostatnich może być nazwana nieznaczną; a dodać jeszcze trzeba, że większość tych przypadków przypada przed antyseptyczną epoką oftalmicznej chirurgii. Trzewienie ogranicza znacznie wskazanie do wycięcia nerwu, właściwie przecięcie nerwów wzrokowych powinno się ograniczać tylko do tych przypadków, gdzie oczy wywołują nieznosne bóle, nie mają w sobie zarodków wywołujących zapalenie, nie okazują skłonności do powiększania lub zmniejszania się i przytem mają dobry wygląd, np. przy galkach ocznych oslepiłych wskutek jaskry. Bunge podaje następnie dokładny opis używanej przy trzewianiu przez Gräfe'go techniki operacyjnej i następnego postępowania; rozdziały te chociaż bardzo interesujące dla operatora podają jednak po większej części rzeczy znane; wielki interes przedstawia jeszcze przytoczona dokładna statystyka 200 trzewień. Podług tych statystycznych spostrzeżeń Gräfe'go trzewienie może usunąć już rozpoczęty, sympatyczny proces w zdrowem oku, trzy razy udało się Gräfemu skonstatować ten fakt nadzwyczaj ważny dla dalszych losów wytrzewiania. Naszem zdaniem, wyżej przytoczone spostrzeżenia z kliniki ocznej w Halli uczyniły ważny krok dla pozyskania praw obywatelstwa dla wytrzewiania w oftalmicznej chirurgii. Wielka część kolegów, zachowujących się dotąd zupełnie biernie w tym względzie, powinny się skłonić do samodzielnych prób tej metody.

Na innym polu oftalmologii, mającem ważne znaczenie dla praktycznego lekarza objawił się także ruch bardzo poważny w ciągu roku 1887, mianowicie co do stosunku pomiędzy chorobami nerwów wzrokowych, a chorobami mózgu. Podczas gdy dotąd przyjmowano, że powstawanie tak zwanej tarczy zastoinowej w skutek cierpień mózgowych, daje się wytłumaczyć na zasadzie teorii przeniesienia podług Schmidt-Ringsler—Manz'a t. j. że przeprowadzenie mózgodzeniowego płynu w przestrzeń pochwową nerwu wzrokowego powoduje w tymże zastoję, Deutschmann próbuje ten mechaniczny sposób tłumaczenia tarczy zastoinowej usunąć (Ueber Neuritis optica besonders die sogenannte Stauungspapille und deren Zusammenhang mit Gehirn affectionen. Jena 1887). Na zasadzie krytycznej analizy dotychczas anatomicznie badanych przypadków tarczy zastoinowej nerwu wzrokowego, jakoteż opierając się na szeregu dokonanych bardzo dokładnych doświadczeń na zwierzętach, podaje Deutschmann następujące wytłumaczenie istoty tarczy zastoinowej. Zapalne cierpienie tarczy nerwu wzrokowego dochodzące aż do stopnia tarczy zastoinowej, nie ma nic wspólnego z zastojem wywołanym przez ucisk, jest ono wynikiem zarodków wywołujących zapalenie, które z mózgodzeniowym płynem z jamy czaszkowej weszły do przestrzeni pochwowej nerwu wzrokowego; tam gdzie znajdują zaporę przy końcu galki ocznej się zatrzymują i tu rozpoczynają działalność zakażającą. Samo po-

większenie ciśnienia w jamie czaszkowej, jakoby nigdy nie wywołuje cierpienia wewnątrzocznego końca nerwu wzrokowego; głównego wywołującego je czynnika, należy właśnie szukać w wzbudzających zapalenie materjach, które z jamy czaszkowej pierwotnymi drogami do pochwowej przestrzeni nerwu wzrokowego się dostają. Taką jest w krótkości treść pracy Deutschmann'a, a dla tych którzy śledzili ruch naukowy ostatnich lat, nie jest ono niczem nowem. Już w roku 1881 na międzynarodowym medycznym kongresie w Berlinie wypowiedział Leber podobne myśli co do powstawania tarczy zastoinowej, jak te, których Deutschmann teraz doświadczalnie dowieść usiłuje. Zresztą wywołała praca Deutschmana, jak to było do przewidzenia znaczny opór i tak Schmidt-Rimpler (*Ein Fall von Pausgliom., Beitrag zur Frage der Nuclearlähmungen und der Entstehung der Stauungspapille. Archiv für Augenheilkunde. 1887, N. 2*), między innymi wątpliwościami przeciwko wyjaśnieniu Deutschmann'a podniósł jedną okoliczność, według nas wielkiej wagi. Jeżeli rzeczywiście, mówi Schmidt-Rimpler, tarcza zastoinowa jest tylko wynikiem zapalenia wywołujących zarodków, które z mózgodzeniowym płynem z jamy czaszki dostają się do przestrzeni pochwowej nerwu wzrokowego, to jest zupełnie niezrozumiałem, dla czego wszystkie inne nerwy mózgu i wogóle wszystkie części mózgu, które przecież w jamie czaszkowej ciągle są otoczone zakazającym płynem mózgodzeniowym, nie przedstawiają zmian zapalnych. Bylibyśmy nawet tego zdania, że w czasie leżące nerwy daleko wcześniej i daleko częściej powinnyby ulegać zapaleniu, gdyby poglądy Deutschmann'a były słuszne. Nie można zaprzeczyć, że Schmidt-Rimpler tym ostatnim swoim argumentem ciężki logiczny błąd w Deutschmann'owskiej teorii wykazał. Oprócz tego dowiodło dwóch angielskich badaczy Edmunds i Zowford (*Remarks ou Prof. Dautschmann's riews ou optic neuritis. The ophthalmic review. 1887*), że i statystyczna strona pracy Deutschmann'a nie jest wolną od zarzutu. Ci autorzy zwracają uwagę, że nie sprawdza się twierdzenie Deutschmann'a jakoby guz mózgu bez tarczy zastoinowej był czemś niezmiernie rzadkiem, gdyż w 30% przypadków guza mózgu znaleziono brak tarczy zastoinowej. Również ma być fałszywym, co twierdzi Deutschmann, jakoby siedlisko guza dla powstawania tarczy zastoinowej było obojętnem, gdyż w 86% przypadków znaleźli siedlisko guza w podstawowych zwojach lub w mózdzku.

Godną zaznaczenia jest jeszcze praca Michel'a (*Ueber Sehnervendegeneration und Sehnervenkreuzung. Wiesbaden. 1887*), w której tenże autor stara się dowieść na zasadzie nowych doświadczalnych badań dotychczas zapewne przez niego tylko jednego wyznawaną teorię zupełnego skrzyżowania nerwów wzrokowych w chiasma. Podług klasycznych, słusznie nagrodzonych poszukiwań v. Gudelena niezupełne skrzyżowanie nerwów wzrokowych w chiasma zostało uznane jako niepodlegające wątpliwości przez wszystkich, rzec można, oftalmologów, a to tem bardziej że, jak Schweigger trafnie swego czasu zau-



ważyl, kliniczne doświadczenia właściwie zmuszały do wynalezienia, gdyby nawet nie było dowiedzionem, połowicznego skrzyżowania nerwów wzrokowych w chiasma. Czy się uda Michel'owi swoje odosobnione stanowisko w tej kwestyi przez najnowsze badania swoje poprzeć i zwolenników teoryi zupełnego skrzyżowania pozyskać na to musimy poczekać; prawdopodobnem nam się to jednak nie wydaje.

Bardzo pouczający pogląd na dzisiejszy stan bakteriologicznych badań w chorobach łącznicy przedstawił Fick. (Über Microorganismen im Conjunctivalsack. Wiesbaden. 1887), w pracy po części historycznej, po części doświadczalnej. Z 57 chorych szpitalnych, których badał Fick, tylko jeden nie miał bakteryi w worku łącznicy. Najczęściej znajdowały się laseczniki, 39 razy w 49 przypadkach; 9 razy znalazły się laseczniki i kokki; samych kokków nie znaleziono nigdy. U 26 nieszpitalnych chorych można było tylko w 18 łącznicach wykazać mikroorganizmy, w 32 łącznicach brakło ich zupełnie. Co się tyczy patologicznej ważności mikroorganizmów, Fick uznaje jako prawdziwych i specyficznych sprawców choroby tylko Gonokokka i Trachomkokka. Jest cały szereg mikroorganizmów, które tak na chorych jak i na zdrowych łącznicach się zjawiają, nie wywierając żadnego specyficznego wpływu. Inne mikroorganizmy mogą tylko warunkowo wywołać specyficzną chorobę, kiedy mianowicie nabłonek łącznicy jest uszkodzony, jak to ma miejsce np. przy laseczniku gruzliczym. Zresztą znalazł Fick, że ilość bakteryi w wydzielinach nie pozwala jeszcze wnosić o złośliwości choroby; często można przy normalnym stanie łącznicy znaleźć wiele mikroorganizmów, podczas gdy przy ciężkim śluzotoku lub dyfteryście jest ich uderzająco mała liczba. Wobec tego faktu trzeba uznać pogląd, że tak na zdrowych jak i na chorych łącznicach mikroorganizmy często spełniają rolę nie sprawców choroby, ale darmożjadów bez znaczenia.

Hel. Przyb-a.

#### IV. Choroby skórne.

179. J. LÉVÈQUE. **O cierpieniach skóry wywołanych przez wstrząśnienie moralne.** *Des maladies de la peau consécutives à un choc moral.* (Thèse de Lille).

Znajdujemy w literaturze tu i owdzie wzmianki o powstawaniu cierpień skóry po gwałtownych wzruszeniach (Alibert, Cazenave, Royer, Bazin i inni), pierwszy jednak Leloir zajął się starannie tą zajmującą sprawą<sup>1)</sup>. Nie ulega wątpliwości, że podobne pochodzenie pewnych cierpień skóry nie jest rzadkiem i każdy dermatolog dowiaduje się o niem nieraz od własnych chorych, przyjmuje jednak wiadomości takie z niedowierzaniem.

<sup>1)</sup> Teza, którą streszczamy jest tylko obszerniejszem powtórzeniem odczytu Leloira.

Powstawanie cierpień skóry po nagłych wzruszeniach nie powinno dziwić nikogo — wiemy, jak często wzruszenia wywołują obszerne zaczerwienienie, lub zblednienie skóry, obfite poty i t. d. W tych warunkach u osobników uosobionych mogą powstać głębsze zmiany w odżywianiu skóry.

Najczęściej po gwałtownych wzruszeniach powstaje pokrzywka i ekzema, rzadziej herpes zoster, herpes labialis, pemphigus, łuszczycyca, wypadanie i zmiana zabarwienia włosów.

Ekzemy powstają w ten sposób u osobników wrażliwych, zwłaszcza kobiet, najczęściej wskutek gwałtownego przestachu; odznaczają się silnym swędzeniem i bolesnością. Na baczność uwagę zasługuje zachowanie się łuszczycy. Autor przytacza 7 przypadków, w których wybuchy łuszczycy powstały bezpośrednio po silnym przestachu<sup>1)</sup>.

Fakta powyższe rzucają nowe światło na istotę łuszczycy, są jednak zbyt nieliczne, aby na nich budować nowe teoryje.

Herpes, zwłaszcza labialis, facialis powstaje niekiedy po wstrząśnieniu moralnym. Leloir leczył kobietę 20-letnią, u której po każdym gwałtowniejszym wzruszeniu występował herpes labialis (w 3—4 godzin po doznaniem wzruszeniu).

Pemphigus powstawał po gwałtownym wzruszeniu w jednym przypadku Leloir'a i w dwóch d-ra Dnbon-Havenish'a z Brukselli. Z tych przypadków dwa zakończyły się śmiercią.

Cała ta grupa cierpień skóry, zależnych od wstrząśnień moralnych (choc moral), posiada pewne wspólne cechy:

1) Ostry początek, nieraz bardzo szybko po wstrząśnieniu. Tak np. u pewnej pani cierpiącej na lupus erythematicus, powstawała ostra niedokrewność palców rąk (syncope locale) w 5 minut po każdym rozpoczęciu skaryfikacyj.

2) Jeśli cierpienie skóry nie wystąpiło natychmiast po wzruszeniu, występują inne objawy zwiastunne (swędzenie, nerwobóle).

3) Są to powierzchowne cierpienia skóry, przeważnie naczynioruchowe (pokrzywka, rumień, purpura), kataralne (eczema, łuszczycyca, pemphigus, herpes), lub barwnikowe (vitiligo, canities).

4) Sprawom tym towarzyszy zwykle silne swędzenie, często nerwobóle.

5) Trwają stosunkowo krótko.

6) Zdarzają się przeważnie u kobiet.

Dwa czynniki współdziałają przy powstawaniu tych spraw: szczególna wrażliwość nerwowa i usposobienie do danego cierpienia skóry.

Z danych powyższych wypływają wskazania lecznicze.

*Funk.*

<sup>1)</sup> Prof. Połotebnow wspomina w najnowszej swej pracy o podobnych przypadkach. (Badania dermatologiczne, 1887).



180. SPAETH. **Nowy sposób leczenia chronicznych owrzodzeń skóry.** (*Centr. f. Chirurg. Orig. misth. N. 14, 1888*).

Główną przyczyną opieszalności w gojeniu i skłonności do powrotów w wyżej pomienionem cierpieniu jest niedostateczne odżywianie tkanek z powodu bliznowatego zwyrodnienia brzegów ich i podstaw, a zatem i skąpego ich unaczynienia. Zasada podanego przez autora leczenia polega na głębokich idących aż do zdrowych tkanek cięciach, które należy wykonywać na krzyż w odległości 2 ct. jedno od drugiego. Części przecięte powinny się szeroko rozstać. Powinna być przecięta nie tylko skóra, ale, co najważniejsze, i leżąca pod nią powięź; krwotok, jaki przy tem powstaje, tamuje się tamponami z gazy jodoformowej.

Przy pierwszym opatrunku owrzodzenia takie przedstawiają się zupełnie inaczej; z nacięć wyrasta obficie zdrowa ziarnina, która prędko pokrywa całą przestrzeń owrzodzenia i zabliźnia się, przy rozleglejszych zaś powierzchniach daje dobry grunt do transplantacyi. Z nacinaniem trzeba naturalnie czekać dopóki wrzód zupełnie się nie oczyści. Wyższość tego sposobu polega na tem, że wciągamy tutaj w grę dobrze unaczynione tkanki. Blizny po zagojeniu takim powstałe są dobrze unaczynione, w skutek czego mniejszą mają skłonność do recydyw.

Sposób ten widział autor stosowany przez A. Harhorda w Frankfurcie z najlepszymi wynikami, na dowód czego przytacza kilka spostrzeżeń.

B. Dzierżawski.

181. DIETRICH. „**Die Palpation der Lymphdrusen**“.

Autor przekonał się, że prawie u wszystkich zdrowych osobników można wyszukać gruczoły chłonne w tej lub owej okolicy ciała (szyjowe u 79%, pachowe u 72%, łokciowe u 82%, pachwinowe u 93%), u dzieci częściej niż u dorosłych. Gruczoły te mogą dochodzić do wielkości soczewicy, nawet bobu.

Przy świeżym syfilisie odsetek wymacalnych gruczołów chłonnych jest większy, przecięciowa ich objętość również większa. Obrzmienie gruczołów w chłonnych łokciowych nie jest charakterystyczne dla syfilisu, wbrew zdaniu wielu autorów.

(*Sitzungsbericht der Phys. med. Societät zu Erlagen. 1886. Virtelj. f. Derm. u. Syph. 1888 str. 306*).

182. KLOTZ. **Owrzodzenia wskutek zgorzeli skóry, powstające w późnych okresach syfilisu i związek ich z syfilisem.**

W wypadkach autora powstawały u starych syfilyków gniazda zgorzelinowe na kończynach dolnych. Owrzodzenie po odpadnięciu strupa nie ma cech owrzodzenia syfilycznego, przypomina raczej wrzód okrągły żołądka, posiada ostry, płaski brzeg i dno nierówne, pokryte surowiczą cuchnącą wydzieliną. W jednym przypadku głębokie owrzodzone gruczoły znajdowały się w sąsiedztwie wyżej opisanych owrzodzeń zgorzelinowych, oczywiście wygląd ich był inny. Autor nie wątpi, że przyczyną tej zgorzeli en plaques jest arteriitis obliterans syphilitica; rozbioru zwłok nie mógł dokonać. (Zjazd 9 lekarzy w Waszyngtonie 1877).

F.

## V. Wiadomości pomniejsze.

### 183. Hypnotyzm w chirurgii.

W klinice Weinlechnera w Wiedniu wykonano niedawno operację chirurgiczną na pacjentce, którą uspięno i unieruchomiono za pomocą sugestji hypnotycznej. Operowana, 19-letnia dziewczyna, hysteryczka ze szpecącą i bolesną blizną na lewym policzku (po wrzodzie skrofulicznym) jeszcze przed poddaniem się operacji bywała niejednokrotnie usypianą przez Fürtha, asystenta W. Pacjentka zahypnotyzowana została po połączeniu z wyjątkową uwagą wpatrywaniu się przez krótki czas w jednego z obecnych lekarzy, nie traciła jednak czucia; dopiero po wzmówieniu jej (sugestyji), że pozabawiona jest czucia i ruchu, w rzeczy samej utraciła powyższe własności tak, że operacja udało się wykonać jak pod chloroformem. Po operacji pacjentce jeszcze zahypnotyzowanej nakazano ubrać się, położyć do łóżka i spać przez godzinę, a następnie po przebudzeniu się nie czuć bólu w ranie. Wszystkie te rozkazy spełniła najdokładniej. Rana zagoiła się per primam. (The Lancet 2 Czerwca 1888). B. P.

### 184. Badanie macicy ułatwione rozszerzeniem kieszki prostej.

Na posiedzeniu Towarzystwa Gynekologicznego w Wiedniu, asystent Alberta Emmerich Ullmann polecał nowy sposób badania macicy w przypadkach, gdzie takowe jest utrudnione. Proponuje on wprowadzenie do kieszki prostej rozszerzacza pochwowego (colpeurynter), zawierającego 200—250 cm. sześcienn. wody. Doświadczenia wykonane przez U. na trupach, oraz na żywych ludziach wykazały, że przy takim zastosowaniu kolpeurynteru, macica i jajniki były uniesione i w położeniu przodopochylenia tak, iż naciskając ręką położoną na brzuchu macicę ku badającemu palcu, można przez pochwę zbadać obie powierzchnie macicy, więzy i jajniki, jeśli pęcherz jest pusty. (The Lancet 2 Czerwca 1888). B. P.

### 185. Leczenie ogólne przymiotu za pomocą wstrzykiwań oliwy rtęciowej.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego Wiedeńskiego z dnia 19-go maja, Lang przedstawił rezultaty leczenia przymiotu za pomocą zastrzykiwań głębokich oliwy rtęciowej, składającej się z:

- Hydrargyri depur.
- Lanolini aa partes 3
- Ol. olivarum partes 4.

Zastrzykiwania Lang robi za pomocą strzykawki, której stępel od tłoka jest podzielony na podziałki; każdy numer podziałki odpowiada 0,01 centym. sześciennemu płynu. Strzykawka cała zawiera 0,5 cent. sześciennego. Na zastrzyknięcie Lang używa do 0,3 cent. sześci. oliwy, chociaż zwykle dawka wynosi 0,1—0,15 cent. sześcienn. oliwy w odstępach tygodniowych. Zwykle objawy przymiotu już po trzech zastrzyknięciach znacznie się zmniejszają i wtedy Lang zawieszają użycie zastrzykiwań na dni kilkanaście, do dwóch tygodni; następnie po raz wtóry robi też same wstrzyknięcia kilka razy.

Zastrzyknięcia te są prawie bezbolesne, czasami w miejscu ukłócia robią się nieznaczące nacieki, ustępujące po kilku dniach bez znaku.

Lang używa swej metody leczenia przymiotu lat cztery i rezultaty uważa za bardzo pomyślne; nawet przy ciężkich objawach przymiotu, jak



przy porażeniu mózgu, rezultaty były zadawalniające. (Semaine médicale. N: 21. 1888).

(Przypisek sprawozdawcy. Zastrzykiwania czystej rtęci dokonywane w oddziale klinicznym szpitala ś-go Łazarza tytułem próby w tym roku dały rezultaty zupełnie ujemne).

**186. Leczenie przewlekłej i uporczywej pryszczycy (eczema) części płciowych zewnętrznych u małych dziewcząt p. H. Fournier.** Chore części F. poleca trzy razy dziennie obmywać dwu procentowym roztworem wody karbolowej i następnie zapędzłować lekko zwykłym rozcieńczonym kwasem octowym. Głębsze owróżdzenia poleca zasypywać proszkiem z równych części jodoformu i alunu. W niektórych przypadkach F. używał przedtem zamiast kwasu octowego czystego kwasu karbolowego; zważywszy jednak, że użycie kwasu karbolowego wywoływało grube strupki i silne swędzenie, zmuszające dzieci do drapania, F. zaniechał w ostatnich czasach tego sposobu, i obecnie tylko używa kwasu octowego, w rozmaitych stężeniach, stosownie do tego, jakie podrażnienie chce wywołać. (Monatsch. für. Pr. Dermatolog. N. 7, 1888).

**187. Prosty sposób usuwania wrastających paznogi.**

Patin w „Gaz. des hôpitaux“ poleca po należytem oczyszczeniu i odkażeniu chorego paznogcia użycie na chore miejsce (między paznokciem i ziarniną) traumatycyny (roztwór 1 części guttaperki w 9 chloroformu). W początku P. poleca smarować chore miejsce kilka razy dziennie, następnie rzadziej. Przy oszczędzaniu chorej nogi paznogieć powoli podnosi się ze strony chorej ze swego łożyska i może być bez trudu wycięty nożyczkami. Traumatycyna działa tu swoim chloroformem znieczulając miejscowo, guttaperka zaś działa mechanicznie, przenikając między granulacje i paznogieć i wyważając go z chorego łożyska. (Der. Pract. Arzt. N. 5. 1888).

Wł. Kopytowski.

**188. Dla bezbolesnego wyjmowania zębów** Henoque i Fredet eteryzują okolicę przewodu słuchowego zewnętrznego. (Société de Biologie de Paris. Leaire 4 Fev. 1888). Pod wpływem oziębienia twarzowych gałęzi nerwu trójdzielnego otrzymuje się anestyzyę do bezbolesnego wyjmowania zębów wystarczającą. Sposób ten jest łatwy i nieszkodliwy.

**189. HUCHARD** poleca następujące pigułki przeciw krwotokom.

Rp. Ergotin

Chinini sulf. aa 2,00

Pulv. Fol. Digit.

Extracti Hyoscyami aa 0,20

Fpill. Noc 20.

DS. 5—8—10 pigulek dziennie.

(Therap. Monatsh. N. 3, 1888).

B. D.

**190. LAGET i STEINTAL** rekomendują przy **zbyt uciążliwych bólach** porodowych **antypyrinę** w ilości 2 gramów per anum. Uczucie bólu ustępuje w tej chwili, macica zaś nie przestaje kurczyć się prawidłowo. Podobnie dobre rezultaty otrzymał i Quirel od podskórnych wstrzykiwań.

(Ther. Monatsh. N. 4, 1888).

**191. Wstrzykiwania atropiny przy rzeżączce.**

Przy rzeżączce z silnem podrażnieniem pęcherza, parciem i częstem mokszeniem otrzymywał Booue (Wien. Men. Wochenschr. 4, 88) bardzo dobre skutki od wstrzykiwania 0,015—0,03 Atropini Sulphurici w 4,0—

8,0 wody. Wstrzyknąwszy w cewkę należy potem z lekka przeciskać płyn ku pęcherzowi. Wstrzykiwania te dały również dobry rezultat przy podrażnieniu pęcherza po użyciu zbyt wielkiej dozy kantaryd.

(Ther. Monatsh. N. 4, 1888).

192. *Zur Behandlung des Erysipel von Dr. med. Hilsman in Constanti-nopol.* (Ther. Monatsh. N. 4, 1888).

W okolicach Konstantynopola leczą różę w sposób następujący: obwiązują chory członek w starą szmatę, którą za pomocą łożu oblepiają szerszą, następnie szerzą tę zapalają. Dr. Hilsman, widząc od tego leczenia dobre rezultaty, zaczął sam go stosować z pewną modyfikacją. Obwija on chory członek grubym filcem, który następnie przypala termokauterem. Skóra przytem silnie się rozgrzewa i zwykle następuje bardzo dobry skutek. Autor usilnie zaleca do dalszych prób w tym kierunku. *B. Dzierżawski.*

193. *BAYLAND* potwierdza skuteczne działanie Terpinhydrati (część składowa terpentyny) przy chorobach dróg oddechowych, a w szczególności jeśli cierpienia te powstały w skutek zaziębienia. B. podaje Terpinhydrat do wewnątrz w następującym składzie:

Rp. Terpinhydrati gr. 24.

Gliceryni puri q. sat. adsolut.

Syrupi lactucar ad unc. 1.

MDS. co 3 godziny po łyżeczce od kawy.

Z również pomyslnym skutkiem przy tych samych cierpieniach używa B. ol. terebinthinae po gr. 1—2 na cukrze. (Internat. Cbl. f. Laryng. Maj)

194. *HINTERHOFF* zaleca lewatywy z naftaliną przy cierpieniach kiszek, a w szczególności przy dysenteryi. W trzech przypadkach dysenteryi stosując lewatywy z naftaliną (gr. 8 — unc. 1 aq. destill.) otrzymał autor znaczną poprawę po dwóch takich lewatywach. Tenezmy i swędzenie zmniejszają się znacznie już po pierwszej lewatywie, a po drugiej ustępują zupełnie. (Rus. Med. 1888. N. 21).

195. Zamiast lewatyw z gliceryny („Kron. Lek.“ r. 1888. Nr. 1) przy zaparciu stolca zaleca *Boas* glicerynowe świeczki (1,00 gliceryny na świeczkę) tam, gdzie z powodów miejscowych (np. guzy hemoroidalne) wprowadzenie kanki jest zbyt bolesnem. Wypróżnienia następują po 15—20 minut bez wszelkich ubocznych następstw. (Deutsch. Med. Woch. 1881. N. 23).

196. Uporczywe wymioty u ciężarnych według spostrzeżeń *DUNCAN*'a i *COLLIUS*'a powstrzymują się natychmiastowo, jeśli do szyjki macicznej do  $\frac{3}{4}$  jej głębokości wprowadzić tamponik z waty namoczony w 10 — 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworze kokainy. O wywołanie przez to poronienia nie ma co się obawiać, tak przynajmniej utrzymują D. i C. (The Med. Chron. 1888. 1).

197. *PAJOT* przy nieplodności zależnej od zбочzeń macicy zaleca przedsięwziąć następujące środki: a) przy anteverisio, wstrzymać się od oddawania moczu przez 5 godzin przed mającym się odbyć coitus; b) przy retroversio — kilka dni z rzędu na noc  $\frac{1}{3}$  grana opium do wewnątrz, by przez to przez 3 — 4 dni wywołać zaparcie stolca, po odbytem coitus zająć się uregulowaniem stolca. (Deutsch. Med. Zeit. 1888. N. 22).

198. Nowy środek nasenny *Boldin*, glikozyd dobyty z liści rośliny „Boldo,” według spostrzeżeń *Junaville* lepiej działa od opium i chloralu. Nie posiada przykrego smaku, nie wywołuje przykrych następstw ubocznych i sprowadza się zupełnie prawidłowy. Jednorazowa dawka 3 gr. w płynie lub kapsułkach. (Allgem. Med. C. Z. 1888. N. 43).



199. CHANOIN i JORISSENE zalecają jodoform czysty lub z tanniną po 0,05 na dawkę w pigułkach przy krwiopluciu i uważają go za najskuteczniejszy z pośród wielu innych w tym celu dotąd używanych. Podają go w następującej formie:

Rp. Jodoformi 0,05  
Tannini 0,10 lub bez niej  
Extract. Gentian. S. Liquir.  
Quant. sat. ut. t. pil. N. 1.

2—9 takich pigulek wystarcza by powstrzymać krwioplucie w zupełności. Tannina nie ma tu znaczenia, gdyż i bez niej sam jodoform jest równie skutecznym. (Le Prog. Med. 1888. N. 20).

„Gaillards Medical Journal“ zwraca uwagę na nadużycie przemywania żołądka. Doszło do tego, że w Waszyngtonie młodzi ludzie przemywają sobie żołądek przed pójściem na każdy proszony obiad. „The Medical Record“ (19 Maja) ma obronę Waszyngtowskiej młodzieży, dowodzi, że częste przemywanie żołądka jest również odpowiedniem i pożytecznem, jak i częste mycie twarzy! (Wracz 1888. N. 23).  
K. W. S.

### Nadesłano do Redakcyi.

Dr. K. Szadek. Ueber die therapeutische Verwendung des Quecksilber-salicylats in der syphilidologischen Praxis Sonder Abdr. ausd. Monatsheften f. Praktische Derm. N. 10.

Dr. I. Jabłoński. Etude Clinique sur les épidémies du departament de la Vienne en 1887. Poitiers 1888.

Dr. S. Goldflam. Zur Lehre von der multiplen Neuritis. Sep. Abd. a. d. Zeit. f. Kl. Med. B. XIV. 4.

Do niniejszego N-ru dołącza się „Regulamin obowiązujący w zakładzie leczniczym Fürstenhof w Styrii na rok 1888.“

# OGŁOSZENIA.



## Dla kaszlących i osłabionych

Koncesyjonowane przez władze lekarskie, nagrodzone listem pochwalnym na wystawie higienicznej i medalem w dziale farmacji, higieny i pielęgnowania chorych na wystawie krakowskiej.

Wylączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych w Warszawie, Królestwie i Cesarstwie.

### EKSTRAKT I KARMEŁKI

MIODOWO-ZIOŁOWO-SŁODOWE

### FABRYKI „LELIWA”

w Warszawie ulica Zgoda Nr. 6.

Główna sprzedaż w Warszawie u Mrozowskiego i Spiessa, w Kijowie u Żeligowskiego, w Mińsku gub. u Gutowskiego, w Kownie u Miron-Klimowicza, w Odessie u Gajewskiego, Przestrzelskiego i Piskorskiego, w Astrachaniu u Kerna i Piaseckiego w Symferopolu u Sokolowskiego, w Karcz Jenikale u Hana, w Baku u Czyszkowskiego, w Moskwie u Mattejsena. 50% tańsze i pewniejsze od zagranicznych.

Fłaszka ekstraktu zawierająca 5 uncyj kop. 75, z dodaniem chininy lub z dodaniem żelaza i chininy rs. 1.

Paczka karmelków kop. 15.

## Dr. Stanisław Prager

ordynuje jak dawniej

w Marienbadzie.