

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	„ 2 „ 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	„ 1 „ 25			

**TREŚĆ:** Rozprawy. Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zбочeń mózgowych. Napisał dr. WŁ. GAJKIEWICZ. (c. d.)—Wykłady kliniczne. O rozpoznawaniu i chirurgicznym leczeniu guzów jamy brzusznej, przez SPENCER'A WELLS'A. Wolny przekład d-ra St. KONDRATOWICZA. (c. d.)—Odcinek. PETERSEN'A, Rozwój historyczny terapii lekarskiej. Podał dr. G. FRITSCH. (c. d.)—Streszczenia i wyciągi. Przypadek wyleczonego wodowstrętu. Przestroga przy zadawaniu kalomelu.—Od Redakcyi.

## OBCENY STAN WIEDZY

O umiejscowieniach czynności i zбочeń mózgowych.

Napisał Władysław Gajkiewicz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 15,—17, 19—25, 34—37, 39—11, 46, 47 i 48).

Z przytoczonych przypadków widzimy iż jeżeli prócz pęczka włókien białych podstawo-czołowego dolnego, lewego, zniszczonemi będą i inne włókna białe leżące poniżej istoty szarej korowej *zonae motoricae corticalis*, to do niemoty (*aphasia*) dołączają się i inne porażenie. Pęczek podstawowo-czołowy dolny lewy może być dotkniętym wtórnie i wywołać utratę mowy, przy cierpieniach wnętrza mózgu, które zazwyczaj nie powodują niemoty. Szczególniej to łatwo przy wylewach krwi, które, jak zobaczymy niżej, najczęściej mają miejsce między przedmurzem a torebką zewnętrzną, na zewnątrz jądra soczewicowatego, a więc w blizkiem sąsiedztwie pęczka podstawowo-czołowego dolnego. Niemota wtórna, to jest zależna od ucisku włókien białych podstawowo-czołowych dolnych, lewych, wspomnianym wylewem krwi, ustępuje po pewnym czasie skoro i ucisk przez wchłonięcie wylanej krwi zmniejszy się lub ustanie, gdy tymczasem niemota spowodowana zniszczeniem włókien jest trwałą.

Zniszczenie włókien białych podstawowo-czołowych dolnych, prawych nie powoduje niemoty i jeśli jest ściśle ograniczonem tylko do włókien istoty białej leżącej pod końcem tylnym zawoju czołowego dolnego prawego, to nie powoduje żadnych porażen. W 2-ch następujących przypadkach podanych przez PITRES'A (*l. c.* str. 74—75) spostrzegano za życia tylko padaczkę umiejscowioną, co się tłumaczy drażnieniem włókien sąsiednich ruchowych. W obydwóch nie ma podanego zachowania się mięśni języka.

X. HUGHINGS JACKSON. 1) 22-letni mężczyzna od 2 miesięcy miał napady pa-

1) *A serie of cases illustratives of cerebral pathology. Cases of intra-cranial tumores. Med. Times and Gazette. 1872. T. II str. 597.*



daczki zaczynające się zawsze w paluchu ręki lewej, zkład rozszerzały się one na całe ciało. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono masę gruzelków wielkości orzecha laskowego pod istotą szarą korową tylnej części zawoju czołowego dolnego prawego, a gruzelki roziane w otaczającej najbliższej tkance mózgowej. Inne części mózgowia zdrowe.

XI. SIMON. <sup>1)</sup> 9-letnia dziewczynka została uderzoną przez konia w okolicę czołową prawą. Nie straciła przytomności, mówiła dobrze, dostała tylko lekkich drgawek w mięśniach twarzy i częstych wymiotów. Przez złamaną kość odchodziły kawałki tkanki mózgowej. W kilka dni porażenie zupełne lewej strony ciała. Przy badaniu pośmiertnem: w głębi zawoju czołowego dolnego prawego ropień. Inne części mózgowia zdrowe.

c) Cierpienie pęczka włókien białych podstawo-czołowych średnich. W jednym podobnym dotychczas opisanym przypadku, gdzie jednak prócz włókien wspomnianych, zniszczenie dotknęło nieco i włókna czołowo-ciemieniowe średnie, za życia spostrzegano lekkie porażenie (*paresis*) kończyny górnej i lekkie skręcenie (*deviatio*) spojenia ust.

XII. ANTONI FREY. <sup>2)</sup> 52-letni bednarz, zazwyczaj zdrowy, dostał nagle wieczorem silnego bólu głowy czołowego. Nazajutrz rano spostrzegł iż ręka jego lewa jest słabszą niż prawa; przeszło to jednak po kilku dniach bez pozostawienia śladu. Wkrótce jednak przyszedł na nowo ból głowy w okolicy czołowej prawej i po lekkim napadzie apoplektycznym nastąpiło znaczne osłabienie kończyny górnej lewej. Po wejściu do szpitala stwierdzono nieznaczne obniżenie spojenia warg lewego, lekkie skrzywienie języka na lewo i osłabienie (*paresis*) kończyny górnej lewej. Chory kończyną tą mógł wykonywać jeszcze ruchy dowolne, lecz były one bardzo powolne i wymagały wielkiego wysiłku. Badanie siłomierzem (dynamometr) DUCHENNE'A okazało na lewo 17, na prawo 37. *Paresis* powoli się zmniejszała. Śmierć w skutek róży zgorzelinowej (*crisipelas gangraenosum*). Przy badaniu pośmiertnem: rozmięczenie (*ramollitio*) istoty białej w prawej półkuli mózgowej, utworzone przez 3 ogniska przyległe, mające razem 12  $\mu$  długości, 8  $\mu$  szerokości i 3—4  $\mu$  głębokości. Z załączonej do opisu ryciny widać, iż ogniska odpowiadały pęczkowi podstawo-czołowemu średniemu.

Widzieliśmy przy opisie istoty szarej korowej, iż wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, ośrodek psycho-ruchowy mięśni kończyny górnej, znajduje się w  $\frac{1}{3}$  średniej zawoju czołowego wstępującego na wysokości zawoju czołowego średniego. Zobaczymy niżej, iż prawdopodobnie to samo ma miejsce i z istotą białą korową leżącą pod tym ośrodkiem. Nie zadziwi więc nikogo iż w przypadku dopiero co opisanym, zniszczenie tak blisko leżące ośrodka kończyny górnej i włókien od niego idących (a może nawet istniało i naruszenie ich), wywołało bezwład tej kończyny.

W jednym przypadku, jaki możemy przytoczyć za przykład,

d) Cierpienia pęczka włókien białych podstawo-czołowych górnych, objawy widziane za życia, zależały również od wpływu tego cierpienia na włókna sąsiednie, leżące pod częścią górną zawojów wstępujących.

<sup>1)</sup> *The Lancet*. t. II str. 449.

<sup>2)</sup> *Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Hirnfaserung-in Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh.* 1875. t. VI. str. 327.



XIII. R. LÉPINE <sup>1)</sup>. A. C. 69-letnia z oddziału CHARCOT'A, dostała w r. 1867 porażenia połowicznego lewego bez utraty przytomności, które przeszło bez śladu po 2 miesiącach. W Listopadzie 1869 również bez utraty przytomności, po raz drugi porażenie połowiczne lewe zupełne i nieco obrócenia (*rotatio*) głowy. Od czasu do czasu w kończyźnie górnej porażonej drgawki. W 3 dni potem, lekki napad padaczki bez utraty przytomności, drgawki przeważnie w kończyźnie górnej lewej, przeciągnięcie spojenia ust na lewo, obrócenie oczów. W nocy kilka podobnych napadów. Potem przyszła sztywność (*rigiditas*) kończyn lewych. Przy badaniu pośmiertnem: kilka małych tętniaczków na powierzchni zawojów. Na półkuli prawej w tylnej części zawoju czołowego górnego, w miejscu przylegania go do zawoju czołowego wstępującego, znaleziono zakłębienie, a na rzekroju, ognisko wylewu krwi wielkości małego orzecha w grubości korony promienistej, dochodzące na 1 cm powyżej jądra soczewicowatego które było nietkniętem. Zwyrrodnienie wtórne odnogi mózgu, mostu VAROLA, piramidy przedniej i rdzenia kręgowego.

e) Cierpienie włókien białych czołowych i ciemieniowych dolnych ograniczone do tych tylko włókien, powinny wywołać porażenie twarzy, bez lub z drgawkami mięśni porażonych. Przypadku w którymby cierpiały same tylko włókna białe, bez jednoczesnego zniszczenia istoty szarej korowej, nie ma dotychczas opisanego. Widzielismy takie cierpienie istoty szarej i białej korowej, w przypadku HITZIG'A. Gdy prócz włókien w mowie będących, cierpią i inne wyżej położone, to prócz porażenia twarzy, następuje i porażenie kończyny górnej jak np. w przypadku

XIV. DIEULAFOY <sup>2)</sup>. U kobiety 60-letniej, cierpiącej na porażenie zupełne kończyny górnej i twarzy po stronie prawej, znaleziono przy badaniu pośmiertnem ognisko wylewowe wielkości orzecha laskowego w istocie białej zawoju czołowego wstępującego na wysokości 2 dolnych zawojów czołowych.

FONTAINE <sup>3)</sup> przytacza przypadek ropnia wielkości orzecha laskowego, który znajdował się na lewo, koło wypukłości płata czołowego, a za życia *monoplegia facialis*. Szkoda tylko iż nie ma ściślej oznaczonego miejsca cierpienia. To samo tyczy się przypadku E. LITTRÉ'GO <sup>4)</sup> w którym obumarciu wielkości 1½ franka, istoty białej w półkuli lewej, powyżej komórki bocznej, wywołało porażenie twarzy i kończyny górnej, prawych.

f) Cierpienie włókien białych czołowo-ciemieniowych średnich, wywołuje porażenie obu kończyn strony przeciwnej ciała, bez porażenia twarzy. Gdy zniszczenie dotknie i włókna czołowo-ciemieniowe dolne, to nastąpi obraz zupełnego porażenia połowicznego, a gdy włókna czołowo-ciemieniowe dolne są tylko drażnione, to pojawiają się drgawki w mięśniach przeciwnej połowy twarzy.

XV. PITRES <sup>5)</sup>. M. 63-letnia cierpiąca na padaczkę od 22 r. życia, przyniesioną została w r. 1876 do infirmaryi prof. CHARCOT'A, z powodu drgawek w kończynach lewych, które przyszły bez utraty przytomności. Potem nastąpiło porażenie kończyny górnej

<sup>1)</sup> *De la localisation dans les maladies cérébrales.* Paris, 1875. str. 33.

<sup>2)</sup> *Gazette des hôpitaux* 1868 str. 150 i *Bulletins de la Société de Biologie* 1868 str. 139.

<sup>3)</sup> *Bulletins de la Société Anatomique de Paris* 1869 str. 231.

<sup>4)</sup> *Journal hebdomadaire* 1828 str. 224.

<sup>5)</sup> *l. c.* str. 83. Obs. XXXIV.



i dolnej lewych i lekka sztywność kończyny górnej. Twarz lewa nie porażona. Odruchy i czucie zachowane. Przy badaniu pośmiertnym: tętnice mózgowe miazdżycowe, w półkuli prawej poniżej istoty szarej korowej, pokrywającej dno części średniej rowka ROLANDA, ognisko rozmiękczenia (*ramollitio*) długie 0,02, szerokie 0,01, oddzielone od istoty szarej warstwą nierozmiękczonej istoty białej, grubą na 0,002.

XVI. MALMSTEN <sup>1)</sup>. 45-letni mężczyzna w Listopadzie 1875 r. dostał silnego bólu w lewej skroni i drgawek w kończynie górnej prawej. W Grudniu t. r. porażenie połowy prawej twarzy (*hemiplegia facialis dextra*), drgawki tamże i w kończynie górnej, potem porażenie zupełne kończyny górnej prawej. Przy badaniu pośmiertnym: ropień wielkości jaja poniżej części średniej zawojów wstępujących lewych.

XVII. Ch. MAYGRIER <sup>2)</sup> na posiedzeniu Towarzystwa Anatomicznego Paryżkiego 30 Listopada 1877 r. przedstawił mózg chorej A. G. 36-letniej, która weszła 17 Października 1877 do szpitala *St. Antoine*, oddział d-ra MESNET. Chora opowiadała iż cierpienie jej datuje od czasu zadania uderzeń pięścią w głowę, od tej to pory doznaje bólu w okolicy ciemieniowej lewej. Wkrótce potem, przyszły drgawki podobne do padaczkowych (*convulsiones epileptiformes*) przeważnie w nocy (*nocturni*). Przed 4 miesiącami spostrzegła iż strona prawa ciała jest słabszą niż lewa (*hemiparesis*); osłabienie to wciąż wzrastało. Przy wejściu do szpitala, silny ból głowy po stronie lewej i *hemiparesis dextra completa*, to jest, części dolnej twarzy i obu kończyn. Żadnego zбочenia czuciowego ani umysłowego. W szpitalu drgawki powtarzały się co kilka dni, przeważnie po stronie porażonej; głowa i oczy w czasie napadu zwracały się na prawo. Śmierć 30 Listopada. Przy badaniu pośmiertnym: w części dolnej obu zawojów wstępujących, osłona miękka zgrubiała, silnie przyrośnięta do istoty szarej korowej. Na przecięciu pionowym przekonano się iż w  $\frac{2}{3}$  dolnych, cierpienie dotyczy tylko istoty szarej korowej, lecz w części górnej zajmuje włókna istoty białej korowej, a mianowicie pęczek czołowo-ciemieniowy średni. Badanie drobnowidzowe nie było jeszcze wtedy robionem, lecz napozór cierpienie wyglądało jakby blizna. W przypadku tym cierpienie istoty szarej korowej części dolnej obu zawojów wstępujących tłumaczy nam porażenie twarzy, cierpienie zaś pęczka włókien białych czołowo-ciemieniowego średniego, tłumaczy porażenie kończyn jakie wystąpiło za życia.

XVIII. BERDINEL i DELOTTE <sup>3)</sup>. C. P. 46-letnia kobieta wstąpiła do szpitala *Lariboisière* do oddziału d-ra PROUST'A 21 Lutego 1878 r. skarżąc się na wymioty przychodzące co dzień i osłabienie ręki lewej. Osłabienie to zwiększało się szybko, 3-go już dnia wyprostowanie palców było niemożliwem, a zginanie ich zmniejszone, 4-go dnia bezwład zupełny napięstka, ręki i palców. Brak innych objawów mózgowych. Pod koniec życia które zgasło 31 Maja t. r. zupełne porażenie strony ciała lewej. Przy badaniu pośmiertnym: zniszczenie istoty białej korowej pod częścią średnią zawojów wstępujących: czołowego i ciemieniowego. Inne części mózgowia zdrowe.

XIX. BIDE <sup>4)</sup> na posiedzeniu Towarzystwa Anatomicznego Paryżkiego 11 Stycznia

<sup>1)</sup> *Hygiea* 37,2. *Svenska Jakaresall* 1876. *Revue des sciences médicales* 1877 t. IX str. 143.

<sup>2)</sup> *Progrès médical* 1878. Nr. 7 str. 123.

<sup>3)</sup> *Bulletins de la Société Anatomique de Paris* 1878 str. 503 i *Progrès médical* 1878. Nr. 26 str. 503.

<sup>4)</sup> *Progrès médical* 1878. Nr. 16 str. 301.



1878 r. okazał mózg 48-letniego G. P. zmarłego w szpitalu *Lariboisère* w oddziale d-ra TILLAUX 4 t. m., który 16 Października 1877 r. w stanie nietrzeźwym podczas kłótni uderzony został w głowę, skutkiem czego utracił przytomność i miał znaczny krwotok. Po 2 dniach odniesiono go do szpitala, gdzie znaleziono kilka ran na głowie, z których główna na lewo, na 3 $\frac{1}{2}$  ctm. od linii łączącej uszy, 10 ctm. powyżej wylotu ucha, a 4 ctm. od linii środkowej. Kość tam zagłębiona i złamana. Gorączka. Porażenie mięśni kończyny górnej prawej, zwłaszcza mięśni wyprostnych (*extensores*). Lekkie porażenie twarzy lewej strony. Kończyna dolna prawa i cała połowa ciała lewa wykonywa ruchy prawidłowo. Czucie wszędzie niezmienione. W dalszym przebiegu, porażenie zwiększało się, to znów zmniejszało; kilka napadów drgawek podobnych do padaczkowych (*convulsiones epileptiformes*). Przy badaniu pośmiertnym: w półkuli lewej 1 $\frac{1}{2}$  ctm. poniżej powierzchni mózgu ropień (*abscessus*) oddalony na 5 ctm. od szczeliny międzypółkulowej, mający 4 ctm. w wymiarze poprzecznym i przednio-tylnym. Zniszczył on istotę białą pod częścią średnią zawoju ciemieniowego wstępującego i przyległych zawojów ciemieniowych: górne- go i dolnego.

Przypadek ten wskazywałby iż zniszczenie części średniej istoty białej, jak i szarej, zawoju ciemieniowego wstępującego powoduje *monoplegiam brachialem*.

g) Cierpienie włókien białych czołowo-ciemieniowych górnych, tak samo jak i cierpienie odpowiedniej istoty szarej korowej, powoduje zaburzenia ruchowe w połowie przeciwnej ciała, w dolnej części twarzy i w obu kończynach. Gdy włókna te są drażnione to za życia występują drgawki, gdy zaś ulegną zniszczeniu, części wymienione, zostają porażone. To samo się ma z włóknami białymi idącymi od zrazika przysrodkowego.

XX. BEURMANN. 1) 65-letnia kobieta, w Lutym 1873 r. miała napad apoplektyczny z utratą przytomności, po którym nastąpiło porażenie połowiczne lewe (*hemiplegia sinistra*) z przykurczeniem (*contractura*). We Wrześniu t. r. drgawki twarzy i kończyn porażonych, które powtarzały się i w latach następnych. Przy badaniu pośmiertnym (1876): naczynia krwionośne mózgowe miążdżycowe, w półkuli prawej w głębi rowka czołowo-ciemieniowego wewnętrznego, pod zrazikiem przysrodkowym, stare ognisko wylewu krwi wielkości migdała, zniszczyło ono istotę białą korową końca górnego zawojów wstępujących, bo rozciągało się od podstawy zawoju czołowego górnego aż do podstawy zawoju ciemieniowego górnego.

XXI. CHARCOT i PITRES 2). B. 65 lat mający, w r. 1873 dostał napadu apoplektycznego po którym nastąpiło porażenie połowiczne lewe (*hemiplegia sinistra*), a wkrótce potem przykurczenie (*contractura*) kończyn porażonych. W kilka miesięcy drgawki, tylko w częściach porażonych i sztywnych, powtarzały się one i w latach następnych. Śmierć 1876 r. Przy badaniu pośmiertnym obumarcie (*ramollitio*) istoty białej pod zrazikiem przysrodkowym, pod górną częścią zawojów wstępujących i podstawą zawoju czołowego średniego. Zwyrrodnienie wtórne śródmózgowia i rdzenia.

XXII. LANDOUZY 3). S. V. 65-letni mężczyzna wstąpił do oddziału prof. HARDY w szpitalu *de la Charité* 9 Maja 1877 r. Przed 3 dniami, bez powodu i bez najmniejszej

1) *Bulletins de la Société Anatomique de Paris* 1876 str. 251.

2) *Revue Mensuelle* 1877. Nr. 6 str. 442.

3) *Progrès médical* 1877. N. 52 str. 992 i *Revue Mensuelle* 1878. N. 1 str. 11—30.



zmiany w stanie zdrowia, siadając do stołu upadł, straciwszy tylko napół przytomność. Nastąpiło potem porażenie obu kończyn i twarzy, prawych (*hemiplegia dextra*) bez zaburzenia mowy. W szpitalu stwierdzono iż porażenie jest zupełne i całkowite. W końcu Maja t. r. chory może wykonywać lekkie poruszenia kończynami, zwłaszcza górną, twarz zawsze jednakowo porażona. W końcu Czerwca t. r. bóle wzdłuż kończyny górnej prawej, zwiękkszające się przy ucisku spłotu ramieniowego (*plexus brachialis*) w dole pachowym. W Lipcu t. r. ruchy znów ograniczone, bóle w kończynie dolnej, lekkie przykurczenie zwiększające się przez Sierpień, przeważające w kończynie dolnej, gdzie goleń jest półzgięta i w położeniu półksobnem, stopa wyciągnięta. Kończyny porażone zmniejszają się w objętości, lecz tylko z powodu zaniku mięśni bo tkanka tłuszczowa podskórna przeciwnie rozrasta się, tak iż faldą zrobiona ze skóry jest grubszą na prawo niż na lewo; włosy i paznokcie dłuższe na prawo. Na kończynie górnej ramię jest w położeniu półksobnem (*semuabductio*), przedramię w położeniu pośrednim między nawrotnem (*pronatio*) i wywrotnem (*supinatio*) palce w półzgięciu (*semiflexio*). We Wrześniu t. r. odleżyny (*decubitus*), ropnica (*pyaemia*), śmierć. Przy badaniu pośmiertnem stwierdzono przerost tkanki komórkowo-tłuszczowej podskórnej, która na ramieniu prawem ma grubości 0,006, a na lewem 0,003; na udzie prawem 0,006, a na lewem 0,003; na goleni prawej 0,045, a na lewej 0,002. Mięśnie zanikłe. W półkuli lewej stare ognisko wylewu krwi ciągnące się równolegle do wielkiej osi mózgu od podstawy zawoju czołowego górnego aż do końca zawoju ciemieniowego górnego, nie dotyka ono nigdzie istoty szarej, a tylko zajmuje istotę białą *centri ovali* a mianowicie pęczka czołowo-ciemieniowego górnego. Początek zwyrodnienia wtórnego śródmózgowia i rdzenia.

XXIII. QUENU <sup>1)</sup>. Do oddziału d-ra DESROS w szpitalu *de la Pitié* przyniesiono 3 Kwietnia 1878 r. 78-letniego starca który dostał napadu apoplektycznego. Odzyskał tegoż samego dnia przytomność, został tylko rodzaj odurzenia, ospałości. Porażenie zupełne kończyny górnej lewej, niezupełne dolnej lewej. Twarz zdrowa. Palec, ręka i przedramię lewe, nieco sztywne, 9 Kwietnia śmierć w objawach zapalenia płuc. Przy badaniu pośmiertnem: naczynia mózgowie miażdżycowe; ognisko wylewu krwi które zniszczyło: małą część istoty białej włókien czołowych górnych (13 mm. na długość, 3 mm. na szerokość, 4 mm. na głębokość), większą część pęczka ciemieniowego górnego (4 cm. na wysokość, 4 mm. na szerokość) i połowę górną pęczka podstawowo-ciemieniowego górnego. Inne części mózgowia zdrowe.

Nie znane są dotychczas przypadki cierpienia ograniczonego tylko do włókien białych podstawo-ciemieniowych dolnych. Przypadek COLSON'A przytoczony przez PITRES'A (*l. c.* str. 87) zdaje się mówić iż cierpienie włókien białych podstawowo-ciemieniowych górnych nie powoduje żadnych zaburzeń ruchowych.

23 przytoczone przypadki dowodzą dostatecznie iż cierpienie istoty białej korowej zrazu czołowo-ciemieniowego, lub ściślej się wyrażając, istoty białej leżącej pod obu zawojami wstępującymi, zrazikiem przysrodkowym i podstawą zawoju czołowego dolnego lewego, nie przebiegają bez żadnych objawów, jak to ma miejsce gdy cierpieniem jest dotknięta istota biała reszty półkuli. Owszem, przeciwnie, jakakolwiek jest rozciągłość

<sup>1)</sup> *Progrès médical* 1878. Nr. 28 str. 540.



i natura tych cierpień, jeśli tylko one dotyczą wymienione włókna, nieodwołalnie za życia występują objawy zaburzenia ruchu (drgawki, porażenia). Istnieje więc pod tym względem podobieństwo między istotą korową szarą a białą. Podobieństwo to możemy posunąć jeszcze dalej, widzieliśmy bowiem iż zniszczenie różnych miejsc okolicy czołowo-ciemieniowej, powodowało różne objawy. Z tego więc wnosimy, iż z każdego ośrodka psychoruchowego leżącego w istocie szarej korowej wychodzi pęczek włókien, zniszczenie którego powoduje ten sam skutek co i zniszczenie samego ośrodka. W pierwszym razie, przy zniszczeniu istoty szarej korowej, nie możliwym jest powstanie pobudzenia ruchowego, w drugim, gdy cierpi istota biała korowa, przerwana zostaje część drogi przeprowadzającej pobudzenie ruchowe do mięśni przeciwnej strony ciała. Istota więc biała korowa, tak samo jak i szara, nie jest czynnościowo jednakową, w obecnym jednak stanie nauki możemy rozpoznać za życia jej cierpienie tylko wtedy, gdy dotknięta jest niem okolica czołowo-ciemieniowa. Przy cierpieniu zaś włókien białych innych okolic, występują za życia objawy niepewne, nieokreślone: ból głowy, wymioty, śpiączka i t. d., z istnienia których nie możemy nie wnosić o siedlisku cierpienia, bo objawy te mogą występować i przy cierpieniu włókien białych ruchowych, jak to widzieliśmy w kilku przypadkach, dowodząc iż cierpienie wywołuje ucisk na części sąsiednie.

#### KONIEC CZĘŚCI DRUGIEJ.

### WYKŁADY KLINICZNE.

#### O rozpoznawaniu i chirurgicznem leczeniu guzów jamy brzusznej.

Sześć lekczy klinicznych T. SPENCER'A WELLS'A. F. R. C. S. profesora na Hunterowskiej katedrze patologii i chirurgii na rok 1878.

Wolny przekład z niemieckiego przez d-ra St. Kondratowicza.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 42, 44, 45, 47 i 48).

#### IV.

Operacyja.—Postępowanie ze zrostami i z siecią.—Wydalenie guza.—Postępowanie z szypułą: sposób zewnątrz-otrzewny (*klamp*).—Sposób wewnątrz-otrzewny: (przewiązanie, przypalenie, odcisnięcie gwałtowne).

Jeżeli przy pociąganiu torbiel nie daje się wydobyć, to istnieją przyrosty, albo do ścian brzusznych, albo do sieci, albo do trzewiów, albo do miednicy. Czasami, po przecięciu ścian brzusznych widzimy, że już od przodu torbiel jest przyrośnięta; zrosty te zazwyczaj dają się łatwo palcami rozdzielić, jeżeli ścianki torbieli są mocno napięte, to jest przed przekłóciem torbieli. Jeżeli jednak zrosty są bardzo obszerne i tęgie, to lepiej jest pierwej torbiel opróżnić, a dopiero potem zająć się oddzieleniem zrostów. W takich razach najlepiej jest przeciąć torbiel, a ponieważ ścianki jej są przyrośnięte do brzegów cięcia brzuszego, przeto zawartość nie będzie mogła dostać się do jamy otrzewnej lecz wypływać będzie na zewnątrz; po opróżnieniu zaś torbieli bardzo często można ją wynicować, wprowadzwszy przez otwór rękę, którą ujmuje się tylną ściankę torbieli



i wyciąga się ją na zewnątrz. Postępowanie to jest najodpowiedniejszym, gdy torbiel jest od przodu mocno przyrośnięta, albowiem oddzielając płaty palcami przed opróżnieniem torbieli możemy często poddrywać całe płaty otrzewnej, co ma wielki wpływ na niepomysłny wynik operacji. Jeżeli nie uda się nam oddzielić w powyższy sposób silnych przyrostów, to należy przystąpić systematycznie do dzieła. Rozszerza się cięcie brzuszne ku górze i ku dołowi, jedną ręką wnika się między torbiel i ścianę brzucha, palcami rozdziela się zrosty, podczas gdy drugą ręką powoli i jednostajnie wyciąga się torbiel na zewnątrz. Czasami są bardzo silne pasmowate przyrosty, które trzeba przecinać nożem lub nożyczkami, chociaż należy to do wyjątków.

Jeżeli w powyższy sposób oddzielimy zrosty, to rzadko kiedy występuje dłużej z krwawieniem. Po przecięciu jednak nożem pojawiają się silniejsze krwotoki; tamuje się je za pomocą skręcenia naczyń krwawiących szczypekami, które przez jakiś czas pozostawia się na miejscu. Czasami potrzeba przewiązać krwawiące naczynie. Można też zastosować cięcia za pomocą igły, którą przekłówa się ściany brzuszne w miejscu krwawiącym, jak to doradzał SIMPSON. Jeżeli krwotok z naczyń włosowatych w danym miejscu jest bardzo uporczywy, to można w tym miejscu utworzyć fałdę ze ścianki brzusznej i przesyć tę fałdę kilkoma szwami. Pierwszy w podobny sposób postąpił dr. KIMBALL z Lowell (w Ameryce), a po nim SPENCER WELLS. Jeżeli krwawią same brzegi wewnętrznej rany brzusznej, to najlepiej przyłożyć je do siebie, przekłuć moonem igłami powyżej i poniżej miejsca krwawiącego i zastosować silny boczny ucisk za pomocą poduszeczki korkowej.

Po oddzieleniu przyrośniętej torbieli od sieci, bardzo często mamy uporczywe i silne krwotoki. Małe naczynia należy skręcać szczypekami, większe należy przewiązać, a nitki obciąć o ile można krótko. Przy przewiązywaniu najlepiej jest sieć wydobyc z jamy brzusznej i rozprostować na czystej serwetce, a to w tym celu, by żadne naczynie pominiętem nie zostało. Jeżeli zwykłymi sposobami nie udaje się zatamować krwawienia, to należy przewiązać tę część sieci, czy to *en masse*, czy też częściowo i odciąć ją tuż przy przewiązce. Po przewiązaniu trzeba zmienić serwetę, by widocznem było iż już nie ma krwawienia. Sieć wprowadza się do jamy brzusznej dopiero po oczyszczeniu otrzewni, przyczem uważnie rozpościera się ją na jelitach, gdyż wszelkie skręcenie jej około osi może wywołać zgorzel.

Po oddzieleniu zrostów niezwykła wielkość guza względnie do długości cięcia ścian brzusznych może też stać się przeszkodą dla wydalenia go na zewnątrz. W takim razie albo przekłówa się kilka mniejszych oddziałów torbielaka, albo też wprowadza się rękę do torbieli rozdziera się przegrody znajdujące się w jej wnętrzu. Jeżeli i to nie pomaga, co zdarza się w przypadkach, gdy torbiel składa się z wielkiej ilości drobniutkich drugorzędnych torbieli, albo też z twardej masy, to należy rozszerzyć cięcie w kierunku ku górze, a tylko w wyjątkowych i koniecznych przypadkach ku dołowi.

Po wydobyciu guza na zewnątrz rany ukazuje się szypuła. Widzimy wtedy, że torbiel jest w związku z macicą za pomocą taśmy rozmaicie szerokiej i długiej i może ona składać się z jednej lub kilku części.

Podano rozmaite sposoby postępowania z szypułą. Przy pierwszych operacjach wycięcia jajnika przewiązywano szypułę sznurem konopnym, którego końce wyprowadzano na zewnątrz przez ranę brzuszną; później używano skórzanego przewiązki której końce obcinano krótko, poczem całą szypułę opuszczano do jamy brzusznej. Wreszcie Jonathan HUTCHINSON



pierwszy wymyślił klamp, który został przyjętym przez SPENCER WELLS'A i innych operatorów.

Obecnie są dwa sposoby postępowania z szypułą: I sposób zewnątrz-otrzewny i II sposób wewnątrz-otrzewny. Przy pierwszym używa się klampu, za pomocą którego utwierdza się koniec szypuły na zewnątrz rany brzusznej; przy drugim stosuje się przewiązanie, rozpalone żelazo a w najnowszych czasach: gwałtowne odciśnięcie, poczem koniec szypuły opuszcza się do jamy brzusznej.

### I. Sposób zewnątrz-otrzewny.

Po wydobyciu torbieli na zewnątrz zakłada się klamp na wybrane miejsce szypuły, między torbielą a macicą, następnie zaś, ściskając rękojeść, mocno się go zamyka. Ścisnąc się rękojeść lewą ręką, prawą zaś przytwierdza się szrubę, zaciskającą poprzeczne ramię klampu, tak mocno by tenże nie mógł się z szypuły ześlizgnąć. Jeżeli szypuła nie jest jednokowej grubości i jest w części błoniastej, to klamp może być niedostatecznym do jednostajnego zaciśnięcia całej szypuły, co może stać się powodem krwotoku następnego. W takich razach poniżej klampu nakłada się przewiązkę z jedwabiu i zaciska się ją tak mocno, by szypuła na około była uciśniętą, poczem dopiero zakręca się szrubę klampu. Postępowanie podobne przedstawia dużo dogodności i SPENCER WELLS obecnie zawsze zakłada przewiązkę z jedwabiu. Ramiona klampu są zgięte według płaszczyzny poziomej i stronę wypukłą kieruje się ku ranie brzusznej, by uniknąć wszelkiego ucisku na ranę. Po założeniu klampu odcina się guz tuż po nad nim, na powstałą zaś wystającą część szypuły nasypuje się proszku *Ferri sesquichlorati crystallisati* albo *Ferri sulphurici puri*, ponieważ pod ich wpływem tkanki zmieniają się w twór suchy skórzasty, przez co unikamy ich rozkładu.

Rozmaici chirurdzy używają klampów rozmaitego kształtu. HUTCHINSON, który pierwszy zastosował to narzędzie, użył prostego cyrkla ciesielskiego, którego ramiona połączył za pomocą poprzecznej sztabki, przytwierdzonej szrubą. Później ulepszył go w ten sposób, że rękojeści, po założeniu narzędzia, można było odjąć, przez co ciężar jego był znacznie mniejszy. Następnie nadano ramionom kierunek równoległy.

SPENCER WELLS używał z początku takiego klampu jak przy operowaniu szyszek hemoroidalnych, ale pomimo że brzeg wewnątrzny klampu jest gładki i tępy, jednak często się zdarzało, iż przecinał on szypułą. Klampu tego nie używa już od lat ośmiu. Klamp KOEBERLE'GO ma zbyt ostry brzeg i dobrym jest tylko dla cienkiej szypuły. Dość dobrym jest klamp zwany „Leeds-clamp”, wynaleziony przez kapelana szpitala w Leeds. Klamp amerykański d-ra DAWSON'A z Nowego-Yorku, chociaż dobrze zaciska, jest jednak za ciężki i zbyt ciśnie na ranę. Najlepszym jest nowy klamp SPENCER WELLS'A.

### II. Sposób wewnątrz-otrzewny.

1. Przewiązanie stosuje się zazwyczaj wtedy, gdy szypuła jest zbyt gruba, albo zbyt krótka. Przewiązkę nakłada się igłami tępo-kończystymi a to dlatego, by uniknąć zranienia żył. Używa się do przewiązania nitki jedwabnej, złożonej w dwoje, którą zawiązuje się na podwójny węzeł chirurgiczny. Czasami zdarza się, że szypuła rozdziela się w miejscach, przez które przeprowadzono nitki i że z tych miejsc powstaje krwawie-



nie. W takim razie można nałożyć osobną przewiązkę poniżej miejsca przekłócia.

Jeżeli w jamie brzusznej mamy zbyt mało światła dla odszukania krwawiących naczyń, to oświeca się ją za pomocą lampki COLLIN<sup>A</sup>. Co się tyczy zmian, jakim ulega przewiązka w niejaki czas po operacyi, to zazwyczaj zdarza się że ulega ona wessaniu. Pewna kobieta, operowana przez d-ra GRANVILLE BANTOCK w szpitalu Samarytańskim, zmarła w kilka miesięcy po operacyi i przy badaniu pośmiertnem nie znaleziono ani śladu przewiązki, chociaż do przewiązania użyto nitki roślinnej, (t. j. konopnej), która trudniej ulega wchłonięciu niż zwierzęca, jak jedwab lub katgut. W początkach konce przewiązki wyprowadzano na zewnątrz przez ranę brzuszną, później zaś poczęto konce obcinać. Najpierw używano do przewiązywania cienkich pasków ze skóry, (dr. SMITH z Connecticut, dr. David ROGERS z New-Yorku), później używano jedwabiu, oraz niektórzy używali drutu. SPENCER WELLS jednak nigdy go nie używa. Co się tyczy kwestyi pierwszeństwa między klampem a przewiązaniem, to można ją rozstrzygnąć opierając się na wynikach długoletniego praktycznego doświadczenia. Klamp przedstawia wiele dogodności, ponieważ można go bardzo szybko nałożyć i zapobiega z pewnością krwotokowi, który dosyć często występuje po przewiązaniu. Z drugiej strony przewiązanie przedstawia te korzyści, że gojenie się rany jest daleko prostszem, i nie potrzeba tak często zmieniać opatrunku. Najważniejsze jednak dane do rozwiązania tej kwestyi podaje statystyka wyleczeń. Do dnia 12 Czerwca 1878 roku SPENCER WELL wykonał 900 operacyj wycięcia jajnika; z tych, w 627 przypadkach założył klamp, w 157 zastosował przewiązanie, z 627 umarło 130, czyli 20,73%, ze 157 zmarło 60, czyli 38,2%. Zatem cyfra śmiertelności po przewiązaniu jest o 18% wyższą aniżeli po założeniu klampu. Cyfra mniejszej śmiertelności przy stosowaniu klampu sowiec wynagradza wszelkie niedogodności, jakie towarzyszą temu sposobowi, do przewiązania więc należy się uciekać tylko w tych przypadkach, w których nie można złożyć klampu. Oto co mówi w tym przedmiocie SPENCER WELLS w swoim dziele wyżej wzmiankowanem (*Diseases of the Ovaries* str. 374): „Żaden chirurg, posiadający nieco więcej doświadczenia w operacyi wycinania jajników nie może ograniczyć się do wyłącznego stosowania sposobu wewnątrz, lub zewnątrz-otrzewnego. Należy zawsze być przygotowanym pójść tą drogą, jaka w danym przypadku, po rozważeniu wszelkich właściwości, napotkanych podczas samej operacyi, okaże się najwłaściwszą. Jeżeli szypuła jest średniej grubości, tak że klamp średniej wielkości będzie mógł ją dokładnie zacisnąć, a prztem jeżeli jest dosyć długą, tak że klamp może utrzymać się zewnątrz brzegów rany brzusznej bez rozciągania więzadła szerokiego i samej macicy, to nie ma lepszego sposobu jak założenie klampu. Jeżeli jednak szypuła jest krótką, szeroką, lub grubą, tak że potrzeba by założyć klamp bardzo gruby, któryby stanowił przeszkodę dla połączenia brzegów rany, albo gdyby macica miała uleść zbyt silnemu rozciągnięciu, to należy dać pierwszeństwo przewiązaniu, lub zastosowaniu rozpalonego żelaza. Nawet jeżeli już po założeniu klampu widzimy, że macica jest zbyt naciągnięta, to lepiej jest zastosować rozpalone żelazo, albo przekłuć i przewiązać szypułę poniżej klampu i następnie zdjąć go, tem więcej że nawet takie czasowe założenie klampu chroni do pewnego stopnia od krwotoków”.

W nowszych czasach zwolennicy ścisłego stosowania sposobu przeciwnego zauważyli, że przy założeniu klampu nie można zachować wszystkich ostrożności zalecanych przy tym sposobie i że należałoby klamp zarzucić i stosować wyłącznie przewiązanie. Jednakowoż tak przy sposo-



bie zewnątrz, jak i przy wewnątrz-otrzewnym spotykamy prawie też same trudności przy ściślem przeprowadzeniu sposobu przeciwnilnego, tak że zarzut powyższy sam przez się upada.

2. Drugi rodzaj postępowania według sposobu wewnątrz-otrzewnego jest zastosowanie rozpalonego żelaza. John CLAY w Birmingham pierwszy użył narzędzia zwanego klampą CLAY'A do oddzielania silnych przyrostów za pomocą rozpalonego żelaza. Ujmował on taśmowate przyrosty między ramiona klampy, zaciskał je i następnie wzdłuż blaszki umieszczonej na jednym z ramion przesuwiał rozpalone żelazo i tym sposobem oddzielał zrosty. Po nim BAKER BROWN zastosował ten sam sposób do odcinania samej szypuły. Ale postępowanie podobne jest niedogodnym przy guzach znacznej objętości; daleko wygodniej nie odcinać całej torbieli rozpalonym żelazem, lecz pierwiej nad klampem odciąć torbiel nożem, a następnie pozostały pieńk przypalić płaskim żelazem. Rzadko kiedy po zdjęciu klampy mamy krwawienie. By jednak temu zapobiedz wynaleziono rozmaite narzędzia, najlepszem jest: klamp MASŁOWSKIEGO, znany pod nazwą klampy rossyjskiego. Klamp ten po przepaleniu szypuły, otwiera się częściowo, by się można przekonać czy jest jeszcze krwawienie. Dla ochronienia części sąsiednich od działania ciepła promieniejącego najlepiej używać tabliczki z talku, który jest bardzo złym przewodnikiem ciepła; okazało się iż żelazo rozpalone nie zawsze jest w stanie zapobiedz krwotokom następowym, a przewiązywanie pojedynczych naczyń w tkance spalonej żelazem jest bardzo trudne i wymaga dużo czasu. Dlatego też SPENCER WELLS chociaż z początku przy stosowaniu tego sposobu otrzymał dobre wyniki, gdyż na 16 operowanych stracił tylko dwie, nie używa już rozpalonego żelaza, lecz w przypadkach w których nie można założyć klampy, przewiązuje szypułę. W obecnych czasach mało już używają rozpalonego żelaza, w każdym razie najodpowiedniejszym przyrządem do stosowania tego sposobu jest *Thermo-cautere* PAQUELIN'A.

3. Trzeci rodzaj stosowania sposobu wewnątrz-otrzewnego jest odgniecenie gwałtowne; sposób ten podał dr. MAC LEOD z Glasgowa. Szypułę ujmuje się w odpowiednie narzędzie i za pomocą szruby silnie się zaciska, poczem innem narzędziem torbiel gwałtownie się odcina lub odgnia. Sposobu tego SPENCER WELLS jeszcze nigdy nie stosował, ale według zdania wynalazcy, ma on dawać dobre wyniki.

Z odcięciem torbieli kończy się najważniejsza część operacji poczem przystępuje się do oczyszczenia otrzewni i zaszycia rany brzusznej.

(d. c. n.)

## ODCINEK.

Rozwój historyczny terapii lekarskiej.

Napisał dr. Jul. PETERSEN.

Podał G. Fritsche.

(Ciąg dalszy Zob. Nr. 38, 41, 43, 45 i 46),

Dodać jednakże trzeba, że niemiecka medycyna przyrodnicza nie zadawała się poważnem uzasadnieniem swojego systematu, ale wdawała się także w krytykę. Tak HUFELAND, jak KLUGE i wielu innych autorów staralo się usunąć z tej nauki wiele domieszek dzikich i fantastycznych,



które się jej od MESMER'A i uczniów jego dostały. Pomiędzy wszystkimi niemieckimi autorami owego czasu, STIEGLITZ lekarz osobisty króla Hanowerskiego, najbardziej zbliżył się do trzeźwego i krytycznego zapatrywania się. Wśród licznych prac na polu magnetycznej literatury owego czasu, przyjemnie jest spotkać się z jego obszernem dziełem p. t. „O magnetyzmie zwierzęcym”, w którym z wielką energiją i konsekwencyją, stara się on wyprowadzać swoje wnioski nie z doktryny z góry ułożonej, lecz z pewnych i dokładnie spostrzeganych faktów. Dochodzi on do ostatecznych wyników, iż magnetyzm zwierzęcy w rzeczy samej wielki wywiera wpływ na układ nerwowy i że skutkiem tego jest w stanie wyleczyć niektóre choroby nerwowe, potwierdza też sprawozdania o jasnowidzących, utrzymując iż u tych ostatnich w czasie uspienia pojedyncze zmysły nabierają szczególnej bystrości, która umożliwia przy pewnych okolicznościach, np. w razie choroby jasnowidzenie. Jednocześnie jednak stara się on na tę kwestyją zapatrywać trzeźwiej, i przedmiotowiej i wykazuje że wszystkie te zjawiska są wyrażeniem neuropatycznego stanu i wielkie przedstawiają podobieństwo do objawów histeryi i właściwych chorób umysłowych, mianowicie do przywidzeń i nadczułości w jednej grupie nerwów, a znieczulenia w drugiej. Dowodzi dalej, iż dlatego żeby magnetyzowanie się udało, potrzeba pewnego stanu chorobliwego u przedmiotu magnetyzowanego i że o przelewaniu jakiejś siły, wcale mowy być nie może, stąd nazwa „magnetyzm zwierzęcy” zupełnie jest niewłaściwą. Zaleca on ostrożność w używaniu tego środka, ponieważ działania ani siły jego nigdy naprzód obliczyć nie można i zamiast wyleczyć chorobę można ją pogorszyć, lub nową przypadłość sprowadzić. Odważa się nawet na rozwiązanie trudnego zadania genezy i właściwej przyczyny jasnowidzenia i stara się zestawić je z sennością marzeniami i z lunatyzmem. Nie ważnego jednak na tem ciemnym polu fizyologicznej psychologii, STIEGLITZ nie mógł odkryć. (Najgruntowniejszy rozbiór tych zjawisk znajdujemy w niedawno wyszłym dziele Willjama CARPENTER'A).

Najważniejszym wynikiem doświadczalno-fizyologicznych poszukiwań na tem polu, jest odkrycie t. z. hypnotyzmu, który przedstawia główną podstawę jasnowidzenia, a który znany już był dawniejszym autorom i zjawiska te opisywane i spostrzegane były na zwierzętach, mianowicie na kogutach; dokładnie zbadane i opisane były one dopiero przed parą dziesiątkami lat, przez angielskiego lekarza BRAID'A. Jeżeli trzyma się kogoś w odległości paru centymetrów od oczu ciała świecące, to po przeciągu kwadransa, wpada on w rodzaj uspienia, katalepsyi (zwłaszcza jeżeli ma rozdrażnione nerwy), wśród czego niektóre zmysły, zwłaszcza zmysł czucia stają się przytępione, a inne, najczęściej słuch znacznie obostrzone; skutek ten nie jest zatem wywołany przez żaden plyn magnetyczny, lecz przez fizyczne oddziaływanie na nerwy wzrokowe, przez skupienie całej uwagi na jeden punkt, przez sprowadzenie t. zw. „*expectant attention*”, pewnego rodzaju stanu fizycznego, do czego BRAID, według słów CARPENTER'A miał dar szczególny. Fizyologiczna ta sprawa nabyła pewnej ważności z powodu, iż zaczęto jej używać jako środka znieczulającego przy operacjach. Angielski lekarz w Kalkucie, ESDAILE wydał dzieło w 1852 r., w którym zestawil blisko 250 operacyj, po części ważnych, wykonanych przy pomocy hypnotyzmu, czyli zwanego przez niego „stanu mesmerycznego” zupełnie bez bólu, a komisya złożona z ludzi kompetentnych w zupełności doświadczenia jego potwierdziła. Wykonywał on znieczulenie w taki sposób: iż u głowy chorego w ciemnym pokoju stawiał murzyna, który z przechyloną naprzód głową w oczy mu się patrzył, a on jednocześnie poruszenia rękami wykonywał nad głową i piersią cho-



rego. ESDALE dodaje, że najłatwiej się to u tuziemców udaje, jednakże i u Europejczyków nieraz się powiodło. Francuzcy chirurdzy zaczęli tego sposobu o dobrym skutkiem używać zwłaszcza u kobiet nerwowych, NELATONÓWI jednak próba się nie udała u jednego z jego chorych. Prawie jednocześnie odkryto dwa dzielne środki znieczulające (eter i chloroform) i skutkiem tego hypnotyzm zupełnie zarzucony został.

Kierunek przyrodniczy, jaki się w terapii coraz bardziej rozwijał, zepchnął powoli magnetyzm zwierzęcy do bardzo porządnego stanowiska; nie miano ani czasu, ani ochoty zajmować się takimi powikłaniami i niejasniami sprawami; bezporównania ważniejsze poszukiwania zaprzętały wtedy umysły. Trzeźwe i naukowe badania na tem polu ustały, jeszcze tylko romantyczno-wsteczny ruch w Niemczech zajmował się magnetyzmem zwierzęcym i starał się go uratować przez połączenie go ze współczesną teurgiczną medycyną. Rozmaici mistyczni lekarze, pomiędzy którymi poeta Justinus KERNER wybitną rolę odegrał, utworzyli nowy systemat taumaturgiczno-kościelny, który jednak przez nauki przyrodnicze silnie podminowany, przez rewolucyjne wstrząśnienia w piątym dziesiątku lat wniwecz obrócony został.

Zresztą kierunkiem tym zajmowali się tylko zbyt egzaltowani z pomiędzy mistycznych lekarzy, więcej umiarkowani z pomiędzy nich zwrócili się do sposobu, który zupełnie był wolnym od pierwiastku rozdrażniającego i od wszelkiej egzaltacji i który żadnych gwałtownych środków nie używał. Była nim homeopatyja, która, równie jak magnetyzm zwierzęcy w mistyczno-dynamicznej spekulacji PARACELS'A bierze swój początek i która także w kolebce swojej cieszyła się względami i protekcją wielostronnego HUFELAND'A. PARACELSUS, który całemi siłami występował przeciwko nauce GALEN'A, skierowanej wyłącznie ku leczeniu nienormalnych stanów czterech kardynalnych soków i wyznającej zasadę: *contraria contrariis*, musiał z powodu panteistycznych swoich zasad o harmonii całej przyrody, przyznać zasadę: *similia similibus*, jak to widać z całej jego nauki o środkach tajemnych (*arcana*) i o ich skuteczności przeciwko przy czynom chorób. W dziele swoim: „*Opus Paramirum*” powiada wyraźnie, że ta sama siła chorobę sprowadza, która ją leczy. Nawet dynamiczną teorię HANNEMANN'A o potęgach (*Potenztheorie*) znajdujemy wzmiankowaną „*quo minus corporis est, eo magis virtutis in medicina*” („*De morbis ex tartaro oriundis*”). To pokrewieństwo pomiędzy spagiryiczną medycyną a homeopatyją wcale nas dziwić nie powinno, ponieważ osobistości przedstawicieli tych dwóch systematów wiele do siebie są podobne. Obadwaj należą do owych niespokojnych umysłów, które w rewolucyjnych czasach na wierzach wypłynęły; obadwaj byli obdarzeni bystrym krytycznym poglądem i obadwaj poznali nędzny stan, w jakim się medycyna w owych czasach znajdowała, a poznawszy to starali się użyć swoich niepospolitych zdolności do stworzenia czegoś nowego, wielkiego i niewzruszonego. Obadwaj należeli wprawdzie do tych zewnętrznie rozwiniętych istot, u których wzniosłe i idealne dążenie do prawdy połączone było z poziomemi, egoistycznemi motywami. Pomiedzy PARACELS'EM i HANNEMANN'EM stoi radykalny reformator Szkot BROWN, którego ekscentryczny dynamizm silnie na HANNEMANN'A wpłynął. Historycy zwłaszcza niemieccy, zajmowali się bardzo starannie ocenieniem obyczajowego charakteru tych trzech ludzi, po większej części jednak, przedstawiali ich na podstawie dosyć naiwnego rezonowania albo jasnymi jak aniołowie albo najczarniejszymi pomiędzy djabłów; najprawdopodobniejszym jest przypuszczenie, że byli oni takimi samymi ludźmi jak wszyscy inni, tylko bogaciej od nich uposażeni, a przymtem żyli w czasach wielkich przewrotów i przekształceń. Niektórzy prze-



ciwnicy HAHNEMANN'A, w słusznem oburzeniu na całe homeopatyczne oszustwo, starali się całemi siłami oczernić go i rozgłaszali rozmaite skandaliczne dykteryjki z jego życia. Sądzę, iż niesprawiedliwie postąpilibyśmy z HAHNEMANN'EM, gdybyśmy nie uznali jego idealnego i wytrwałego dążenia do wykrycia prawdy, dlatego tylko, że otaczał on się tajemniczością, a cała jego nauka była w rzeczy samej nakręcaną.

Jak PARACELSUS, tak i HAHNEMANN niczego innego nie żąda jak tylko z całej starej medycyny i jej empiryi uczynić *tabula rasa*, a na jej miejsce nowy systemat postawić z głównym dogmatem: *similia similibus*. Główne zasady dostatecznie znanej nauki są w krótkości następujące: Prawdziwa medycyna jest w istocie swojej nauką doświadczalną (empiryczną) i powinna się opierać na niezaprzeczonych faktach i na pod zmysły podpadających zjawiskach. Lekarz, którego jedyne powołanie stanowi leczenie, powinien bez względu na teoretyczne wiadomości, za główny przedmiot swoich dociekań uważać odszukanie środka leczniczego, który w danym przypadku powinien być zastosowany. Właściwie zna on litylko objawy rozmaitych przypadków chorobnych. Siła życiowa nie może choroby wyleczyć, dokonać tego mogą tylko lekarstwa, które działać mogą w dwojaki sposób: 1) albo przez wywołanie innej wprost przeciwnej choroby: *contraria contrariis*, metoda antipatyczna; 2) albo też przez spowodowanie choroby podobnej do tej, która istnieje, przyczem choroba naturalna zamienia się na sztuczną: *similia similibus*, metoda homeopatyczna. Dawna allopatya jest tylko chybną odmianą pierwszego z tych sposobów, która, jak to z doświadczenia wiemy tylko chwilowo jest w stanie objawy chorobne ułagodzić. Druga zatem metoda homeopatyczna, jest jedynie w stanie radykalnie choroby leczyć, a trafność zasady *similia similibus*, stwierdza się najzupełniej w praktyce. Zasada ta polega na prawie natury, że słabsza dynamiczna affekcja przy pomocy silniejszej w zupełności zostaje zniesioną, jeżeli tylko ta ostatnia, w swoich objawach jest z pierwszą spokrewnioną. I tak przeciwko złym zapachom nie używamy ani muzyki ani chleba z cukrem, lecz tabaki i t. d. Właściwe działanie środków leczniczych, należy doświadczeniami na ludziach zdrowych zbadać i przekonać się jakie objawy chorobne one u nich wywołują. Wszystkie wywołane przez nie następstwa należy dokładnie notować. Ilość takich sztucznych objawów wywołanych przez rozmaite środki lecznicze może być do tysiąca i więcej doprowadzoną. Te sztuczne objawy muszą zawsze wytepić objawy prawdziwej choroby, jeżeli tylko właściwy środek użyty został. W każdym danym przypadku lekarz powinien najdokładniej objawy choroby zbadać, do czego zresztą niepotrzeba żadnych pozytywnych lekarskich wiadomości, lecz tylko daru spostrzegawczego. Ponieważ choroby są tylko dynamicznemi, niematerjalnemi zmianami życiowych zasad, zatem nie należy starać się ich pokonywać samą istotą środków leczniczych, lecz ich utajoną siłą.

Przez ścisłe badanie tej siły przekonano się o dwóch jej sposobach działania: działanie bezpośrednie na siłę życiową i działanie następowe, w którym siła życiowa się rozbudza i odpowiednio oddziaływa; działanie to następowe jednak nie przychodzi do skutku, jeżeli dawka jest dostatecznie małą i w odpowiedni sposób zadaną. Lekarstwa bowiem powinny w taki sposób być zadawane, żeby ich dynamiczna siła odpowiednio rozwinąć się mogła. Wynik ten otrzymuje się przez stosowne rozcieńczenie męszanie, najlepiej z wyskokiem; im większe jest rozcieńczenie, tem większa jest siła lekarstwa. Z wyjątkiem małej ilości chorób, niema cierpień nieuleczalnych, idzie tylko o to, żeby właściwy homeopatyczny środek odzyskać.



## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**Przypadek wyleczonego wodowstrętu**, opisuje J. NICHOLIS (w *The Lancet* z r. b.). Silny woźnica w Styczniu r. b. został pokąsany przez psa małego. W Marcu r. b. gdy rana była już oddawna zablizniona, chory zaczął się skarżyć na ból w nogach. Wkrótce potem wystąpiło u niego wielkie rozdrażnienie, niepokój, utrata łaknienia, wrażliwość na najłżejsze szmery, bóle szyi i trudność w przelykaniu. 11-go Marca wystąpił zupełny napad wodowstrętu. Autor zastał chorego w domu ze skrępowanemi nogami i rękami z twarzą bladą, chłodnym potem pokrytą w drgawkach, z pianą na ustach, tętnem małym, powolnym i utrudnionem oddechem. Chory wydawał głos więcej do szczekania niż do krzyku podobny. Przy poruszaniu chorego wyrzucał on z ust śluz ciągnący się, odzyskiwał na chwilę przytomność, skarżył się na ból w piersiach i następnie znowu tracił przytomność, poczem występowały drgawki tężcowe. W szpitalu wymioty się powtórzyły bez odzyskania przytomności, przylączyło się gwałtowne wyprężenie tężcowa (*opisthotonus*) i tak gwałtowne drgawki że kilku silnych ludzi chorego trzymać musiało. Mięśnie kończyn kurczyły się przy najłżejszem ich dotknięciu. Zadano choremu chloroform do wdechania i wstrzyknięto mu pod skórę morfiny z nalewką bobu kalabaryjskiego (*trac fabae calabar.*). W nocy chory spał, lecz po przebudzeniu się drgawki powróciły. Ponieważ od kilku dni moczu nie wydalał, upuszczono zatem pewną jego ilość zapomocą cewnika. Tętno i ciepłota ciała nazajutrz były prawidłowe, żrenice ściągnięte, skóra sucha, pragnienie znaczne, jedynąże gdy chory chciał pić, dostawał natychmiast skurczu i gryzł podaną mu filiżankę z wodą. Na głośno wypowiedziane żądanie pokazywał język i wymawiał pojedyncze zgłoski i wyrazy. Następnego dnia zadano choremu kalomel w pełnej dawce, jako też enemę z olejku rącznikowego, lecz bez skutku, mocz musiano często wypuszczać cewnikiem; chory pił już z mniejszem wysileniem, nie mógł jednak patrzeć bez popadnięcia w drgawki na przedmioty białe ani też błyszczące. Po kilku dniach trwania tych przyпадności chory odzyskał przytomność. Od 15 do 23 Marca stan chorego znowa się polepszał, jednakże przy zjawieniu się silniejszego lub słabszego napadu drgawek, zadawano mu morfinę podskórnie, co następowało 2—3 razy dziennie; mocz upuszczano cewnikiem i zadawano enemy z oleju rącznikowego i terpentyny. Obawa białych przedmiotów trwała jeszcze przez dni kilka, a trudność w przelykaniu płynów ustala znacznie później, tak że chory mógł tylko z pewnem wysileniem pić powolnie i niewiele na raz. 11-go dnia od początku zachorowania nastąpiło pierwsze wypróżnienie stolcowe, które odtąd już regularnie się odbywało. Ponure jednak usposobienie chorego utrzymywało się i nadal tak, że niechętnie odpowiadał na czynione mu zapytania i nie mógł znosić szmeru jakieś sprawiały osoby przez jego pokój przechodzące. Wstrzykiwanie podskórne tylko raz na dzień wykonywano; do 26 Marca drgawki całkiem ustały i chory przeszedł do innego pokoju a nawet przechadzał się po ogrodzie. Następne dwa miesiące przepędził chory na wsi i w Maju przedstawił się w szpitalu jako zupełnie zdrowy, tylko nieco osłabiony. Do 21 zastrzyknięć podskórnych, jakie u tego chorego dokonano, zużyto 40 gr. (2.5 grm.) morfiny i 3 gr. (0,2 grm.) bobu kalabaryjskiego. (Ref. w *Wiener med. Wchft.* Nr. 48—1878).

**Przeostroga przy zadawaniu kalomelu.** MIALHE i LARQUE wykazali, że kalomel może wywołać powstanie w ustroju dwuchlorku rtęci (sublimatu) pod wpływem działania chlorków alkalicznych ustroju. POLK niedawno zwrócił uwagę że przypadłości zatrucia mogą wystąpić po zadawaniu mieszaniny dawno przygotowanej kalomelu z cukrem lub magnezją. Obecnie JOLLY (w *Union pharmaceutique* str. 314—1878) wykazał, że alkalijska i ich węglany, zasady ziemne zmieniają z mniejszą lub większą łatwością kalomel w sublimat; cukier zaś biały rafinowany nie wywiera nań żadnego działania; cukier zaś surowy nieoczyszczony (mączka cukrowa), który jest często kwaśnym lub alkalicznym z powodu że zawiera w niewielkiej ilości wodan wapna, może sprawić że przy zadawaniu kalomelu w połączeniu z takim cukrem wystąpią objawy zatrucia jakie POLK spostrzegł. Wynik praktyczny pracy JOLLY jest ten, że ile razy zadaje się kalomel do wewnątrz, tyle razy trzeba unikać współczesnego zadawania kwasów, alkalijskich, chlorków i cukru surowego.

(Ref. w *Gaz. med. de Paris.* Nr. 45—1878). J. R.



## OD REDAKCYI.

„Medycyna” w roku przyszłym, 7-tym swego istnienia, wychodzić będzie w dotychczasowych terminach (w każdą Sobotę), w obecnym naukow o- p- r- a- k- t- y- c- z- n- y- m kierunku.

**Przedpłata wynosi:**

<p>w Warszawie z odnoszeniem do mieszkania:</p> <p>rocznie..... rs. 5 kop.— półrocznie..... „ 2 „ 50 kwartalnie..... „ 1 „ 25</p>	<p>na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesyłką:</p> <p>rocznie..... rs. 6 półrocznie..... „ 3</p>
---	--

Abonentów p o c z t o w y c h zawiadamiamy, że za najdogodniejsze dla siebie i dla nich, uważamy przysłanie przedpłaty w p r o s t do Redakcyi; dla ułatwienia zaś tego załączamy do dzisiejszego Nru tak zwane listy zwrotne. Przytem oznajmiamy, że dla każdego prenumeratora na prowincyję, Redakcyja sama od siebie wysła MEDYCYNĘ we własnej opasce. Zalegających w opłacie za dobiegające półrocze, prosimy o nadesłanie załgłości.

Z powodu układania nowych list prenumeracyjnych, drukowania adresów i t. p. przygotowawczych czynności do wysyłania pocztą naszego czasopisma w roku przyszłym, upraszamy o wczesne zgłaszanie się do Redakcyi.

Tomy MEDYCYNY z lat ubiegłych (oprócz Tomu III który całkiem został wyczerpniętym) możemy dostarczyć po rs. 3 za jeden rocznik zbroszurowany;

Wypisującym nasze czasopismo wprost z Redakcyi, którym pojedyncze Nra z r. b. zaginęły, możemy takowe dostarczyć b e z p ł a t n i e; prosimy o nadesłanie żądań najdalej do d. 1 Marca 1879 r.

Rok I—1879.

**ROCZNIK MEDYCYNY POLSKIEJ**

wydawany staraniem i nakładem

**D-ra J. Rogowicza.**

Składa się z dwóch części, a mianowicie:

**Część I** (zbroszurowana) zawiera: Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego (za rok od d. 1 Lipca 1877 do tegoż dnia 1878 r.) str. 200.

**Część II** (oprawiona w płótno angielskie, z dodaniem ołówka Faber'a i papierków lakmusowych) zawiera: Badanie refrakcyi oka. Badanie moczu. Trucizny i odtrutki. Ważniejsze zdrojowiska, stacje klimatyczne, zakłady serwatczane, wodolecznicze i kąpiele morskie, z wymienieniem ostatniej stacyi kolei żelaznej i lekarzy praktykujących. Największe dawki gwałtownie działających leków. Największe dawki mniej używanych i nowych leków. Tablice porównania wagi aptecznej z dziesiętną i odwrotnie. Adressa lekarzy praktykujących w Warszawie. Dziennik z kalendarzem na rok 1879. Tablicę brzemienności i wymiary położnicze; wogóle 72 str. tekstu 12 arkuszy dziennika. Cały Rocznik zawiera 30 arkuszy druku w 16-ce i **sprzedaje się w Redakcyi Medycyny** po rs. 1.

Ekspedycyja Rocznika na miasto i na prowincyję rozpocznie się dnia 9-go b. m. (w Poniedziałek), i od tej daty Rocznik znajdować się będzie i we wszystkich znaczniejszych księgarniach w Warszawie.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biurow Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.