

GAZETA LEKARSKA

Z PRACOWNI PROFESORA DOGIELA W KAZANIU.

I. WPŁYW NIEKTÓRYCH NERWÓW MÓZGORDZENIOWYCH NA KRAŻENIE KRWI W MIGAWCE (*Membrana nictitans*)

U ŻABY *RANA ESCULENTA* ¹⁾.

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

M. S i e r g i e j e w a.

— † — † —

D-r JEGOROW ²⁾ wykazał, że w unerwieniu powiek u badanych przezeń ptaków bierze udział nerw sympatyczny, albowiem podrażnienie ośrodkowego odcinka tego nerwu wywołuje widoczne zmiany w krążeniu krwi w błonie słuzowej i ustawieniu powiek.

Prof. DOGIEL polecił mi zająć się zbadaniem wpływu nerwu sympatycznego na powieki u zwierząt niższych, a przytem również uwzględnić i działanie nerwów mózgodzeniowych.

Badania zacząłem od rozpatrzenia krążenia w migawce u żaby [*Rana esculenta*], przy pomocy przyrządu D-ra OTTO DRASCH'a ³⁾, który to przyrząd pozwala dogodnie śledzić krążenie krwi i zmiany jego za pomocą słabych powiększeń, HARTNACK system 4, okular 3, bez wywołania zapalenia.

Zanim przystąpię do zestawienia wyników własnych poszukiwań, pragnę opisać same doświadczenia, ich sposób wykonania i warunki, wśród których się one odbywały.

Ponieważ warunkiem niezbędnym jest zachowanie prawidłowego krążenia, przeto z przyrządu DRASCH'a użyłem tylko sposobu oświetlenia, urządziłem zaś stół, służący do badania krążenia w migawce, w następujący sposób: stół drewniany, długości około 45 ctm., szerokości około 12 ctm. i takiej wysokości, aby pod deskę stolika można było podsunąć stół drobnowidza, posiada po środku nieduży okrągły otwór, w który przy pomocy przedziurawionego korka wstawia się szklaną pałeczkę, przygotowaną według DRASCH'a. Na przeciw pałeczki w brzegu stolika zrobione jest czworograniaste wycięcie

¹⁾ Krótka wiadomość podaną została w Wiestnikie Jestestwoznania. 1891 r. Nr. 1 i 9.

²⁾ Arch. f. Physiol. 1887. Bd. XLI.—Arch. f. Anat. 1890. Physiol. Abth. Suplem.

³⁾ Opis przyrządu OTTO DRASCH'a w jego artykule: Beobacht. an lebenden Drüsen etc. Arch. f. Anat. 1889. Phys. Abth. II. 1 u. 2.

takiej wielkości, aby drobnowidz dał się łatwo w nie wsunąć i aby otwór dla przechodzenia światła przypadał pod szklaną pałeczkę. Na tę ostatnią nakłada się tyle cienkich przedziurawionych płytek korkowych, aby głowa żaby, po ułożeniu oka na pałeczkę, opierając się na nich dolną szczęką, została podniesiona do takiej wysokości, by migawka leżała na wierzchołku pałeczki swobodnie, dla zachowania prawidłowego krążenia. W tymże samym celu, t. j. aby, o ile możliwości, jak najmniej uszkodzić prawidłowość krążenia w migawce, należy w następujący sposób nastawić oko na szklaną pałeczkę: po egzenteracyi oka, na dnie jamy ustnej w miejscu, gdzie najmniej znajduje się naczyń, robimy mały otwór nawskróś, przez który wprowadzamy pałeczkę, aby na nią następnie ustawić oko.

W celu dojścia do nerwów, leżących w jamie brzusznej, prowadzi się cięcie skóry wzdłuż środkowej linii kręgosłupa i odwraca się skórę na prawą lub lewą stronę, jak dogodniej. Na odkrytej w ten sposób bocznej stronie ciała żaby dostrzegamy jedno lub dwa białawe pasma, robimy cięcie mięśni brzucha wzdłuż jednego z tych pasm, aż do dolnego kąta łopatki, który się odcina, jeżeli potrzeba rozszerzyć ranę. Krwawienie przy tej operacyi jest nieznaczne, a otrzymujemy dogodne pole działania; gdy podniesiemy żabę szczypcami za kolumnę kręgową, mamy jak na dłoni cały kręgosłup z odchodzącymi od niego nerwami, aortę brzuszną i nerw sympatyczny z jego *rami communicantes*.

Dla dojścia do *plexus ischiadicus* prowadzimy cięcie skóry po środkowej linii kręgosłupa, wzdłuż kości ogonowej, następnie ostrożnie wycinamy mięśnie: *coccygeo-iliacus*, *coccygeo-sacralis* i część mięśnia *longissimus dorsi*. Przez to samo cięcie łatwo też dojść do nerwu *spinalis VI*.

Wszystko, co tu podane zostało odnośnie do anatomicznych danych u żaby, przytoczone jest z ALEX. ECKER'a: „*Die Anat. des Frosches*“. 2 Aufl. 1888.

Żaby do doświadczeń służące były kuraryzowane przez wstrzyknięcie do worka grzbietowego 0,05 ctm. sześć. 0,8% roztworu kurary MERCK'a. Nerwy były drażnione za pomocą saneczkowego przyrządu Du Bois-REMOND'a, przy oddaleniu saneczek zwykle na 15 ctm., gdyż przy większem ich oddaleniu nie zawsze otrzymywano skutek pożądanego natężenia. Drażnienie nerwów za pomocą zamknięcia strumienia było wykonywane we wszystkich doświadczeniach przez czas jednej minuty.

Przechodzę teraz do zestawienia wyników moich badań.

I. Nerw kulszowy (*n. ischiadicus*). Podrażnienie ośrodkowego odcinka *n. isch.* przez zamknięcie strumienia wywołuje z początku przyspieszenie krążenia, a następnie, po 10—12 sekundach od początku drażnienia mniej lub więcej znacznie rozprzestrzeniony skurcz w widocznych w polu widzenia naczyniach włosowatych i drobnych tętnicach migawki; przytem często dochodziło do wyraźnego odwrotnego krążenia krwi z żył do naczyń włosowatych. Skutki podrażnienia ośrodkowego odcinka *n. isch.* mogą się powtarzać, dopóki nie nastąpi zniszczenie [wyczerpanie] nerwu.

Stwierdziwszy niewątpliwy związek między podrażnieniem ośrodkowego odcinka *n. ischiad.* i skurczem naczyń migawki, przed przystąpieniem do ba-

dania wpływu innych nerwów mózgodzeniowych, zająłem się zbadaniem warunków anatomicznych, w jakich to zjawisko się odbywa.

1) Okazało się, że nie istnieje przejście wpływu podrażnienia *n. ischiad.* jednej strony na naczynia migawki drugiej strony ciała. Posiłkowałem się tym faktem, aby się przekonać przy nieotrzymaniu skurczu naczyń migawki w tych warunkach, lecz przy innem urządzeniu doświadczenia, iż to zależy od odmienności doświadczenia, a nie od innej ubocznej lub przypadkowej przyczyny.

2) Korzenie *n. ischiad.* niejednakowy biorą udział w przeprowadzeniu wpływu podrażnienia tego nerwu na naczynia migawki: *n. spinales VII* i *IX* żadnego nie biorą udziału w tem zjawisku, a tylko jeden *n. spinalis VIII*. Przekonawszy się mianowicie o tem, że podrażnienie ośrodkowego odcinka *n. ischiad.* wywołuje skurcz naczyń migawki, przystąpiłem do przecinania jednego za drugim *n. spinalis VII* i *IX*. Okazało się, że w tym razie działanie *n. ischiad.* wcale nie słabnie i nie zmienia się. Jeżeli zaś zaczniemy doświadczenie od razu od przecięcia *n. spinalis VIII*, pozostawiając całymi *nn. VII* i *IX*, natenczas działanie *n. ischiad.* od razu ustaje; nie można już wywołać skurczu naczyń migawki przy podrażnieniu ośrodkowego odcinka *n. ischiad.*, lecz natomiast występuje w naczyniach migawki nowe zjawisko: rozpoczyna się mianowicie rozszerzenie naczyń, które przepełniają się krwią; tam, gdzie ciała czerwone zaledwie przeciskały się osią podłużną, teraz przechodzą swobodnie, stając w poprzek naczynia prawie zbitymi szeregami. Jeszcze innym sposobem można się przekonać o ważności *n. spinal. VII* dla opisywanego zjawiska: należy odciąć *n. spinal. VII, VIII* i *IX* od *n. ischiad.*, wziąć każdy osobno na podwiązkę i następnie drażnić ich końce ośrodkowe. Podrażnienie *n. VII* i *IX* oddzielnie nie sprowadza żadnych zmian w krążeniu w migawce, gdy tymczasem podrażnienie *n. VIII* wywołuje taki sam skurcz naczyń migawki, jaki się otrzymuje od *n. ischiad.* przy zachowaniu w całości wszystkich innych części.

Należy jeszcze dodać, że całość anastomoz *plex. ischiad.* z nerwem sympatycznym nie ma żadnego znaczenia dla tych doświadczeń.

3) Następnie przystąpiłem do przecinania rdzenia kręgowego, zaczynając od 6 kręgu, gdyż wobec wyjaśnionego znaczenia *n. spinal. VIII*, inne przecięcia nie miałyby celu; przecinalibyśmy tenże sam *n. spinal. VIII*, którego początek znajduje się, według Ecker'a, między 4 i 6 kręgiem.

Przecięcie rdzenia, zaczawszy od 6-go i kończąc na wysokości środka 3-go kręgu, znosi działanie *n. ischiad.* na naczynia migawki. W tym razie podobnie, jak i z *plexus ischiad.*, całość *ramorum communicantium* nie ma znaczenia dla doświadczenia.

Przecięcie rdzenia wyżej środka 3-go kręgu i usunięcie mózgu nie przerywa działania *n. ischiad.* na naczynia migawki.

4) Ponieważ między 2 i 3 kręgiem poczyna się *n. spinal. III* i w tem miejscu, jak się zdaje, kończy się droga, po której następuje przepływ działania *n. isch.* na naczynia migawki, przeto koniecznem się okazało zbadanie wpływu *n. spinal. III* na zjawiska w mowie będać.

Rzeczywiście okazało się, że przy zachowaniu w całości wszystkich części, dosyć jest przeciąć ten nerw (*n. spin. III*) w miejscu wyjścia z rdzenia, lub

wogóle na przestrzeni od kręgosłupa do skrzyżowania z nerwem sympatycznym, aby od razu przerwać działanie *n. ischiad.* na naczynia migawki; innemi słowy, otrzymujemy ten sam wynik, co przy przecięciu *n. spin.* VIII.

5) W podobny sposób wpływa, to jest znosi działanie *n. ischiad.* na naczynia migawki, przecięcie nerwu sympatycznego na przestrzeni od skrzyżowania z *n. spin.* VII do głowy, oraz przecięcie *n. maxillaris.* O znaczeniu tego ostatniego nerwu dla zjawiska w mowie będącego można się przekonać tym samym sposobem, co w przypadku dotyczącym *n. spinal.* VIII.

Znaczenie *n. spin.* III dla zjawisk, które opisujemy, można wykazać jeszcze inną drogą. Ponieważ nerwu tego na podwiązkę wziąć nie można, przeto postępowalem w następujący sposób: przecinałem rdzeń cokolwiek wyżej 3-go kręgu i cokolwiek niżej, odcinek zaś rdzenia w ten sposób otrzymany drażniłem strumieniem; otrzymywałem skurcz naczyń migawki, jak przy całości wszystkich części; potrzeba jednak tylko przeciąć *n. spinal.* III w sposób, jak wyżej objaśniono, a skurczu naczyń nie będzie.

Tak więc, opierając się na wynikach opisanych doświadczeń, można dojść do wniosku, że droga, po której podrażnienie ośrodkowego odcinka *n. ischiad.* dochodzi do naczyń migawki, jest następująca: *n. ischiad.*, *n. spinal.* VIII, *medulla spinalis* między kręgiem 6 i 2, dalej *n. spinal.* III przed skrzyżowaniem z nerwem sympatycznym, część tego ostatniego od skrzyżowania, do *gangl. Gasseri* — i na koniec *n. maxillaris.*

Prócz tego występuje jeszcze znaczenie początku [pochodzenia] *n. spin.* III, ponieważ oddzielenie tego nerwu od jego początku pociąga za sobą te same skutki, co przecięcie nerwu samego.

Po wystudyowaniu działania i dróg rozprzestrzenienia się tego wpływu na jednym nerwie, pochodzącym od *plex. ischiadicus*, naturalnem okazało się zbadanie wpływu pozostałych nerwów, z tego samego źródła powstających.

II. *N. cruralis.* Tylko u dużych żab można ująć w podwiązkę pień *n. cruralis* i to jeszcze dopiero po przewiązaniu i przecięciu między podwiązkami dwóch przynajmniej, a bardzo rzadko jednego naczynia. Podrażnienie ośrodkowego odcinka *n. cruralis* wywołuje taki sam skurcz naczyń migawki, jak podrażnienie nerwu kulszowego, a przytem droga, po której przechodzi podrażnienie, jest taka sama, jak dla *n. ischiad.*

III. *Nerv. ileo-hypogastricus.* Podrażnienie ośrodkowego odcinka tego nerwu nie wywołuje żadnej zmiany w krążeniu w migawce, a potwierdza to pochodzenie nerwu z *n. spinalis* VII, który sam przez się również nie działa na krążenie w migawce.

Należy tu przytoczyć następujące okoliczności: *n. ileo-hypogastricus* zarówno jak i dający mu początek *n. spinalis* VII nie wywołują skurczu naczyń migawki, gdy tymczasem *n. cruralis*, który według ECKER'a powstaje również z *n. spin.* VII, sprowadza skurcz naczyń migawki, zupełnie jak *n. ischiad.*, wszelako pod tym warunkiem, aby zachowaną była całość *n. spin.* VIII. Wynika stąd, że *n. crural.*, oprócz włókien z *n. spinal.* VII, musi zawierać także i włókna z *n. spin.* VIII, czyli że za korzenie *n. cruralis* należy uznać dwa nerwy *n. spin.* VII i VIII, nie zaś sam *n. spin.* VII, jak to utrzymuje ECKER.

Dla wyczerpania wszystkiego, co otrzymałem przy badaniu *plex. ischiadicus* przytoczę jeszcze, że korzystałem ze sposobności, gdy przy drażnieniu ośrodkowego odcinka *n. ischiad.* otrzymano szczególnie wydatny obraz skurczu naczyń migawki, aby równocześnie wypróbować działanie obwodowej części *n. ischiad.* na naczynia żabiej łapy. Otóż, nigdy nie udało się dojrzeć jakiegobądź wpływu, czyli zmiany w naczyniach łapy, któreby się dały odnieść dowodnie do wpływu podrażnienia obwodowej części *n. ischiad.* Ponieważ jeden i ten sam nerw, przy zatruciu kurarą, przejawia w jedną stronę energiczne działanie, a w drugą stronę nie działa wcale na ten sam obiekt—na naczynia—przeto, zdaniem mojem, można przyjąć, że taki nerw posiada w kierunku jednej strony—ku ośrodkowi—takie urządzenia, jakich nie posiada w kierunku przeciwnym, czyli ku obwodowi.

IV. Wreszcie badałem działanie ośrodkowych odcinków *n. spin. VI, n. ulnaris* i tylnych korzeni nerwów rdzenia kręgowego, lecz żaden z tych nerwów nie objawił żadnego wpływu na krążenie w migawce.

Ujemny ten wynik może zależeć od dwóch przyczyn: albo nerwy te nie są zdolne do wywołania gdziekolwiek bądź zjawisk podobnych do tych, jakie sprawdza *n. crurulis* i *n. ischiadicus*, albo też nie są nam jeszcze znane te obszary, na które one działają, tak, że potrzeba będzie wypracować nowe metody dla wyjaśnienia wpływu owych nerwów. Za tem drugim przypuszczeniem przemawiają poniekąd doświadczenia E. STEINACH'a ¹⁾, który stwierdził wpływ obwodowych odcinków tylnych korzeni nerwów mózgodzeniowych u żaby na narząd żołądko-kiszkowy, przyczem okazało się, że każdy nerw rządzi zupełnie określonym obszarem.

Kazań, d. 20. I. 1894.

II. PRZYPADEK

PARAMYOCLONI MULTIPLICIS.

Podał

E. Bregman,

ordynator kliniki terapeutyecznej.

— † — † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 32].

Pozostaje nam jeszcze do wyświeetlenia stosunek naszego przypadku do histeryi. Zarówno w anamnezie naszego chorego, jak i w obecnem jego cierpieniu znajdują się niewątpliwie rysy właściwe histeryi. Mam na myśli napady, połączone z upartem kichaniem, ziewaniem i czkawką, których przez długie lata doznawał, uczucie dławienia w gardle, palenia we wnętrzu, może i bóle nad lewym obojczykiem. Dłaczegobyśmy więc nie mieli całego obrazu chorobowego wraz z charakterystycznymi drgawkami do histeryi zaliczyć.

¹⁾ Centralblatt f. Physiol. 1893. Mr. 30.

To samo pytanie, które nam się tu nasuwa, zastosowaćby się dało do znacznej liczby przypadków, ogłoszonych jako *paramyoclonus multiplex*, które również przedstawiały objawy i stigmata histeryi. Wspominaliśmy już, że niektórzy autorzy wskutek tego *paramyoclonus* zupełnie z histeryą utożsamiają. Niektóre objawy u naszego chorego: wzmaganie się drgawek przy zwróceniu na chorego uwagi, przy wzruszeniach moralnych, tamowanie ich przez wolę, ruchy dowolne, odwrócenie od nich uwagi chorego—popierają poniekąd wypowiedziane przez nich zdanie, ponieważ dowodzą wielkiego wpływu stanów psychicznych na objawy cielesne, co, jak wiadomo, jest charakterystyczne dla histeryi. Dla uzasadnienia pomimo tego samoistości *paramyocloni*, jako postaci klinicznej, UNVERRICHT poddał krytyce wszystkie ogłoszone przed nim przypadki w liczbie 39. Z nich tylko 8, zdaniem UNVERRICHT'a, zaliczyć można do *paramyoclonus*, ponieważ odpowiadają prawie w zupełności opisowi, danemu przez FRIEDREICH'a; do nich dodać należy 5 przypadków własnych UNVERRICHT'a. 11 przypadków jest pokrewnych z *paramyoclonus*, różnią się one jednak od niego, 10 zbliża się do płasawicy, w 8-iu należało rozpoznać histeryę, w 1-ym melancholię, w 1-ym nerwicę zawodową. WEISS, przyjmując w stosunku do UNVERRICHT'a szersze nieco określenie *paramyocloni*, na nowo wszystkie ogłoszone przypadki klasyfikował, wyłączył jednak z nich 8, ponieważ były nie dość dokładnie opisane, lub też tylko w streszczeniu jemu dostępne. WEISS zalicza 16 przypadków do histeryi, 3 do płasawicy, 1 do *maladie des tics*, 1 do nerwic zawodowych, 1 do *neuritis*, 5 do epilepsyi. Pozostałe 16 przypadków i 7 własnych należą prawdziwie do *paramyoclonus*. Nie mam zamiaru wchodzić tu w szczegóły tych prac. Oczywiście jest, że tego rodzaju rubrykowanie kazuistyki przedstawia ogromne trudności i nosić musi piętno osobiste; z porównania wyników obu wymienionych autorów jest to zresztą widoczne. Największa trudność polega na tem, że typowe przypadki, a zwłaszcza w klinice chorób nerwowych, stanowią mniejszość. Znacznie częściej widzimy przypadki, które pod różnymi względami od typu odbiegają. Również często zdarzają się kombinacje dwóch różnych postaci klinicznych. Pod tym względem *paramyoclonus* zachowuje się nie inaczej, jak wiele innych tak funkcyjalnych, jak i organicznych chorób nerwowych. Specyalnie co się tyczy histeryi, to dzięki badaniom, zwłaszcza francuzkich uczonych, wiemy jak często ona się łączy z innemi cierpieniami układu nerwowego, że przytoczę tylko dla przykładu: *tabes dorsalis*, *sclerosis disseminata*, padaczkę, neurastenię, *vertigo* MENIER'a, *paralysis infantilis* i t. d.. Charakterystyczny obraz tych chorób nie zostaje przez to wcale zatarty, rozpoznanie jest zatem łatwe. W niektórych przypadkach *paramyocloni*, które UNVERRICHT lub WEISS za typowe uważają, wynaleźć jeszcze można objawy histeryi. W przypadku FRANCOTTI'ego ¹⁶⁾ np. ucisk na okolicę żołądkową zmniejszał lub znosił drgawki. W przypadku RYBALKINA ¹⁸⁾ notowano uczucie dławienia w gardle. Chory LEMBO ¹⁷⁾ okazywał

¹⁶⁾ FRANCOTTI. Annales de la Société med. chir. de Liège. 1887 cyt. według UNVERRICHT'a

¹⁷⁾ LEMBO. Giornale di neuropat. 1887, cytowane wedł. UNVERRICHT'a.

¹⁸⁾ RYBALKIN. Protokoły posiedzeń Towarzystwa psychiatrycznego w Petersburgu. 1887.

nadczułość w okolicy kręgów lędźwiowych. Jeżeli więc zgodzić się na to musimy, że *paramyoclonus multiplex* dość często, nawet w typowych przypadkach z histeryą się łączy, to jednak stanowczo utrzymujemy, że to nie zawsze ma miejsce; istnieje bowiem pewna liczba przypadków czystych, typowych tej choroby, bez domieszki objawów innej jakiegokolwiek nerwicy. Z drugiej zaś strony nie tylko histerya, ale i inne nerwice, jak z literatury widzimy, w związku z *paramyoclonns* występować mogą¹⁹⁾; przedewszystkiem wymienię padaczkę. UNVERRICHT spostrzegał *paramyoclonus* u 5 dzieci z jednego małżeństwa. U wszystkich 5 nocne, a rzadziejienne napady epileptyczne poprzedzały pojawienie się paramyoklonicznych drgawek. W miarę tego, jak te ostatnie stawały się silniejsze, napady epileptyczne stawały się rzadsze, nie znikwały jednak zupełnie. U chorego, opisanego przez HOMÉN'a²⁰⁾, drgawki po raz pierwszy wystąpiły po nocnym napadzie z utratą przytomności, prawdopodobnie natury padaczkowej. Później identyczne napady się powtarzały, a nazajutrz chory bywał bardzo osłabiony i miewał częste drgawki.

Chory POPOWA²¹⁾ nie cierpiał wprawdzie sam na padaczkę, ale matka jego, brat, siostra i bratanek byli nią dotknięci. W jednym przypadku *chorea electricae*²²⁾, t. j. cierpienia, które, zdaniem naszym, jest identyczne z *paramyoclonus*, również napady epileptyczne poprzedzały drgawki.

Neurastenia dość często z *paramyoclonus* się łączy. W wielu przynajmniej przypadkach spotykamy objawy, które do niej tylko odnosić się mogą. Za dalekoby nas zaprowadziło, gdybyśmy je w każdym przypadku chcieli wykazać. Sądzę, że wystarczy, jeśli tu różne spotykające się objawy wyliczę; są to: bóle głowy, zawroty głowy i omdlenia, rozdrażnione usposobienie, bojaźliwość, napady bojaźni, straszne sny, bolesność kręgów przy ucisku, różne parestezye w kończynach, w plecach, astenopia, szybkie męczenie się i t. d..

Objawy choroby BASEDOW'a spostrzegali w jednym przypadku MAUQUAT i GRASSET²³⁾; drgawki paramyokloniczne później się przyłączyły. Zaburzenia unysłowe wreszcie nie są wyłączone. Drugi przypadek ZIEHM'a²⁴⁾ odnosi się do kobiety, cierpiącej na melancholię. TESTI²⁵⁾ notuje w swoim przypadku lipemanię. Chory GOLDFLAMA²⁶⁾ miewał w nocy halucynacje wzrokowe, resztę nocy spędzał na modlitwie. Drgawki, które przedtem występowały tylko jako nieznaczne drżenie rąk, dopiero w pewien czas po owej nocy rozwijały się z całą siłą.

Widzimy więc, że najróżniejsze nerwice z *paramyoclonus multiplex* łączyć się mogą. Nie możemy uważać go w tych wszystkich przypadkach li tylko jako objaw, jak to czyni względem niektórych przypadków ZIEHM, który odró-

19) UNVERRICHT. L. c.

20) HOMÉN. L. c..

21) POPOW. Merskiej Sbornik. 1886.

22) HENOCH. L. c..

23) MAUQUAT i GRASSET cytow. według LEMOINE i LEMAIRE. Rev. de med. 1889.

24) ZIEHM. L. c.

25) TESTI cyt. według MARIN'a. Arch. für Psych. 1888.

26) GOLDFLAM. L. c..

znia objawowy *myoclonus* od samoistnej *myocloniae*; musielibyśmy bowiem w takim razie uznać istnienie *paramyocloni* neurastenicznego, epileptycznego, histerycznego i t. d.. Sądźmy natomiast, że we wszystkich przypadkach, tak w powikłanych, jak i w tych, w których żadnego innego cierpienia nie znajdujemy, mamy prawo rozpoznać *paramyoclonus multiplex*, jako nerwicę samoistną, pod warunkiem, jeżeli drgawki są podobne do typu opisanego przez FRIEDREICH'a. W naszym przypadku odpowiadały one temu typowi w zupełności.

Na zakończenie kilka słów jeszcze o patogenecie *paramyocloni*. Wszyscy autorzy zgadzają się na to, że zaliczyć go należy do cierpień funkcjonalnych. Co do siedliska jednak tych zaburzeń czynnościowych, zdania są podzielone. Jedni—większość—umiejscowiają je w rdzeniu, mianowicie w komórkach rogów przednich i w jądrach rdzenia przedłużonego, które pod względem fizyologicznym tamtym odpowiadają; inni natomiast uważają mózg za ich siedlisko. Dla uzasadnienia tego ostatniego mniemania przytoczono między innymi, że drgawki mają tu charakter kloniczny, podczas gdy przy wzmożonej pobudliwości rdzenia spotykamy tylko skurcze toniczne. Klasyczne badania doświadczalne UNVERRICHT'a ²¹⁾ dowiodły jednak, że ze strony rdzenia również otrzymać można skurcze kloniczne. Z drugiej zaś strony wiemy już, że i przy *paramyoclonus*, w niektórych mięśniach nawet dość często, drgawki bywają toniczne.

Nasilenie drgawek przy wzruszeniach umysłowych, przy zwracaniu uwagi na chorego, zmniejszanie ich pod wpływem woli i ruchów dowolnych oraz przez odwrócenie od nich uwagi chorego—wszystko to przemawia raczej za mózgowym ich pochodzeniem; przy sprawach bowiem, które z pewnością z rdzenia pochodzą, nic podobnego nie spotykamy. Symetryczne zajęcie obu stron ciała nie sprzeciwia się teorii mózgowej, gdyż obie półkule mogą naraz być siedliskiem zaburzeń. Padaczka, której korowe pochodzenie staje się coraz prawdopodobniejsze, występuje również obustronnie. Zresztą wspomnieliśmy już, że w wielu przypadkach *paramyocloni* symetria bywa niezupełna.

Ważną cechą drgawek przy *paramyoclonus* stanowi to, że dotknięte niemi bywają pojedyncze mięśnie, nie zaś grupy mięśni współdziałające przy różnych ruchach dowolnych. Przez doświadczalne podrażnienie kory natomiast osiąga się skurcz tylko w tego rodzaju grupach mięśni; poruszenia części ciała tą drogą otrzymywane podobne są dlatego do ruchów dowolnych, podczas gdy przy *paramyoclonus* nie bywają one nigdy koordynowane. Wyprowadzono stąd wniosek, że te ostatnie powstają przez podrażnienie niższych, a więc rdzeniowych ośrodków. ZIEHM ²²⁾ najdalej się w tym kierunku posunął, gdyż pod wspólną nazwą *myocloniae* podciągnął on wszystkie postaci kliniczne, przy których drgawki można uważać jako będące pochodzenia rdzeniowego i przeciwstawił je drgawkom korowym. Chociaż z punktu widzenia teoretycznego taki podział nerwic ruchowych może się wydawać bardzo pociągającym, to jednak

²¹⁾ UNVERRICHT. Deutscher Archiv für klin. Med. Tom 47.

²²⁾ ZIEHM. L. c.

sądzimy, że dla kliniki jest on za mało jeszcze uzasadniony; to bowiem, czegośmy się na drodze doświadczalnej o różnych rodzajach drgawek dowiedzieli, nie wydaje nam się dostatecznem, ażeby na tem módz oprzeć klasyfikację obrazów klinicznych.

Z tego wszystkiego możemy tylko ten wniosek wyciągnąć, że dotąd za mało mamy danych, aby oznaczyć pochodzenie drgawek przy *paramyoclonus*. Niektóre okoliczności przemawiają za mózgiem, inne bardziej za rdzeniem. Być może także, że oba te narządy ośrodkowe w różnej mierze i może nawet różnym sposobem przyczyniają się do powstawania drgawek. Jakiegokolwiek zresztą jest jego pochodzenie, *paramyoclonus multiplex* uważać musimy za osobnego rodzaju nerwicę ruchową, która występuje samodzielnie, lub też łączy się z innymi nerwicami, z histeryą, neurastenią, epilepsyą, tak samo jak i te ostatnie się w różny sposób ze sobą kombinują.

Z ODDZIAŁU D-RA CHREMOŃSKIEGO W SZPITALU DZ. JEZUS.

III. PRZYZYNEK DO LECZENIA WYMIOTÓW POCHODZENIA NERWOWEGO.

Podał

Henryk Uliński.

—§—

Wymioty nazywamy nerwowni, gdy nie zależą ani od zmian organicznych żołądka, ani też od pokarmów spożytych, nieodpowiednich co do jakości lub ilości. Do czynników, wywołujących wymioty nerwowe, zaliczamy bądź choroby, mające siedlisko w okolicy ośrodka wymiotnego (*commotio*, *neoplasma cerebri* i t. p.), bądź cierpienia ogólne, działające na wspomniany ośrodek [niedokrewność, momenty psychiczne, zatrucie makowcem, histerya i t. p.]. Najczęściej wymioty nerwowe są objawem odruchowym zboczeń w odległych narządach [kamienie żółciowe i nerkowe, glisty, zmiany w częściach rodnych kobiecych i t. p.], lub też—nerwów czuciowych żołądka [nerwica żołądka i t. d.]. Wymioty jednak pochodzenia odruchowego występują nie zawsze wtedy, gdy w organach odległych spotykamy się ze zboczeniami, do powstawania wymiotów najczęściej niezbędny jest mniejszy lub większy stopień ogólnej wrażliwości nerwowej, niedostateczna odporność w układzie nerwowym. Zaburzenia w odległych narządach mogą istnieć, a pomimo to bardzo często wymioty nie występują. Z powyższego określenia wymiotów nerwowych wynikają wskazania lecznicze. Raz leczenie polegać będzie na usuwaniu przyczyny [kamienie żółciowe, glisty i t. p.], i leczenie to dopiero prowadzi do zupełnego wyzdrowienia; innym razem, co się zdarza najczęściej, usunięcie przyczyny nie wystarcza do wyleczenia. Zależać to może od tego, że albo przyczyna wywołująca tak dalece rozstroiła nerwowo organizm, że do radykalnego usunięcia wymiotów należy odporność całego ustroju wzmocnić, albo organizm ten poprzednio był już pod względem nerwowej odporności mocno zrujnowany. Z powyższego wynika, że leczenie wymiotów nerwowych najczęściej polegać musi: 1) na usuwaniu momen-

tu wywołującego, ilekroć go znaleźć można, 2) na zmniejszeniu ogólnej wrażliwości. Obydwa jednak te sposoby postępowania nie prędko doprowadzają do celu, a przez ten czas organizm chorego coraz więcej podupada, gdyż wymioty nie tylko nie pozwalają mu przyswajać pokarmów, tego najważniejszego czynnika leczniczego, lecz same przez się wyczerpują siły i nerwy chorego. Środków, zalecanych w tych razach, jest tak wiele, że sama ta ich mnogość wskazuje, jak wszystkie one są zawodne, z jak kapryśnym, a upartym objawem mamy do czynienia. Wychodząc z tego punktu widzenia, każdy nowo polecony sposób postępowania lekarskiego, za pomocą którego bylibyśmy w stanie uwolnić chorego choćby na czas pewien od tego nader nieprzyjemnego objawu, zasługuje na wypróbowanie.

WINTERNITZ¹⁾ podaje następujący sposób postępowania w podobnych przypadkach. Tułów chorego zawija się w wilgotne, zimne prześcieradło; poczem w okolicy dołka na owo prześcieradło kładzie się rurkę kauczukową, spiralnie zwinętą w krążek. Jeden koniec rurki opuszczamy na dół do naczynia, umieszczonego na ziemi, drugi zaś zanurzamy w drugim naczyniu, napełnionem wodą ciepłą 40° R., znajdującem się ponad chorym. W ten sposób można otrzymać bieżący strumień wody, cyrkulującej w okolicy żołądka. Następnie zawija się powtórnie chorego w suche prześcieradło. Zabieg ten WINTERNITZ stosował na pół godziny przed jedzeniem, a następnie jeszcze przez całą godzinę.

Wyniki dodatnie, otrzymane przez WINTERNITZ'a przy stosowaniu powyższego sposobu leczniczego, zachęciły nas do wypróbowania go w oddziale szpitalnym.

I. Helena D., 25 lat wieku, panna, córka właściciela domu w Ostrołęce, przysłaną została przez kol. KRAJEWSKIGO do naszego oddziału dnia 25. I. 93 r. Pochodzi z rodziny zdrowej. Chorowała w dzieciństwie na odrę i tyfus. Miesiączkowanie rozpoczęło się w 13-tym roku życia i odąd powtarza się co miesiąc po 3 dni z bólami. Częste omdlenia w ciągu ostatniego roku. Oddawna zaparcie stolca, trwające tydzień cały. Przed 5-ciu laty chora zaczęła bez widocznego powodu wymiotować po jedzeniu.

W ciągu 1-szego roku wymioty występowały od czasu do czasu, a w ciągu ostatnich czterech lat zjawiały się niemal po każdym jedzeniu. Gdy chora przybyła do oddziału, uskarżała się, że w ciągu ostatnich kilku miesięcy wymiotuje po każdym jedzeniu. Masy wymiotne kwaśne, czasem gorzkie. Przed wymiotami nudności. Po jedzeniu uczucie pełności w okolicy żołądka. Od samego początku choroby p. D. zasięgała w Warszawie wielokrotnie porady. Zalecane jej jednak środki farmaceutyczne i dyetetyczne nie pomagały. W ciągu 5-letniego okresu choroby chora przebywała przez kilka miesięcy w zakładzie leczniczym w Rogozach, gdzie, przy leczeniu hydriatycznym, osiągnięto trzy miesiące trwającą poprawę. Chora wątła; wzrostu średniego; skóra i błony śluzowe blade; tkanki tłuszczowej bardzo mało; mięśnie wiotkie. Robi wrażenie osoby mocno osłabionej. Ciężota 36,8°; tętno 72; oddech 24. Lekka bolesność przy ucisku okolicy dołka. Brzuch średnio napełniony. Sok żołąd-

¹⁾ Blätter für klinische Hydrotherapie. 1891. Nr. 1.

kowy prawidłowy. Organy płciowe bez widocznych zmian patologicznych. *Ovarialgia dextra*. *Hypaesthesia sinistra l. gr. anaesthesia pharyngis l. gr.* Na podstawie powyższych danych rozpoznaliśmy wymioty pochodzenia histerycznego. Zaleciliśmy: 1) mleko kwaśne, podawane co 2 godziny po kilka łyżek, 2) nacieranie wilgotnem prześcieradłem [22° R.] dwa razy dziennie, 3) ślimacznicę kauczkową 3 razy dziennie po $\frac{1}{2}$ godziny, 4) ławatywy [15° R.] w razie potrzeby.

D. 27. I. Wymioty niemal po każdym jedzeniu.

D. 28. I. Chora w ciągu doby 3 razy wymiotowała. Wczoraj wieczorem było omdlenie z zeszytnieniem kończyn dolnych.

D. 29. I.—30. I. Wymiotów nie było.

D. 31. I. Nie wymiotowała. Oprócz mleka, zaczęła przyjmować kefir. Zalecono: opaskę, zrana wycierania i wieczorem półkąpiel 24° R.. Ślimacznicę usunięto.

D. 1. II.—3. II. Wymiotów nie było. Chora czuje się znacznie lepiej.

D. 4. II. Apetyt się pojawił. Dyeta: 2 jajka, szynka, kefir, bułka, herbata.

D. 5. II. Ogólny stan dobry. Zalecono pokarmy mieszane.

D. 13. II. Chora wypisała się zupełnie zdrowa. Odtąd chorej pozwolono spożywać wszelkie pokarmy. W kilka miesięcy potem dowiedzieliśmy się, że stan zdrowia chorej nie pozostawiał nic do życzenia.

II. Katarzyna M., lat 26 wieku, służąca. Przybyła do szpitala dnia 3. XII. 1892. r.. Miesiączkowanie rozpoczęło się w 14-tym roku życia, powtarzając się co miesiąc po 3—4 dni, mocno bolesne. *Globus hystericus*. Chora skarży się na wymioty z nudnościami, występujące niemal stale. Wymioty rozpoczęły się przed 2-ma miesiącami; powtarzały się w ciągu tego czasu trzykrotnie i trwały za każdym razem po 2 tygodnie. Budowa wątła; odżywianie liche; błada. Stan bezgorączkowy. Tętno 132; oddech 36. *Hypaesthesia dextra; ovarialgia*. Punkty anestetyczne w różnych okolicach ciała. Chemizm i mechanizm żołądka prawidłowe. *Retroflexio uteri; perimetritis i parametritis chronica*. Rozpoznanie w tym przypadku nie przedstawiało żadnych trudności: wymioty należało uważać za odruchowe z punktem wyjścia z organów płciowych u histeryczki. Zalecono: ślimacznicę na okolicę żołądka, nacieranie 22° R. dwa razy dziennie i mleko kwaśne.

D. 5. XII. Podczas stosowania ślimacznicy wymiotów nie było, po przerwaniu zaś zabiegu występowały znowu.

D. 6. XII.—9. XII. Wymioty pojawiały się raz do dwóch razy na dobę.

D. 10. XII.—16. XII. Wymiotów nie było.

D. 17. XII.—22. XII. Wymiotowała raz dziennie.

D. 23. XII. Wymiotów nie było. Ślimacznicę usunięto. Nacieranie 20° R i opaska na brzuch.

D. 24. XII. 1892.—18. II. 1893, t. j. do dnia wypisania się ze szpitala chora nie wymiotowała. Od d. 15. II. do 18. II. trwało miesiączkowanie, podczas którego wymiotów nie było.

W czasie pobytu w szpitalu przybyło chorej na wadze 5 funtów, łaknienie się znacznie poprawiło. W miesiąc potem chora zapisała się na oddział ginekologiczny znowu z powodu wymiotów. Przy leczeniu ginekologicznem wymioty pojawiały się stopniowo coraz rzadziej, zupełnie jednak nie ustąpiły, i w takim stanie chora stamtąd wypisała się.

Z krótkiego opisu powyższych dwóch chorych widzimy, że w 1-szym przypadku mieliśmy do czynienia z nadwrażliwością żołądka, powstałą na tle ogólnej nerwicy [histerya]. Leczenie ogólne wraz z zastosowaniem ślimacznicy przyczyniło się do zupełnego wyzdrowienia. W 2-gim przypadku mieliśmy do czynienia z histeryą i z wymiotami pochodzenia odruchowego z organów płciowych. Leczenie stosowano ogólne i objawowe [ślimacznica]. Wyzdrowienie było tylko przemijającym, co łatwo zrozumieć, pamiętając, że momentu wywołującego, czyli zbroceń w narządach płciowych nie usunęliśmy wcale. Leczenie ginekologiczne miejscowe [masaż, gorące irygacye i t. p.], zastosowane później po ponownem wystąpieniu wymiotów, samo przez się nie zupełnie usunęło cierpienie. Leczenie ogólne, objawowe i miejscowe [ginekologiczne], stosowane jednocześnie, sprawiłoby tutaj, śmiem przypuszczać, znacznie większą poprawę.

Działanie zabiegu, zaleconego przez WINTERNITZ'a, ma polegać na wprowadzeniu pewnych zmian cyrkulacyjnych w ścianach żołądka, a zmiany te wpływać mają dobroczynnie na zakończenia nerwów czuciowych błony śluzowej, zmniejszać ich wrażliwość i tą drogą usuwać wymioty. Opisane przez nas powyższe przypadki nasuwają przypuszczenie, według którego objaśnienie WINTERNITZ'a nie można uważać za wystarczające. Ślimacznica zbyt szybko usuwa wymioty, aby przyczyny tego szukać można było w zmienionem odżywianiu błony śluzowej żołądka. Sądziłbym, że działanie ślimacznicy przede wszystkim polega na bezpośrednim wpływie na nerwy czuciowe żołądka. Zimne prześcieradło, w które zawijamy chorego, czyni go wrażliwszym na temperaturę: woda 40°, cyrkulująca w ślimacznicy, staje się przez to o wiele silniejszym bodźcem termicznym. Nie chcę bynajmniej przez to powiedzieć, że zabieg, polecany przez WINTERNITZ'a, nie wywiera wpływu na cyrkulację żołądka; chodzi mi tylko o to, że prócz tego wpływu odgrywa tu zapewną rolę działanie bezpośrednie na nerwy czuciowe.

Wnioski, jakie wyprowadzić można z powyższych spostrzeżeń i rozważań, są następujące.

1) Leczenie wymiotów nerwowych polegać powinno na leczeniu stanu ogólnego, usuwaniu momentów wywołujących je i na usuwaniu samego objawu [wymiotów].

2) Leczenie objawowe [usuwanie aktu wymiotnego] znakomicie wspomaga leczenie zasadnicze.

3) Do sposobów postępowania, mogących usunąć wymioty, jako objaw, słusznie zaliczonem być może postępowanie WINTERNITZ'a.

4) Dodatni wpływ ślimacznicy w podobnych przypadkach wynika zapewne nie tylko z oddziaływania na krążenie, lecz i z bezpośredniego działania na nerwy czuciowe żołądka.

NOTATKI LEKARSKIE.

9. Czy Hyperaemia cerebri apoplectiformis?

Dnia 13 marca b. r. o godzinie 9-ej rano zostałem wezwany do chorej bony, niemki, której domownicy nie mogli się dobudzić. Z opowiadania otaczających dowiedziałem się, iż bona bawi od 2-eh tygodni i była zwykle bardzo bladą. Poprzedniego dnia uskarżała się na ból głowy i wymioty, skutkiem czego nic jeść nie chciała. Wieczorem zaś, ubrawszy dzieci na koncert, położyła się spać po odejściu państwa. Rano znaleziono ją w łóżku zimną, nieczułą, lecz oddechającą. Żadne środki nie mogły jej obudzić.

Przy badaniu znalazłem: na poduszkach ślady wymiotów. Chora blada jak płótno, z wolem niewielkich rozmiarów. Całe ciało zimne [ciepłoty nie mierzone]. Tętno 57 dość pełne, lecz nierówne, przepuszczające, oddech 18, równy. Gałki oczne jak wysadzone, powieki nie mogą ich należycie przykryć, zostawiają szparę. Żrenice rozszerzone, leniwie oddziałują na światło. Zupełna nieczułość i brak przytomności. Odruchy wszelkie zniesione tak skórne, jak ścięgniste. Białkówkę i rogówkę można dotykać swobodnie, nie wywołując najmniejszego ruchu; szczypanie, klucie, przykładanie wrzącej wody również nie wywołują żadnego odruchu; szczękostisk, polykanie utrudnione. Gdy, podważywszy zęby, uda się wlać kilka kropel płynu, chora się krztusi, lecz po kilku chwilach z wysiłkiem połyka. Wszystkie mięśnie straciły całkowicie naturalne napięcie. Przy podnoszeniu chorej, ciało leży bezwładnie, przedramię można wygiąć na zewnątrz tak, że tworzy z ramieniem mocno rozwarty kąt, palce obu górnych kończyn lekko skurczone, kończyny dolne zgięte w stawach kolanowych, lecz można je bez wysiłku wyprostować.

Pęcherz pełny, brzuch mocno wzdęty. Ślinienie ciągłe.

Ze względu na tętno przepuszczające wstrzyknąłem kofeinę w obecności kol. PRZYCHODZKIEGO. Ułożyliśmy również głowę nisko i poczęliśmy przykładąć gorące okłady na głowę. Po kofeinie tętno się wyrównało, 57 uderzeń na minutę, oddech równy 18, policzki i czoło lekko się zarumieniły.

Po naradzie z zawezwanym kol. PŁUŻAŃSKIM [podejrzewając zatrucie morfiną lub innym narkotykiem] zastosowaliśmy kąpiel letnią z oblewaniem piersi i kręgosłupa zimną wodą [wprost ze studni]. Przy pierwszych polewaniach chora odetchnęła głębiej, lecz następne nie robiły żadnego na niej wrażenia. Mocz wypuszczono; zastosowaliśmy ławatywy z asafetydy. Stan ten sam; po 5 godzinach zostawiliśmy chorą tak, jakżeśmy ją zastali. Zaleciwszy felerzerowi, iżby w razie nieregularnego tętna wstrzyknął kofeinę, oraz aby stale przykładał gorące okłady na głowę, a butelki z gorącą wodą do kończyn dolnych — wyszliśmy.

Wieczorem stan ten sam. Pęcherz pełny. Mocz wypuszczono.

Przenieśliśmy chorą w tym stanie do szpitala starozakonných, odległego od domu o kilkadziesiąt kroków.

W szpitalu zastosowaliśmy pęcherz z lodem na głowę i wobec tętna ponownie przepuszczającego zastosowaliśmy podskórnie co 3 godziny *ol. camphoratum*.

O 1-szej w nocy stan ten sam.

Nazajutrz d. 14 ciepłota rano 38,3° C., tętno 96, dość pełne, oddech 24 równy. Odruchy skórne i ścięgniste wróciły. Przy lechtaniu stóp chora usuwa nogę, podczas klucia i szczypiania chora się krzywi i stęka. Ucisk ręki powoduje podnoszenie jej. Żrenice rozszerzone, leniwo oddziałują na światło. Białkówka i rogowka nieczułe. Mocz oddała pod siebie. Stolica nie było. Ogólny stan lepszy. Chora otwiera usta i połyka lepiej. W płucach na całej przestrzeni wilgotne rżżenia.

Wieczorem ciepłota 38,3°, tętno 120 dość pełne, rano 30 nierówne. W płucach bardzo dużo wilgotnych rżżeń (*oedema pulmonum*), oddech chrapliwy. Chora robi wrażenie konającej. Odruchy jednak zachowane, żrenice oddziałują na światło. Mocz oddała pod siebie. Stolica nie było.

W nocy stan się jeszcze pogorszył. Rżżenia silniejsze. Konanie trwa.

Dnia 15. Stan ten sam. Chora leży z nawpół przykniętymi oczami, rogowki pokryte śluzem i nieczułe, oddech silnie chrapiący, rżżeń w płucach bardzo dużo. Odruchy zachowane, tętno dość silne 108, oddech 42, ciepłota 37,5° C.; szczękościsk. O 1-ej w południe to samo. Mocz nie zawiera ani cukru, ani białka. Wieczorem ciepłota 37,6°, tętno 108, oddech 36. Zupełna zmiana na lepsze. Oddech spokojny, niechrapiący, w płucach rżżeń bardzo mało. Połyka dobrze, szczękościsk ustąpił. Wypiła kilka łyżek wody i wina. Czuć bardzo wyraźne. Białkówka i rogowka wrażliwe i czułe. Tętno miększe. Na wołanie otwiera oczy i wodzi niemi.

Dostała *pulv. lazans*. O godzinie 12-ej w nocy po obfitych wypróżnieniach chora przysła do przytomności i zaczęła rozmawiać. Z początku nie poznawała otaczających, lecz wkrótce poznała wszystkich. Żąda ciągle, by jej dano pić, na pytanie odpowiada przytomnie. Zapytana, co się z nią stało, odpowiada, iż położyła się spać w poniedziałek, że spała 3 godziny. Nic wreszcie nie wie. Tętno 108, oddech 20, ciepłota 36,5°.

Dnia 16. Stan zupełnie dobry. W nocy nie spała, lecz twierdzi, iż obecnie spać jej się nie chce. Przytomność zupełna. W przeciągu dnia drzemie potrochu i żąda pokarmów.

Dnia 17. Brzuch wzdęty. Stan dobry. *Ol. ricin.* $\mathfrak{S}$ s.

Dnia 18. Ciepłota 38,3°. Brzuch wzdęty, język obłożony, chora na nic się nie skarży. Kalomel po $\frac{1}{2}$ grana 6 proszków. Ciepłota 38,6°. 2 rzadkie stolce. Stan ten sam.

Dnia 19. Ciepłota 36,5° C.. Stan dobry. Brzuch cokolwiek wzdęty. *Ol. ricin.* $\mathfrak{S}$ s.

Dopiero teraz chora zaczęła się uskarżać na ból w prawej łydce i okazało się, że łydka na tylnej i zewnętrznej powierzchni uległa powierzchownemu oparzeniu wskutek przykładania butelek z wrzącą wodą. Łydkę opatrzone.

Dnia 20. Stan dobry. Chora wypisała się ze szpitala.

Przed wypisaniem—chorą ponownie zbadano. Chora błada. Miesiączkowanie prawidłowe, chora czasami cierpi na bóle głowy. Żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Ze strony sfery nerwowej: niewielka nadczułość na plecach i bolesność przy dotykaniu górnych kręgów grzbietowych. Nie znalazłem żadnych *stigmata hysterica*, ani też *zones hysterogènes*, żadnych zaburzeń czucia, ruchu lub inteligencji. Pole widzenia i odruchy prawidłowe.

Z wywiadów, otrzymanych od osoby znającej chorą i z listu matki, pisanego podczas choroby do wyżej wymienionej osoby, dowiadujemy się, iż chora przeżyła w dzieciństwie tyfus, cierpiała na ból głowy wskutek szycia na maszynie, bóle przechodziły po ruchu na świeżem powietrzu. Ojciec chorej jest obłąkany i umieszczony został w domu waryatów, brat matki cierpiał na katalepsyę [*Starrkrampf*, jak pisze matka], trwającą 3 dni, podczas tej choroby wszystko słyszał, lecz poruszyć się nie mógł, tak, że go miano za umarłego, siostra chorej cierpi na jakieś napady drgawkowe [bliżej nieokreślone].

Zestawiając wyżej powiedziane, otrzymujemy obraz następujący: chora z rodziny neuropatycznej z dziedzicznym obciążeniem, cierpiała na blednicę, zapadła wśród zupełnego zdrowia nagle bez wyraźnego powodu w stan zupełnego bezwładu z utratą przytomności, czucia i odruchów z wyjątkiem połykania i leniwego oddziaływania żrenic przy tętnie zwolnionem i przepuszczającym z obniżoną ciepłotą ciała. Stan ten trwał 24 godzin, poczem odruchy i czucie poczęły wracać, lecz po 24 godzinach wystąpiły objawy ostrego obrzęku płuc, które ze swej strony ustąpiły po 24 godzinach, a po upływie nowych 12 godzin chora nagle oprzytomniała. Cała choroba trwała 3 doby.

Jakież więc rozpoznanie postawić można? Żeśmy mieli do czynienia z cierpieniem mózgu, nie ulega to żadnej wątpliwości wobec *functio laesa*; że cierpienie to było rozlane, również nie należy wątpić ze względu na zniesienie wszystkich czynności mózgowych, a więc czucia, ruchu i inteligencji, a że cierpienie to nagle powstało i nagle znikło i że trwało krótko, przeto przypuścić można, iż zależało od ucisku mózgu, wywołanego ostrem przekrwieniem z pręsieńkiem surowiczym do miąższu mózgowego, jak to objaśnia Ross w swym „Podręczniku do chorób nerwowych“. Byłaby to więc forma choroby opisana pod nazwą „*hyperaemia acuta cerebri apoplectiformis*“. Lecz czy tak było istotnie, nie śmiem stanowczo twierdzić. Przedewszystkiem nieznana mi jest zupełnie przyczyna tego napadu, a zatrucie po szczegółowem badaniu stanowczo wykluczyć należy; tęsknota zaś za ojczyzną i domem, jak podaje w liście matka chorej, nie mogła wszak wywołać podobnego napadu, a z drugiej strony nie mogłem w literaturze mi dostępnej wynaleźć podobnego przypadku.

H. Fidler,

ordynator szp. starozakonych
w Radomiu.

[Chociaż nie można wyłączyć w danym przypadku otrucia ptomainami, to jednak najprawdopodobniejszą wydaje się podstawa histeryczna tego przypadku *Przyp. Red.*].

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

ETYOLOGIA I LECZENIE OBRZĘKU ŚLUZOWEGO

(*myxoedema*).

O leczeniu płynami tkankowymi w ogólności (*Gewebssafttherapie*).

Skreślił

A. Puławski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 32].

Taki jest stan obecny leczenia przetworami gruczołu tarczowego choroby, uważanej do niedawna za zupełnie nieuleczalną.

Ta ostatnia okoliczność, jak również racjonalne zasady powyższego leczenia obok niewątpliwie dodatnich wyników, otrzymywanych w całym szeregu dobrze spostrzeganych przypadków, upoważnia lekarzy do stosowania wyżej opisanej metody w przypadkach obrzęku śluzowego tak samoistnego, jak i operacyjnego (*myxoedème opératoire*), jak również i sporadycznego kretynizmu, połączonego najczęściej z marskością gruczołu tarczowego. Widzieliśmy jednak, że niektórzy autorowie z dobrym skutkiem stosowali przetwory gruczołu tarczowego w chorobie przedstawiającej daleką i nieuzasadnioną jeszcze analogię z obrzękiem śluzowym, mianowicie w akromegalii [PUTNAM¹⁾]; inni znów, opierając się na pewnych własnościach tych przetworów [przyspieszanie przemiany materii], używali ich również z dobrym skutkiem dla leczenia otyłości.

Takie rozszerzenie wskazań do stosowania opisanej przez nas metody ma jeszcze pewną racjonalną podstawę. Ale nie na tem koniec. W ostatnich czasach zaczęto podawać gruczoł tarczowy w niektórych nieuleczalnych cierpieniach skóry. Na jakiej zasadzie, powiedzieć trudno, ale dobre wyniki, notowane przez niektórych autorów, zmuszają do liczenia się z tymi empirycznymi faktami. BYROM BRAMWELL¹⁾ pewnej 18-letniej panience, która od 9-ciu miesięcy cierpiała na ogólną łuszczycę, podawał codziennie *per os* $\frac{1}{4}$ część surowego gruczołu tarczowego, nie stosując przytem żadnego innego leczenia. Już po tygodniu nastąpiła wyraźna poprawa, a po trzech miesiącach wysypka zniknęła zupełnie. Żadnych ubocznych, niepożądanych objawów nie było, chorej przybyło na wadze 20 funtów [?]. W drugim przypadku łuszczycy u 35-letniej kobiety poprawa wystąpiła już na drugi dzień (*sic*) po zażyciu 5 kropli wyciągu z gruczołu tarczowego, a zupełne wyleczenie po 3 miesiącach. Również dobre wyniki otrzymał GORDON DILL w 4-ch przypadkach łuszczycy — poprawa występowała szybko. Inni autorzy takich dobrych wyników nie widzieli. CAMPBELL BLACK, prof. fizjologii w Glasgowie, w jednym przypadku widział wyraźną poprawę,

¹⁾ PUTNAM. Cases of myxoedema and acromegalia treated with benefit by sheeps thyroids. The amer. Journal of med. sciences. 1893. aug.

²⁾ Neuere englische Literatur ueber therapeutische Versuche mit Thyreoid-Präparaten. III. Thyreoidbehandlung bei Hautkrankheiten. Wien. klin. Woch. 1894. Nr. 14.

w drugim żadnego działania nie zauważył. LESSLIE PHILIPS widział poprawę w jednym przypadku *xeroderma*, a żadnej poprawy w trzech przypadkach łuszczycy.

Największą ilość przypadków chorób skórnych, leczonych gruczołem tarczowym [w postaci pastylek], widział PHINEAS ABRAHAM [90], który wyniki swoich spostrzeżeń zakomunikował w Towarzystwie Lekarskim londyńskim [*Lancet*. 1894. 13 stycznia]. Wyniki te są następujące: 1-o gruczoł tarczowy [jako lek] nie wywiera żadnego stałego działania na łuszczycę i inne choroby skórne, 2-o w wielu przypadkach działanie tegoż gruczołu było ujemne, a nawet szkodliwe, 3-o w większości przypadków można było jednak konstatować niewątpliwie dobre działanie środka, 4-o nie posiadamy dotychczas żadnych wskazań, kiedy się należy spodziewać dodatniego działania środka, 5-o w wielu przypadkach zauważono nieprzyjemne działanie ogólne [niestrawność, bóle neuralgiczne, bicie serca].

O nieprzyjemnem działaniu ubocznem wspomina bardzo szczegółowo TALFOUR JONES (*Brit. med. jour.* 1893. 30 decem.). Chory jego, młody mężczyzna, po użyciu 22 pastylek [po 5 gr.] gruczołu tarczowego w 6 dni dostał silnego bicia serca w połączeniu z arytmją. Po zmniejszeniu dawki nastąpiła poprawa. Ile razy jednak autor zwiększał dawkę, występowały niepokojące objawy ze strony serca i ogólne osłabienie.

III.

Leczenie obrzęku śluzowego i pokrewnych mu chorób sokiem wyciśniętym z gruczołu tarczowego inaugurowało w medycynie nową metodę leczniczą (*Geuebsstofftherapie*), którą możnaby nazwać substytucyjną. Opiera się ona na przypuszczeniu: 1-o że istnieją w organizmie narządy gruczolowe [gruczoł tarczowy, jądra, trzustka, nadnercza], obdarzone pewną swoistą sekrecją [niezależnie od sekrecyi właściwej] substancji, niezbędnych dla organizmu, 2-o że brak tych substancji wskutek zaniku lub zmian patologicznych w danym narządzie może być zastąpiony [substytuowany] przez wprowadzenie tychże substancji z odpowiednich zdrowych narządów osobników tego samego, a nawet innego gatunku.

Najpoważniejszą, najbardziej naukowo uzasadnioną przedstawicielką tej metody jest właśnie terapia obrzęku śluzowego, której genezę tylko cośmy przedstawili.

Za ojca tej metody w ogólności należy uważać niedawno zmarłego fizjologa francuskiego BROWN-SÉQUARD'a, który już dawno, bo jeszcze w r. 1869, w wykładach swoich posiał zarodki metody, propagowanej następnie przez się z takim fanatyzmem¹⁾.

Ale cała uwaga, wszystkie usiłowania BROWN-SÉQUARD'a skierowane zostały na jeden tylko narząd, mianowicie na jądra. Obserwując zmiany, zachodzące

¹⁾ S'il était possible d'injecter sans danger du sperme d'un vigoureux animal dans les veines d'un vieillard, on obtiendrait probablement une amélioration notable des puissances affaiblies de cet individu. *Arch. de physiol.* V. S. t. 1, str. 651.

w ciele kastratów, przeprowadzając analogię, zachodzącą między temi zmianami a objawami, spotykanymi u starców i ludzi, dotkniętych niemocą płciową, BROWN SÉQUARD buduje swoją teorię o dwoistem przeznaczeniu jąder: jako narządu, wydzielającego nasienie i jako narządu, produkującego pewną przechodzącą do krwi substancję energiotwórczą, podtrzymującą napięcie (*tonus*) układu nerwowego. Taką samą funkcję u kobiet spełniają jajniki.

Przechodząc od teorii do praktyki, BROWN-SÉQUARD usiłuje zapobiedz czynnościowej niedostateczności jąder i jajników przez wstrzykiwanie soku wyciśniętego z tych narządów, wziętych od zwierząt zdrowych.

Jak widzimy, zasada jest podobną do tej, jaką kierowano się w leczeniu obrzęku śluzowego sokiem, wyciśniętym z gruczołu tarczowego. Ale wskazanie do stowania tej ostatniej terapii były o wiele prostsze, działanie i skutki o wiele gruntowniej zbadane. Tymczasem pojęcie o napięciu (*tonus*) układu nerwowego bardzo jest subtelne, stosunek tegoż do różnych spraw chorobowych nie jest dostatecznie wyjaśniony; dla tego też i wskazania do użycia środka, mającego „wzmocnić” owo napięcie układu nerwowego i przez to wpływać korzystnie na przebieg danej sprawy chorobowej, bardzo są niejasne.

Uchwycono przedewszystkiem z nowej metody to, za czem się od wieków napróżno uganiano, możność przedłużenia młodości, przywrócenia sprawności płciowej, podług adleż wskutek nadużyć lub podeszłego wieku. Otrzymywane tu i owdzie pomyślne wyniki u neurasteników lub impotentów psychicznych dodawały otuchy i cierpliwości niedołężnym starcom, oczekującym napróżno cudów nowej terapii. Obok impotentów, neurasteników i hypochondryków poddawano leczeniu całe zastępy chorych nieuleczalnych, suchotników, rakowatych, tabetyków, notując skrzętnie każdą choćby najmniejszą pomyślną zmianę, zaszłą w ich stanie i zapisując ją skwapliwie na dobro nowej metody. Sam twórca metody BROWN SÉQUARD uskarżał się z początku, iż „wielu lekarzy a raczej lekarskich partaczy (*médicastres*) i szarlatanów, nie poznawszy nawet mych prac, bez znajomości najelementarniejszych zasad nowej metody wyzyskiwało gorące pragnienia wielu ludzi, narażając ich często na wielkie niebezpieczeństwo“¹⁾. Ale niestety, i on także w ostatnich czasach swego życia utracił właściwy sobie zmysł krytyczny, przypisując w dobrej wierze wszelkie doniesienia o cudownych, bajecznych skutkach swojej metody, jakie go dochodziły z różnych stron świata [z Francyi, Rossyi i Ameryki]. W swoim czasie, na mocy własnych doświadczeń i dostępnej mi wówczas literatury, podałem krytykę metody BROWN-SÉQUARD'a²⁾, dla tego tu jej powtarzać nie będę, tem więcej, że posiadamy już w naszej literaturze nader sumienną pracę referencyjną o tym przedmiocie³⁾. Tu tylko zaznaczyć muszę, iż w ostatnich czasach sprawa ta przybrała charakter więcej naukowy przez wyosobnienie ciała, które ma być istotną częścią działającą soku jądrowego,

¹⁾ Du rôle physiologique et thérapeutique d'un suc extrait de testicules d'animaux etc. Arch. de phys. V ser. T. I. str 739.

²⁾ A. PUŁAWSKI. Spostrzeżenia kliniczne nad wstrzykiwaniami soku jądrowego [metoda BROWN-SÉQUARD'a] Gaz. Lek. 1891.

³⁾ B. POLIKIER. O poszukiwaniach BROWN-SÉQUARD'a nad działaniem płynu jądrowego oraz jajnikowego i o sperminie. Kron. Lek. 1890. Nr. 11 i 1891. Nr. 1.

mianowicie sperminy [POEHL]. Na mocy doświadczeń laboratoryjnych [mała ilość sperminy w obecności chlorków metali zamienia magnez metaliczny na tlenek magnezu, nadając mu zapach spermy], POEHL tworzy hipotezę, iż spermina posiada własność przywracania własności oksydacyjnych krwi, utraconych z jakiegokolwiek bądź powodu. POEHL powiada wprost, iż krew, która wskutek działania różnych trucizn, jak chloroform, tlenek węgla, strychnina, wolne kwasy, patologiczne składniki moczu, utraciła własność przenoszenia tlenu, przez dodanie małych ilości sperminy na nowo te własności odzyskuje. Ponieważ, według poglądów POEHL'a i GAUTIER'a, wiele chorób [szkorbut, wzdęcia, neurastenia, charłactwo wszelkiego rodzaju] polega na zmniejszeniu się tych zdolności oksydacyjnych krwi i tkanki nerwowej, przeto w takich właśnie stanach wskazanem jest użycie sperminy, jako środka przywracającego krwi jej własności oksydacyjne. Taką jest najnowsza teoria działania sperminy, *resp.* soku jądrowego. Czy jednak można utożsamiać sperminę ze sokiem jądrowym, czy w chorobach, w których stosowano metodę BROWN-SÉQUARD'a, chodzi rzeczywiście o obniżenie oksydacji. czy laboratoryjne doświadczenia POEHL'a można bezwzględnie przenosić na żywy organizm — oto są pytania, na które należałoby odpowiedzieć, jeżeli, jak słusznie mówi FUEBRINGER¹⁾, chcemy uwolnić nową metodę od zarzutu mistyczności i szarlataneryi. W tym kierunku zrobiono dotychczas niewiele.

Doświadczenia MINKOWSKIEGO i MEHRING'a nad moczówką cukrową, wywołowaną sztucznie przez wycięcie trzustki²⁾, były punktem wyjścia dla leczenia tej choroby za pomocą soku wyciśniętego z trzustki. Przedsięwzięte w tym kierunku próby nie doprowadziły do żadnego dodatniego wyniku [COMBY, MACKENZIE, LEYDEN].

Sam MINKOWSKI³⁾ na kongresie medycyny wewnętrznej w Lipsku [1892] oświadczył, że z jego doświadczeń wynika, iż ani podawanie trzustki do wewnątrz, ani też wstrzykiwanie soku, wyciśniętego z tego narządu, nie jest w stanie wpłynąć na znikanie z moczu cukru po wycięciu trzustki, poprawę zaś wszystkich objawów moczówki cukrowej otrzymywał tylko po transplantacji trzustki, o ile nastąpiła waskularyzacja. FUEBRINGER⁴⁾ również nie otrzymał dodatniego wyniku od zastosowania wstrzykiwań w dwóch przypadkach moczówki cukrowej u ludzi³⁾. Jeżeli dodamy do tego fakt, że w przypadkach moczówki cukrowej nie zawsze znajdowano na sekcjach zmiany w trzustce, musimy przyznać, iż leczenie moczówki cukrowej sokiem wyciśniętym z trzustki dalekiem jest od wyników, jakimi się już szczyci terapia obrzęku śluzowego.

Dotychczas była mowa o leczeniu wyciągiem, czy sokiem, wyciśniętym

¹⁾ Prof. FÜRBRINGER. Ueber die moderne Behandlung von Krankheiten mit Gewebsflüssigkeiten. Deut. med. Woch. 1894. Nr. 13 i 14.

²⁾ MEHRING i MINKOWSKI. Diabetes mellitus nach Pankreasextirpation. Jahresb. VIRCHOW's. 1890. T. II, str. 342

³⁾ MINKOWSKI. Weitere Mittheilungen über den Diabetes mellitus nach Pancreasextirpation, Deut. med. Woch. 1892. Nr. 21 [autoreferat].

⁴⁾ FÜRBRINGER. L. c.

z narządów gruczołowych w myśl podanej wyżej hipotezy BROWN-SÉQUARD'a. Ale terapia sokami tkankowymi na tem się nie ogranicza.

BABES ¹⁾ z Bukaresztu, robiąc szczepienia ochronne metodą PASTEUR'a, zauważył, iż niektórzy ludzie, po przebyciu zwykłej seryi szczepień, pozbywają się pewnych objawów nerwowych, którym podlegali przed rozpoczęciem leczenia metodą PASTEUR'a [wysuszonymi rdzeniami królików]. To go naprowadziło na myśl, iż tkanka nerwowa, wprowadzona do ustroju, musi wpływać dobroczynnie na układ nerwowy. BABES używa do wstrzykiwań podskórnych zwierzęcą substancję mózgową lub rdzeniową, roztartą w wyjałowionym bulionie w stosunku 1:5, w ilości 4—5 grm. kilka razy na tydzień. Metodę swoją stosował w przypadkach neurastenii, melancholii, neuralgii (*ischias*) i padaczki zawsze z dobrym skutkiem. Już po 4—6 wstrzykiwaniach ustępowały najważniejsze objawy, jak: „*casque neurasthénique*“, osłabienie mięśniowe, drżenie rąk, brak łaknienia, bezsenność, bóle, nastrój melancholiczny [12 przypadków]. W przypadkach padaczki samoistnej [6 spostrzeżeń] zmniejszała się częstość napadów i ich siła. Za to w niektórych ostro występujących chorobach nerwowych zdarzały się pogorszenia [ekscytacja, bóle]. Takie same wyniki otrzymywał CONSTANTIN PAUL w Paryżu, który, idąc za radą BABES'a, stosował jego metodę. W późniejszym doniesieniu ²⁾ BABES podaje znów całą seryę wyleczonych przypadków neurastenii [5], melancholii [9] i padaczki [11]. Co do tych ostatnich BABES konstatuje nie wyleczenie, tylko zmniejszenie siły i częstotliwości napadów z tem zastrzeżeniem, że po zaprzestaniu leczenia napady wracają do dawnego typu.

Dobre wyniki tej metody widzieli inni autorzy, jak: FELKIN, MONTAGNON ALTHAUS. ONIMUS wstrzykiwał z powodzeniem substancję rdzeniową przy wściekłości, *myelitis*, ogólnem osłabieniu. HAMMOND przez długą macerację mózgu wołowego z gliceryną, kwasem bornym i alkoholem otrzymywał „coś“, co nazwał cerebryną i wstrzykiwał z dobrym wynikiem w różnych chorobach nerwowych [cytuje podług FUERBRINGER'a]. Za to NAGEL z Jass nie widział żadnych dających się stwierdzić obiektywnie dobrych wyników od stosowania metody BABES-PAUL'a, otrzymując jednocześnie dobre wyniki od wstrzykiwań wody przekrojonej ³⁾.

Hipotezy BROWN-SÉQUARD'a i MINKOWSKIEGO, spostrzeżenia BABES'a osmieliły różnych autorów do coraz oryginalniejszych prób w kierunku nowej terapii. Dość powiedzieć, że ONIMUS i HAMMOND przyrządzali z mięśnia ser-

¹⁾ V. BABES. Ueber die Behandlung der genuinen Epilepsie und der Neurasthenie mittels subcutaner Injection von normaler Nervensubstanz. Deut. med. Woch. 1892. Nr. 30.

²⁾ V. BABES. Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Neurasthenie, Melancholie und genuinen Epilepsie mittels Injectionen normaler Nervensubstanz. Deut. med. Woch. 1893. Nr. 12.

³⁾ Opierając się na doniesieniu BABES'a, zaleciłem stosowanie jego metody jednemu z moich chorych, 26 letniemu Mł., który od najwcześniejszej młodości miał ciężką padaczkę. Napady zniknęły niekiedy same przez się bez żadnego leczenia, ale przychodziły okresy, w których pomimo najenergiczniejszego leczenia bromowego zdarzały się po kilka do kilkunastu razy dziennie. Leczenie wstrzykiwaniami substancji nerwowej było przeprowadzone w pracowni RAZWIDA. Nie wpłynęło jednak w niczem ani na częstość, ani na siłę napadów.

(Przyp. autora).

cowego za pomocą długiej bo ośmiomiesięcznej (*sic!*) maceracji jakiś płyn, który nazwali *cardina*. Płyn ten jakoby ma wpływać na odżywianie serca i dlatego działa pomyślnie w osłabieniach tegoż, w nerwicach i t. d..

Z nerek DIEULAFOY otrzymał nefrynę, którą zastosował u jakiegoś chorego na mocznicę. Nastąpiła poprawa, lubo chory umarł. DIEULAFOY opierał się na doświadczeniach BROWN-SÉQUARD'a, któremu udało się utrzymać przy życiu zwierzęta z wyciętymi nerkami jedynie przez wstrzykiwanie wyciągu z nerek. Nerki, według teryi Br.-SÉQ., podobnie jak jądra, obok sekrecyi zewnętrznej [wydzielanie moczu] posiadają inną jeszcze sekrecyę zewnętrzną, brak której wywołuje mocznicę. Taką samą rolę ma grać hepatyna — dla mięśni. Używano wreszcie emulsyi ze szpiku kostnego i śledziony dla leczenia niedokrwistości złośliwej i leukemii.

GOLDSCHNEIDER⁹⁾ wspomina o podobnym przypadku, w którym jednakże 17 wstrzykiwań nie wywołało żadnego dodatniego wpływu. Była to niedokrwistość złośliwa z zejściem śmiertelnem. Za to autor ten widział pewne polepszenie [zmniejszenie ilości białych ciałek i objętości śledziony] w przypadku białaczki, która również skończyła się śmiercią.

Takie są dotychczasowe dzieje najnowszej metody leczniczej, która usiłuje sobie wywalczyć prawo obywatelstwa w medycynie. W osnowie jej, jak widzieliśmy, leży pewne jądro prawdy, spowite w grubej powłoce niewiedomości. Przedewszystkiem należy oczekiwać wyosobnienia ciał istotnie działających w owych płynach tkankowych, które przedstawiają się nam obecnie jako jakieś *mixtum compositum*, zawierające części obojętne i działające o własnościach nieznanych. Spostrzeżenia kliniczne muszą być robione dokładnie przez czas dłuższy w przypadkach jasnych pod względem rozpoznawczym z wyłączeniem tak ważnego czynnika, jakim jest sugestyja tak ze strony chorych, jak i ze strony obserwujących lekarzy.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

70. D-r R. Frey. O porażeniach, wywoływanych przez nałożenie opaski Esmarch'a.

Zbyt mocno i bezpośrednio na samej kończynie nałożona opaska, jak wiadomo, wywoływała nieraz objawy porażenia, które, zgodnie z poglądem VOLKMANN'a, LESSER'a i innych, w większości przypadków tłumaczą się niedokrewnością tejże kończyny z następczym zanikiem włókien mięśniowych. Niekiedy jednak po krótkotrwałem nżyciu opaski ESMARCH'a powstają porażenia natury czysto nerwowej wskutek bezpośredniego uszkodzenia nerwów przez ucisk. Porażenia tego rodzaju opisali ostatnimi czasy WOELFLER, KOEBNER, WIESMANN, BERNHARDT i inni, sam zaś autor miał w praktyce swojej trzy takie przypadki: u pierwszego z tych chorych nazajutrz po zabiegu, podczas którego opaska

1) GOLDSCHNEIDER. Zur Gewebssafftherapie. Deut. med. Woch. 1894. Nr. 17.

ESMARCH'a, na 5 cm. szeroka, w ciągu trzech kwadransów pozostawała na prawem ramieniu, zauważył przy zupełnym braku bólów i obrzmienia niemożność ruchów dowolnych w prawej ręce; badanie obezwładniowej kończyny po zdjęciu opaski wykazało porażenie wrzysklich mięśni tejsze, a nadto wzmożoną zwłaszcza na brzuścach palców wrażliwość na dotyk, lekkie znieczulenie nerwów na działanie prądu przerywanego i zmniejszony odczyn ze strony nerwu łokciowego na prąd stały. Objawy te, pomimo leczenia, ustępowały bardzo powoli i niezupełnie, tak, iż dopiero po upływie 6 tygodni można było stwierdzić pewne ruchy w stawach palców, oraz w stawie łokciowym i napięstkowym. Ruchy bierne i wówczas były ciągle bolesne, kończyna zaś sama w stosunku do lewej znacznie cieńsza. Powierzchnia zginaczy, grzbietowa palców i dłoniowa całej prawie ręki wykazywała stale jeszcze pewną nadczułość. Drugi chory, któremu z powodu klutej rany prawego ramienia, nałożono na to ostatnie przy opatrunku doraźnym cieką rurę gumową, już w pół godziny utracił ruchy w danej kończynie, przy badaniu zaś wykryto znieczulenie nerwu pośrodkowego i należących doń mięśni na prąd elektryczny, przyczem zranienie nerwu można było wyłączyć na pewno. Dopiero po upływie pół roku przy odpowiednim leczeniu otrzymano na chorej kończynie stosunki prawidłowe. W trzecim wreszcie przypadku operowany z powodu ograniczonej zgorzeli lewej kości ramieniowej niebawem po zdjęciu opaski ESMARCH'a chorą kończyną poruszać nie mógł. I tu również badanie, po upływie dni kilku przeprowadzone, wykazało poważne zmiany chorobowe, a mianowicie: nieruchomość palców i stawu napięstkowego, ograniczenie ruchów w stawie łokciowym, nadczułość w obrębie nerwu pośrodkowego na ucisk, brak czucia dotyku na powierzchni grzbietowej paluszka i dłoniowej wszystkich prawie palców, zmniejszone czucie bóle i ciepła, brak czucia mięśniowego, oraz osłabienie odczynu na prąd przerywany ze strony mięśni, zależnych od nerwu łokciowego i pośrodkowego. Po upływie miesiąca i tu dzięki leczeniu poprawę otrzymano wyraźną.

Brak obrzęku i innych objawów zastoinowych, zaburzenia w sferze czucia, osłabienie odczynu na prąd elektryczny i inne t. p. objawy na uciśniętej kończynie stwierdzone, wskazują wyraźnie, że nie w zaburzeniach krwiobiegu przyczyny porażenia w przypadkach powyższych szukać należy. Należy rozstrzygnąć pytanie: czy porażenie owo powstaje skutkiem bezpośredniego ucisku pni nerwowych, czyli też z następcej bezkrwistości tychże? Doświadczenia SCHIFFER'a na królikach [z podwiązaniem aorty brzusznej] uwydatniły wybitną niezależność nerwów czuciowych od dopływu krwi; w kilka bowiem godzin jeszcze nerwy te oddziaływały zupełnie prawidłowo; z drugiej znów strony udało się autorowi uwydatnić tożsamość warunków i dla nerwów ruchowych, mianowicie: królikowi podwiązywano tętnicę i żyłę nerwu promieniowego, poczem objawów porażenia nie otrzymywano wcale; w drugim znów szeregu doświadczeń, odpreparowywano nerw kulszowy tuż po wyjściu tegoż z dziury kulszowej aż do jamy podkolanowej i ten ostatni wysoko przecinano; wówczas zauważyć było można, że obwodowy koniec nerwu przy zastosowaniu prądu przerywanego wywoływał jednaki skurcz mięśni zaraz po przecięciu, oraz w 3 godziny później. W obec tak małego wpływu zaburzeń w krwiobiegu na czynność nerwów obwodowych po-

rażenie objaśnić sobie należy jedynie bezpośrednim uciskiem samych pni nerwowych; ów ucisk, jeżeli trwa krótko, ogranicza się na wywołaniu w nerwie sprawy zapalnej [wrażliwość pni nerwowych na ucisk, odczyn zwyrodnienia i t. d.]. w przeciwnym zaś razie powoduje zanik uciśniętych nerwów, co zresztą doświadczenia HEIDELBERG'a i LESSER'a z niezdejmowaną długo rurką kauczukową wyraźnie dowiodły. Działaniem ucisku objaśnić się dają również tak częste porażenia nerwu promieniowego w czasie snu, a także po długotrwałem skrępowaniu kończyn górnych cienkim sznurkiem [przy pędzeniu np. etapem przestępców], dalej, porażenia nerwów jamy pachowej przy chodzeniu na kulach, lub w następstwie ciśnienia zwichniętej główki kości ramiennej powstające; wreszcie niedawno przez BRAUN'a i przez autora również spostrzegane przypadki porażenia spłotu barkowego podczas chloroformowania (*Narkosenlähmungen*, Patrz Nr. 6-ty „Gazety Lekarskiej“ str. 166. Rok 1894), gdzie dzięki unoszeniu ramienia ku górze i odprowadzeniu tegoż na zewnątrz, spłot ów, przez przesunięty ku tyłowi obojczyk uciskany czas dłuższy pozostawał. Po większej części są to porażenia natury lekkiej, które po 2—3 tygodniowem odpowiedniem leczeniu przechodzą bez następstw groźniejszych; niekiedy jednak stają się cierpieniem poważnem, wcale nie łatwem do usunięcia.

Etyologię więc cierpienia, zdaniem autora, rozstrzygnąć należy w ten sposób, że porażenia kończyn, powstające dzięki mocno i na czas dłuższy nałożonej opasce, za następstwo miejscowej niedokrwistości uważać powinniśmy; te zaś, które na krótko nałożoną opaską ESMARCH'a zostały wywołane, są zależne tylko od ucisku nerwów. Wprawdzie, zgodnie z doświadczeniami LESSER'a i HEIDELBERG'a, rura kauczukowa spowodować może zaburzenia w krwiobiegu, a nawet zgorzel, musi jednak w tym razie przez czas dłuższy pozostawać na kończynie, gdyż po 3-godzinne nawet trzymaniu rury kauczukowej jeszcze stwierdzić nie było można porażenia, zależnego od niedokrwistości.

Przy nakładaniu opaski ESMARCH'a należy w celach zapobiegawczych za-dosć uczynić wymaganiom następującym: 1) opaska winna być przynajmniej na dłoń szeroką; 2) trzeba nakładać ją w tem miejscu, gdzie nerwy dostatecznie przez warstwę mięśni i podściółkę tłuszczową są zabezpieczone; 3) jeżeli zaś jest to ze względu na warunki zabiegu rzeczą niewykonalną, należy położyć pomiędzy kończyną i opaską grubą warstwę gazy; wogóle zaś 4) starać się stopień ucisku, wywieranego przez opaskę, zastosować do grubości tkanek operowanego członka.

(*Wien, klin. Wochenschr.* Nr. 23—24. 1894).

K. Niedzielski.

71. Prof. Pawlik. Endoskopia pęcherza kobiecego.

Przez dość wielką przetokę pęcherzowo-pochwową zbadanie całego prawie wnętrza pęcherza moczowego nie przedstawia nieraz żadnej trudności. Badanie pęcherza nienszkodzonego staje się możliwem tylko po użyciu wyższych numerów wzierników SIMON'a, wprowadzonych w rozszerzoną uprzednio cewkę moczową. Na powyższem opiera się budowa endoskopu prof. PAWLIKA.

Endoskop ten składa się z dwóch części: wziernika, zaopatrzonego w rączkę i przyrządu oświetlającego, zawierającego małą lampkę elektryczną. Ten

ostatni wprowadza się przez wziernik do pęcherza tylko wtedy, jeżeli światło dzienne jest do badania niewystarczające. Wziernik i przyrząd oświetlający ściśle do siebie przylegają, ponieważ jeden i drugi mają rączki przyczepione pod tym samym nieco rozwartym — kątem; zatem obie części mogą być łączone szybko i łatwo. Do ochładzania przyrządu oświetlającego służą rurki, przeprowadzone przez całą jego długość tam i napowrót, i zaopatrujące go w zimną wodę z odpowiedniego tłoczącego przyrządu.

Najdogodniej endoskopować pęcherz chorej, ułożywszy ją *à la vache*, albo też na wznak z podwyższoną miednicą [TRENDLENBURG]. Rozszerzenie cewki moczowej odbywać się winno w narkozie. Po wprowadzeniu do cewki endoskopu najprzód widzieć można poprzecznie przebiegające *lig. interuretericum*, a po odchyleniu tegoż w prawo lub w lewo na 30° [GRUENFELD] widać ujście moczowodu pod postacią brodawki z zagłębieniem lub półksiężycowej szczelinki; niekiedy dopiero peryodyczne wytryskiwanie moczu pozwala odszukać ujścia moczowodów. Tą drogą prof. P. miał możność zgłębiania moczowodów, mógł dokładnie rozpatrywać nowotwory i stany zapalne pęcherza kobiecego, ciała obce, kamienie moczowe i t. d. Nad endoskopem NITZE—LEITER'a autor w swoim widzi tę wyższość, że nie wymaga on tyle wprawy, co pierwszy, że może być oświetlany światłem słonecznem i elektrycznem, że wreszcie ułatwia tak zgłębianie moczowodów, jak i niektóre inne rękoczynny. Słabą zaś jego stroną jest konieczność rozszerzania cewki moczowej. W razie przeciwwskazania do tegoż, autor zadawała się endoskopem LEITER'a. Zresztą po rozszerzeniu cewki w celu badania ani razu nie spostrzegła *incontinentiam urinae*.

(Časopis lékařů českých. Nr. 23. 1894).

J. Idzikowski.

Wiadomości terapeutyczne.

25. Thyreoidinum. Tyreoidyna. Pod nazwą tyreoidyny istnieją rozmaite przetwory gruczołu tarczowego.

Z początku używano wyciągu gruczołu tarczowego do wstrzykiwań podskórnych. Zaniechano jednak dość prędko tej metody leczniczej, gdy się przekonano, że takie wstrzykiwania, prócz bolesności, wywołują często silne miejscowe zapalenie, a nieraz i ropnie. Odtąd zaczęto chorym podawać sam gruczoł tarczowy — cielecy, owczy i t. d.—albo wprost surowy, albo gotowany. Wszelako większość chorych nie znosiła tego lub uczuwała przytem wstręt nieprzewyciężony.

Te okoliczności skłoniły do wytwarzania rozmaitych przetworów z gruczołu tarczowego.

Extractum glycerinatum glandulae thyreoidae. LAACHE stosuje wprost wyciąg glicerynowy z gruczołu tarczowego.

Pulvis e glandula thyreoidae—White. Proszek z gruczołu tarczowego przygotowuje WHITE w sposób następujący. Najprzód z gruczołu tarczowego otrzymuje wyciąg za pomocą wody i gliceryny w równych częściach. Wyciąg należy następnie przefiltrować i zakwasić kwasem fosfornym. Wówczas dodaje się wodanu wapnia aż do reakcyi alkalicznej, przyczem powstaje osad,

który trzeba przefiltrować Osad pozostały na filtrze należy przemyć i wysuszyć na zimno nad kwasem siarczanym.

Dawka tak przygotowanego proszku z gruczołu tarczowego wynosi 0,18 [gr. jij].

Thyreoidinum Vermehreni. Pierwszy VERMEHREN nadał swemu przetworowi nazwę tyreoidyny, a otrzymuje ją w sposób następujący. Z posiekanego cielęcego gruczołu tarczowego i podwójnej ilości gliceryny otrzymuje się wyciąg, który należy pozostawić w zimnym miejscu przez 24 godziny, a następnie przefiltrować. Do przefiltrowanego wyciągu dodaje się alkoholu absolutnego, przyczem pozostaje osad na dnie naczynia. Osad ten zebrać należy na filtrze i przemyć alkoholem, a następnie przy ciepłocie 37° C. wysuszyć. Otrzymaną substancję uciera się na proszek, który już podawać można choremu albo wprost, albo w postaci pigułek.

Dawka tego przetworu wynosi 0,1—0,3 [gr. jj—gr v].

Thyreoidinum Benzoni. BENZON [z Kopenhagi] wprowadził do handlu następujący przetwór gruczołu tarczowego pod nazwą tyreoidyny. Gruczoły tarczowe cielęce, o ile możności oczyszczone z błon i tłuszczu, kraje się drobniutko i rozpościera w cienkiej warstwie na płaskim naczyniu, suszy w temperaturze 40—50° C., a następnie uciera się na gruby proszek. Tak otrzymany proszek traktuje się eterem dla uwolnienia od reszty tłuszczu, a w końcu znowu uciera się na zupełnie delikatny proszek. Z proszku tego wyrabia się pigułki, dodając odpowiednią ilość zwyczajnego ulepku (*sirupus simplex*), a dla zupełnego pokrycia smaku i zapachu owe pigułki zostają obciążone masą kakaową. 0,4 owego proszku odpowiada mniej więcej połowie świeżego gruczołu tarczowego.

Thyreoidinum siccatum Merckii. Gruczoły tarczowe suszy się w niskiej temperaturze i uciera się na proszek. 0,6 proszku odpowiada całemu świeżemu gruczołowi tarczowemu średniej wielkości,

Dawka dobową wynosi 0,1—0,3; stopniowo można dojść do dwa razy większej dawki.

Najlepiej przetwór ten przepisywać w pigułkach lub w pastylkach, w sposób następujący:

Rp. *Thyreoidini siccati* 2,0
Terrae siliceae
Mucilag. Tragacanth. aa q. s.
ut f. pil. Nr. 20.
Consperge Lycopodio

D. S. 1—3—6 pigułek dziennie.

Rp. *Thyreoidini siccati* 2,0
Sacchari lactis 18,0
M. f. trochisci Nr. 20
D. S. 1—3—6 pastylek dziennie.

Extractum glandulae thyreoidae Sieckii. Jest to przetwór otrzymany również z wyciągu glicerynowego, traktowanego następnie alkoholem i wysuszonego przy 35° C.. Przez dodanie *pulv. rad Altheae* i *Liquiritiae* można bardzo łatwo z przetworu tego zrobić pigułki. (*Therap. Monatsh.* 1894. 7).

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— Z oddziału dla chorych cholerycznych w szpitalu starozakonnym. Od dnia 5 do 11 sierpnia włącznie chorych przybyło na nasz oddział 81, zmarło przez ten czas 25; od 17 lipca, t. j. od początku istnienia oddziału, do 11 sierpnia mieliśmy chorych 211, a z nich zmarło 79, wypisało się zaś 72. Z nowoprzybyłych chorych 7 pochodzi z okolic zamiejskich: Powązki 3 przyp., Wola [gmina Czyste] 4 przypadki. 6 przypadków mieliśmy z prowincyi: Nowy Dwór 1 przyp., Rawa 1 przyp., Przasnysz 2 przyp., Radom 1, Sobień [powiat Garwoliński] 1 przypadek. Z pozostałych 68 chorych, 35 pochodzi z Pragi, 33 z Warszawy. Z Pragi dostarczyły nam chorych ulice następujące: Szeroka N-ra 5, 14, 19 [2 przyp.], Żąbkowska N-ra 5, 23, 32, Targowa N-ra 23 [2 przyp.], 15, 248 [hipoteczny], 18—20, 31, 32, Brukowa 29, 30, Stalowa Nr. 13, Białostocka Nr. 51 [2 przyp.], 49, Radzyńska N-ra 16, 32, 13, 2 [6 przyp.], Wołowa N-ra: jeden niewiadomy, 35 [2 prz.], 21, 1, Moskiewska Nr. 44. W Warszawie mieliśmy chorych z następujących ulic: Szczęśliwa Nr. 3, Podwałe N-ra 11, 19, Dzika Nr. 46, Gęsia N-ra 75, 89, 49 [3 przyp.], Krochmalna Nr. 10 [4 przyp.], Przyrynek Nr. 12, Miła N-ra 51, 47, 4, 50 [2 przyp.], Franciszkańska N-ra 27, 25, 19, Sapieżyńska Nr. 7, Twarda Nr. 5, Brzozowa 41, Czerniakowska Nr. 25, Pańska Nr. 4, Stawki N-ra 39, 57, Grzybów [Pociejów], Plac Grzybowski Nr. 7, Nowo-Karmelicka Nr. 15, Nizka Nr. 68. Już w zeszłotygodniowym sprawozdaniu zauważyliśmy, że cholera w Warszawie wzmaga się — acz powoli; uwaga ta sprawdza się również w obecnym naszym sprawozdaniu, w którym znajdujemy nowe nazwy ulic.

Z liczby 81 przybyłych chorych mężczyzn było 49, kobiet 32. Podług wieku chorzy tak się grupują:

Nowoprzybyłych			
Do 10 lat włącznie było	13	chorych, zmarło	3
Od 10—20 lat	19	"	6
Od 20—40 "	27	"	5
Od 40—60 "	16	"	3
Powyżej 60 "	6	"	4
Razem	81	Razem	21

Najmłodszy z nowoprzybyłych chorych ma 9 miesięcy [matka tego dziecka zmarła na cholere w szpitalu Zapasowym za rogatkami Wolskimi], najstarszy 75 lat. Obadwaj znajdują się na obserwacyi.

Ruch chorych podług dni był następujący:

		Zmarło	
		Przybyło	Wypisało się z nowoprzyb.
Dnia	5. VIII.	7	0
"	6	17	5
"	7	13	6
"	8	10	3
"	9	9	2
"	10	15	4
"	11	10	1

Pozostało chorych 60.

Do dnia 5. VIII, t. j. na 130 chorych, jakśmy już pisali w poprzednich naszych sprawozdaniach, nie mieliśmy ani jednego tyfoidu cholerycznego z przebiegiem gorączkowym. W ostatnim tygodniu zanotowaliśmy 2 tyfoidy z dość wysoką gorączką, która w jednym przypadku dochodziła do 39,6° C.. Co do innych cech, właściwych tegorocznej cholere, pozostaje bez zmiany wszystko, co się już rzekło poprzednio.

Z cyfr, przytoczonych w niniejszym naszym sprawozdaniu, jeśli je porównamy z odnośniami cyframi poprzednich 2 sprawozdań, przekonamy się o stopniowym wzroście u nas cholery. Że i w samej Warszawie ilość zapadnięć na cholere zwiększa się z każdym niemal dniem, o tem przekonują nas nie tyle przytoczone wyżej cyfry, ile dane, zaczerpnięte z praktyki prywatnej na mieście; z tego, co widzę i słyszę, wyciągam wniosek, że ilość chorych [i to z warstwy ludności najbardziej],

pozostających na kuracji w domach prywatnych, jest o wiele większą od tej ilości chorych, którzy się udają do szpitali. Wzmoczenie ilości zasłabnięć nie uszło naturalnie uwagi i samej publiczności, która uznała potrzebę uorganizowania, za przykładem zeszłych lat cholerycznych, tak zwanych prywatnych komitetów cholerycznych. Są to prywatne towarzystwa, składające się z kilkudziesięciu osób, mające swą stałą siedzibę, znaną okolicznym mieszkańcom, apteczkę, stałego lekarza i felczera. Celem komitetów jest niesienie pierwszej pomocy w każdej porze dnia i nocy ludziom biednym, nie mogącym wydatkować na lekarza i aptekę, lecz zato wielce przez cholereę faworyzowanym. Jest zatem działalność tych komitetów wielce użyteczną, tembardziej, że w żadnej chyba chorobie pomoc doraźna nie jest tak niezbędną, jak w cholery. Komitety te istnieją [jedne już, inne w projekcie], o ile mi wiadomo, tylko u żydów. Nie słyszałem dotychczas, żeby podobne stowarzyszenia miały istnieć u chrześcijan, co, zdaniem mojem, jest zupełnie niesłusznem.

Przytoczę jeszcze w niniejszem sprawozdaniu kilka uwag natury kazuistycznej z powodu przypadków, jakie mieliśmy sposobność spostrzegać w ostatnim tygodniu. Opisują, jak wiadomo, przypadki dwukrotnego [nawet trzykrotnego] zapadnięcia na cholereę podczas jednej i tej samej epidemii. Należą te przypadki, rozumie się, do wielkich rzadkości. Jeden taki przypadek mieliśmy świeżo sposobność obserwować. Dotyczył on kobiety 60-kilkoletniej, mieszkanki Pragi, która przybyła do nas z wyraźnymi objawami cholery. Po tygodniu blisko chora zupełnie wyzdrowiała: czynności przewodu pokarmowego wróciły do normy, wymioty zupełnie ustały, stolce ryżowe znikły, chora w ostatnich dniach już oddawała stolce uformowane, moczu ilość sporą. W takim stanie chora wypisała się ze szpitala i wróciła do swych zwykłych zajęć. Przez 5—6 dni chora czuła się w domu zupełnie dobrze, nie doznawała żadnych dolegliwości, stolce oddawała normalne, moczu dostateczną ilość [podczas pobytu chorej w szpitalu w moczu białka nie znaleźliśmy]; w tem nagle następuje drugi napad, i przywożą nam znów chorą z typową cholereą zamartwiczą. Chora nazajutrz po przybyciu na oddział zmarła. Czy uważać ten drugi napad za nawrót [recydywę] choroby, co, jak wiadomo, zdarza się przy choleryze nierzadko, czy też za powtórne zakażenie? Odpowiedź na to pytanie mogłaby być stanowczą, gdybyśmy mieli sposobność badać bakteryologicznie stolce chorej przez czas jej pobytu w domu między pierwszym a drugim zasłabnięciem: znalezienie w tym okresie czasu przecinkowców Koch'a w kale chorej przemawiałoby stanowczo za nawrotem cholery, nieznanie zaś ich niczego by jeszcze nie dowodziło, ujemny bowiem wynik przy badaniach bakteryologicznych jest po większej części małej wagi. W naszym przypadku badania takiego nie dokonano, więc kategoryczna odpowiedź na powyższe zapytanie jest niemożliwą. Jestem jednak tego zdania, że mieliśmy do czynienia z dwukrotnem zachorowaniem na cholereę, na tej zasadzie, że czynności przewodu pokarmowego wróciły do normy [w której, jak się dowiedziałem, utrzymywały się przez cały czas pobytu chorej w domu aż do drugiego zapadnięcia] i że czynności innych narządów [w pierwszej linii—nerek] nie pozostawiały nic do życzenia; we wszystkich przypadkach, w których mieliśmy do czynienia z nawrotem cholery [a jest ich spora ilość], okres oddzielający jeden napad od drugiego, ma zupełnie inny wygląd kliniczny, a przede wszystkim czynności przewodu pokarmowego i nerek jeszcze do normy nie wróciły. Znany jest, co prawda, fakt przejścia jednej postaci cholery w drugą, np. choleryny w cholereą zamartwiczą, lecz fakt ten jest tak wielkiej doniosłości, że nie od rzeczy będzie poświęcić mu słów kilka. Jeśli ciągle będziemy mieli fakt ten w pamięci, to unikniemy wielu bardzo nieprzyjemnych pomyłek, tak dyagnostycznych, jak również prognostycznych. Należy przyjąć za prawidłowe, że każdą biegunkę u osobnika, pochodzącego z podejrzonej miejscowości, traktować trzeba jak swoistą, choleryczną, ponieważ niepodobna odróżnić klinicznie zwyczajnej biegunki od biegunki cholerycznej. Niektórzy podają, jako cechę charakterystyczną dla biegunki cholerycznej, uczucie znacznego osłabienia po jednym lub po kilku płynnych stolcach, lecz objaw ten zdarza się nieczęsto i nie wiele może nam pomódz przy rozpoznawaniu różniczkowem.

W tygodniu bieżącym i zeszłym mieliśmy sposobność spostrzegać kilka podobnych przypadków, z których zwłaszcza 2 są bardzo jaskrawe. Dotyczyły one młodych ludzi, 20 kilku lat wieku: jeden z nich pochodzi z Mławy, drugi z Pragi. U pierwszego z nich była przez kilka dni tylko biegunka ze stolcami papkowatymi barwy żółtej. Mieliśmy już zamiar wkrótce chorego wypisać, ponieważ biegunka zaczęła się zmniejszać i żadnych wogóle zatrważających objawów nie znaleźliśmy, gdy w tem nastąpił gwałtowny napad choleryczny i rozwinęła się typowa cholera zamartwicza. Drugi przypadek różnił się od pierwszego tylko tem, że prócz biegunki miały miejsce raz czy 2 razy wymioty zawartością pokarmową. I w tym przypadku po 2 dniach rozwinął się ciężki stan zamartwiczny. Choć oba te przypadki zakończyły się wyzdrowieniem [są jeszcze na obserwacji], jednakowoż nauczyły nas, jak trzeba być oględnym w rokowaniu. Powtarzam jeszcze raz, że przypadki takie nie należą do rzadkich i że właśnie dlatego trzeba je zawsze mieć w pamięci: lekarz przeto uniknie niemilych pomyłek, a chorzy [do pewnego stopnia] prawdziwego niebezpieczeństwa.

Jeszcze kilka słów w kwestyi śmiertelności w cholerycznej wogóle. Dość często zwracają się do nas [nie lekarze] zupełnie poważnie z zapytaniami: „Czy można wyzdrowieć z cholery azyatyckiej? Czy już zdarzyło się, żeby ktoś chory na „prawdziwą“ cholere wyszedł z oddziału zdrów?” Pytania te, w gruncie rzeczy naiwne, przywodzą mi na myśl orzeczenia niektórych autorów, że w cholerycznej zamartwicznej procent śmiertelności = 100, lub prawie 100, że więc nie masz nadziei wyjścia z podobnej cholery. Otóż na podstawie własnego doświadczenia mogę zaprotestować przeciw takiemu pogładowi: tak w roku bieżącym, jak również w latach poprzednich mieliśmy tak pokazną ilość wyzdrowień z cholery zamartwicznej, że mamy słuszne powody do bardziej optymistycznego zapatrywania się na omawianą kwestyę, pomimo to, że wogóle przebieg tegorocznej cholery bynajmniej lekkim nie jest.

Warszawa, 11. VIII. 1894 r.

St. Pechkranc.

— W tych dniach wyszły zeszyty 5, 6 i 7 „Odczytów klinicznych“ [za miesiące: maj, czerwiec i lipiec], zawierające dzieło D-ra MAXA HIRSEN'a p. t. „Suggestya i hypnoza“ w tłumaczeniu kol. ADAMA WIZLA.

Treść stanowi: I. Przegląd historyczny. II. Suggestya. Określenie suggestyi, siła suggestyi. Hypnotyzm. O pojęciu, uwagi, określenie hypnozy, sen i hypnoza, pożytek hypnozy dla terapii suggestyjnej, stopnie hypnozy, objawy hypnozy, zjawiska ruchowe [katalepsya, ruchy automatyczne, bezwład suggestyjonowany, oczarowanie], zjawiska czuciowe, zmiany anatomiczne, wpływ na muskulaturę mimowolną, suggestya złudzeń i halucynacji, stany uczuciowe, raport hypnotyczny, pamięć zahypnotyzowanych, zjawiska posthypnotyczne. III. Wykład ogólny suggestyi. Wstęp: dane ogólne terapii psychicznej. Zastosowanie suggestyi na jawie, suggestya słowna i zamaskowanie, warunki uprzednie i rady dla lekarza stosującego suggestyę, rokowanie. Stosowanie hypnozy: 1) technika hypnotyzowania, 2) sposób postępowania przy leczeniu hypnotyzmem, suggestye przygotowawcze, hypnotyzujące terapeutyczne, desuggestyonujące, dehypnotyzujące. 3. Niebezpieczeństwo terapii hypnotycznej. 4. Czy lekarz może się zajmować terapią hypnotyczną? 5. Wskazówki praktyczne. 6. Stosunek terapii suggestyjnej do innych metod leczniczych. 7. Skłonność do hypnozy. IV. Wykład specjalny suggestyi [zastosowanie suggestyi przy oddzielnych chorobach]. Nerwice: 1. Neurastenia ogólna, *sexualis*, nerwica urazowa, specjalne objawy nerwowe [bezsensność, ból głowy nawykowy, dyspepsya nerwowa, wyobrażenia natrętne]. 2. Histerya. 3. Hypochondrya. 4. Padaczka. 5. Płasawica. 6. Migrena. Inne cierpienia: jąkanie, nerwice zawodowe, nerwobóle, reumatyzm, *enuresis nocturna*. Choroby umysłowe: melancholia, alkoholizm przewlekły, morfinomania, opaczny popęd płciowy. Choroby organiczne. Oddziaływanie na miesiączkę.

Do dzisiejszego N-r Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „O wartości leczniczej salolu w biegunce cholerycznej“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою. Варшава 5 Августа 1894 г.

Друк К. Ковалевского, Крѳлевска Nr. 29.