

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego u noworodków i dzieci, podał Henryk Higier. O chorobie Parkinson'a, podał Z. Bychowski. (Dalszy ciąg).—**Wykłady kliniczne.** O wodonorezu urazowym. — **Streszczenia i Wyciągi.** 92. Z medycyny sądowej. Sprawa d-ra P. ze stanowiska sadowo-lekarskiego rozważana.—**Odcinek.** O hypnotyzmie i sugestyi, przez Józefa Saksa.—**O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc czerwiec r. b.**—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.**—**Zmarli.**—**Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r H. Higier — Des troubles motrices d'origine cérébrale chez les nouveau-nés et les enfants. 2) D-r Z. Bychowski — De la maladie de Parkinson.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r H. Higier — Ueber motorische Störungen cerebralen Ursprungs bei Neugeborenen und Kindern. 2) D-r Z. Bychowski — Ueber Parkinson'sche Krankheit.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str., 5.

Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego

u noworodków i dzieci

podał D-r med. **Henryk Higier.**

W patologii chorób nerwowych wieku dziecięcego spotykamy często stany chorobowe, w których zaburzenia w sferze ruchowej pochodzenia mózgowego tak stale zachodzą, w tak ścisłej zależności od pewnych momentów przyczynowych się znajdują i tak ponad wszystkimi innymi objawami chorobowymi górują, że słusznie przyzwyczailiśmy się podług tego najgłówniejszego objawu i całą sprawę oznaczać mianem porażenia mózgowego u dzieci¹⁾ („*cerebrale Kinderlähmung*“). Porażenia te zawdzięczają to szczególne zainteresowanie, jakie w nas wzbudzają, tej okoliczności, że stanowią właściwość wieku dziecięcego i że w patologii osób dorosłych podobnego cierpienia nie spotykamy. Zaburzenia w sferze ruchowej, ten najgłówniejszy objaw omawianej przez nas sprawy, występują w tak różnych okresach życia (przed, podczas i po przyjściu na świat), w tak rozmaitej postaci klinicznej (sztywność ogólna, porażenia, atetozą, płasawica), umiejscowienie ich jest tak różne (jednostronne, dwustronne, ogólne) i tak różnorodny ich początek (ostry i przewlekły), przebieg (postępujący, wsteczny) i zejście (wyzdrowienie, padaczka, zniechęcenie umysłowe), że przez długi szereg lat porażenia u dzieci ozna-

¹⁾ W kwestyi zaburzeń ruchowych pochodzenia mózgowego u dzieci, znajduję w polskim piśmiennictwie lekarskiem zaledwie krótkie wzmianki. A jednak kliniczny rozdział ten żywo interesować powinien zarówno chirurgów, neuropatologów, jak pedyatrów i akuszerów! Ostatnio ogłosił u nas kol. A. CIĄGLIŃSKI „Przyczynok do anatomii patologicznej porażen mózgowych u dzieci“ (Gaz. lekarska № 1 1894). (Uw. autora).

czano najrozmaitszemi nazwami ²⁾ jako specjalne jednostki chorobowe, a nie udało sobie wyrobić głębszego poglądu na ich wspólne, jednolite i typowe cechy pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym. Dopiero w nowszych czasach stworzono, wprawdzie niedostateczną, lecz w każdym razie racjonalną klasyfikację tych tak różnorodnych a interesujących zaburzeń ruchowych wieku dziecięcego. W krótkich zarysach przytaczamy historię rozwoju nauki o tych porażeniach, ażeby módt wskazać, jakimi pośrednimi kroczyla ona drogami, nim doszła do obecnego stanu.

Rys historyczny. Dawniejsze badania w dziedzinie porażeń mózgowych u dzieci zawdzięczamy przeważnie chirurgom i patologom francuzkim. Już w połowie zeszłego stulecia opisuje ANDRY w „Ortopedyi“ niektóre porażenia u dzieci, powstające podczas porodu. Wkrótce po nim chirurg francuzki DELPECH przytacza w „Ortomorfii“ swojej (1824) powikłany przypadek „ogólnej sztywności członków u dziecka“, starając się wytłomaczyć ją zajęciem rdzenia z następstwem powstrzymaniem rozwoju mózgu. Równocześnie uważa DUGES (1826) za podstawę anatomiczną podobnych porażeń sprawy zapalne mózgu, podczas gdy znany anatom BRECHET przyczynę ich w niedorozwoju widzieć chce. Pośrednie stanowisko zajmuje CAZAUVELH (1827), który na zasadzie 6-iu badań pośmiertnych skłonny jest uznać: *Agénésie cérébrale primitive et secondaire*. W czwartym dziesiątku b. w. rozróżnia CRUVEILHIER siedm rozmaitych postaci zaniku zwojów mózgowych, nie zdaje sobie jednak dokładnie sprawy z zależności objawów klinicznych od sprawy anatomo-patologicznej.

W niemieckiej literaturze lekarskiej znajdujemy u HEINE'go (1840) dokładny opis porażenia u dzieci pochodzenia rdzeniowego, któremu przeciwstawia autor ten grupę chorobową, mianem „*paraplegia spastica cerebialis*“ przezeń ochrzczoną. Niestety, opis cierpienia stanowi słabą tylko próbę, HEINE bowiem nie starał się rozróżnić ani porażenia od sztywności, ani też nabytych przyczyn powstawania od wrodzonych; natomiast, mając na względzie liczne objawy mózgowe, bardzo trafnie cierpieniu temu nazwę „*paraplegia cerebialis*“ nadał. W późniejszych pracach niemieckich autorów spotykamy się z tą nazwą po raz pierwszy u BENEDICT'a (1874).

Znajomość porażeń mózgowych u dzieci najwięcej posunęła się naprzód, z jednej strony dzięki wyczerpującym pracom klinicznym angielskiego chirurga LITTLE'a (1846—1870), z drugiej zaś dzięki szczegółowym badaniom anatomo-patologicznym COTARD'a (1868) nad częściowym zanikiem mózgu. Pierwszy z nich, opierając się na ogromnym, bo składającym się z 63 chorych i starannie opracowanym materyale, dał nam dokładny obraz chorobowy tego cierpienia i jednocześnie zwrócił uwagę na związek, zachodzący pomiędzy porażeniami spastycznymi u dzieci, a wczesnym ewent. ciężkim i przedłużonym

²⁾ Rigiditas spastica generalis, Contractura tonica extremitatum, Rigiditas spastica neonatorum (LITTLE), Contractura essentialis, Tetanus infantilis permanens (STROHMMEYER), Paralysis spastica infantum (ADAMS), Diplegia spastica (G. SÉE), Spasmus musculorum idiopaticus (DELPECH), Diplegia cerebialis (ROSENTHAL), Paraplegia spastica, Paraplegia cerebialis spastica (HEINE), Pseudoparaplegia tetanoides (SEGUIN), Paralysis spinalis spastica (ERR), *Tabes spasmodique* (CHARCOT), *Tabes spasmodica infantum cerebrospinalis*, Morbus LITTLE, *Hemiplegia spastica infantilis* (BENEDICT), *Polioencephalitis* (STRUEMPEL), *Encephalitis acuta infantum*, *Athetosis duplex*, *Chorea congenita infantum*, *Hirnlähmung der Kinder* (SACHS), *cerebrale Kinderlähmung*, *Affections spasco-paralytiques infantiles* (RAYMOND).

porodem; COTARD opisywał bardzo szczegółowo braki substancji kory mózgowej i rozlane stwardnienie zrazów, uważając je za sprawy po części wrodzone (*Porencephalia* — HESCHL), po części nabyte w następstwie wewnątrzmacicznego zapalenia mózgu, urazowego.

Widzimy z tego, że już w 7-ym dziesiątku b. w panował pogląd, że w mózgu dziecięcym najrozmaitsze mogą zachodzić sprawy chorobowe i najrozmaitsze mogą być rodzaje porażenia spastycznego; nie umiano sobie jednak tak samo, jak za czasów CRUVEILHIER'a, wytłomaczyć wzajemnego stosunku objawów klinicznych do spraw patologicznych, zwłaszcza do uszkodzeń pierwotnych mózgu.

Na początku 8-go dziesiątku pojawiły się w literaturze amerykańskiej podstawowe prace HAMMOND'a o atetozie i WEIR-MITCHELL'a o płasawicy poporażennej (*chorea posthemiplegica*); są to zaburzenia w sferze ruchowej, które, jak się później pokazało, w ścisłym stoją związku z porażeniami mózgowymi u dzieci. Zresztą i LITTLE już uważał ruchy choreatyczne za objaw towarzyszący porażeniom mózgowym u dzieci, wspominając o nich wielokrotnie w głównej swojej pracy z roku 1853 („*Deformities of human braine*“). W kilka lat po ukazaniu się zasadniczych prac LITTLE'a i w Niemczech zgodzono się, że przyczynami, wywołującymi porażenia mózgowe u dzieci, są te, które wskazał chirurg angielski STROHMEYER (1864) i BUSCH (1866) — znani chirurgowie niemieccy — wspominają w podręcznikach swoich o wrodzonej sztywności członków, zależnej od porodu wczesnego, przyczem zwracają uwagę na brak porażenia, na skuteczność zabiegów leczniczych (tenotomii) i na możliwość wystąpienia poprawy bez wszelkiej interwencji lekarskiej.

Jednakże dziwnym zbiegiem okoliczności, słuszne poglądy HEINE'go i LITTLE'a wkrótce poszły w zapomnienie i przez 10 blisko lat prawie wcale nie były uwzględnione. W roku 1875 ERB i CHARCOT opisali — jeden niezależnie od drugiego — postać nozologiczną, do tego czasu nieznaną, która się pod względem klinicznym przedstawiała jako porażenie spastyczne dolnych kończyn, anatomicznie zaś jako pierwotne zwyrodnienie pęczków bocznych drogi piramidalnej rdzenia: była to „*spastische Spinalparalyse*“ ERB'a i „*tabes dorsal spasmodique*“ CHARCOT'a. Przy bliższym jednakże zbadaniu i krytycznym rozpatrzeniu nagromadzonego klinicznego i anatomo-patologicznego materiału (SEELIGMÜLLER 1879) pokazało się, że postać ERB-CHARCOT'a w większości przypadków była identyczna z dawno znaną chorobą LITTLE'a, w niektórych zaś — wczesnym objawem rozwijającego się później złożonego cierpienia rdzenia (*Myelitis chronica*, *Sclerosis multiplex cerebrospinalis*, *Sclerosis lateralis amyotrophica*). Większość klinicystów nie zgadzała się przeto z uznawaniem t. zw. porażenia spastycznego za samodzielną jednostkę nozograficzną, i im mniej oględziny pośmiertne dostarczały dowodów istnienia pierwotnego stwardnienia pęczków bocznych, tem więcej brały górę poglądy LITTLE'a na etyologię porażenia spastycznego i jego podział kliniczny na postaci: rdzeniową i mózgo-rdzeniową.

Stopniowo posunięto się o jeden jeszcze krok naprzód, starając się na zasadzie wyników badań pośmiertnych (ROSS, OSLER) element rdzeniowy we wrodzonych stanach spastycznych całkiem usunąć, ewent. uważać go za sprawę wtórną. Pod tym względem nauka o chorobie LITTLE'a znacznie posunęła się naprzód dzięki ciekawej pracy lekarki amerykańskiej SARY MAC-NUTT (1885), która w jednym przypadku ciężkiej hemiplegii obustronnej spastycznej u dziecka wykazała, że przyczyną anatomiczną było stwardnienie zrazów móz-

gowych, i wyraziła prawdopodobne wielce przypuszczenie, że te ostateczne zmiany stanowią tylko zejście krwotoku do opon mózgowych, jaki miał miejsce podczas ciężkiego porodu. Od tej pory sztywność ogólną i diplegię uważano za objawy cierpienia wyłącznie mózgowego, — pogląd, który z chwilą, gdy zapatrywania się ERB-CHARCOT'a utraciły na prawdopodobieństwie, mógł być łatwo zastosowany również i do t. zw. „*paraplegia spastica essentialis*“. Stara nazwa więc, jaką cierpieniu temu nadal HEINE: „*paraplegia cerebialis*“, w 40 lat później uznana została za jedynie słuszną: drogą mozolnych i pouczających badań wykazano, że dawniejsza „*infantile spastische Spinalparalyse*“ jest to odmiana „ogólnej sztywności pochodzenia mózgowego“.

Gdy nareszcie zapanował słuszny pogląd, że diplegie wieku dziecięcego są prawie wyłącznie pochodzenia mózgowego, to znów powstało pytanie, poniekąd już przez starszych autorów poruszane: jakie stanowisko pod względem nozologicznym zając powinny zaburzenia w sferze ruchowej, występujące również u dzieci, w postaci atetozy obustronnej, płasawicy wrodzonej i ostrego porażenia połowicznego? Co się tyczy atetozy i płasawicy jednostronnej, to dawno już wiadano, że u osób dorosłych są one nieraz skutkiem porażen jednostronnych; nie umiano sobie jednak wytłumaczyć obustronnych zaburzeń ruchowych, napozór samoistnie się rozwijających u noworodków i młodych dzieci. CLAY-CHAW (1873) i OULMONT (1878) pierwsi opisali czyste przypadki dwustronnej atetozy i dowiedli jej pochodzenia mózgowego. SEELIGMUELLER, który w przeciwieństwie do ERB'a i CHARCOT'a, dla większości przypadków *paralysis spasticae spinalis* przyjmuje pochodzenie mózgo-rdzeniowe, omawia w swoim zbiorowym referacie (1881) po raz pierwszy dość szczegółowo rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zaburzeniami ruchowymi (atetoza) jednostronnymi i dwustronnymi, nie przyznając wrodzonych funkcjonalnych zaburzeń w sferze ruchowej. ROSS (1883) bardzo trafne robi porównanie samoistnej atetozy dwustronnej z obustronną płasawicą pohemiplegiczną. GOWERS (1886) twierdzi całkiem kategorycznie, że ciężkie i długotrwałe porody są przyczyną powstawania obustronnej hemiplegii spastycznej, jak również dwustronnej atetozy i ogólnej płasawicy, zwracając przytem uwagę na częstość powyższych zaburzeń ruchowych przy ostrem porażeniu połowicznym u dzieci.

Co się tyczy ostatniej tej postaci, która przez niektórych nowszych autorów (OSLER, PETERSON, RAYMOND, SACHS) wspólnie bywa opisywana z porażeniami wrodzonymi i przy porodzie powstałymi, to podczas ciągłych dyskusji i ożywionych sporów, dotyczących istoty choroby LITTLE'a, znacznie mniej od innych zwracała na siebie uwagę neurologów i pedyatrów, pomimo tego, że już HEINE o niej wspominał, a BENEDICT bardzo szczegółowo jako „*hemiplegia spastica infantilis*“ opisał (1868). Zainteresowanie się porażeniami połowicznymi u dzieci datuje się dopiero od chwili ukazania się ciekawego wielce odczytu STRÜMPFELL'a (1884), w którym autor podnosi postać tę do godności samodzielnego obrazu chorobowego — *polioencephalitis acuta*, odosabiając ją od wszystkich innych porażen mózgowych. Przez pewien przeciąg czasu uważano prawie wszystkie nabyte porażenia mózgowie u dzieci jako powstałe wskutek sprawy zapalnej w korze mózgowej, analogicznie do polio-myelitu. I aczkolwiek teoria STRÜMPFELL'a pod wpływem krytyki lat ostatnich bardzo wiele straciła na znaczeniu, przyznać jednak należy, że właśnie dzięki tej, świadczącej o uogólniającym i światłym umyśle autora, pracy zwrócona została uwaga lekarzy-specjalistów na interesującą dziedzinę pora-

żeń mózgowych wieku dziecięcego. I w samej rzeczy, dopiero ostatniemu dziesięcioleciu zawdzięczamy należyte usystematyzowanie rozproszonego materiału i wyjaśnienie większości kwestyi klinicznych i anatomo-patologicznych. Nowsze prace przedewszystkiem ustaliły poglądy, że: 1) w mózgu dziecięcym bardzo różne zachodzą sprawy chorobowe; 2) że porażenia i powstające wskutek tychże zaburzenia ruchowe w wielu punktach ze sobą się zgadzają; 3) że osobliwości porażen i towarzyszących im objawów są w zależności od różnorodnego umiejscowienia sprawy chorobowej, i nareszcie 4) że porażenia ostre u dzieci bardzo często powtarzają się w sposób podobny do tego, w jaki u dorosłych udar mózgowy: wskutek krwotoku, zatoru i zakrzepu naczyń mózgowych. Podstawowe poglądy te zapanowały w nowszej literaturze lekarskiej przeważnie dzięki następującym, w bardzo starannie zebrane dane bibliograficzne obfitującym, monografiom z ostatniego pięciolecia:

- 1) GOWERS. On Birth palsies 1888.
- 2) ANTON. Ueber angeborene Erkrankungen des Centralnervensystems. 1890.
- 3) FREUD i RIE. Klinische Studie über die halbseitige Cerebrallähmung der Kinder. 1891.
- 4) SACHS. Die Hirnlähmungen der Kinder. 1892.
- 5) ANDRY. L'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance. 1892.
- 6) FREUD. Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters. 1893. (D. c. n.).

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O chorobie Parkinson'a

podał Z. Bychowski.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 29).

Niżej przytaczamy przypadek, gdzie przy niewątpliwej chorobie PARKINSON'a twarz jednakże została niedotknięta. Stanowi on pod tym względem unikat w szeregu naszych spostrzeżeń.

XII. T. S. 57 l. Od 6-u miesięcy chora miała drżenie w rękach. Zaczęło się ono w lewej, następnie przeszło i na prawą kończynę. Od owego czasu, a może jeszcze nieco wcześniej, chorej zaczęło dokuczać uczucie palenia w plecach i krzyżu. Chora nie może odrazu zasnąć, musi bowiem przez pewien czas przewracać się w łóżku z jednego boku na drugi. 4 lata temu uległa złamaniu prawej kości promieniowej powyżej nadcięcia.

Chora średniego wzrostu i odżywiania. Garb tylny, nieznaczny, *kyphosis arcuata*, wskutek czego chora jest nieco pochylona naprzód. Wyraz twarzy żywy. Ruchy mimiczne wykonywa dobrze; chodzi prędko; brak ante- i retropulsyi. Kończyny górne zgięte w stawach łokciowych. Ręce ułożone, jak przy pisaniu, przyczem wykonywają wciąż ruchy rytmiczne ksobne i odsiebne. Przy ruchach dowolnych drżenie się zmniejsza. W kończynach sztywności niema. Kark sztywny i nieruchomy. Kończyny dolne bez zmian. Odruchy kolanowe zachowane. Mowa dobra.

W przypadku tym pierwszy raz spotykamy się z zupełnym prawie brakiem sztywności i napięcia mięśni. Cały obraz chorobowy stanowi tu wyłącznie prawie drżenie. Może on nam służyć za przejście do tej seryi przypadków, gdzie drżenie było objawem dominującym.

Do bliższego rozpatrzenia tego objawu właśnie teraz przystępujemy. Zasluguje on tembardziej na szczególną uwagę, że historia jego zawiera w sobie piękną kartę z dziejów medycyny nowoczesnej.

Drżenie długi czas uważano za najważniejszy objaw choroby, którą pierwszy opisał lekarz angielski PARKINSON⁵⁴⁾; nazywano ją powszechnie *paralysis agitans*⁵⁵⁾. Ale pomimo tego, że już GALEN rozróżniał dwojakiego rodzaju drżenie — *tremor* i *palmos* —, kliniczne pojęcie drżenia było nadzwyczaj zagaćwane i niedokładne, tak, iż różnorodne choroby opisywano jako jedną postać nozograficzną na tej tylko zasadzie, że miały wspólny objaw — drżenie. CHARCOT, rzecz można, pierwszy wniósł promień światła do tego chaosu. Jest to jedna z wielkich zasług nieśmiertelnego mistrza z Salpêtriêre i jeden z wymownych dowodów jego zdumiewającej spostrzegawczości. W rozprawie ORDENSTEIN'a⁵⁶⁾ CHARCOT pierwszy raz przeprowadza zasadniczą różnicę między drżeniem, które powstaje i potêguje się przy ruchach dowolnych, a drżeniem, występującem podczas spokoju i znikającym lub znacznie zmniejszającym się przy ruchach dowolnych.

Pierwszy rodzaj drżenia jest typowy dla wieloogniskowego stwardnienia rdzenia i mózgu, drugi zaś dla choroby PARKINSON'a.

Rozbierając dalej różne czynności, towarzyszące różnym rodzajom drżenia, szkoła CHARCOT'a z biegiem czasu stworzyła klasyfikacyę drżenia, która z rzadką prawidłowością obejmuje wszystkie cierpienia, gdzie objaw ten się napotyka⁵⁷⁾.

Według tej klasyfikacyi drżenie w chorobie PARKINSON'a należy do grupy drżeń powolnych (4 — 5 drżeń na sekundę), wykonywanych podczas spokoju i zmniejszających się pod wpływem ruchów dowolnych. GOWERS znalazł u swoich chorych 4,8 — 7 drżeń na sekundę. EULENBURG oblicza szybkość drżenia w chorobie PARKINSON'a na 3,33 — 3,5 na sekundę. GRASHEY⁵⁸⁾ obliczył za pośrednictwem sfigmografu MAREY'a trwanie każdego drżenia na 0,182 — 0,194 sekundy (mniej więcej 5,1 — 5,4 drżeń na sekundę).

Bardzo dokładne i ciekawe badania nad drżeniem w chorobie PARKINSON'a przeprowadził HUBER⁵⁹⁾. Wychodząc ze słusznego punktu widzenia, iż drżenie jakiejś kończyny zależy od peryodycznie powtarzających się skurczów oddzielnych mięśni, rozróżnia on drżenie indywidualne t. j. objawy kurczowe każdego mięśnia z osobna — i ogólne, t. j. drżenie całej kończyny, stanowiące wynik i jakby sumę wszystkich indywidualnych drżeń danej kończyny. Szczegółowe badania myograficzne wykazały, że między drżeniem ogólnem a indy-

⁵⁴⁾ PARKINSON. Essay on the shaking palsy. London. 1817.

⁵⁵⁾ Niektórzy autorowie proponowali inne nazwy: SAUVAGES nazywa ją *Chorea festinans*, BERNT *Chorea procursiva* etc.

⁵⁶⁾ Sur la paralysie agitante et la sclérose en plaques généralisée. Thèse do Paris. 1868.

⁵⁷⁾ Porównaj: CHARCOT. Leçons du mardi t. I, wykład 22-go maja 1888 roku.

⁵⁸⁾ Ueber Paralysis agitans. Rozprawy 10-go zjazdu neurologów w Baden-Baden. Mendel's Cblatt 1885 p. 308.

⁵⁹⁾ HUBER. Myographische Studien bei Paralysis agitans. VIRCHOW's Archiv t. 108.

widualnem zachodzi różnica ilościowa i że wśród tych ostatnich każdy mięsień ma pewne swoje granice.

Dla prawej kończyny górnej HUBER otrzymał 4,57 — 4,71 drżeń na sekundę, dla prawej dolnej tyleż.

Dla mięśni HUBER podaje następujące dane:

<i>Extensor digitorum communis dexter</i>	3,43 — 3,57
Na lewej ⁶⁰⁾ ręce ten sam mięsień	4,43 — 4,71
<i>Flexor digitorum dexter</i>	3,85 — 4,00
„ „ <i>sinister</i>	4,57 — 4,71
<i>Extensor pollicis longus dexter</i>	3,71 — 4,14
„ „ <i>sinister</i>	3,71 — 3,85
<i>Supinator longus dexter</i>	3,85 — 4,14
„ „ <i>sinister</i>	3,43 — 3,57
<i>Biceps brachii dexter</i>	4,14 — 4,85
„ „ <i>sinister</i>	4,0 — 4,14

Z tych i całego szeregu innych danych wynika, że ilość drgań nie znajduje się w stosunku prostym do ich natężenia. Właśnie lewa kończyna, która pozornie była mniej dotknięta, dała większe, niż prawa, liczby. Widzimy także, że każda grupa mięśniowa ma swoje prawie stałe liczby, wśród których otrzymywane od mięśnia dwugłowego ramienia najczęściej odpowiadają t. z. ogólnemu drżeniu.

HUBER dalej badał, o ile wola faktycznie wpływa na drżenie. Wiadomo bowiem, że pozornie chorzy mogą hamować swoje drżenie. Okazało się jednak, że ten wpływ hamujący woli jest tylko pozorny. Owszem, krzywe HUBER'a świadczą, że wtedy, gdy pod wpływem woli chorego „drżenie zupełnie zniknęło“, faktycznie powiększało się ono tylko że drgania były mniejsze.

Najwięcej podobne do drżenia w chorobie PARKINSON'a jest drżenie, napatykane czasami u starców, t. z. *tremor senilis*. Różnica jest tu jednak bardzo wybitna. W chorobie PARKINSON'a bowiem mimowolne ruchy chorego, zwłaszcza w kończynach górnych, mają pozornie charakter celowy, jakby chory świadomie pracował w pewnym kierunku; ruch jego przypomina kręcenie kulki, ołówka, bębnienie i t. d. Zwykle drżenie zaczyna się w jednej — częściej prawej — górnej kończynie i rozprzestrzenia się ku środkowi t. j. w kierunku od palców do tułowia. Następnie i odpowiednia dolna kończyna zostaje dotknięta drżeniem, które jednak tu nigdy nie dochodzi do takich rozmiarów, jak w kończynie górnej. I w dolnej kończynie drżenie zaczyna się od stopy, gdzie ma charakter zginania i wyprostowywania w stawie goleniostopowym; zjawiają się potem ruchy ksobne i odsiebne w kolanach, podnoszenie całej kończyny do góry (gdy chory leży) i t. d. Zająwszy jedną stronę, drżenie przechodzi na drugą, poczynawszy znów od kończyny górnej. Od tego ogólnego pravidła spotykamy jednakże dużo wyjątków. Przedewszystkiem opisane są przypadki ⁶¹⁾, w których drżenie zaczęło się nie w ręce, lecz w ramieniu, albo w mięśniu piersiowym, naramiennym i obłym wielkim, przyczem przedramię wcale nie było zajęte. Wreszcie i porządek rozpowszechniania się drżenia nie zawsze bywa taki, jakśmy go wyżej opisali. Czasami drżenie zaczyna się od dolnej kończyny i dopiero potem przechodzi na odpowiednią górną, czasami zaś po

⁶⁰⁾ Klinicznie w lewej górnej kończynie było mniejsze drżenie, niż w prawej.

⁶¹⁾ Por. GOWERS'a, HEIMANN'a.

jednej górnej, *resp.* dolnej, zostaje dotknięta druga górna, *resp.* dolna. W innej seryi przypadków drżenie przez długi szereg lat ogranicza się do jednej tylko lub dwóch kończyn, tak, że przez analogię można mówić w chorobie PARKINSON'a o formach hemiplegicznych, monoplegicznych, paraplegicznych (*superior* i *inferior*). Idzie tu oczywiście tylko o używanie starej, utartej terminologii. Wszak w chorobie PARKINSON'a żadnych porażań, niedowładów niema.

Niżej przytaczamy kilka historii chorób, które pod rozmaitymi względami przedstawiały pewne zboczenia od ogólnego typu.

XIII. Z. M. 61 l. Skarży się na drżenie w lewej nodze i w lewej ręce, trwające od 3-ch miesięcy. Zaczęło się ono od dolnej kończyny, następnie przeszło na górną. Pamięć przez ten czas osłabła. Przed rokiem chorował na grypę. Nieco kaszle, zresztą zdrów. Osobnik dobrze zbudowany i odżywiany. Tętno powolne. W płucach trochę świstów. Tony serca czyste. Śledziona powiększona. Mocz nie zawiera białka. W lewej górnej, a zwłaszcza w lewej dolnej kończynie widać drżenie rytmiczne, o dosyć obszernej amplitudzie, udzielające się części ciała. Podczas ruchów dowolnych drżenie bądź ustaje, bądź się znacznie zmniejsza. Lewą górną kończynę trzyma chory przeważnie zgiętą w stawie łokciowym; palce zaś tej samej ręki są ułożone jak do pisania. Sztywności w mięśniach karku i kończyn niema. Chód prawidłowy, może nieco powolny. Ante- i retropulsy niema. Objawów niedowładu nie znaleziono. Siłomierz w prawej ręce pokazuje 23, w lewej 18. Twarz nie zmieniona. Język zbacza na lewo. Odruchy kolanowe prawidłowe. Czucie i zmysł mięśniowy zachowane.

Wbrew prawidłu objawy drżenia wystąpiły tu najpierw w lewej dolnej kończynie i przez cały czas choroby najwięcej tam były wyrażone. Drżenie było tu dominującym objawem. Sztywność była bardzo nieznaczna.

Takież sam początek choroby przedstawia następujący przypadek.

XIV. F. M., 50-letnia kobieta. Choroba zaczęła się 2 lata temu bólami w lewej dolnej kończynie, które następnie objęły i lewą górną. Jednocześnie wystąpiło drżenie w wymienionych kończynach i pewne osłabienie. Często chorej dokucza uczucie palenia w chorych kończynach. Podczas jazdy nie doznaje ulgi. Ruchy nader powolne, brak ante- i retropulsy. Twarz nieruchoma. Mięśnie karku nie napięte. Lewa dłoń w charakterystycznym ułożeniu: 4 ostatnie palce wyprostowane w stawach międzypalcowych, zgięte w stawach napiętkowo-palcowych. Paluch przeciwstawiony i lekko zgięty. Biernym ruchem udaje się nadać ręce normalne ułożenie. Lewa górna kończyna w stanie wyraźnego niedowładu, wykonywa drżenie rytmiczne niezbyt szybkie, zginanie i wyprostowywanie w stawie napiętkowym, toż samo w stawach napiętkowo-palcowych, udzielające się niekiedy głowie; samodzielnie zaś drży kończyna lewa dolna. Przy ruchach dowolnych drżenie się nie zmienia. Wskutek słabej inteligencji chorej badanie czucia prawie niemożliwe.

Z tego samego punktu widzenia zasługuje na uwagę następujący przypadek.

XV. H. S. 50 lat. Chory od półtora roku. Choroba zaczęła się od drżenia lewej dolnej kończyny podczas chodzenia, później drżenie przeszło i na prawą, następnie na lewą górną i prawą górną kończynę. Od kilku miesięcy mówi gorzej. Ogólny wygląd dobry. Postawa charakterystyczna, zgięta ku przodowi; głowa sztywna, ręce zgięte w łokciu, ramię zbliżone do tułowia. Palce ułożone jak do trzymania pióra, ale nie drżą; dopiero kiedy chory chodzi przez 5 minut, zaczynają drżeć. Drżenie palców występuje także przy ich dowolnym wyprostowaniu. Nogi drżą raczej przy siedzeniu i staniu, podczas chodzenia zaś choremu jest znacznie łatwiej. Odruchy kolanowe żywe. Zimą doznaje przykrego uczucia zimna w kończynach, zwłaszcza w lewej górnej; nie może ich wówczas rozgrzać. Chodząc, doznaje czasem nieznosnego uczucia gorąca w nogach; leżąc w łóżku, zasnąć nie może z powodu przykrego uczucia drę-

twienia nóg. Po kilku minutach mowy nie może czasem słowa wydobyć. Chory jaką się, mówi z trudnością, cicho, jednostajnie, to znowu płynniej. Prawa żenica jest szersza, aniżeli lewa, obie oddziałują dobrze. Ruchy gałek ocznych powolne, bez drgania. Pole widzenia nieco ograniczone.

I w tym przypadku drżenie na samym początku objawiło się w jednej z kończyn dolnych, a nie w górnych. Rozszerzając się dalej, drżenie wystąpiło w drugiej kończynie dolnej. Mamy więc formę t. z. *paraplegiae inferioris*. Ciekawe także jest w tym przypadku pewne zboczenie mowy i powolne ruchy gałek ocznych. We właściwym miejscu do tych objawów wrócimy. Bardzo typowe było drżenie kończyn dolnych, które występowało głównie podczas siedzenia, zmniejszało się zaś podczas chodzenia.

Według pierwotnego twierdzenia CHARCOT'a głowa nigdy nie bywa dotknięta samodzielnym drżeniem⁶²). Dające się zaś czasami spostrzedz drżenie głowy jest jej udzielane od kończyn górnych. I rzeczywiście nierzadko spotykamy w chorobie PARKINSON'a drżenie głowy, które ustaje, skoro drżenie na chwilę zniknie w kończynach górnych. Widzieliśmy to w naszych przypadkach IX (Z. P.), XIII (Z. M.), XIV (F. M.).

I w następujących przypadkach mieliśmy do czynienia z niesamodzielnym drżeniem głowy.

XVI. R. M. 54 lat. Skarży się na drżenie prawej górnej kończyny. Choroba trwa od półtora roku. Przedtem chora się mocno przestraszyła i zmarła nagłym zgonem bliskiej osoby. Prawej ręki nie może używać z powodu jej drżenia i osłabienia. Chód stał się również utrudniony, zwłaszcza z powodu cierpienia prawej nogi. Miewa bóle w całym kręgosłupie.

Wyraz twarzy nieruchomy. Prawa górna kończyna wykonywa rytmiczne, to drobne, to szybsze drgania, które przy niektórych bardziej skomplikowanych ruchach dowolnych zmniejszają się lub giną. Palce ułożone jak do pisania. Prawej górnej kończyny nie jest w stanie podnieść do tej wysokości, co lewą. Przy chodzeniu czasami lekko powłóczy prawą nogą, w której nie można stwierdzić drżenia. Głowa odbywa bardzo drobne drgania udzielone od górnej kończyny. Ruchy głowy ograniczone.

Oprócz niesamodzielnego drżenia głowy, godny jest zanotowania paretyczny stan dolnej prawej kończyny (chora nią powłóczy), a może i górnej. Jest to fakt ogólnie znany, że w przebiegu choroby PARKINSON'a zdarzają się nawet *hemiplegiae*, przyczem drżenie zwykle znika w porażonych kończynach⁶³). Klinicznie w naszym przypadku i prawa górna kończyna przedstawiała objawy parezy, pomimo tego drżenie nie ustąpiło.

Silne wzruszenie figuruje tu jako przyczyna cierpienia.

XVII. B. 57 l. Przed 5 laty uczucie mrowienia w lewych kończynach, od roku drżenie w lewej ręce, które się coraz bardziej potęguje i przeszło na lewą dolną kończynę, a w ostatnich czasach i na prawą rękę, co mu przeszkadza pisać. Skarży się także na ogólne osłabienie, na niemożność dłuższego utrzymania się w jednej pozycji. Przyczyny swego cierpienia nie wie; danych dziedzicznych niema.

Ogromnej budowy, tętno przeszło 80, tętnica trochę twarda. Przy chodzeniu chorego zwraca na siebie uwagę utykanie na lewą nogę, trzymanie nieruchome lewej górnej kończyny przy tułowi, nieelastyczne ruchy tułowia i sztywność karku. Stojąc, nie może utrzymać równowagi i robi kilka kro-

⁶²) La tête et le cou, nous le répétons, restent indemnes. CHARCOT—Leçons cliniques. W wykładach zaś późniejszych z 1891 r. i CHARCOT przyznaje, że w bardzo nielicznych przypadkach istnieje samodzielne drżenie głowy.

⁶³) Por. LEVA. Klinische Beiträge zur Paralysis agitans, Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd II.

ków w tył lub na przód, aż się oprze, co wszakże nie zależy od zawrotu głowy, którego nie ma, ani od bólu głowy. Gdy stoi, obie lewe kończyny ulegają drżeniu, jakby napadowo, i wtedy drżenie udziela się głowie, a chory sam ma wrażenie, że głowa nie drży samodzielnie. Gdy siedzi, drżenie lewych kończyn jest stałe i bardziej wyrażone, a wtedy głowa także drży. Ruchy czynne są nader powolne i chory doznaje w mięśniach z lewej strony uczucia prężenia. Siła gruba zachowana, ale chory nie może lewego barku wysoko podnosić. Ze strony oczu i twarzy żadnych zmian niema, inteligencja zachowana. Chory głównie narzeka, że spać nie może i że często musi zmieniać pozycję.

(D. c. n).

WYKŁADY KLINICZNE.

P. WAGNER.

O wodonerczu urazowym.

Wśród różnorodnych przyczyn wodonercza nabytego zajmuje uraz jedno z miejsc ostatnich. Ogłoszono dotychczas niewiele przypadków rzeczywistego wodonercza urazowego (*hydronephrosis traumatica*). Przypadek taki, spostrzegany wspólnie z DÖRRFEL'om, opisuje autor na wstępie swej pracy. W głównych zarysach jest on następujący.

Dziesięcioletni, pierwiej zawsze zdrowy chłopiec, ulega ciężkiemu uszkodzeniu prawej nerki przy spadnięciu ze schodów. Hematurya, silna bolesność i odporność zwiększona w okolicy nerki. W 3 tygodnie pacjent ma się dobrze, wstaje, lecz po dniach paru zaczyna skarżyć się na uczucie ciśnienia w brzuchu ze strony prawej i tutaj rozwija się dość znaczne wodonercze. Po rozcięciu guza w okolicy lędźwiowej, wylewa się 1½ litra zawartości. Na stronie wewnętrznej można wyczuć palcem splaszczone kielichy nerkowe. Całkowita wydzielina prawej nerki odchodzi w przeciągu 14 dni po operacji przez przetokę lędźwiową, potem dość raptownie powraca drożność prawego moczowodu: mocz przestaje wydzielać się z rany, która goi się po upływie dwóch miesięcy.

Zdaniem autora sposób powstania wodostoku był w jego przypadku następujący: Obszerny wylew krwawy okołonerkowy, sięgający ku miedniczce i niżej ku moczowodowi, po częściowem wessaniu uległ organizacji. Kurcząca się bliznowato młoda tkanka łączna, gdy chory zaczął chodzić, spowodowała zamknięcie zastawkowate światła moczowodu lub jego przegięcie; zastój moczu w miedniczce, przez rozciągnięcie tej ostatniej, jeszcze bardziej stan taki utrwalił. Opróżnienie miedniczki przy nefrotomii uwolniło ją od napięcia, a norka, pozbawiona ucisku, poczęła mocniej wydzielać i zagięcie moczowodu się wyrównało.

W dalszym ciągu pracy swej podaje autor literaturę przedmiotu, która jest wogóle bardzo szczupła. W podręcznikach chirurgii, a nawet w dziełach, specjalnie chirurgii nerek poświęconych, napotykamy zaledwie pobieżne wzmianki o wodonerczu urazowym. Trochę więcej dają prace o uszkodzeniach nerek. Na pierwszym miejscu stawia autor pracę MAAS'a, gdzie podany jest przypadek wodonercza, wytworzonego doświadczalnie przez zmiżdżenie nerki. Moczowód, zrosnięty z workiem i niedrożny, uległ według MAAS'a zupełnemu oderwaniu. EDLER, RECZEY, HERZOG, FENWICK w pracach o urazach nerki zaledwie w paru słowach wspominają o wodonerczu urazowym. MOSER, w rozprawie napisanej w 1898 r. pod kierunkiem SOCIN'a, dokładnie opisuje spostrzegany w Bazylei przypadek, oraz podaje 6 innych zestawionych z literatury, w tej liczbie 3 zebrane pierwiej przez EDLER'a. ARNOULD w 1891 r. przytacza przypadków 12. Na 6-ym kongresie chirurgów francuskich w 1892 r. odczytał MONOD obszerną pracę, w zakończeniu której przychodzi do wniosku, że wszystkie dotychczas ogłoszone przypadki wodonercza urazowego są to w rzeczywistości przypadki wodonercza rzekomego (*pseudohydronephrosis*) t. j. nagromadzenia moczu w tkance pozaotrzewnowej, powstałego wskutek częściowych rozerwań moczowodów i miedniczek.

Według MONOD'a przemawia za tem: zbyt krótki przeciąg czasu między urazem i rozwojem guza, brak bólów, wreszcie w większości przypadków wyleczenie po zwykłym przekłuciu. Zdaniem autora zarzuty M. są bezzasadne. Własny przypadek autora dowodzi, że może rozwinąć się wodonercze rzeczywiste bez bólów i w czasie stosunkowo krótkim. W duchu MONOD'a pisali niedawno ALDIBERT i LEGNEN; ostatni doradza wprost zarzucenie złudnej nazwy. Według autora mogą istnieć nagromadzenia moczu pozaotrzewnowe, dające wszystkie objawy wodonercza rzeczywistego; to ostatnie wolno rozpoznawać tylko wtedy, gdy, czy to na autopsyi, czyli też podczas nefrotomii lub nefrektomii, stwierdzono niewątpliwe rozszerzenie miedniczki przez mocznagromadzony. Odpowiadających tym warunkom przypadków wodonercza urazowego rzeczywistego zebrał autor z literatury i opisuje 6; takim wreszcie jest siódmy własny przypadek autora.

Na zasadzie samego tylko spostrzeżenia klinicznego można rozpoznać wodonercze urazowe w tym tylko razie, jeżeli powstały po urazie guz nerki chęlboczący raptownie znika, przy jednoczesnem silnem powiększeniu się ilości wydzielanego moczu. Przypadek taki istnieje w literaturze. Prócz tego, autor zalicza do wodonercza urazowego dwa przypadki, gdzie po kilkakrotnych przekłuciach zastrzykiwano do worka jodynę i gdzie nastąpiło zagojenie. Gdyby w tych razach chodziło o wodonercze rzekome, zabieg ten byłby sprowadził objawy groźnego odczynu zapalnego. Wreszcie podaje autor opisy 7 takich przypadków, gdzie uważa za prawdopodobne istnienie wodonercza rzeczywistego. Z kazuistyki tej wynika więc, że wbrew zdaniu niektórych autorów, wodonercze wskutek urazu powstać może. We wszystkich dotychczasowych przypadkach uszkodzenia nerki były podskórne.

Co do sposobu, w jaki uraz nerki wywołać może wodonercze, nasuwają się następujące możliwości.

Przedewszystkiem należy uwzględnić uszkodzenia moczowodów, zwykle w górnym ich odcinku. Mogą one polegać na zgnieceniu, naderwaniu, wreszcie na zupełnem przerwaniu. To ostatnie, powodując narazie nagromadzenie krwi i moczu w tkankach pozaotrzewnowych, może spowodować zamknięcie światła moczowodów. Jeżeli następnie koniec ośrodkowy ulegnie zabliznieniu, powstanie wodonercze zamknięte wraz z zupełnym zanikiem miąższu nerkowego. Błizna zaś po częściowem rozerwaniu spowoduje zastój moczu niezupełny, rozszerzenie miedniczki i wodonercze otwarte. Zarówno częściowe, jak i zupełne zamknięcie światła przez bliznę należy do zejść rzadkich — częściej powstają przetoki moczowe lub otorbione guzy moczowe poza otrzewną. Po silnem zgnieceniu moczowodów światło może uleść zwężeniu zarówno wskutek zapalnego obrzmienia na razie, jak również od ściągnięcia się blizny w następstwie. Przy częściowej zgorzeli ściany mogą wytworzyć się przetoki, lub po dłuższym przeciągu czasu wodonercze rzekome. Uraz dotyczyć może miedniczki, początek zaś moczowodu ulegnie w tym razie zamknięciu wskutek zapaleń zlepnych i blizn.

Drugim czynnikiem przy powstawaniu wodonercza mogą być wylewy krwawe około nerki i moczowodów, zamykające światło tych ostatnich z początku przez ucisk, potem po organizacji wylewów wskutek skurczenia bliznowatej tkanki.

Trzecią z przyczyn wodonercza urazowego mogłoby być zatkanie moczowodu przez skrzep; zdaje się, iż zamknięcie to może być tylko krótkotrwałe: skrzep ulega wypłukaniu i rozpuszczeniu. ARNOULD broni poglądu, że zwykle wodonercze urazowe jest pochodzenia wtórnego, gdyż rozwija się z pierwotnej hematonefrozy. Uraz nerki powoduje przepełnienie miedniczki krwią, ta ostatnia częściowo przez pęcherz i cewkę wydostaje się nazewnątrz, częściowo zaś krzepnie i zamyka wylot moczowodów z miedniczki. Krwotok powtarza się, krew wraz z moczem zatrzymuje się w miednicze — powstaje hemo- hydronefroza, stan przejściowy do czystego wodonercza. Na poparcie swej teorii powołuje się ARNOULD na prawie stale spostrzeganą hematurję, dalej na obecność krwi w płynie otrzymywanym z przekłuc przy wodonerczu. Istnieje opis przypadku, gdzie uraz nerki zawierającej kamień porusza ten ostatni, kamień wypada do moczowodu, zatyka go i powoduje powstanie wodonercza wtórnego. Ostatnią wreszcie możliwością powstania wodonercza urazowego mogłoby być wytworzenie się wskutek urazu nerki ruchomej, a wodonercza na tle tej ostatniej. Że zaś wodonercze wogóle, a w szczególności postać jego przepuszczająca rozwija się często przez zagięcie lub rozciągnięcie moczowodów nerki ruchomej, wiadomo na zasadzie licznych spostrzeżeń, a nawet prac doświadczalnych. Prawdopodobnie w powstaniu wodonercza urazowego uczestniczy zwykle kilka przytoczonych powyżej przyczyn. Zro-

zumienie mechanizmu powstania utrudnia często ta okoliczność, że podczas operacji lub autopsji nie widać właściwej przyczyny zastoju moczu—istnieje naprzykład drożność moczowodu. Materiał anatomo-patologiczny dały tylko 3 z opisanych przypadków, w większości bowiem po przekłuciach i rozcięciach następowało wyzdrowienie. W dwóch przypadkach znaleziono w górnej lub środkowej części moczowodu zupełnie lub prawie zupełnie zamykające światło zwężenie; w trzecim tkanki koło nerki i moczowodu były na znacznej przestrzeni bliznowato zmienione, a w miedniczce znajdowało się 10 centymetrowe wypuklenie, opuszczające się w kierunku moczowodu.

Objawowo nie różni się wodonercze urazowe od pozostałych postaci wodonercza. Dochodzi ono znacznych rozmiarów, gdy jest otwarte; przeciwnie, wodonercze zamknięte ma zawsze rozmiary niewielkie. Czasami rozwija się wodonercze, gdy już w nerce klinicznie zmian żadnych po urazie rozpoznać nie można; to znów pierwsze objawy torbielowatego guza przyłączają się do pierwotnego powiększenia rozmiarów i oporu nerki. Czasami guz rośnie nader szybko, w parę tygodni dochodzi do rozmiarów głowy ludzkiej. Prócz wodonercza urazowego na tle nerki ruchomej i w pozostałych postaciach spostrzegano pewien przepuszczający charakter: guz rośnie i zmniejsza się jednocześnie ze zmniejszaniem się i wzrastaniem ilości wydzielanego moczu. Jakościowych zmian zwykle w moczu niema, ilość zmniejsza się w miarę wzrostu guza. Przy wodonerczu urazowym bólów, kolki nerkowej zwykle niema; gdy guz rośnie, powstaje jedynie uczucie ciężaru w brzuchu.

Pomijając objawy wodonercza wogóle, oraz rozpoznanie różniczkowe z innymi guzami jamy brzusznej, zastanawia się autor nad odróżnieniem rzeczywistego wodonercza urazowego od innych cierpień nerki również urazowego pochodzenia, jako to: hematonefrozy, t. j. guza krwawego nerkowego i okołonerkowego, pyonefrozy, lub spraw ropnych peri- i paranefrytycznych, wreszcie wodonercza rzekomego. Czysta hematonefroza zwykle nie dochodzi do większych rozmiarów. Wrazie jeżeli krwotok do miedniczki nie ustaje, przechodzi ona stopniowo, według mechanizmu przytoczonego za ARNOULD'em, w wodonercze. Bardzo często urazy nerki z zupełnem zmiążdżeniem narządu mogą w ostateczności na miejscu narządu dawać worek z włóknistą powłóczką, wypełniony krwią. Jeżeli i powłóczka została uszkodzona lub miedniczka przedziurawiona, przyłączy się tu jeszcze wyłw krwiawy okołonerkowy. Objawowo taki guz krwawy różni się od wodonercza, prócz wyniku, otrzymanego zapomocą przekłucia, ciężkim stanem ogólnym chorego, przedewszystkiem niedokrwistością, oraz natychmiastowem pojawieniem się guza po urazie.

Wspomniane powyżej sprawy ropno, podobne co do objawów badania fizycznego, różnią się od wodonercza, prócz wyniku przekłucia, przez zawsze obecne objawy ogólne: gorączkę, silny ból, ewentualnie obrzęk i zapalne nacieczenie powłok. Również związek spraw tych z urazem bywa zwykle bardziej bezpośredni. Niewielkie ilości moczu, przedostające się po uszkodzeniu nerki lub moczowodu do tkanki pozaozarnowej, mogą uleść wessaniu; guz wytwarza się wtedy, gdy większa ilość moczu sączy się przez czas dłuższy. W zgniecionych i krwawo nacieczonych tkankach powstaje zapalenie złojne, a mocz ulega otorbieniu. Guz taki, będący w związku z miedniczką lub górnym odcinkiem moczowodu, daje też same objawy, co rzeczywiste wodonercze; prócz tego, guz taki, opuszczając się ku dołowi i cisnąc na moczowody, może komplikować się i rzeczywistym zastojem moczu w miedniczce i moczowodach. Do rozpoznania różniczkowego ważny jest przeciąg czasu między urazem, a rozwojem guza. Wodonercze rzekomo rozwija się w bezpośrednim związku z urazem, dla wodonercza rzeczywistego wspomniany przeciąg czasu może wynosić tygodnie, miesiące, a nawet lata, w ciągu zaś tego czasu chory nie ma żadnych przypadłości, lub tylko nieznaczne, zależne od guza krwawego okołonerkowego, dającego pewien opór przy obmacywaniu.

Rokowanie *quo ad restitutionem ad integrum* zależy od przyczyn, które nie-drożność moczowodu wywołały. Przy zupełnem przerwaniu powrót do stanu pierwotnego zupełnie jest wykluczony. Zwężenia po naderwaniach lub zgnieceniach, stanowią niezupełną przeszkodę do przepływu moczu, podtrzymują wodonercze otwarte. Lepsze widoki dają wybroczyny krwawe, zaciskające światło od zewnątrz, w razie jednak organizacyi wybroczyny blizna może zacisnąć moczowód w następstwie. *Quo ad vitam* rokowanie jest o tyle pomyślne, że wogóle przy ciężkich urazach nerki nie rozwija się wodonercze, a także dlatego, że wodonercze bywa jednostronne. Gdy drugiej nerki niema, lub gdy ta jest ciężko chora, i ta pomyślna okoliczność traci naturalnie znaczenie.

Leczenie wodonercza rzeczywistego urazowego może być jedynie tylko operacyjne. Można wykonać przekłucie, przecięcie lub wycięcie worka. Ponieważ z ustąpieniem przyczyny często przychodzi samoistne wyleczenie, radzi autor w przypadkach prostych przedewszystkiem czas jakiś stanowisko wyczekujące. Zarówno przekłucie lub aspirację, jak i przecięcie należy robić drogą zewnątrzotrzewnową. Oba zabiegi są środkami czysto objawowymi. Kilkakrotnie powtórzone przekłucie dawało w wielu razach wyleczenie. Być może, iż nastąpiło ono samo przez się, można jednakże przypuścić, że rozciągnięta miedniczka ze swej strony cisnęła na moczowód już po ustąpieniu pierwotnej przeszkody, że więc zabieg bezpośrednio spowodował wyleczenie. Chorych, którym raz lub kilkakrotnie robiono przekłucia, tylko wtedy należy uważać za wyleczonych, jeżeli przez szereg miesięcy potem byli pod obserwacją lekarza.

Wstrzykiwanie w związku z przekłuciem i aspiracją do worka jodu, alkoholu i t. p. płynów uważa autor za środek wątpliwej wartości, a w razie nierozpoznania rzekomego wodonercza za zabieg bardzo szkodliwy. Wyżej niż przekłucie stawia autor nefrotomię lub właściwie pyelotomię z następczem założeniem drenów. Umożliwia ona stały odpływ gromadzącego się moczu i uwalnia miąższ od ciśnienia, pozwala obmacać powierzchnię wewnętrzną guza i przyczynia się do rozpoznania. Dalej tą drogą określić można, ile tkanki nerkowej ocalało; wstrzykując obojętny, barwny płyn, sprawdzić drożność moczowodu; badając mocz z pęcherza, określić stan nerki drugiej; wreszcie usunąć ciała obce z miedniczki, przepłukać tę ostatnią płynem przeciwgnilnym, a nawet przystąpić do prób ostrożnego wprowadzania zgłębnika do moczowodów w razie ich niedrożności. Przetoka moczowa w ranie lędźwiowej goi się prędko w razie powrotu drożności naturalnych dróg moczowych, w przeciwnym razie po stwierdzeniu prawidłowego stanu nerki drugiej można przystąpić do nefrektomii wtórnej. Pierwotna nefrektomia jest również przeciw wskazana przy wodonerczu urazowym, jak i przy innych postaciach wodonercza.

(*Berliner Klinik. Juni. 1894. Heft. 72.*)

K. Rogoziński.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Z medycyny sądowej.

92. W. SZOŁC. **Sprawa d-ra P. ze stanowiska sądowolekarskiego rozważana.** Przed dwoma laty sprawa ta wzniesła wielkie zajęcie w świecie lekarskim i nielekarskim Petersburga i zyskała nadmierny rozgłos w czasopiśmie zwłaszcza niefachowych. Treść tej głośniejszej i zasługującej na uwagę sprawy jest następująca.

W czerwcu 1892 akuszerka W. wezwała d-ra P. do chorej M., wymagającej jego natychmiastowej pomocy z powodu rozpoczynającego się u niej poronienia, połączonego z silnem krwawieniem. D-r P. udał się niebawem do chorej M., zabrawszy z sobą kilka sztuk rozszerzadeł HEGAR'a. Na miejscu dowiedział się, że M. była u niego w ambulatoryum przed tygodniem i wówczas już przypuszczał obecność ciąży i poczynającego się poronienia; że przed pojawieniem się obecnego krwawienia, trwającego od tygodnia, przez półtora miesiąca nie było miesiączki i że chora podejrzewała samą, że jest ciężarną. Badanie wykazało: brzuch wrażliwy na dotykanie, ujście zewnętrzne macicy przepuszczało koniec palca do połowy paznokcia, krwawienie dosyć znaczne. D-r P., sądząc z tych danych, że ma z poronieniem do czynienia, wprowadził przez ujście zewnętrzne macicy rozszerzadło HEGAR'a Nr. 10, zupełnie swobodnie, nawet bez ustalenia macicy i bez bólu. Po wyjęciu tego rozszerzadła P. próbował wprowadzić palec, lecz gdy to mu się nie udało, wprowadził po palcu łyżeczkę MARRIN'a, która wchodziła swobodnie, lecz bardzo głęboko, co skłoniło P. do zaniechania dalszego nią działania; wyjął ją, założył rozszerzadło grubsze i od chorej się oddalił. Po upływie kilku godzin do niej powrócił, wyjął rozszerzadło, lecz i tym razem palca do jamy macicy nie mógł wprowadzić, ani też wyczuć spodziewanego jaja płodowego; tymczasem krwawienie nie ustawało i chora skarżyła się na bólesci w brzuchu; P. wprowadził rozszerzadło Nr. 14,5. Gdy zaś po pewnym czasie przybył do chorej dla usunięcia owego rozszerzadła, nie znalazł go nigdzie: ani w pochwie, ani w ujściu zewnętrznym, ani

też w łóżku. Sądząc, że wyrzucono to narzędzie wraz ze skrwawioną bielizną, nie nadawał zrazu temu zatraceniu rozszerzadła wielkiego znaczenia. Tymczasem chora gorączkowała i wystąpiły oznaki wyraźnego zapalenia otrzewny. Przypisując to długiemu pozostawianiu martwego jaja płodowego w jamie macicznej, P. postanowił oddzielić i wydalić je pod chloroformem. Lecz wszedłszy palcem w przewód szyi macicznej, dostał się do jamy jakiejś niezwyklej, z której nic nie wydobył. Zaniechawszy całkiem dalszego poszukiwania domniemanego jaja płodowego, objaśnił męża chorej, że stan jej jest groźny. Że zaś sama chora i mąż jej przypisywali pogorszenie się jej stanu znajdowaniu się rozszerzadła w macicy, P. pokazał im nazajutrz inne rozszerzadło, jakoby z macicy chorej M. przez niego wyjęte. Następnego dnia spotkał się P. u chorej z d-r'em L., który wyraził przypuszczenie w tym przypadku naruszenia całości macicy, chociaż przy badaniu chorej tego stwierdzić nie mógł. P. aczkolwiek nie umiał sobie wyjaśnić możebności dostania się rozszerzadła do jamy brzusznej, jednakże zrodziło to w nim domniemanie, że stać się to mogło; wezwał przeto nazajutrz prof. O. na naradę. Zanim to nastąpiło, chorą odwieziono do szpitala, gdzie d-r W. stwierdził, że palec swobodnie wprowadzić można do przewodu szyi macicznej i że w górnej części tego przewodu na prawo, w bliskości ujścia wewnętrznego istnieje otwór, łączący przewód szyi z jamą brzuszną; nadto w sklepieniach pochwy rozległy twardy wysięk, który następnie przeszedł w ropienie; powstały ropień otwarto. Odtąd stan chorej szybko zaczął się polepszać tak, że w miesiąc po przybyciu szpital opuściła w pożądanym stanie zdrowia. Trwało to jednak zaledwie 2 miesiące, gdyż po upływie tego czasu M. zaczęła się skarżyć na bóleści w brzuchu, co skłoniło ją po pewnym czasie do poradzenia się d-ra L., który wykrywszy ciało obce w jamie brzusznej, odesłał chorą powtórnie do szpitala, gdzie dokonano laparotomii w listopadzie 1892 roku i wydobyto z zagłębienia DOUGLAS'a rozszerzadło HEGAR'a Nr. 14,5. Operowana po upływie miesiąca jako zupełnie zdrowa ze szpitala wypisana została.

Po pewnym czasie mąż M. zgłosił się do d-ra P. z żądaniem wynagrodzenia poniesionych strat skutkiem leczenia żony, w kwocie 1,200 rs. Gdy atoli d-r P. żądania tego nie uwzględnił, M. wytoczył mu sprawę sądową, popartą świadectwem d-ra B., że chora M. z powodu przepukliny, w bliźnie po laparotomii powstałej, jest niezdolna do pracy i że będzie zmuszona poddać się ponownej operacji i t. p.

Sąd zwrócił się o opinię do rady lekarskiej, która orzekła, „że nie znajduje w postępowaniu d-ra P. dowodów nieznajomości fachowej, przyznaje jednakże, że pozostawienie rozszerzadła w macicy, z celem rozszerzenia jej wprowadzonego, przez kilka godzin, nie należy do sposobów powszechnie używanych i wymaga szczególnej oględności ze strony lekarza“. Na zasadzie tej opinii rady, sprawa d-ra P. była przedmiotem dochodzenia sądowego.

Autor, jako biegły (ekspert) w tej sprawie, szczegółowo podaje akt oskarżenia i swoje wywody, których jednakże sąd nie uwzględnił. Z danych oskarżenia podajemy te tylko, które pod względem sądowo-lekarskim na uwagę zasługują, a mianowicie:

1) P. mylnie rozpoznał przyczynę choroby M. 2) Ujawnił w swoim działaniu wyraźną nieostrożność przez to, że wprowadził do macicy M. rozszerzadło HEGAR'a bez należytej oględności; nie tylko pozostawił następnie chorą z wymienionem rozszerzadłem bez wszelkiej opieki lekarskiej, lecz nie uprzedził o tem osób chorą otaczających, wynikiem czego było przeniknięcie rozszerzadła do jamy brzusznej. (Zdanie to sąd opiera na wymienionej opinii rady lekarskiej).

Co do pierwszego. Że d-r P. mylnie rozpoznał przyczynę choroby, to nie podlega wątpieniu, albowiem dopuszczał istnienie ciąży tam, gdzie jej nie było, i sądził, że ma do czynienia z poronieniem wtedy, gdy ono także nie istniało. Lecz gdyby zaczęto pociągać lekarza przed krąki sądowe za każdą pomyłkę w rozpoznaniu choroby, to wtedy spełnianie obowiązków jego powołania stałoby się niemożliwym. Należy zawsze i wszędzie rozważyć i dokładnie określić, o ile w danym razie można było uniknąć pomyłki. Zatrzymanie miesiączki przez półtora miesiąca, podejrzenie samej chorej, że jest w ciąży, pojawienie się następnie i uporczywe trwanie krwawienia, bóle podobne do porodowych, wreszcie poczynające się rozwieranie ujścia zewnętrznego macicy; wszystko to są dane, które w braku wogóle innych oznak ciąży w pierwszych 2-ch miesiącach, nastroczają każdemu lekarzowi podejrzenie rozpoczynającego się poronienia.

Sąd w akcie oskarżenia ujawnił podejrzenie, że rozszerzało przedostało się jakimiś nieznanymi drogami do jamy brzusznej z tego powodu, że było pozostawione w szyi macicznej bez dozoru lekarza i bez uprzedzenia o tem otaczających. Gdy atoli sąd (mający prawo nie podzielać wywodów ekspertyzy, chociażby z całą ścisłością wymotywowanych) podobne wypowiada zdanie, jedynie na zasadzie dowolnych przypuszczeń, to nie co innego przez takie oskarżenie rozumieć należy, jak tylko to, że d-r P. przedziurawił rozszerzałem macicę. Autor stanowczo temu przeczy, a to na zasadzie danych następujących. Macica nie ciężarna (a taką ona była u M.) z powodu swej budowy i położenia nie może być rozerwana rozszerzałem Nr. 10, wprowadzonym bez ustalenia macicy. Długość rozszerzała dochodzi 12—14 ctm. a grubość 1 ctm., zewnętrzne ujście macicy prawidłowej z trudnością przepuszcza zglębnik 3—4 młm.; zatem bez unieruchomienia macicy kleszczykami kulociągowemi rozerwać jej niepodobna tuż przy ujściu wewnętrznym. Przy wprowadzaniu rozszerzała do macicy, całe ono pogrąża się w pochwie tak, że nazewnątrż pozostają jedynie palce je trzymające i rączka narzędzia; zatem przy popychaniu rozszerzała, celem wprowadzenia go w ujście zewnętrzne, macica usuwa się w górę; granica tego unoszenia się jest bardzo rozległa, tak, że wkrótce palce, trzymające rękojeść narzędzia, znajdują się w pochwie, a pozostałe części ręki opierać się będą o krocze i części płciowe zewnętrzne i tym sposobem siła napierająca osłabnie tak dalece, że nietylko rozerwanie, lecz nawet dalsze odsunięcie macicy w górę nastąpić już nie może. Przypuśćmy jednak, że siła parcia zostanie wzmoczona, to wtedy może nastąpić jedynie albo oderwanie części pochwowej macicy od sklepienia, albo też rozerwanie zewnętrznego jej ujścia; czego jednakże w danym przypadku nie wykazano. Zatem rozerwanie macicy w tem miejscu, gdzie ono zaszło, nie mogło być dokonane wprowadzeniem rozszerzała Nr. 10 przez d-ra P. Gdy zaś narzędzie to weszło odrazu swobodnie w ujście zewnętrzne i dalej w przewód szyi macicznej nawet bez bólu; to przewód ten musiał być już poprzednio rozszerzony i rozerwanie istniało przed przybyciem d-ra P. do chorej M., a tylko d-r P. bezwiednie przez tę drogę fałszywą rozszerzało wprowadził i dalsze rękoczyn dokonywał.

Autor robił doświadczenia z wprowadzaniem rozszerzała na 3-ch zmarłych kobietach: dwóch które rodziły i jednej nierodzącej. Otóż ani razu nie udało mu się, pomimo użycia znacznej siły, wprowadzić rozszerzała Nr. 10 przez ujście zewnętrzne bez ustalenia macicy. Dopiero po otwarciu jamy brzusznej i przytrzymywaniu macicy od strony brzucha, u jednej z niemałym trudem rozszerzało dostało się do jamy macicy; atoli, pomimo wszelkich usiłowań, nie udało się autorowi macicy przedziurawić; nawet przytrzymując ją i przy użyciu znacznej siły po wprowadzeniu rozszerzała do jamy macicy, rozedrzeć jej nie mógł.

Co do 2-go. D-r P. ujawnił w swoich działaniach wyraźną nieostrożność i t. p.

Wprowadzanie ciał obcych do jamy macicy w różnych stanach prawidłowych i chorobowych tego narządu, jest działaniem powszechnie w nauce uprawnionem. Dosyć wspomnieć wprowadzanie cewników sprężystych, laseczek blaszeczka, tupelo i t. p. Nikt nigdy jeszcze nie zalecał, ani też nie domagał się tego, aby lekarz nieodstępnie pozostawał przy chorej przez cały czas pozostawiania takiego lub innego rozszerzała w jej szyi macicznej. Bo cóż chorej stać się może? Rozszerzało jako ciało obce może wywołać skurcze macicy, wskutek czego rozszerzało wydalone zostanie do pochwy, gdzie pozostawać przecież bezkarnie może całymi dniami.

Całkiem co innego wyniknie, gdy całość ścian macicy jest naruszona; wtedy rozszerzało przy każdym nierozważnym poruszeniu się chorej może przedostać się do jamy brzusznej, co też i miało miejsce w danym przypadku; lecz d-r P. nie wiedział i nie mógł nawet przypuszczać, że macica była już poprzednio przedziurawiona.

Wreszcie autor rozpatruje jeden jeszcze zarzut, jaki stawiają d-rowi P. nawet lekarze, a mianowicie to, że on potajemnie zamienił rozszerzało, pozostające w jamie brzusznej, na inne, jakoby przez niego z macicy wydobyte. D-r P. ani na chwilę nie przypuszczał, że rozszerzało, wprowadzone przez niego do przewodu szyi macicy, znajduje się w jamie brzusznej, lecz stanowczo był przekonany, że ono wypadło na zewnątrz i zostało wyrzucone wraz z brudną bielizną. Takie wrażenie wyniósł biegły (autor) z całego przebiegu śledztwa na sądzie, jako też z okoliczności następujących: M. w przekonaniu d-ra P., akuszerki i jej własnem—roniła; rozszerzało Hę-

GAR'a Nr. 10 weszło w przewód szyi macicznej bez trudności, zupełnie swobodnie i bez bólu. Przy wprowadzaniu następnych rozszerzadeł chora wprawdzie doznawała mniej więcej dotkliwego bólu, lecz wchodziły one również bez niezwykle trudności. Swobodne wchodzenie rozszerzadeł wyłącza wszelkie podejrzenie naruszenia całości macicy,—a przy całej macicy rozszerzało przeciw do jamy brzusznej dostać się nie może. Co się dotyczy wykrycia ciała obcego w jamie brzusznej, zwłaszcza takiego, jak rozszerzało HEGAR'a z twardego kauczuku, to jest to zadanie bardzo trudne, a w danych warunkach stało się do spełnienia niemożliwym. D-r L., który nazajutrz po zaginięciu rozszerzadła śledził przez pochwę wraz z d-r'em P. chorą, aczkolwiek podejrywał możebność naruszenia całości macicy, jednakże obecności ciała obcego w jamie brzusznej stwierdzić nie zdołał. D-r W. w szpitalu znalazł nieprawidłowy otwór w przewodzie szyi macicznej, a tem samem słusznie przypuszczał wdrażenie rozszerzadła do jamy brzusznej, jednakże nie przystąpił do laparotomii z powodu braku danych niewątpliwych, uzasadniających przypuszczenie obecności ciała obcego w jamie brzusznej. Nawet po upływie dwóch miesięcy przy śledzeniu nie można było dokładnie tego określić, a gdy w 5 miesięcy później d-r L. wykazał obecność ciała obcego w brzuchu, to uczynił to nie na zasadzie pewnych oznak, lecz na przypomnieniu i rozważeniu przebiegu choroby: według jego mniemania ciało obce miało się znajdować poza sklepieniem przodowym, a tymczasem przy laparotomii znaleziono je otorbione w sklepieniu tylnym; taka pomyłka nie miałaby miejsca, gdyby d-r L. istotnie przy badaniu wyczuł ciało obce. Zatem d-r P. nie mógł podejrywać obecności rozszerzadła w jamie brzusznej; sądził, że zostało ono wyrzucone nieświadomie, a widząc wielkie zaniepokojenie chorej i jej otoczenia, wobec niemożności odszukania zatraconego narzędzia, wyjął jakoby z macicy rozszerzało, aby okazaniem go chorą uspokoić. Gdy jednakże nazajutrz na naradzie z d-r'em L. w umyśle d-r P. powstało przypuszczenie naruszenia całości macicy, wtedy on natychmiast pobiegł do prof. O., a następnie do d-ra W., ażeby im wypowiedzieć swoje wątpliwości, danego przypadku dotyczące.

(*Żur. akuszer. i żeńsk. bolez. Maj. 1894*).

J. R.

ODCINEK.

○ hypnotyzmie i sugestyi.

Przez Józefa Saksa.

„Nec sum ab novis, nec ab antiquis;
utrosque, ubi veritatem colunt, sequor“.

Bogliovi.

„En science de même, qu'en politique, il
faut se défendre également et des préjugés con-
servateurs et des préjugés novateurs. La règle
de nos pensées ne doit être ni le vieux, ni le
neuf, mais le vrai“.

Cl. Bernard.

Wyżej przytoczone słowa obrałem sobie za godło przy badaniu i opracowywaniu kwestyi hypnotyzmu i sugestyi, która stosunkowo niedawno przedostała się do światu wiedzy. Zjawiska, które spostrzegamy podczas stanów hypnotycznych, są tak dziwne i niby nadnaturalne, że ta ich nadzwyczajność odstraszała przez bardzo długi czas umysły uczonych. Głębokie i słuszne są słowa BACON'a: „Rozum ludzki nie przyjmuje szczerze prawdy rzeczy, lecz przyłącza do faktów swą wolę i swe życzenia, t. j. że człowiek buduje wiedzę podług swego gustu; prawda, którą człowiek najchętniej przyjmuje, jest ta, której on sobie życzy“. Zjawiska hypnotyczne i sugestyjne naruszały ustalone formułki, a więc *a priori* zostawały odrzucane. Trzeba było dopie-
r o prac ludzi tej miary, co RICHTER, CHARCOT, HEIDENHAIN, którzy uznali zjawiska hypnotyczne za prawdziwe, aby i mniejsze gwiazdy naukowe zwróciły swe oczy ku tej dziedzinie zjawisk. Dziwna rzecz, przy bliższem badaniu okazało się, że zjawiska owe,

nie naruszając w niczem stałych praw natury, rozszerzają znacznie widnokrąg psychologii i fizjologii, tłumaczą nam mnóstwo fenomenów (np. cudownych uzdrowień), które do tego czasu były niezrozumiałe.

Jakkolwiek hypnotyzm został uznany przez naukę niedawno, jednakże istniał on pod różnemi postaciami od niepamiętnych czasów. Gdy mnisi z góry Athos (t. zw. psycho-omfalicy) uporeczywie wpatrywali się w pępek, wskutek czego po krótkim czasie wpadali w ekstazę kateleptyczną, nie było to nic innego, jak hypnotyzowanie się. Fakirzy indyjscy, których przedstawiciele w kilka lat zjawiają się w Europie i wprowadzają w zdumienie szerszą publiczność szeregiem swych eksperymentów, już przeszło od 2,400 lat wiedzieli, że wpatrując się przez kilkanaście minut w koniec nosa swego, wstrzymując przytem lub osłabiając oddech, póki się ukaze przed oczyma niebieskawy płomyk, można wpaść w stan kateleptyczny połączony z anestezją. Niektóre plemiona w Afryce rysują na dłoni czarne koło, a w środku tegoż czarny punkt, następnie, wpatrując się w ten punkt, po kilku minutach czują osłabienie powiek, po którym następuje sen i rodzaj anestezji. Zakonnicy niektórych sekt religijnych w Marokko stawiają na stole, pokrytym obrusem białym, karafkę z wodą, po za którą pali się mała lampa. Osobnik, wpatrujący się w ten punkt oświetlony, po krótkim czasie zasypia. Członkowie plemienia Ajaoussa, którzy dawali przedstawienia na ostatniej wystawie paryskiej, wprawiali się w stan hypnotyczny, połączony ze znieczuleniem, za pomocą innego znów sposobu. Przy dźwiękach bębnow i kastanietów wykonywali oni pewne ruchy jednostajne głową i tułowiem i po krótkim czasie stawali się nieczułym; wtedy połykali szkło pośluzzone, przekłuwali sobie sztyletami policzki, chodzili po sztabach żelaznych, rozpalonych do czerwoności. Jak widzimy, gruby empiryzm wykonywał to, co my teraz wywołujemy za pomocą t. z. hypnotyzmu.

Magnetyzm zwierzęcy MESMER'a nie doprowadził do wykrycia prawdy. Jego dotknięcia zapamocą palczki, jego cebrzyki drewniano (*baquet*), w których znajdował się podług słów MESMER'a t. zw. *fluide magnetique*, działając mniej lub więcej na imaginację ludzi, wywoływały rozmaite zaburzenia nerwowe: krzyki, spazmy, konwulsje, sen, halucynacje i cudowne uzdrowienia, t. j. mieszaninę objawów historycznych i hypnotycznych. MESMER tłumaczył wywołwane przez się zjawiska tem, że z niego, obdarzonego nadzwyczajną siłą magnetyczną, przechodzi na pacjenta płyn magnetyczny przy dotknięciu chorego laseczką, przy pociągnięciach (*passes*) magnetycznych, przy uporeczywem wpatrywaniu się w chorego. Po MESMER'zo ksiądz FARRA pierwszy podał dokładne objaśnienie rozmaitych fenomenów stanu hypnotycznego, któremu dał nazwę „*sommeil lucide*”. Wygłaszał on pogląd, że przyczyną wywołwanego snu nie jest żaden płyn magnetyczny, przechodzący z magnetyzera na magnetyzowanego, lecz wola magnetyzera. W 1841 roku ukazała się praca Jamesa BRAID'a, ojca hypnotyzmu naukowego, który pierwszy użył wyrazu „hypnotyzm” i wykazał, że do wywołania stanów hypnotycznych, hypnotyzer lub, jak wtedy mówiono, magnetyzer nie jest konieczny; dostateczne jest uporeczywe wpatrywanie się w jakiś przedmiot błyszczący — sposób, który jest przez wielu i teraz używany, choć wywołuje dość silne bóle głowy u medyum. Praca BRAID'a przeszła niepostrzeżenie w Anglii i za granicą; dopiero w 60 roku, w roku śmierci BRAID'a, znakomici uczeni francuscy BROCA i AZAM powtórzyli doświadczenia BRAID'a, przekonali się o ich dokładności i złożyli memoriał o swych wynikach akademii paryskiej¹⁾. W 66 roku ukazała się praca d-ra LIEBAULT'a, przewodcy szkoły w Nancy, który najlepiej zrozumiał zjawiska hypnotyczne. Opisał on dokładnie rozmaite stany hypnotyczne i pierwszy stworzył psychoterapię zapomocą sugestyi; książka jego i stosowanie hypnotyzmu i sugestyi w celach leczniczych pozostały nieznane szerszemu sferom lekarskim. W owych czasach wzbudzały ogromną sensację w Ameryce występy Dods'a, który wybierał medya z pośród publiczności i wykonywał sensacyjne na owe czasy doświadczenia. Po zahypnotyzowaniu wybranych osobników, Dods kazał medyom kłaść ręce na głowę, poczem mówił: panowie nie możecie ruszać rękoma, i medya nie mogły rzeczywiście tego wykonać. Siedzącym dawał sugestję, że nie mogą wstać; kij, stosownie do sugestyi, stawał się w oczach medyum — węzem, chustka — ptakiem, dziecko — królikiem. Rozkazywał księżycowi spaść na zahypnotyzowaną osobę i zapalić na niej ubranie, me-

¹⁾ W roku 1859/60 prof. Giuszrowt w szpitalu wojskowym w Warszawie znieczulał chorych do operacji, kazał im wpatrywać się w błyszczący przedmiot (szpadel stalowy), trzymany blisko nosa. (Przyp. red.).

dyum czuło płomień i śpieszyło gasić mniemany ogień. Wmawiał w medyum, że widzi rzekę, na której znajduje się statek z wieloma podróżnymi, wtem pęka kocioł i statek leci w powietrze z drogiemi dla medyum osobami. Następnie ukazywały się przed medyum ciała ojca, matki, żony—medyum padało na kolana i modliło się. Dorosłych przemieniał w 3-letnie dzieci, wodę w wino i t. d. Te same doświadczenia wykonywał w Europie w kilka lat później duńczyk HANSEN. Niektórzy uczeni niemieccy zwrócili uwagę na owe ciekawe eksperymenty, a HEIDENHAIN napisał wówczas broszurę o magnetyzmie zwierzęcym, która została też przetłumaczona na język polski. Większość uczonych widziała w tem wszystkiem tylko szalbierstwo. W 1875 roku ukazała się znakomita praca Karola RICHT'a, „*Du sommeil provoqué*“ (O śnie sztucznie wywołanym), w której potwierdził doświadczenia BRAID'a. W 1878 roku rozpoczął swą pracę w Salpetrière CHARCOT; postawił on kwestyę hypnotyzmu na gruncie ściśle naukowym i szeregiem swych klasycznych doświadczeń na histero-epileptyczkach wykazał 3 fazy stanu hypnotycznego: letarg, katalepsyę i somnambulizm, oraz sposoby przejścia od jednego stanu hypnozy do drugiego. Twierdzenia CHARCOT'a zostały w bardzo wielu punktach obalone przez szkołę w Nancy, której głową jest prof. BERNHEIM. Dzieło jego o suggestyi, którego pierwsze wydanie ukazało się w 84 roku, posunęło sprawę suggestyi i hypnotyzmu o wiele naprzód, i od tego właściwie czasu datuje się zainteresowanie większo tą sprawą całego świata naukowego.

Jak widzimy z krótkiego rysu historycznego, przodujać miejsce w opracowywaniu interesującej nas kwestyi zajmują francuzi—prócz wyżej wymienionych zasługują na zanotowanie nazwiska LIEGEOIS, DUMONT-PALLIER, BERILLON, GILLE de la TOURETTE, JANET, VOISIN i bardzo wielu innych. W Niemczech sprawa hypnotyzmu przez długi czas nie znajdowała zwolenników. Pierwszy gruntownie zajął się tą sprawą PREYER. Oprócz niego zajmują się naukowo i stosują hypnotyzm w celu leczniczym między innymi: KRAFFT-EBING, prof. HIRT we Wrocławiu, d-r BERGER, prof. FOREL²⁾ w Zurichu (bardzo dużo pisał w tej kwestyi); prof. WUNDT wydał w zeszłym roku gruntowne dzieło o hypnotyzmie, w którym stara się wytłumaczyć objawy hypnotyzmu. Kwestya ta, szczególnie co do stosowania w celu leczniczym, ma i wielu przeciwników; rozumowaniom owym przyjrzymy się bliżej w części traktującej o stosowaniu hypnotyzmu i suggestyi w celach leczniczych. We Włoszech godne są przytoczenia nazwiska LOMBROSO i CHIARI. W Rosyi pracowali nad tą kwestyą prof. TARCHANOW, prof. BECHTEREW, MOCZUTKOWSKI, KOWALEWSKI i wielu innych. U nas pisali w tej sprawie profesorowie: SZOKALSKI, HOYER, CYBULSKI, D-r RZECZNIOWSKI i inni. Najrozsławniej w tej sprawie u nas występował p. OCHOROWICZ. W pracy tej postaram się skreślić, na zasadzie najnowszych prac w tej dziedzinie i pewnego osobistego doświadczenia, współcześnie stanowisko hypnotyzmu i suggestyi w nauce. Teraz wychodzi kilka pism, poświęconych specjalnie hypnotyzmowi: we Francyi, Niemczech, Włoszech i Ameryce.

Praca moja składa się z 3 części: w pierwszej skreślę objawy obserwowane podczas stanu hypnotycznego i ich tłumaczenie, w drugiej skreślę zasady, na których opiera się stosowanie lecznicze, wskazania i przeciwwskazania, w trzeciej części zapoznam czytelników ze społecznem i sądowo-lekarskiem znaczeniem hypnotyzmu.

(D. c. n.).

O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za m. czerwiec r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 21 (m. 12, k. 9); przybyło w czerwcu 50 (m. 32, k. 18); wypisało się 46 (m. 26, k. 20); zmarło 4 (m. 2, k. 2).

Ogólna ilość chorych była bardzo nieznaczna i takąż sama jak w zeszłym miesiącu, przede wszystkim z przyczyny znacznego zmniejszenia się ospy, której naliczyliśmy tylko przypadków 7 (m. 6, k. 1), z których śmiertelnych 2 (m. 1, k. 1). Oboje zmarli byli nieszczepieni. Chorzy pochodzili z ulic: Konwiktorska 5, Plac Witkowskiego 3, Marszałkowska 79 (2 przypadki), Św. Krzyska 29, Wileza 9 i wieś Mokotów.

²⁾ Na język polski została przetłumaczona praca prof. FOREL'a.

Mniej również, niż w zeszłym miesiącu, mieliśmy tyfusu wysypkowego, — chorych 7 (m. 4, k. 3), wszystkie zakończone pomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic: Więzienie Karne przy ulicy Długiej, Nowo-Dzika, Gęsia 39 (4 przypadki z jednej rodziny) i wieś Rakowiec.

Najliczniejszą rubrykę w ubiegłym miesiącu zajmuje róża, której mieliśmy 10 przypadków (m. 6, k. 4) z ulic: Białostocka 9, Elektoralna 15, Wązki Dunaj 26, Łochowska 26, Chmielna 108, Pańska 105, Nowolipie 76, Leszno 35, Biała 9 i wieś Pastelnik.

Z innych form zakaźnych mieliśmy szkarlatyny 4 przypadki (m. 2, k. 2) u dorosłych, z jednym zakończonym śmiertelnie. Chorzy pochodzili z ulic: Elektoralna 12 i 18, Nowolipki 92 i Długa 6.

Cztery również przypadki mieliśmy błonicy gardła z ulic: Nowolipie 79, Chmielna 55, Targowa 18, Grzybowska 71.

Prócz tego mieliśmy 4 przypadki odry (m. 2, k. 2) z ulic: Czerniakowska 79, Furmańska 12, Gęsia 18 i ze wsi Chrzanowo. Następnie 3 przypadki tyfusu brzuszego z Nowego Brudna, Brzeskiej 9 i Miłej 36, oraz po jednym przypadku: biegunki krwawej, zapalenia płuc krupowego, *anginae follicularis* i zimnicy. J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Ze statystyki ludności w główniejszych miastach Europy i Ameryki Północnej za rok 1893. Urząd sanitarny brukselski zestawiał dane statystyczne, odnoszące się do ilości mieszkańców, cyfry urodzeń i śmiertelności i liczby zgonów z powodu chorób zakaźnych w 41 najgłówniejszych miastach Europy i Ameryki Północnej w roku 1893. Pierwsze miejsce pod względem zaludnienia zajmuje Londyn, liczący przeszło 4 miliony trzykroćstotysięcy mieszkańców. Paryż ma blisko 2½ miliona. New-York i Berlin około 1 miliona ósmkroćstotysięcy. Potem idzie Wiedeń, mający blisko 1½ miliona i Filadelfia, posiadająca 1115 tysięcy. Poniżej miliona liczy Brooklyn (978394) i Moskwa (753469). Powyżej pół miliona mieszkańców liczy Glasgow, Manchester, Hamburg, Peszt i Warszawa. Odnosnie liczby urodzeń pierwsze miejsce w roku zeszłym zajmowała Warszawa, w której przypada 42,5 urodzeń na 1000 mieszkańców. Potem idzie Wrocław (37,8), Hamburg (36,7), Kraków (36,6), Lipsk (36,4), Peszt (36,1), Wiedeń (33,1). Niższe cyfry spotykamy w Berlinie (27,4), Paryżu (25,2), Brukselli (25,4), jeszcze niższe notowane są w Bordeaux (22,1), Lyonie (18,8), Baltimore (20,1). Najniższa cyfra urodzeń przypada na Chrystianię, gdyż wynosi tylko 16,8 na tysiąc mieszkańców. Do miast, w których w roku zeszłym liczba zgonów przewyższała liczbę urodzeń, należą Lyon i Bordeaux. Co się tyczy śmiertelności, największe cyfry pod tym względem przedstawia Kraków (39,1 na tysiąc) i Moskwa (35,9). Następnie idzie Wrocław (31,6), Dublin (26,9), Peszt (26,7), Monachium (26,4), Genua (26,2), Odesa (25,8). Na równi mniej więcej stoją: Bordeaux (24,2), Warszawa (24,2), New-York (23,8), i Rotterdam (23,8). Znacznie niższą śmiertelność spotykamy w Ber-

linie (20,8), Paryżu (21,8) i Londynie (20,8). Najniższe cyfry okazują się w Sztokholmie (19,1), Turynie (18,8) i Chrystianii (18,0). Na suchoty płucne zmarło w roku zeszłym na każdy 1000 mieszkańców: w Moskwie 5,0, w Peszcie 4,4, w Paryżu 4,1, w Odesie 2,8, w Warszawie 2,7, w Berlinie 2,5, w Rzymie 2,2, w Londynie 1,9, w Edyμβurgu 1,7.

W. K.

= Wstrzykiwania podskórne fizjologicznego roztworu soli kuchennej w cholerze dziecięcej. SCHERER w cholerze dziecięcej wstrzykiwał ssawcom pod skórę pomiędzy łopatką i kolumną pacierzową na raz po 40—100 ctm³ roztworu następującego składu: Natrii chlorati 4,0 Natrii sulfurici 8,0 Aqu. destill. 1000,0. Na dowód skuteczności przytacza sześć przypadków. Najstarszy ssawiec miał 42 dni — najmłodszy zaledwie kilka. Liczba wstrzykiwań u jednego od 2—4. Działanie następujące: Niekiedy polepszenie następowało po pierwszym zastrzyknięciu, w innych przypadkach później. Dziecko uspokajało się i zasypiało. Sinica przechodziła, podwyższona ciepłota opadała. Oddawanie moczu częstsze i obfitsze. Oddech stawał się prawidłowym. Dziecko po przebudzeniu się brało pierś i lepiej znosiło pokarm. Ilość czerwonych ciałek krwi po upływie 1—2 godzin od czasu zastrzyknięcia zmniejszała się o 800,000 do 1,000,000, ilość hemoglobiny o 8—12%. We wszystkich opisanych przypadkach nastąpiło wyzdrowienie. Były przypadki (niepodane), powiada autor, że wstrzykiwania tak nie przynosiły widocznej korzyści i choroba kończyła się śmiercią. Jednakże były to przypadki, gdzie jeszcze za życia można było rozpoznać gnilne pochodzenie sprawy, bądź taką okazywała się ona na sekyi. (Časopis lékařů českých № 46—47 r. 93). S. Kos.

— LANZ zaleca następujące barwienie gonokoków: preparat szkiełkowy wysuszony i utrwalony w płomieniu wrzuca się na $\frac{1}{2}$ —1 minutę do 20% roztworu kwasu trychlorooctowego, obmywa wodą, suszy bibułą i znów utrwala w płomieniu, poczem stronę spreparowaną opuszcza się na szkiełko zegarkowe z następującym barwnikiem: około 35 c. sz. wody destylowanej, 1—2 kropel 5%-go wodanu potasu i tyle nasyconego alkoholowego roztworu błękitu metylenowego, póki płyn nie stanie się ciemno-niebieskim. Po 2—5 minutach barwienia (rzadko dłużej) preparat obmywa się w wodzie, suszy nad płomieniem i kładzie do balsamu kanadyjskiego. Gonokoki wydają się cokolwiek mniejsze, są zato znacznie wyrazistsze. Zaletą takiego barwienia jest to, że pod wpływem kwasu trychlorooctowego jądra komórek i protoplazma stają się bardzo przezroczyste i widać nawet gonokoki przez nie zasłonięte. L. zaleca również podbarwianie takich preparatów wodnym

roztworem eozyiny, przyczem komórki nabierają różowego zabarwienia, lub też słabym wodnym roztworem bismarkbraunu w ciągu najwyżej $\frac{1}{2}$ minuty, poczem protoplazma i jądra komórek przyjmują brunatne lub zielonawe zabarwienie. (Dent. Med. Woch. 1894. N-r 9).

— GUYON do smarowania cewników używa następującej maści: Rp: Sapon. medicati 50,0, Glycerini, Aq. destillatae aa 25,0, Hydrargyri bichlorati 0,02. Mf. Ung..

— PIEREZ w przypadkach długotrwałej zimnicy, gdy już nie pomagała chinina, stosował z wielkiem powodzeniem nastój z rośliny *parthenium hysterophorum*. (The Br. Med. Jour. 1894. № 14).

— BOURGET, nie twierdząc, że żelazo nie jest pożyteczne przy niedokrewności, przytacza 100 przypadków, wyleczonych jedynie uregulowaniem czynności i odkażaniem kiszek; w tym celu podawano salol i przemywano kiszkę grube. (La Sem. méd. 1894. N-r 31).

Wiadomości bieżące.

— Z rozporządzenia Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej z dniem 23 b. m. oddział choleryczny przy szpitalu Dz. Jezus, z powodu odświeżania pawilonu cholerycznego, oraz z przyczyny, iż przeważna część chorych przybywa z krańców miasta,— zaprzestał przyjmować chorych cholerycznych, którzy od tego czasu odsyłani będą do nowo utworzonego oddziału w szpitalu Zapasowym. Dla chorych zaś zakaźnych, którzy odtąd do szpitala Zapasowego przyjmowani nie będą, przygotowano oddział w tylnym pawilonie szpitala Dz. Jezus.

Wcześniej jeszcze, bo w dniu 17 b. m. otwarto również oddział dla chorych cholerycznych w szpitalu Starozakonnych. W obecnej więc chwili czynne są 3 oddziały choleryczne: 1) w szpitalu na Pradze, 2) Starozakonnych i 3) w Zapasowym.

W dniu 16 b. m. w dwóch oddziałach cholerycznych: u Dz. Jezus i na Pradze, pozostało chorych 40 + 16 razem 56. Od 16 zaś do 22 b. m. epidemia cholery w dalszym ciągu robi dość znaczne postępy, w ciągu bowiem ostatnich 5 dni ilość zapadłych była prawie taka sama, jak w ciągu pierwszych 16 dni b. m., a mianowicie 84, z których zmarło 37, wyzdrowiało 36, pozostało na dalszej kuracji chorych 68. Największą liczbę chorych spowodowano w ciągu tego czasu do szpitala na Pradze: 47, z których zmarło 22, wyzdrowiało 15,

pozostało 27. Do Dz. Jezus przybyło 22, z których zmarło 9, wyzdrowiało 21, pozostało 32. Do szpitala Starozakonnych przybyło 15, zmarło 6, pozostaje 9.

Chorzy nowoprzybyli pochodzą z następujących ulic i domów: Wołowa 19, 27, 39, 10 i 25 (3 przypadki), Żąbkowska 11 (4 przypadki), 12 (3 przypadki), 3, 17, 14, 19 i 24 (2 przypadki), Targowa 3, 20, 33, 36 i 34, Brukowa 39, 9, 29 (2 przypadki) i 8, Błaszana 5 (2 przypadki), Sporna 2 (2 przypadki) i 1, Moskiewska 20 i 7, Łachowa 2 (2 przypadki), Wileńska 18 i 27, Krowia 4, Szeroka 13 i 5, Folwarczna 1 (2 przypadki), Radzymińska 2, Kawęczyńska 19, Kępna 17 i 19, Piaskowa 14, z Wisły (4 przypadki), Przytułek na Pradze, Nowo-Miła 47, Krochmalna 24 i 13, Franciszkańska 31 i 2, Plac Grzybowski 16, Burakowska 20, Włodzimierska 4, Ciepła 16, Zajęcza 13, Żabia 4, Tarczyńska 2, Młynarska 8, Marszałkowska 58, Strzelecka 22, Chmielna 132, Muranowska 19, Pańska 49, Czerniakowska 50, Marynarska 5, Wolska 11, Wązki-Dunaj 11, Nowo-Miejska 18, Solec 53, Rybna 13 i 10, wieś Grochów i Gocławek.

J. Sz.

Zmarli. Józef HYRTL, były profesor anatomii, zmarł 17 lipca r. b.; jego podręcznik anatomii opisowej przełożony był na nasz język przez L. NEUGEBAUERA.