

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek współistnienia raka i mięsaka krtani, podał J. Szmurło. Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego u noworodków i dzieci, podał Henryk Higier. (Dalszy ciąg). **Streszczenia i Wyciągi.** 93. O leczeniu łuszczycy dużemi dawkami jodku potasu i uwagi o działaniu jodu. — **Bibliografia i krytyka.** R. Jasiński, Dyagnostyka chirurgiczna. — **Odcinek.** O hypnotyzmie i sugestyi, przez Józefa Saksa. (Dalszy ciąg). — **Korespondencya Medycyny.** VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.
Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Szmurło
— Un cas de coexistence du carcinome et du sarcome du larynx. 2) D-r H. Higier — Des troubles motrices d'origine cerebrale chez les nouveau-nés et les enfants.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.
Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Szmurło — Ein Fall von Coexistenz des Larynxcarcinoms und Sarcoms. 2) D-r H. Higier — Ueber motorische Störungen cerebralen Ursprungs bei Neugeborenen und Kindern.

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

Z ODDZIAŁU D-RA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA.

Przypadek współistnienia raka i mięsaka krtani

podał J. Szmurło, asystent oddziału.

Złośliwe nowotwory krtani należą wogóle do spraw chorobowych, nie zbyt często spotykanych w oddziałach szpitalnych. GURLT, cytowany przez ROSENBERG'a¹⁾, znajdował na 848 przypadków mięsaka 1 mięsaka krtani, tymczasem na 9554 przypadki raka w 64 siedliskiem tego nowotworu była krtani. M. SCHMIDT²⁾ na 32,997 spostrzeganych przez siebie w przeciągu lat 10 chorych z cierpieniami nosa, gardzieli i krtani widział 3 przypadki mięsaka krtani i 75 przypadków raka krtani. W naszym ambulatoryum szpitalnem na 5000 chorych, szukających w ciągu trzech lat ostatnich porady w cierpieniach tychże organów, 9 było z rakiem krtani i jeden z mięsakiem. M. MACKENZIE³⁾ przez cały przeciąg czasu swej długoletniej praktyki widział tylko 4 przypadki mięsaka krtani.

Przeglądając całą literaturę laryngologiczną, tak zagraniczną jak i naszą, nie znalazłem ani jednego przypadku, w którymby obok mięsaka krtani jednocześnie rozwinął się i rak krtani; ponieważ zaś w oddziale d-ra SOKOŁOWSKIEGO miałem sposobność w tym roku spostrzegać i dokładnie, histologicznie taki przypadek zbadać, sądzę więc, że pożyteczne będzie podać do wiadomości szerszego koła kolegów spostrzeżenie kliniczne, jak również i wyniki badania anatomo-patologicznego.

Dnia 14 stycznia r. b. przybył do oddziału d-ra SOKOŁOWSKIEGO 50-letni Maksymilian T., wieśniak z siedleckiego, skarżący się na znaczną duszność,

¹⁾ ROSENBERG. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfs.

²⁾ SCHMIDT. Die Krankheiten der oberen Luftwege.

³⁾ M. MACKENZIE. Die Krankheiten des Kehlkopfes.

która zjawiała się przed miesiącem, i na chrypkę, trwającą już lat 10. Duszności towarzyszył kaszel silny, występujący przeważnie nocą; po wyrzuceniu przez chorego dość znacznej ilości płwociny prawie czysto śluzowej, kaszel zazwyczaj znikał, aby znowu po paru godzinach powrócić. Chrypka w pierwszych latach była niewielka, stopniowo jednak, powoli wzmagająca się tak, że w końcu chory możność głośnego mówienia zupełnie utracił. Przed 20 laty chory przebywał jakąś gorączkową chorobę, połączoną z mocnym kaszlem; przymiotu nie przechodził; upijał się od czasu do czasu, nałogowym pijakiem jednak nie jest. Żonaty od lat 30, ma kilkoro dzieci; żona i dzieci zupełnie zdrowe; chory nasz również wogóle czuje się zdrowym, i gdyby nie duszność, jak powiada, która mu przeszkadza przy zajęciach gospodarskich, nigdyby się nie zapisał do szpitala. Apetyt ma, nie schudł, ani dreszczów, ani gorączki nie doznaje, stolec miewa codziennie; w ilości i jakości oddawanego moczu zmian żadnych nie zauważył; pochodzi z rodziny zdrowej, żadną z chorób dziedzicznych nie obarczonej.

Badanie chorego wykazało: mężczyzna wzrostu więcej niż średniego, dobrze zbudowany i doskonale odżywiany. Układ mięśniowy i kostny zboczeń żadnych nie przedstawia. Błony śluzowe prawidłowo czerwone, gruczoły chłonne nigdzie nie powiększone; tętno pełne, nieco twarde: 80 uderzeń na minutę. Granice płuc wyraźnie obniżone. Oddech na całej przestrzeni pęcherzykowy z nieznaczną ilością świstów tu i owdzie rozrzuconych, w górnych częściach chropawy, przypominający oddech stenotyczny. Granice serca prawidłowe, tony czyste i mocne; drugi ton tętnicy płucnej nieco wzmożony. Wątroba i śledziona nie wyczuwalne. W narządach trawienia zaburzeń żadnych nie znajdujemy, stolce codzienne, sformowane. Ilość moczu prawidłowa (do 1500 sz. c. na dobę), odczyn jego kwaśny, białka niema. Chory codziennie odpływa podczas kaszlu prawie pół kubka płwociny pieniącej się, prawie czysto śluzowej, w której kilkakrotne badanie swoistych pasorzytów nie wykryło.

Jama nosowa i nosogardzielowa. Tylne ściana gardzieli zaczerwieniona, umiarkowanie sucha, błyszcząca (*pharyngitis sicca*). W jamie nosowej znajdujemy nieznaczny przerost dolnych muszeli.

Krtani. Nagłośnia nie zmieniona. Struny fałszywe zaczerwienione, mocno zgrubiałe, jakby nacieczone, pokryte wyniosłościami w postaci brodawkowatych narośli, pooddzielanych bróздkami. Na prawej strunie prawdziwej bliżej jej wolnego brzegu prawie u samego kąta przedniego widać narośl wielkości ziarnka fasoli, siedzącą na szerokiej podstawie i wystającą do światła głośni. Struny prawdziwe mocno czerwone, zgrubiałe, nierówne, owrzodziały; ruchy ich przy tonacji dość swobodne. Tylne ściana krtani, dołki międzystrunowe (*ventriculi MORGAGNI*) i część okolicy podgłośniowej również zaczerwienione, jakby nacieczone, z takimiż samymi niewielkimi brodawkowatymi naroślami. Już zdaleka słychać chrapliwy utrudniony oddech chorego, który uskarża się na mocną duszność, szczególnie podczas ruchów, ból w krtani i nieznaczną trudność przy łykaniu.

Dane wywiadowe, jak również i te, któreśmy otrzymali drogą przedmiotowego badania i wziernika krtaniowego, pozwalały nam rozpoznać nowotwór krtani obok lekkiej rozedmy płuc i poczynającej się sprawy miażdżycowej w naczyniach. Gruźlicę wykluczaliśmy na podstawie obrazu krtaniowego, braku zmian fizycznych w płucach i swoistych pasorzytów w płwocinie oraz ogólnego doskonałego stanu chorego. Przymiot wykluczaliśmy również, ponieważ nie znaleźliśmy u naszego chorego ani gruczołów powiększonych, ani in-

nych jakichkolwiek oznak przebytego przymiotu na skórze, błonach śluzowych i kościach; przeciw przymiotowi przemawiał również bezskutecznie stosowany wewnątrz jod z dwujodkiem rtęci przez dni dziesięć i dane wywiadowe: chory wieśniak, ożenił się wcześnie, żona nie roniła ani razu i jest dotychczas, również jak i dzieci, zupełnie zdrowa. Chodziło o rozpoznanie charakteru nowotworu. Wiek chorego, obszerne owrzodzenia na strunach prawdziwych, zgrubienia rozlane w postaci brodawkowatych narośli na strunach fałszywych i prawdziwych, długi czas trwania chrypki – skłaniały nas do rozpoznania raka. Ażeby z całą dokładnością określić charakter nowotworu u naszego chorego, d-r SOKOŁOWSKI wyjął zapomocą szczypczyków FRAENKEL'a kawałek brodawkowatej narośli ze struny fałszywej prawej; badanie histologiczne, przezemnie wykonane, wykazało brodawkowaty rozrost tkanki łącznej, pokrytej mocno zgrubiałym wielowarstwowym płaskim nabłonkiem, a więc *epithelioma laryngis superficiale*. Przyjmując jednak pod uwagę tę okoliczność, że kawałek, wzięty do badania histologicznego, stanowił częśćkę, wyjętą z powierzchni nowotworu, i że dlatego nie możemy z budowy jego z całą pewnością wyrokować o sprawie chorobowej, záchodzącej w głębi tkanki – rozpoznanie to przyjęliśmy z zastrzeżeniem, nie wykluczając zupełnie w danym przypadku raka krtani, tembardziej, że w literaturze laryngologicznej omyłki takie miały miejsce niejednokrotnie, na co szczególnie zwraca uwagę GOTTSTEIN⁴⁾

W czasie pobytu chorego w oddziale naszym zmian jakichkolwiek w stanie ogólnym nie zauważyliśmy, obraz krtaniowy pozostał prawie bez zmiany, narosł tylko na prawej strunie prawdziwej nieco się powiększyła, duszność również poczęła się wzmacniać; ponieważ chorego trapiła bezsenność i obawa zaduszenia, dokonana przeto została tracheotomia 24 stycznia o godz. 2-iej w nocy przez kolegę ROGOZIŃSKIEGO. Po operacyi duszność ustąpiła zupełnie, chory czuł się dobrze, apetyt miał doskonały, sen i humor wróciły. Wobec doskonałego stanu ogólnego chorego, zaproponowaliśmy mu dokonanie radykalnej operacyi wycięcia nowotworu drogą rozszczepienia krtani, na co chory po krótkim wahaniu zgodził się. Przenieśliśmy przeto chorego do kliniki prof. KOSIŃSKIEGO, w dwa tygodnie zaś po dokonanej tracheotomii szanowny Prof. KOSIŃSKI łaskawie dokonał operacyi otwarcia krtani, przy czem znaleziono co następuje. Nagłośnia nie zmieniona, cała wewnętrzna powierzchnia krtani mocno czerwona, struny fałszywe, dolki międzysrunowe, struny prawdziwe, przestrzeń międzynałekowa i część okolicy podstrunowej mocno zgrubiałe, czerwone, pokryte brodawkowatymi naroślami rozmaitej wielkości i kształtu, pooddzielane od siebie niegłębokimi brózdkami. Na prawej strunie prawdziwej bliżej przedniej części znajdujemy ograniczoną narośl guzowatą, kształtem i wielkością przypominającą orzech laskowy, blado różowego koloru, na szerokiej podstawie, dość wyraźnie odgraniczonej od otaczającej tkanki; przy dotykaniu znajdujemy, że narosł ta jest miękka, gładka, bez śladów uszkodzeń na powierzchni. Na obu strunach prawdziwych i prawej fałszywej widzimy płytkie powierzchowne owrzodzenia o równem dnie, pokrytem szaro-czerwoną wydzieliną, z brzegami równymi, nie podrytymi. Opisaną wyżej narośl Szanowny Profesor wyciął, kiedy zaś przystąpił do usunięcia wszystkich tych brodawkowatych narośli, okazało się, że błona śluzowa na miejscach wyżej wskazanych, szczególnie z lewej strony, jest bardzo miękka, jakby rozpulchniona, lekko się rwie, że części chrząstek tarczowej i nalewko-

⁴⁾ GOTTSTEIN. Die Krankheiten des Kehlkopfes.

wej są również zmienione, jakby rozmiękle, ciastowate. Postanowiono więc całą tę zmienioną błonę śluzową, jak również i części zwyrodniałe, pod nią leżące, o ile można w zupełności usunąć. Dokonał tego Prof. Kosiński, wyciąwszy część nożem, resztę wyskrobawszy łyżeczką ostrą; obfite krwawienie było powstrzymane żegadłem PAQUELIN'a, którem przypalono całą powierzchnię rany.

Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny: po 3 ch tygodniach rana zewnętrzna i wewnętrzna zabiłzniły się, na miejscu wyskrobanych zwyrodniałych strun prawdziwych wytworzyły się fałdy błony śluzowej, naprężające się przy wydawaniu głosu i pozwalające choremu mówić, wprowadzie grubym i ochrypłym głosem, co jednak mocno go cieszy, ponieważ od lat kilku był prawie zupełnie pozbawiony możliwości głośnego mówienia. Chory przytył, duszność znikła; czując się więc zupełnie zdrowym, wypisał się ze szpitala dnia 28 marca r. b.

Przy wypisywaniu się chorego znaleźliśmy następujący obraz krtaniowy. Nagłośnia nie zmieniona. Na miejscu strun fałszywych widzimy zdrową różową ziarninę; na miejscu strun prawdziwych dwie czerwone fałdy, poruszające się przy fonacji. Tylina ściana równa, czerwona. Szpara głosowa szeroka. Okolica podgłośniowa zaczerwieniona, pokryta również ziarniną. Najmniejszych objawów duszności niema.

Wycięta narośl i brodawkowate rozrosty, wzięte przezemnie w celu badania histologicznego, makroskopowo przedstawiały się w sposób następujący. Narośl wielkości i formy orzecha laskowego, zupełnie gładka, blado różowa, miękka, na przekroju żółtawa, jednolita. Części wyskrobane łyżeczką ostrą, rozmaitej wielkości i formy, są ciemno-czerwone o powierzchni nierównej, pokrytej brodawkowatymi wyrostkami wysokości kilku milimetrów, na przekroju również mocno czerwone.

Wszystkie te kawałki stwardzałem w alkoholu, następnie przeprowadzałem przez olejki anilinowy, ksylol, mieszanie ksylolu z parafiną i następnie zatapiałem w parafinie. Z tak przygotowanych kawałków robiłem skrawki, które następnie barwiłem metodą podwójnego barwienia (hematoksyliną z cozyną) lub też karminem alunowym. W preparatach z narośli, dość ściśle odgraniczonej od otaczającej tkanki, widzimy wyraźnie dwie części: powierzchowną nabłonkową i głębszą łącznotkankową. Nabłonek wielowarstwowy silnie rozrośnięty; dolną jego warstwę stanowią komórki stożkowe, ponad nimi rozłożyło się kilka do kilkunastu warstw komórek wielokątnych, ponad temi leży warstwa komórek płaskich. Granice komórek wyraźnie wszędzie zarysowane. We wszystkich warstwach wszędzie widzimy jądra duże, zajmujące środek komórki, wyraźnie barwiące się hematoksyliną. W wierzchniej warstwie niektóre komórki utraciły swe jądra, stały się jednolitemi, zatrzymują tylko mocno eozynę; widocznie podlegały one zwyrodnieniu rogowatemu; komórek jednak takich spotykamy bardzo niewiele. Pod nabłonkiem leży tkanka łączna, bogata w elementy komórkowe, uboga natomiast w substancję międzykomórkową. Komórki tej tkanki są to przeważnie komórki małe, wrzecionowate, które łącząc się w pęczki w rozmaitych kierunkach, przebiegają przez pole widzenia. Jądra tych komórek, położone w najszerszym miejscu ciała komórki, są postaci podłużnej, barwią się mocno; form karyokinetycznych nie spotykamy nigdzie; protoplazmy w tych komórkach, barwiącej się cozyną, znajdujemy niewiele. Tu i owdzie w niektórych polach widzenia spotykamy komórki wielkie postaci wielokątnej lub też okrągławej, z kilkoma do 10 jądrami, zajmującymi przeważnie środek komórki. Protoplazma w tych komór-

kach drobnoziarnista, barwi się mocno eozyną. Oprócz wyżej opisanych komórek w częściach najbliższej podstawy położonych, jak również tu i owdzie w innych miejscach znajdujemy komórki małe, okrągłe, z jądrem wypełniającym prawie całą komórkę i z nieznaczną ilością protoplazmy. Nakoniec naokoło naczyń znajdujemy bezbarwne krążki krwi. Istoty międzykomórkowej spotykamy tu niewiele. Występuje ona w postaci cienkich, delikatnych włókien, przebiegających w przestrzeniach między oddzielnymi komórkami, jak również i między pęczkami komórek. Naczyń niewiele, za to wszystkie są rozszerzone i wypełnione czerwonymi i białymi ciałkami krwi. Rozpatrując dany obraz drobnowidzowy, przypominamy sobie, że spotykamy go tylko w jednej postaci nowotworowej, mianowicie mięsakach; rzeczywiście, tam znajdujemy tylko taką przewagę pierwiastków komórkowych nad istotą międzykomórkową; komórki przytem, jeśli są wrzecionowate, układają się podobnie jak i w naszym preparacie w pęczki przebiegające w różnych kierunkach. W tych również nowotworach spotykamy i komórki olbrzymie, rozmaitej wielkości i kształtu, z rozliczną ilością jąder, ułożonych w podobny sposób. Wszystkie te dane z całą stanowczością pozwalają nam twierdzić, że badana przez nas narośl należy do mięsaków, której ze względu na postać komórek nadać można miano: *sarcoma parvi-fuso-giganto-cellulare*.

Skrawki z kawałków z brodawkowatymi naroślami dały nam obraz zupełnie odmienny. Tutaj mianowicie w jednym szeregu preparatów widzimy kolosalny rozrost i zgrubienie nabłonka, który miejscami w postaci długich odnóg przenika w leżącą pod nim tkankę łączną. Gdzieindziej znów na miejscach odpowiadających brodawkowatym naroślom, wierzchnie warstwy nabłonka, posyłające odnogi w różne strony, tworzą sieć powierzchnową nabłonkową, w którą przenika leżąca pod nabłonkiem tkanka łączna, tworząca podścielisko z przebiegającymi w nim naczyniami; komórki nabłonkowe tej sieci, rozgałęziającej się po powierzchni, są wielokątne, dość duże, z wyraźnie barwiącym się jądrem, zajmującym środkową część komórki. Tkanka ponadbłonkowa należy do typu zwykłej tkanki łącznej, składającej się z nieznacznej ilości komórek małych wrzecionowatych i obfitej ilości istoty międzykomórkowej włóknistej, która, tworząc pęczki, przebiega w kierunku przeważnie równoległym do powierzchni. Pęczki te, krzyżujące się, tworzą dość szerokie, puste przestrzenie. Naczyń w tkance tej spotykamy niewiele; tam zaś, gdzie są one, widocznie są rozszerzone; naokoło zaś nich drobnokomórkowe nacieczenie w stopniu umiarkowanym. W głębszych warstwach znajdujemy gruczoły śluzowe, wysłane nabłonkiem wysokim, stożkowatym i otoczone błoną właściwą (*membrana propria*); nabłonek gruczołów nie przedstawia zmian żadnych; w części komórki, przylegającej do błony właściwej, widać małe okrągłe jądra; w części zaś, zwróconej do światła gruczołu, znajdujemy drobnoziarnistą protoplazmę, zabarwioną na czerwono eozyną. W niektórych miejscach protoplazma jest bezbarwna, szklista śluzowo zwyrodniała; w świetle gruczołów widać nieznaczną ilość śluzu; naokoło gruczołów dość znaczne nacieczenie drobnokomórkowe. Pod tą warstwą widać jeszcze pokład gładkich włókien mięsnych. W innym szeregu preparatów widać jeszcze oprócz rozrostu nabłonka w powierzchniowych częściach przenikanie w postaci sieci i w głębsze warstwy. Odnogi nabłonka, przenikające wгłąb i tworzące rozgałęzienia, są dość grube, komórki ich wielokątne, z jądrem, zajmującym środek komórki, miejscami słabo barwiącym się lub też wcale nie barwiącym się hematoksyliną, przedstawiającym w ten sposób początek zwyrodnienia rogowatego. W niektórych miej-

scach widzimy zbiór komórek nabłonkowych, ułożonych w kształcie cebulki i przypominających nam tak zwane *globes épidermiques*. Tkanka łączna, stanowiąca podścielisko, składa się z nieznacznej ilości komórek małych, okrągłych i wrzecionowatych, z jądrem, wyraźnie barwiącem się hematoksyliną, i z istoty międzykomórkowej, składającej się z dość cienkich włókien, tworzących siatkę i przecinających w różnych kierunkach pole widzenia. W tkance tej spotykamy znacznie rozszerzone naczynia, wypełnione ściśle czerwonymi ciałkami krwi.

Analizując otrzymane obrazy drobnowidzowe w kawałkach z brodawkowatymi naroślami, widzimy, że w jednych miejscach nabłonek, rozrośszy się nadmiernie na powierzchni, dał początek brodawczakom; w innych znowu miejscach rozrost nabłoneka nie ograniczył się li tylko do powierzchni; przeciwnie począł on przenikać wgłąb tkanki, rozrastając się w niej, rogowaciejąc, tworząc *globes épidermiques*, jednym słowem dając obraz, przypominający w zupełności raka, rozwijającego się na skórze lub też na błonach śluzowych, pokrytych nabłonkiem wielowarstwowym płaskim. W danym więc przypadku zmuszeni jesteśmy rozpoznać w kawałkach z brodawkowatymi rozrostami, wyciętych i wyskrobanych łyżeczką VOLKMANN'a, *carcinoma keratodes laryngis*. Tak więc w naszym przypadku mamy jednocześnie raka i mięsaka krtani, które rozwinęły się obok siebie i zdaniem mojem zupełnie niezależnie jeden od drugiego; o niezależności tej przekonywamy się, porównyując preparaty mięsaka i raka; podścielisko łącznotkankowe raka zupełnie się różni budową swą od tkanki mięsaka; w podścielisku tem nigdzie nie znajdujemy elementów, któreby nam choćby zdaleka przypominały elementy mięsaka.

Ażeby uchronić się od możliwych zarzutów, że w danym przypadku mogliśmy mieć do czynienia z jakimkolwiek swoistem zapaleniem, które mogło spowodować rozrost nabłoneka, formowanie się olbrzymich komórek, jednym słowem dać nam obrazy wyżej opisane, przeprowadziliśmy odpowiednie badania histologiczne, używając właściwych metod barwienia; badania jednakże, w kierunku tym przeprowadzone, dały nam wyniki zupełnie ujemne.

Badania histologiczne przeprowadzałem w pracowni anatomo-patologicznej prof. BRODOWSKIEGO. Preparaty raczyli łaskawie przejrzeć prof. BRODOWSKI i PRZEWOSKI, którym serdecznie składam podziękowanie za rady i wskazówki, jakich mi chętnie w toku niniejszej pracy udzielali.

Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego

u noworodków i dzieci

podał D-r med. **Henryk Higier.**

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 30).

Etyologia. Porażenia mózgowe u dzieci najodpowiedniej dzielimy podług okresu ich powstawania na 3 główne grupy, a mianowicie: 1) Porażenia powstałe przed porodem — *paralyses intrauterinae, prae-natales, congenitae*—i stojące zazwyczaj w związku z niedorozwojem drogi piramidalnej. 2) Porażenia powstałe w okresie porodowym — *Geburtslaehmung*—najczęściej spowodowane krwotokami międzyoponowymi i 3) Porażenia powstałe po porodzie — *paralyses extrauterinae, acutae, acquisitae*,— polegające przeważnie na sprawach zapalnych lub też zaburzeniach naczyniowych mózgu.

I. Z pomiędzy przyczyn, wywołujących zaburzenia ruchowe *in utero*, wymienić należy: zranienie macicy ciężarnej, długotrwałe stany gorączkowe (przy tyfusie i zapaleniu płuc matki), mocznicę, drgawki, wycięcenie matki,—jednem słowem. wszystkie cierpienia, które wpływają niepomyślnie na obieg krwi matki, lub też są pochodzenia zakaźno-toksycznego. W dalszym ciągu jako przyczynę należy wymienić alkoholizm u rodziców i głębokie wzruszenia psychiczne u matki. Co się dotyczy momentu dziedziczności i blizkiego pokrewieństwa rodziców, to zdaje się, że rzadko wywołują one porażenia mózgowe, jakkolwiek istnienie rodzinnej i dziedzicznej postaci zaburzeń ruchowych pochodzenia mózgowego nie ulega najmniejszej wątpliwości. Co do roli, jaką odgrywa przymiot dziedziczny, zdania autorów są podzielone.

Wreszcie jako jedną z najczęstszych przyczyn wrodzonej sztywności i osłabienia członków przytoczyć należy poród przedwczesny. U dzieci przedwcześnie urodzonych, zwłaszcza u tych, które przyszły na świat w 7 lub 8 miesiącu ciąży (często u bliźniąt), trzymają się nieraz przez całe życie objawy niedorozwoju mózgu, zwłaszcza drogi ruchowej. Poród przedwczesny jest wprawdzie często następstwem przymiotu dziedzicznego, chorobę LITTLE'a należy jednak prędzej złożyć na karb porodu przedwczesnego, niż zakażenia przymiotowego, czego najlepszym dowodem są te przypadki wrodzonej sztywności członków, w których miał miejsce poród przedwczesny, przymiotu zaś nie było wcale.

II. O wiele prostszą i zrozumialszą jest etyologia porażen porodowych. Najgłówniejszą rolę odgrywają przy nich: poród przedłużony, asfiksja dziecka i nieumiejętnie lub nie w porę odbywane rękoce czynności lekarskie (np. nałożenie kleszczy). Ponieważ czaszka dziecka wystawiona jest u pierwiastek na dłuższy ucisk, przeto i porażenia mózgowe u pierworodnych dzieci zachodzą przeciętnie częściej. Z 24 porażen tego rodzaju, opisanych przez GOWERS'a, w 16 tu miały one miejsce u dzieci pierwiastek; u kobiet zaś, które już wielokrotnie rodziły, i poprzednie porody były bardzo ciężkie. Niekiedy w jednej i tej samej generacji występują porażenia porodowe i wrodzone. Dziecko, zajmujące pierwsze miejsce w takim rodzeństwie, ma podług FREUD'a usposobienie do porażen porodowych, zajmujące zaś dalsze miejsce—do porażen wrodzonych, wewnątrzmacicznych. Faktu występowania porażen mózgowych porodowych u wielu członków jednej i tej samej rodziny (przypadek SCHULTZE'go) nie należy uważać za zjawisko rodzinne w ścisłem znaczeniu tego słowa, a tylko za kilkakrotnie powtarzający się moment etyologiczny LITTLE'a (np. zwężenie miednicy, tężec macicy).

III. Sprawa chorobowa, będąca podstawą porażen mózgowych pochodzenia zewnątrzmacicznego, czyli t. zw. nabytych, jest tylko dla bardzo niewielu przypadków znana; w większości ich czynnikiem przyczynowym bywa poprzedzająca choroba zakaźna. Z chorób, w następstwie których stosunkowo najczęściej spostrzegano porażenia, należy w pierwszym rzędzie wymienić szkarlatynę i odrę, rzadziej *bronchitis capillaris*, zapalenie płuc, ospę, dur brzuszny i koklusz. Czasami przymiot dziedziczny, który do tej pory był ukryty, po ostrych chorobach zakaźnych przejawia się wystąpieniem hemiplegii ostrej lub też diplegii. Wzruszenia psychiczne w wieku dziecięcym mają również sprzyjać występowaniu stałych zaburzeń ruchowych pochodzenia mózgowego. W pojedynczym przypadku porażenia nie zawsze łatwo jest rozstrzygnąć, czy poprzedzającą chorobę zaka-

zną, jako taką, należy uważać za moment przyczynowy, czy też towarzyszące jej drgawki u dzieci, czy też wreszcie ciągłe wahania ciśnienia krwi w naczyniach mózgowych, wywołane silnym kaszlem. Ciekawy jest w każdym razie fakt, że u osób dorosłych, u których układ naczyniowy nie jest tak delikatny, jak u noworodków, nierzadko występują porażenia połowiczne w przebiegu chorób zakaźnych (tyfus, błonica), jak również podczas powtarzających się ciężkich drgawek (np. w t. zw. *status epilepticus*).

Nie we wszystkich jednak przypadkach porażen dziecięcych, w życiu zewnątrzmacicznym nabytych, udaje się wykazać poprzedzającą je chorobę zakaźną: z pomiędzy 80 odpowiednich przypadków, spostrzeganych przez GOWERS'a, w 50 porażenia wystąpiły zupełnie pierwotnie.

O ile zaś porażenia owe były rzeczywiście objawem zamodzielnnej choroby zakaźnej mózgu w sensie „polioencefalitu“ STRÜMPPELL'a, o tem będzie szczegółowo powiedziane przy omawianiu anatomii patologicznej. Jedno nie ulega wątpliwości, że wiele bardzo porażen, które występują w wieku dziecięcym nagle bez widocznego zakażenia, znajduje się w zależności od zaburzeń wrodzonych lub też uszkodzeń podczas porodu powstałych. Przypadki te stanowią przejście do tych ciekawych pod względem etyologicznym „mieszanych“ postaci, w których udaje się jednocześnie kilka wykazać momentów przyczynowych, np. wycieńczenie matki — poród przedłużony; uszkodzenia, poczynione matce — przedwczesny poród; poród przedwczesny — asfiksja dziecka; przymiot dziedziczny — przedwczesny poród. Dla wielu z tych przypadków należy samą etiologię LITTLE'a (poród nieprawidłowy lub przedwczesny) zaliczyć do pierwszych objawów wrodzonej nieprawidłowości w rozwoju.

Wogóle z 53 przypadków dwustronnych zaburzeń ruchowych wieku dziecięcego w $\frac{1}{3}$ ogólnej liczby, a z 35 przypadków zaburzeń jednostronnych pochodzenia mózgowego w $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby nie udało się FREUD'owi wykryć poważniejszej przyczyny.

Co się tyczy płci dzieci, dotkniętych porażeniami mózgowymi, to już *a priori* należy się spodziewać, że porażenia, powstające przed i podczas porodu, w równej mierze nie szczczędzą dzieci obojga płci. W przypadkach nabytych porażen, przebiegających klinicznie zwykle pod postacią ostrych hemiplegii, stwierdził GOWERS przewagę nieznaczną płci żeńskiej (na 35 chłopców — 45 dziewcząt), SACHS zaś — męskiej (91 — 65). OSLER znalazł prawie równe liczby (57 — 63).

Co do wieku, w którym występują porażenia nabyte, to tyle tylko z pewnością twierdzić można, że $\frac{2}{3}$ przypadków w 3-ich pierwszych latach życia się poczyna. Najobficiej spostrzega się je w pierwszym roku życia, co, być może, zależne jest poniekąd od tego, że zaburzenia ruchowe, powstałe jeszcze *in utero*, przed przyjściem dziecka na świat, zostają przez rodziców zauważone często dopiero w 4 — 5 miesiącu życia.

Okoliczność ta da się łatwo wytłomaczyć tem, że mózg dziecięcy w pierwszych miesiącach posiada słabą zdolność oddziaływania na bodźce, że nie zawsze drogi ruchowe są najwięcej dotknięte i że często nie początkowy okres sprawy chorobowej, lecz dopiero wtórne zmiany wywołują objaw mózgowy, najczęściej rzucający się w oczy (drgawki, płasawica). Wreszcie dosyć liczne są przypadki, które należy z wszelką pewnością przyjmować za wrodzone w ścisłym tego słowa znaczeniu, a których przebieg jednakże aż do 5 — 6 miesiąca jest najzupełniej prawidłowy; — dopiero po upływie tego okresu czasu następują powoli zaburzenia w rozwoju i stopniowo powstają porażenia: wa-

runki, które już *intra uterum* istniały i mogły wywołać zaburzenia ruchowe, dopiero po pewnym ukrytym okresie *extra uterum* nabierają siły. Stosunek ten uwidacznia się zwłaszcza w tych przypadkach, zachodzących w jednej i tej samej rodzinie, gdzie pierwotne już od urodzenia dotknięte jest porażeniem spastycznym, następne zaś dzieci stają się ofiarą tego samego cierpienia dopiero w późniejszych latach bez żadnej widocznej przyczyny, albo też po przebyciu jakiejś choroby zakaźnej.

Przypadki porażen, zachodzące w późniejszych latach wieku dziecięcego, są bardzo rzadkie. SACHS i PETERSON spostrzegali 5 przypadków, powstałych w 8-ym roku życia, 4 zaś w 14-ym. NEWMARK donosi o pewnej rodzinie, w której 3 dzieci dotkniętych zostało spastycznym porażeniem mózgowym kończyn dolnych w 8, 9 i 14 roku życia. Ja miałem sposobność obserwować 4 siostry bez śladu usposobienia neuropatycznego, u których zaczęła się rozwijać *diplegia cerebrealis* w 7, 8, 10 i 11-ym roku życia. (D. c. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

93. D-r SEIFERT. **O leczeniu łuszczycy dużymi dawkami jodku potasu i uwagi o działaniu jodu.** Łuszczycę należy do tych cierpień skóry, o istocie których pewnych danych posiadamy mało. Dlatego też nierozwiązane zostaje pytanie—czy przy leczeniu tego cierpienia więcej oczekiwać należy od stosowania zewnętrznych czy też wewnętrznych środków. Bezwątpienia, posiadamy cały szereg środków zewnętrznych, które leczą łuszczycę, lecz wyleczenie to jest tylko czasowe—wcześniej lub później występują nawroty; co więcej — niektóre z tych silniej działających środków (chrysarobina, kwas pyrogalusowy, hydroksylamina) wywołują przykre, nieraz niebezpieczne działania uboczne. Dlatego też jest rzeczą naturalną, że prócz tych zewnętrznych leków — uciekamy się do stosowania wewnętrznych, a do nich należą przede wszystkim: arszenik i jodek potasu. Autor długi czas używał w leczeniu łuszczycy arszeniku, że jednak wyniki nie były dość zadawalniające—w r. 1888 przeszedł do stosowania jodku potasu, tak bardzo zachwalanego przez HASLUND'a. W ogólności leczenie łuszczycy jodkiem potasu mało znajdowało dotąd zwolenników, dlatego ciekawe będzie przedstawić wynik spostrzeżeń, przeprowadzonych przez autora w oddziale chorób skórnych w szpitalu Juliusza.

Autor podaje opis 13-u przypadków łuszczycy, leczonych przez niego jodkiem potasu. Postać łuszczycy we wszystkich tych przypadkach, prócz jednego, nie przedstawiała nic takiego, coby ją od postaci typowych wyróżniać mogło — jeden z przypadków nazwaćby można *psoriasis universalis*—dłonie tylko i podeszwy zostały wolne od wysypki, a w jednym przypadku — *psoriasis numularis et gyrata* pokrywała całą skórę, nawet na dłoniach i podeszwach typową wysypkę znaleziono. Większość przypadków była poprzedzona kilkakrotnymi nawrotami, leczonymi ambulatoryjnie lub w szpitalach; 5-iu chorych po raz pierwszy poddano leczeniu. W jednym przypadku pierwsze objawy choroby zauważono w 17-ym roku życia, w jednym w 3-im, u pozostałych 11-u chorych wystąpiły one między 15—30 rokiem. Z tych 13-u chorych, 7 było mężczyzn, wszyscy dobrze odżywiani i silnie zbudowani; 6 kobiet, z których jedna tylko wątła i źle odżywiana. W 4-ch przypadkach łuszczycę wyleczona została w zupełności, w 9-iu po przebytej kuracji jodowej miejscowo zastosowane środki, jak chrysarobina, niezwykle szybko na znaczną poprawę wpłynęły. Jeżeli więc jodek potasu w pewnych przypadkach nie leczy łuszczycy, to jednak objawy choroby pod jego wpływem takim podlegają zmianom, że zastosowane środki zewnętrzne do bardzo szybkiego uleczenia prowadzą. Leczenie trwało przeciętnie 7 tygodni. Jodek potasu podawano w ilości coraz większej, ogółem 344—850 grm. Mniej więcej po 4—5 tygodniach poprawa stawała się widoczną. Wykwity na kończynach trzymały się najuporczywiej.

Autor zgodnie z innymi spostrzegł, że nawet największe dawki jodku potasu zdumiewająco dobrze były znoszone. I syfilidolodzy na fakt ten zwracali już nieraz

uwagę. WOLFF w 4 przypadkach ciężkiego trzeciorzędnego przymiotu spostrzegł niezwykle tolerancję na jodek potasu; w jednym z nich chory przyjmował po 50 grm. dziennie KJ, w ciągu 3-ch miesięcy (razem 5 kilgr. K J), przyczem waga ciała wzrosła o 28 funtów. GRAYDON przy *chorioiditis syphilitica* podawał choremu 30 grm. KJ *pro die* przez czas długi— prócz *acne faciei* inne uboczne objawy nie wystąpiły.

NEUMANN wspomina o jednym przypadku, w którym chory przepisana miksturę 20,0 *Kali jodati* na 400,0 *Aq. destillatae* przez nieuwagę zażył w ciągu niecałej doby—bez jakichkolwiek bądź złych następstw.

Dla wyjaśnienia takiego zachowania się ustroju na tak nieobojętny środek jak jod—przypuścić można, że duże dawki jodku potasu, działając moczopędnie, szybciej wydzielane zostają, niż dawki małe. Przemawiają za tem już wielokrotnie dokonane spostrzeżenia, że właśnie przy małych dawkach jodku potasu objawy zatrucia występują częściej, niż przy stosowaniu dawek dużych. *Jodismus* przedewszystkiem występuje tam, gdzie z jakichkolwiek bądź przyczyn wydostanie się jodu z ustroju jest utrudnione.

Bardzo przekonujące są pod tym względem spostrzeżenia GERSON'a (*Münch. med. Woch.* 28. 1889). U pewnego chorego z chronicznem zapaleniem nerek występowały już po 2,0 jodku potasu silne objawy zatrucia; że w przypadku tym przez chore nerki jod wydzielać się nie mógł, uwidocznili rozbiór moczu: białko znaleziono, jodu nie wykryto wcale. Takie spostrzeżenia mają dużą wartość praktyczną właśnie przy leczeniu łuszczycy; pouczają bowiem, że w każdym przypadku, w którym zamierzamy przystąpić do kuracji jodowej, uprzednio ścisły rozbiór moczu dokonać należy, i tylko w razie, jeżeli białka nie wykryto, można jod stosować. Jeżeli w zupełnie zdrowym ustroju już małe dawki jodku potasu wywołują zatrucie, to trudno przypuścić, aby to było następstwem niewydzielania się jodu. Jod, przechodząc przez ustrój, wywołuje swoiste podrażnienie błon śluzowych i układu nerwowego, będące źródłem występowania objawów zatrucia. Na czem polega większa lub mniejsza wrażliwość ustroju na to podrażnienie — wyjaśnić trudno. WOOD utrzymuje, że ludzie, odporni na wielkie dawki jodku potasu, łatwiej zarażają się przymiotem, niż ci, którzy tej odporności nie posiadają—i mniema, że ta tolerancja na jod jedynie może być uważana za objaw bardzo prawdopodobny przymiotu. Na podstawie takiego poglądu z łatwością objaśnićby można etiologię wielu przypadków łuszczycy; są one właśnie pochodzenia przymiotowego, ewentualnie osłabioną postacią przymiotu dziedzicznego.

Autor dalej opisuje pojedyncze objawy zatrucia jodowego. Najłżejsza postać polega na katarze, obfitem łzawieniu, bólach głowy. Powyższe nieznaczne objawy zatrucia przy powolnem, lecz nieustającym podawaniu jodku potasu — ustępują. Zaburzenia w narządach trawienia bywają czasem tak uciążliwe, że zmuszają do przerywania kuracji jodowej. Zaburzeń w sferze nerwów—jak to niektórzy autorzy opisują—SEIFERT nie widział nigdy. KOPP spostrzegł występowanie bólów w podeszwach; DUJARDIN-BEAUMETZ—bóle w kończynach; HELLER prócz pobudzenia i niepokoju widział objawy czuciowe, bóle w palcach. Inni badacze spostrzegali ciężkie objawy nerwowe, jak: śpiączkę i bredzenie. Z rzadszych objawów zatrucia jodowego w ostatnich czasach zwrócono uwagę na występujące czasem obrzęki krtani; zdarzały się przypadki, w których uciekać się musiano do tracheotomii. Przy zatruciu jodowem na skórze najczęściej spotykać się daje trądzik (*acne*), i inne jednak choroby skóry spostrzegane były przez różnych autorów, jak *erythema*, *urticaria*, *eczema*, *pemphigus*, *anthrax*, *petechiae*. Ta osobliwa właściwość skóry da się wytłomaczyć zachowaniem się naczyń przy użyciu jodu. Już БОЕПМ i BERG zwracali uwagę na skurcz naczyń i zmiany w ciśnieniu krwi przy stosowaniu jodu. BOGOLEPOW przy doświadczeniach swych na psach spostrzegł, że jodek potasu, wprowadzony do żył, wywoływał szybkie rozszerzenie się naczyń obwodowych i widoczne zmniejszenie ciśnienia przy przyspieszonym tętnie. СЕЕ wykonał ciekawe doświadczenia nad działaniem jodku potasu na serce. Podając jodek potasu psom, zauważył dwa okresy: 1-y odpowiada działaniu alkaliów, czynność serca przyspiesza się, ciśnienie krwi na czas krótki wzrasta. W godzinę po zastrzyknięciu jodku potasu zaczyna się okres drugi, identyczny dla jodku potasu i jodku sodu, i jest wynikiem działania jodu: ciśnienie zmniejsza się, działanie serca staje się częstszem, upadek ciśnienia trwa godzin kilka— dochodzi do minimum, by powoli znów wzrosnąć. Działanie na ciśnienie w naczyniach objaśnia się zwężeniem

(działanie potasu) *resp.* rozszerzeniem (jod) naczyń. Wywołuje zatem jod nie tylko w błonach śluzowych, lecz i w skórze przekrwienie, które przy dużych dawkach do wybroczyn krwawych usposobić może. To rozszerzanie się naczyń nie jest jednak wynikiem porażenia ośrodków naczyńioruchowych, lecz zależy od działania jodu wprost na naczynia. Kliniczne spostrzeżenia nad działaniem jodu są bardzo nieliczne i do poważniejszych danych nie doprowadziły. O ile autor ze spostrzeżeń, przez siebie dokonanych, wnosić może, to przy ścisłej obserwacji przypadków, w których jodek potasu w coraz wzrastających dawkach stosowano, zauważyć było można pewien wpływ na krążenie, który jednak działaniu potasu przypisuje. W jednym najwięcej pouczającym przypadku zauważył, bez podniesienia się temperatury ciała, widocznie wzmogoną częstość tętna—do 170. W przypadku tym każdorazowe powiększenie dawki wywoływało przyspieszenie uderzeń tętna. Na inne jeszcze ciekawsze działanie jodku potasu zwraca uwagę autor, mianowicie na gorączkę. MAŁACHOWSKI opisał dwa przypadki, w których bezwątpienia gorączka była następstwem działania jodu, a dowodzi tego to, że: 1) gorączka występowała w krótkim czasie po rozpoczęciu kuracji jodowej u osobnika przedtem nie gorączkującego; 2) gorączka wkrótce po zaprzestaniu podawania środka ustępowała i 3) że pomimo ścisłego badania niczem innym w tych dwóch przypadkach powstawania gorączki objaśnić sobie nie było można. Autor wyłącza te nietypowe przypadki, w których przy stosowaniu jodku potasu występował silny katar nosa z bólami głowy, pokrzywka, obfity trądzik jodowy, które mogły być źródłem podniesienia ciepłoty ciała; spostrzegał przypadki, w których niewątpliwie jodek potasu sprowadzał gorączkę, a następowało to, tak przy dużych, jak i przy małych dawkach jodu. U jednego chorego zauważył, że przy każdorazowym wzmocnieniu dawki jodku potasu ciepłota podnosiła się i częstość tętna wznosiła. Częstość tętna nie zawsze wzrasta jednocześnie z podniesieniem się ciepłoty, często uprzedza je o 12—24 godzin. MAŁACHOWSKI zwraca uwagę, że gorączka jodowa szybko po usunięciu leku ustępuje; autor dodaje, że miewa to miejsce i wtedy, gdy ustrój przywyknie do podawanej dawki.

(*Archiv f. Dermatol. u. Syph. XXVII Band, 3 Heft*).

Mazaraki.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

R. JASIŃSKI — *Dyagnostyka chirurgiczna*

wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“, Warszawa, rok 1894, str. VII i 485.

Na niezbyt żyznej niwie piśmiennictwa naszego lekarskiego zaszedł fakt nader rzadki: pojawił się podręcznik. Wydarzenie to jest tem ciekawsze, że książka traktuje o dyagnostyce chirurgicznej, która nawet w tak bogatym piśmiennictwie, jak niemieckie, niezmiernie rzadko pojawia się w postaci podręcznika. Książki takie najczęściej wychodzą we Francji¹⁾; w Anglii zaś to przeważnie krótkie poradniki dla studentów (*dressers*) w praktyce szpitalnej²⁾.

Autor „Dyagnostyki chirurgicznej“, z wielkiego zaszczytu, spływającego nań z podjęcia tyle mozolnej pracy, część wielką szczerą ręką oddaje (patrz przedmowa) mistrzowi swemu, nieodżałowanej pamięci GIRSZTOWI. Jego systemem pedagogicznym, pisząc książkę, chciał być przejęty, jego też pamięci dzieło swoje poświęca. W przedmowie porusza autor „Dyagnostyki“ także braki zasadniczo w programowym kształceniu uczniów na wydziale lekarskim, o ile zwłaszcza takowe braki chirurgii dotyczą.

Polegają one, zdaniem autora na tej okoliczności, że po wysłuchaniu na kursie 3-im wykładu chirurgii teoretycznej, student przechodzi wprost do kliniki chirurgicznej. Otóż niezupełnie jest dla nas jasno *desideratum* autora, bo ostatecznie do jakiejś kliniki chirurgicznej ten uczeń wstąpić musi i nie powinienby nawet być tak źle do

¹⁾ W ostatnim czasie. PLIQUE Précis de diagnostic chirurgical. 1893.

²⁾ Np. A. PEARCE GOULD Surgical Diagnosis.

niej przygotowany po wysłuchaniu kursu chirurgii ogólnej, a zwłaszcza po przejściu kliniki propedeutycznej; nie sądzimy bowiem, aby owa propedeutyczna klinika na 3-im kursie była mniej pożyteczna dla przyszłego chirurga, niż dla przyszłego internisty lub lekarza wiejskiego, boć chyba dokładne zbieranie wywiadów, umiejętność patrzenia na chorego, dotknięcia go, znajomość perkusji i auskultacji, rozbiór moczu etc. zarówno należy do chirurgii, jak do innych gałęzi medycznych; dyrektorem tej kliniki jest mianowany profesor internista, lecz z równym pożytkiem mógłby nim być chirurg. Wobec tego, byłoby chyba zbyt uczciwe mieć na trzecim kursie jeszcze jedną klinikę propedeutyczną, której profesor byłby chirurgiem. Zdaje się więc, że wyrozumieliśmy jądro ubolewań autora: chodzi mu o to, że student, znalazłszy się w klinice chirurgicznej, nie jest ćwiczony w tem, czego mu najwięcej wtedy potrzeba, jako początkującemu, lecz, że jest niemym świadkiem wykonawstwa chirurgicznego w całej pełni i tryumfów czysto operatorskich, które nawet za jego sprawą niejednokrotnie znajdują echo w brukowych pismach. I tu leży istota „braku“, o którym wyżej.

Z drugiej strony, czy nie zawiele aby od tych uczniów wymagamy? Postaramy się odpowiedzieć bezstronnie na to pytanie. We Francyi pierwszą kliniką, do której się student zapisuje jako ekstern, jest klinika chirurgiczna, a dzieje się to już w drugim roku studyów. Ten porządek powinienby zadowolnić autora „Dyagnostyki“; tymczasem okazuje się, że ani studenci francuscy, ani ich lekarze praktycy ogólni więcej od naszych chirurgii nie umieją. W Austrii i w Niemczech powtarza się to samo: są jednostki, robiące odpowiednie postępy dzięki pracy lub zdolnościom, — przeciętny uczeń więcej od naszego nie umie, zwłaszcza na wydziałach leczenia uczęszczanych. Małe uniwersytety niemieckie stanowią przejście do szczęśliwszych warunków kształcenia, których darmo byśmy szukali na kontynencie, a które znajdujemy w Anglii, gdzie uczniowie z małym względnie trudem robią wielkie postępy. O ile we Francyi zdarzają się nawet profesorowie, dla których pierwszą dźwignią wszystkiego jest praktyka prywatna i wielkość osobista, o tyle w Anglii obserwowanie ze studentami i nauczanie kliniczne stoi na pierwszym planie. Przyczynia się do tego wysoka kultura odpowiednich warstw społecznych, a także okoliczność, że tylko zamożni ludzie poświęcają się studyom; najistotniejszą różnicę stanowi jednak system, polegający na rozbiciu wszystkich profesorów i słuchaczy w takim Londynie na 11 szkół lekarskich (fakultetów), z których każda mieści się w swoim szpitalu. Nie tu miejsce pisać szczegółowo, jak szkoła taka kształci swych uczniów; wystarczy zwrócić uwagę na to, że, dzięki systemowi, każdy ordynator szpitalny jest profesorem, że każdy szpital takich chirurgów-klinicystów ma 3—4. Na każdego z nich wypada w ten sposób bardzo niewiele uczniów, osobiście dobrze profesorowi znanych i dobrze ćwiczonych. Dodajmy jeszcze, że uczeń nie potrzebuje pomiędzy jedną a drugą lekcyą przebywać znacznych przestrzeni, gdyż znajduje wszystko na miejscu: nie tylko teoretyczne wykłady i pracownię, bibliotekę i bogato muzeum anatomii i patologii, lecz nawet plac do gier na otwartem powietrzu. Oto system, przy którym nauka odbywa się z odpowiednim dla niej komfortem i, co za tem idzie, lepsze owoce wydaje. Na kontynencie, a już specjalnie u nas, przy panującym systemie, mała jest nadzieja, aby się radykalnie coś zmienić dało. Sądzimy w każdym razie, że przyczyna złego głębiej leży, niż to przypuszczać zdaje się autor „Dyagnostyki“, a utworzenie jeszcze jednej kliniki chirurgicznej (propedeutycznej) napewno by złemu nie zaradziło.

Za to przeczytanie dobrej dyagnostyki chirurgicznej, jak tego chce autor, przed wstąpieniem na 4-ty kurs, będzie zawsze pożyteczne. *A priori*, znając autora, mogliśmy się spodziewać, że zadaniu swemu podoła; pamiętamy go asystentem kliniki i byliśmy kilka razy na repetycyach dla studentów z demonstracyą chorych: wykłady te były jasne, dobrze wypowiedziane, demonstracye pouczające.

Napisanie jakiegokolwiek dobrego podręcznika nie jest rzecz łatwą; napisanie dyagnostyki chirurgicznej może tem trudniejsza, że mimowolnie czytelnikowi nasuwa się porównanie ze skromną i niewielką książeczką E. ALBERT'a; mało to arcydzieło, którego każdy rozdział jest świadectwem wielkiego talentu autora, znalazło wielkie rozpowszechnienie pomiędzy studentami. Czytając w przedmowie apodyktyczne zdania autora „Dyagnostyki“: „Nie sądzę, żeby się w czasach dzisiejszych znalazł człowiek rozumny (*sic!*), wyobrażający sobie, że dyagnostykę chirurgiczną można oryginalnie napisać tak, jak się pisze powieść lub monografię naukową“, uczuliśmy się, otwarcie wyznać musimy, cokolwiek urażeni w imieniu czytelników i tonem i treścią powyższego zdania, bo właśnie to dziełko ALBERT'a uważaliśmy zawsze za wybitnie

oryginalne. Nie idzie za tem, ażeby pisanie podręczników było monopolem takich talentów pedagogicznych, jak ALBERT; i książki, mniej z Olimpem spokrewnione, są bardzo pożądane, pożyteczne, o ile w odpowiedniej formie podają fakta i poglądy, danej gałęzi wiedzy lub sztuki dotyczące.

Co do treści, to w wielu miejscach czuć się daje w omawianej książce powna chaotyczność układu, a także brak ścisłości lub pobieżność w traktowaniu przedmiotu, której *a priori* nie przypuszczaliśmy, ze względu na objętość książki, w niektórych zaś miejscach poglądy autora są tak sprzeczne z przyjętymi ogólnie, że za całkiem „oryginalno” poczytane być muszą, wbrew temu, co autor podaje o kompilacyjnym charakterze swej książki. Dla uzasadnienia tego kilka przykładów z treści podnieść musimy.

Do działów, niedość dokładnie traktowanych, należy rozdział o hemoroidach, w którym dyagnoza załatwiona jest w trzech wierszach. Sądźmy także, że np. rozpoznanie złamania dolnego końca kości promieniowej zbyt krótko jest podane. Złamanie COLLES’a jest najczęstszem ze złamań, hemoroidy są cierpieniem codziennie spotykanem; czyż więc nie należało (dla studentów) obszerniej takich działów traktować? Rozdział o ciąży zewnątrzmacicznej byłby z pewnością wiele zyskał na uwzględnieniu prac MATLAKOWSKIEGO. Sądźmy wogóle, że w niektórych miejscach prace naszych autorów nie zostały należycie uwzględnione, jako to: przy chorobach języka (promienica) — BARĄCZ, przy ranach postrzałowych — BOGDANIK, przy cystoskopii i nowotworach pęcherza — STANKIEWICZ.

Pod nagłówkiem: Zagłębienie do pęcherza (*Cystoscopia*) — pisze autor:

„Zagłębienie do tego zbiornika przez cewkę zazwyczaj niewiele przynosi korzyści, bo zbyt małą przestrzeń trójkąta LIEUTAUD’a obejrzeć można i to bardzo niedokładnie. Ośmieleni wybornymi wynikami operacji antyseptycznych, najgoręcej polecamy w przypadkach, w których podejrzujemy nowotwór pęcherza, wykonanie cięcia nadłonowego w celach rozpoznawczych. Cystotomia próbna, tak jak laparotomia próbna, jest jedną z najpiękniejszych zdobyczy chirurgii nowoczesnej“.

Zacytowane ustępy zdradzają nieznajomość cystoskopii, bo wiadomo, że całą błonę śluzową pęcherza zapomną cystoskopu obejrzeć można, z wyjątkiem właśnie tylko części z szyjką sąsiadujących, a więc także i części trójkąta LIEUTAUD’a. Dalszy ciąg tego samego rozdziału, traktuje o objawach nowotworów pęcherza i odznacza się brakiem ścisłości i pominięciem doskonale przez GUYON’a, ALBARRAN’a i w. in. opracowanej semiotyki. Nie wchodząc w szczegóły, zaznaczamy tylko, że typ krwawień w początkowych okresach choroby, tych krwawień, które często pozwalają na wczesne rozpoznanie, nie tylko bez uciekania się do cystotomii, ale nawet bez użycia cystoskopu i zgłębnika, został pominięty, pomimo, że tak powszechnie znany i prawdziwy. Oczywiście, jest to zbyt uczucie, jeżeli się jest zgóry zdecydowanym na zrobienie cystotomii przy podejrzeniu nowotworu.

Po zatem rozdział o cystoskopii zawiera jeszcze jeden ustęp, już wyżej zacytowany, a mianowicie: „Cystotomia próbna, tak jak laparotomia próbna, jest jedną z najpiękniejszych zdobyczy chirurgii nowoczesnej“. Zdanie to bynajmniej nie jest zgodne z istotą ducha chirurgii nowoczesnej. W samej rzeczy, prąd taki panował niedługo, zwłaszcza w Niemczech, pod wpływem genialnego skądinąd VOLKMANN’a, wkrótce po roku 1880. Były to czasy, gdy z Halli górnobrzmiające maksymy rozechodziły się po Niemczech; rodzaj manii o wielkości chirurgii opanował VOLKMANN’a i szkołę jego; uczniowie jego mawiali wówczas, że w klinice VOLKMANN’a nikt umrzeć nie może, że np. amputacja uda ma zawsze to samo pomyślne zejście, bez względu na wiek, ustrojowe właściwości chorego i t. d., byle tylko antyseptyka była zachowana. Był to przesadzony wprawdzie, a jednak naturalny w historycznej ewolucji każdego doskonalenia się objaw samopoczucia siły. Tymczasem autor „Dyagnostyki“, zalecając cystotomię próbną, jako najpiękniejszą zdobycz nowoczesnej chirurgii, zapominał, że powyższe pojęcia uległy radykalnej zmianie, że chłodniej już i krytyczniej na antyseptykę i aseptykę patrzymy, że wiemy, czego się od niej teraz, a nawet w przyszłości spodziewać można, i coraz więcej hołdujemy zasadzie: *ne ouid nimis*. Może się istotnie zdarzyć, że robimy operację, nie wiedząc zgóry, że będzie ona zbyt uczuciem bądź co bądź gwałtem naturze zadany; w innych razach tę możliwość zgóry przewidujemy, ale bardzo poważnie wskazania skłaniają do operacji; tu zaliczyć można operację, robioną jako *ultimum refugium* u chorych, którzy bez operacji byłiby straceni na pewno lub z prawdopodobieństwem do pewności zbliżonem. Ale tu zaczyna się gra-

nica, którą przekroczywszy, bardzo łatwo sumienie swe obciążyć możemy. Można-
by jeszcze uczynić wyjątki dla drobniejszych i kosmetycznych operacji, lecz robie-
nie *à tort et à travers* operacji tak ciężkich, jak cięcie nadłonowe i to w chara-
kterze operacji próbnych przy podejrzeniu istnienia nowotworu, nie może być
żadną miarą dopuszczone. Powinniśmy zawsze pamiętać o tem, że chirurg potężną
władzę *sui generis* dzierży w rękach i że tem oględniej szafować nią powinien, że pra-
wie kontroli nie podlega. Powinien on być rozumnie oględny dla dobra ludzkości i spo-
koju sumienia własnego. Postawienie się w myśli na miejscu chorego może często
pomóc w wątpliwych przypadkach.

Operacja chirurgiczna lecząca, a nawet ratująca życie, będzie zawsze złem ko-
niecznym; operacja próbna jednak, a zwłaszcza mająca na celu jedynie stwierdze-
nie podejrzenia, pozostanie zawsze jakimś *horrendum*, które poczęte zostało z nie-
świadomości i przesadzonej ufności w antyseptykę, a padło na urodzajny grunt
młodej swego czasu szkoły niemieckiej, która uważając antyseptykę za szczyt i ko-
ronę chirurgii, jej alfę i omegę, zapomniała o pielęgnowaniu klasycznej semiotyki.
Sądzimy też, że mało jest chirurgów tak połączonych do użycia noża przy łada wątpli-
wości, jak autor „Dyagnostyki”; miejmy nadzieję, że niedaleka przyszłość pozwoli
nam zaliczyć „operacje próbne” do historii i zapisać je tam na czarnej karcie. Bę-
dzie to daleko zgodniejsze z duchem nowoczesnej chirurgii, choć i teraz nie wolno
już pisać: „Czysto cięcie czystych tkanek żadnej, absolutnie żadnej szkody chore-
mu nie przynosi. (Str. 169).

Podobnego rodzaju przesadne zaufanie do antyseptyki spotykamy zresztą
w wielu innych miejscach. I tak np. na str. 353, mówiąc o zgłębianiu pęcherza
i przytoczywszy zdanie THOMPSON'a: „iż użycie narzędzi jest błędem wówczas, gdy
nie jest koniecznością”, stara się autor usilnie zbić to zdanie i dowieść, że jest naj-
zupełniej fałszywe. Nawiasem mówiąc, cała szkoła francuska z GUYON'em na czele
jest tego samego zdania o niebezpieczeństwach zgłębiania pęcherza i znajduje w kli-
nicy i bakterjologii coraz to nowo dane, potwierdzające prawdziwość powyższej tezy.
Nie będziemy się rozwodzić nad wielkością THOMPSON'a, ani też nad obszerną wie-
dzą i fenomenalnym doświadczeniem w urologii GUYON'a, bo wolno sobie każdemu
nie uznawać autorytetów; musimy jednak stanowczo prosić autora „Dyagnostyki”,
aby studentów przynajmniej do złego nie namawiał, bo lekarze i tak mu nie uwierzą.

Zachęcanie przez autora do zgłębiania pęcherza „wyjałowionym” zgłębnikiem
tem łatwiej szkodę zrobić może, że opis tego wyjaławiania jest bardzo niedokładny:
mydło z kwasem bornym są uznane za dobre, o wadach istotnych waseliny, o stery-
lizowanej glicerynie lub oliwie ani słowa autor nie podaje. Następnie autor pomi-
nął rzecz tak ważną, jak odkażanie cewki, a przynajmniej dążenie do jej odkażenia,
zanim się zgłębnik do pęcherza wprowadzi, jak również to, że po każdym zgłębianiu
pęcherza przez podejrzaną cewkę (a jakże rzadko cewki można być względnie pe-
wnym?), należy, dla zabezpieczenia pęcherza, przez tenże cewnik (zgłębnik GUYON'a
najdogodniejszy) wprowadzić odpowiednią ilość słabego roztworu lapisu.

Otóż szkoła GUYON'a zachowuje wszystko to środki ostrożności, a jednak
zgłębianie pęcherza uważa za czynność łatwo mogącą tenże pęcherz na szwank na-
razie przez przeniesienie z błony śluzowej cewki, a zwłaszcza z wyłotów zakażonych
gruczołów części głębokiej—zarodków chorobotwórczych na pęcherz.

Mówiąc o ranach kłutych pisze autor: „Tu więc znowu, wbrew dotąd przy-
jętym zasadom, najgoręcej polecam użycie zgłębnika, ale zgłębnik ten ma być wyja-
łowiony” etc. „W razie potrzeby w celach rozpoznawczych i w celu pomocy na-
tychmiastowej aseptycznie rozszerzenie takich ran jest rzeczą konieczną”. Na to
zdanie zgodzić się bezwarunkowo nie możemy, a na poparcie tego pozwalamy sobie
przytoczyć następujący ustęp z podręcznika chirurgii szczegółowej prof. RYDYGIER'a
(T. II, str. 145):

„Sondowanie rany li tylko w celach dyagnostycznych, bez szcze-
gólniejszych wskazań, uważam za niedozwolone i nazwać muszę
w naszych czasach wprost błędem chirurgicznym, chociażby to sondowanie
odbywało się po oczyszczeniu rany i najdokładniejszym odkażeniu zgłębnika. Kilka,
kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt i kilkaset razy bezkarnie odbyte sondowanie nie
obala powyższego zdania. Najwyższem bowiem przykazaniem naszym jest choremu
nie szkodzić. Jeżeli kto twierdzi, że dobrze odkażonym zgłębnikiem choremu
z raną klatki piersiowej nie może szkodzić, to się myli. Zgłębnik sam możemy bez

wątpienia napewno i dokładnie odkazić, ale nie mamy już tej matematycznej pewności co do sąsiedztwa rany, a w jej głębi nie możemy wcale zniszczyć przyrzutów napewno w każdym przypadku. Zdarzyć się bowiem może, że nadwyzczaj mała ilość przyrzutów mieści się bez szkody w ścianie kanału, utworzonej z tkanki zniieżdzonej — znajdując się w pewnem oddaleniu od tkanki żywej, zdolnej do wessania. Jeżeli jednak sondowaniem przerwiemy niejako ten wał, strup ten zniszczymy, to możemy tam znajdującym się przyrzutem utorować wprost drogę do zakażenia nawet najlepiej odkazonym zgłębnikiem, nawet po możliwie najdokładniejszem oczyszczeniu rany i jej wnętrza“.

Rozdział podręcznika o astazy i abazy jest przedrukiem artykułu autora w „Gazecie Lekarskiej“ z 1889 r. i zawiera historię choroby pacyenta, który wedle powszechnie przyjętych pojęć wcale astazją i abazją nie był dotknięty. Ostatnia jest zaburzeniem czynnościowym, właściwom historii, polegającym na niemożności stania i chodzenia, przyczem układ kostny i mięśniowy żadnych złoceń nie przedstawia. Tymczasem czytamy w historii choroby, że chłopiec zaraz prawie po urodzeniu nie porusza energicznie nóżkami, że minęło 2½ roku, a jeszcze chodzie nie umiał, że ra kości krzyżowej zauważono garbek, który dalej zostaje nazwany *kyphosis angularis*, że była lordoza lędźwiowa i kyfoza krzyżowa, że włość mięśni pośladkowych była taka, że można było rzec, że ich wcale nie ma, że cała miednica była zupełnie nieprawidłowa, i t. d. Po tem wszystkim autor dochodzi do niczem nieumotywowanego i arbitralnego wniosku, że pierwszą przyczyną całej sprawy było powstrzymanie rozwoju jakiegoś ośrodku mózgo-rdzeniowego. Nam się wydaje, na podstawie rysunków, w swoim czasie umieszczonych w „Gaz. Lek“, rodzaju chodu („przechylał się z boku na bok i albo podtrzymywał się rękami, opierając je o uda, albo opierał rękę prawą na udzie prawem, a rękę lewą zakładał w tył, przyciskał się nią w pasie i t. d.“; „podniesienie nachylonego aż do kolan (przy siedzeniu) tułowia, bez pomocy rąk, idzie mu nie sporo“) — że opisany przypadek jest typowy dla *dystrophia muscularis progressiva* (ERN). Myli się autor „Dyagnostyki“, utrzymując, że oddziaływanie elektryczne nerwów i mięśni było niezmiennione; cyfry przez niego podane wykazują zmniejszenie tej pobudliwości, co z przypuszczeniem dystrofii najzupełniej się zgadza. Nie chcąc nużyć czytelnika, przestajemy na tych kilku przykładach.

Styl i język „Dyagnostyki“ są miejscami wadliwe, toż samo terminologia; kto jednak wie, jak język nasz naukowy, a zwłaszcza terminologia są niewyrobite i nieustalone, — powinien być wyrozumiały. A jednak uniknąć należało zwrotów takich, jak: guz..... prosi się pod nóż chirurga (14); słów: przyrządy zamiast narzędzia, zaimkowego używania słowa takowy.

Spotykamy jednak także błędy w terminologii anatomicznej, a tych już wytłomaczyć nie potrafimy, bo właśnie anatomia opisowa, może jedyna, ma terminologię ustaloną, a dzieło HIRSCHFELD'a najzupełniej nas obowiązują. Niedokładnością techniczną jest zaliczenie gutaparki, narówni z blaszencem, do ciał przez nabieranie wilgoci zwiększających swą objętość (str. 35).

A. Przyborowski.

ODCINEK.

○ hypnotyzmie i suggestyi.

Przez Józefa Saksa.

(Dalszy ciąg. — Zob. Nr. 30).

I.

Nim przejdziemy do rozpatrzenia objawów hypnotycznych, postaramy się podać określenie hypnotyzmu i suggestyi. BRAID, który pierwszy użył wyrazu hypnotyzm, określał go w następujący sposób: „jest to szczególny stan układu nerwowego, zbliżony do snu i sztucznie wywoływany“. BERNHEIM zaś podaje następującą definicję: „jest to stan, sztucznie otrzymany, podczas którego mózg z łatwością przyjmuje poddane idee“. Sam zaś akt poddawania jakiejś myśli zowie się suggestją.

Już w rysie historycznym widzieliśmy, że zapomocą rozmaitych sposobów można wywołać stan hypnotyczny, wogóle zaś można powiedzieć, że wszystko, co jednostajnie drażni przez jakiś czas jakikolwiek organ czucia, może wywołać hypnozę—wszystko jedno, czy to będzie jednostajny turkot pociągu, tyk-tak zegara, monotonna pieśń nianki, wadłowe ruchy kołobki, długie wpatrywanie się w jakieś równe światło,—wszystko to wywołuje sen normalny, a również i hypnozę. Najprostszy i najmniej niszczący jednakże dla większości osobników jest sposób LIÉBAULT BERNHEIM'a, który najczęściej bywa stosowany w praktyce.

Sposób ten, który i ja stosuję, jest następujący: Choremu, u którego leczenie zapomocą hypnotyzmu może się okazać pożyteczne, mówię, że środek ten może mu pomóc, a nawet go wyleczyć, że niema w śnie hypnotycznym nic nadzwyczajnego, że nie różni się on od snu normalnego. Gdy chory wystraszony, staram się go uspokoić; najlepiej zahypnotyzować wobec niego jedną lub dwie osoby, aby rozwiązać jego tworę. Gdy chory się uspokoi, wtedy każę mu usiąść, sam siadam blisko naprzeciw niego i powiadam spokojnie i powoli, powtarzając niektóre słowa kilka razy: „Patrz pan prosto w moje oczy, nie myśl o niczem innem, jak o tem, aby zasnąć. Wkrótce poczujesz pewną ociężałość powiek, zmęczenie oczu, zaczną one drżeć, otóż już drżą, powieki opadają, zasypiasz, śpisz”.

Niektóre osoby zamykają powieki i zasypiają bezzwłocznie. Innym trzeba kilka razy powtórzyć, że powieki im opadają, że nie mogą ich otworzyć, że czują pewną ociężałość w członkach, że już zasypiają i tonem rozkazującym zakończyć: śpij, śpij mocno! Często to pomaga i chory zasypia, a jeżeli nie śpi, to jest w pewnym stopniu odurzenia. Dzieci, jeżeli rozumieją, czego się od nich chce, zasypiają wogóle bardzo łatwo i dość zamknąć im powieki, trzymać je przez kilka chwil zamknięte, kazać im spać, a w przeciągu kilku minut zasypiają. Niektóre osoby dorosłe hypnotyzują się również łatwo, jak dzieci; inne trudniej; i trzeba niekiedy po kilka razy powtarzać: nie możesz już otworzyć oczu, sen zbliża się, zasypiasz, śpij! Po kilku minutach można odjąć ręce od oczu, oczy pozostają zamknięte; ręka, podniesiona do góry, pozostaje w powietrzu—jest to okres snu kataloptycznego. Inni są oporniejsi, analizują swój stan, twierdząc, że nie mogą zasnąć, że nie zasną. Wówczas trzeba kazać spokojnie się zachowywać; objaśniam, że dla otrzymania dobrych wyników sen głęboki nie jest konieczny, dostateczna jest pewna ociężałość, co i u nich da się osiągnąć; zapomocą takiego „kształcenia“ można otrzymać na drugim lub trzecim posiedzeniu sen coraz głębszy. Niektórzy już podczas pierwszego uspiania zdolni są do przyjmowania sugestyi, inni na drugim lub trzecim posiedzeniu. Po kilku uspianiach wpływ hypnotyzera staje się silny. Dość powiedzieć: śpij! i medyum niezwłocznie zasypia.

Mylnie byłoby przypuszczenie, że wszyscy, łatwo podlegający hypnotyzmowi, są neuropaci, histerycy. Bardzo często udawało się w szpitalu Św. Trójcy w Kaliszu zahypnotyzować ludzi w pełni zdrowia, młodych żołnierzy z oddziału chirurgicznego. Wogóle zaś można powiedzieć, że wojskowi, przyzwyczajeni do subordynacji, artyści z bujną wyobraźnią, włóścianie, przyzwyczajeni do biernego posłuszeństwa, dają się bez porównania łatwiej zahypnotyzować, niż umysły krytyczne się odnoszące do wszystkiego. Oblakani, melancholicy, hypochondrycy nadzwyczaj trudno ulegają hypnotyzowaniu, ponieważ umysł ich zajęty jest innemi myślami, a nie poddawana przez nas myślą snu.

Hypnotyzier powinien być pewny siebie i spokojny; jeżeli się waha, medyum szybko odczuwa niepewność hypnotyzera i nie zasypia. Pamiętam, że na początku moich praktyk hypnotyzerskich niekiedy długo męczyłem się nad uspianiem chorego, gdy wtem kol. DROZDOWSKI jednym rozkazującym słowem: śpij!—usypiał go. Jeżeli hypnotyzier się gorączkuje, zadaje sobie widocznie dużo trudu, aby usnąć chorego, ten może łatwo wyrobić sobie przekonanie, że usnąć go trudno. I im więcej hypnotyzier się gorączkuje, tem mniej medyum czuje skłonności do snu. Spokój i pewność, prostota w postępowaniu, oto są sposoby, które najszybciej dają dobre wyniki.

Ogólneschematyczne przepisy hypnotyzowania podać trudno, w każdym przypadku trzeba zmieniać cokolwiek metodę postępowania: do jednych trzeba przemawiać delikatnie, do innych tonem ostrym—wogóle trzeba mieć dużo doświadczenia i tem się tłumaczy, a nie jakimiś darami specjalnymi hypnotyzerskimi ten fakt, że jeden otrzymuje większą odsetkę ulegających hypnotyzmowi, niż drugi.

Hypnotyzowania trzeba się uczyć, jak auskultacyi i t. d., i dość długiej pracy trzeba, aby wyrobić w sobie pewną zdolność praktyczną do hypnotyzowania.

Ludzie, nie mający doświadczenia w sprawach hipnotyzmu, dają się często w błąd wprowadzać przez znaki świadomości, które wykazuje medyum, jak np. rozmaite grymasy, śmiech; zdaje im się, że medyum nie śpi, więc wołają: śpij, śpij! do osoby, która już dawno śpi, i budzą ją, zamiast usnąć.

Teraz kilka słów o przebudzaniu. Robi się to bardzo zwyczajnie: mówi się: „obudź się“, przyczem wszelkie dmuchanie na twarz jest zbętczo (dla uniknięcia bólów głowy, pewnej ociążałości, jako skutku hipnozy, daje się stosowną sugestję, o czem obszernie dalej pomówimy). Większość przebudza się niezwłocznie. Niektórzy, szczególnie po pierwszym zahipnotyzowaniu, znajdują pewną trudność w przebudzeniu się. Wtedy trzeba jeszcze raz głośniejsz powtórzyć: „przebudź się, oczy ci się otwierają!“ Opowiadają, że niekiedy musiano uciekać się do oblewania zimną wodą, aby obudzić chorego. BERNHEIM, LIÉBAULT, którzy hipnotyzowali tysiące osób, nie widzieli podobnych przypadków; i ja również nie widziałem. Że przypadki takie mogą się zdarzyć, lecz są skutkiem nieumiejętności hipnotyzera, dowodzą słowa znanego magika DONATO, opowiadającego BERNHEIM'owi następujący fakt, którego sobie wytłumaczyć nie mógł. Otóż osoby, hipnotyzowane przez DONATO na występach publicznych, zostawały często najmowane, jako medya, przez magików *minorum gentium*. Niekiedy zdarzało się, że niektóre z tych medyków, ulegając łatwo zahipnotyzowaniu, przyczem wykonywały wszystko dawane im sugestye, nie mogły być następnie przebudzone. Dmuchiania, nacierania, oblewania zimną wodą nie pomagały. Wzywany DONATO jednym słowem przebudzał owe medya. Otóż zachodzi pytanie, czy zależało to od jakichś szczególnych darów DONATO? Nie,—lecz tłumaczy się to tem, że osoba niedoświadczona chce, przypuszcmy, obudzić medyum; ono nie budzi się zaraz. Hipnotyzer niepokoi się i wyraża swój niepokój: rozciera, dmucha, otwiera oczy. Medyum, czując ten niepokój hipnotyzera, bezwiednie utwierdza się w przekonaniu, że przebudzenie jego jest trudne (choć, właściwie mówiąc, już ono nie śpi), dopóki nie ukaże się człowiek, do którego ma zaufanie i który działa z pewnością i spokojem.

Zjawiska, które spostrzegamy podczas stanu hipnotycznego, są najrozmaitsze, i każdy prawie badacz tworzy własną klasyfikację. Przytoczę tu klasyfikację BERNHEIM'a, która uogólnia większą część zjawisk, lecz nie wszystkie; trzeba też pamiętać, że nie mamy tu do czynienia z jakimiś faktami stałymi i że każdy osobnik wkłada coś indywidualnego w każdą fazę hipnotyczną.

BERNHEIM dzieli zjawiska, spostrzegane podczas hipnozy, na dwie klasy: pierwsza klasa charakteryzuje się tem, że pamięć o tem, co było podczas snu, zachowana jest po przebudzeniu się; druga klasa cechuje się amnezją zupełną lub niezupełną. Pierwsza klasa dzieli się na stopnie. Pierwszy stopień hipnozy charakteryzuje się pewną ociążałością, sennością, a ściśle mówiąc, snu jeszcze nie ma. W drugim stopniu hipnozy medyum nie może samo otworzyć zamkniętych oczu. Trzeci stopień charakteryzuje się t. zw. katalopsją sugestyjną, którą jednakże medyum może siłą swoj woli przezwyciężyć. W czwartym stopniu chory nie może już siłą swj woli przezwyciężyć położenia, które mu zostało nadane. Gdy mówię do medyum, że nie może podnieść ręki, to robi próżne wysiłki, aby przezwyciężyć mą sugestję. W piątym stopniu hipnozy można wywołać rozmaite przykurczenia, których medyum nie jest w stanie przezwyciężyć. Szósty stopień, nazwany przez francuzów *l'homme-machine*, przez niemców *Commando-automat*, polega na biernem posłuszeństwie. Medyum chodzi, skacze, zatrzymuje się, stosownie do rozkazu hipnotyzera. Lecz we wszystkich tych stopniach hipnozy medyum nie podlega ani iluzjom, ani halucynacyom. Osoby, wykazujące powyżej wymienione stopnie hipnozy, pamiętają o wszystkim po przebudzeniu się; wielu twierdzi, że nie spali, że robili wszystko z pobłażliwości, nie wiedząc, że ta pobłażliwość była wymuszona. Ważne wydaje mi się, dla wyjaśnienia tej kwestyi, doświadczenie, które wykonywałem na koledze prawniku. Nie dochodził on nigdy do somnambulizmu, pamięć po przebudzeniu się była zachowana, rozkazy me wykonywał, choć wpierw mu kazałem nie robić z pobłażliwości dla mnie; czuł on, jak powiedział, pewną słabość inicjatywy, aby oprzeć się mým rozkazom.

Druga klasa stanów hipnotycznych charakteryzuje się zupełnem lub niezupełnem zapomnieniem o wszystkim po przebudzeniu się. Niekiedy medyum pamięta coś; wie, że coś słyszało, coś robiło, lecz nie wie co mianowicie.

Stany, które charakteryzują się niepamięcią po przebudzeniu się, noszą nazwę somnambulicznych. W tej klasie mamy też rozmaite stopnie.

Pierwszy stopień tej klasy charakteryzuje się tem, że medyum nie pamięta tego, co się działo podczas snu, lecz halucynacyom nie podlega. W drugim stopniu osoby podlegają halucynacyom suggestyjnym, lecz nie można im dawać sugestyi pohypnotycznych. W trzecim stopniu stanu somnambulicznego osoba podlega i halucynacyom pohypnotycznym. Jeszcze raz dodaję, że nieraz możemy napotkać stany, które podciągnąć trudno pod jakąś grupę.

Ciekawa jest statystyka stanów hypnotycznych, zebrana przez LIÉBAULT'a. Na 1000 hypnotyzowanych nie poddawało się hypnozie 27, wyrażało lekką senność 33, lekki sen 100, głębszy sen 460, bardzo głęboki 232, somnambulizm lekki 31, głęboki 131. Muszę dodać, że tak małą odsetkę niepodlegających hypnotyzmowi otrzymał LIÉBAULT dzięki swemu wielkiemu doświadczeniu i sławie hypnotyzerskiej, działającej na umysł hypnotyzowanych. Statystyka również wykazuje, wbrew rozpowszechnionemu pogładowi, że ilość mężczyzn i kobiet, podlegających hypnotyzmowi, jest prawie jednakowa. Co zaś do wieku, to okazują się, że najłatwiej ulegają hypnotyzmowi, przytem stanom somnambulicznym dzieci od 8 — 14 lat, najmniej ludzie od 50 lat. (D. c. n.).

KORRESPONDENCYA „MEDYCYNY“.

VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Sprawozdanie z pierwszego posiedzenia ogólnego d. 23 lipca r. b.

W dniu dzisiejszym, w jednym z pawilonów na placu wystawy odbyło się 1-sze ogólne posiedzenie VII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. Przewodniczący Wydziału gospodarczego d-r MERUNOWICZ powitał licznie zebranych gości i podziękował im w imieniu Wydziału gospodarczego, że tak licznie na zjazd przybyli. Mały udział lekarzy w wystawie krajowej tłomaczy przewodniczący cholera, od dwóch lat w Galicyi panująca. Wyniki owej walki z epidemią nie pozostały jednak bez wpływu, czego dowodem urządzenia higieniczne i poprawa zdrowotności nie tylko miasta Lwowa, lecz i miasteczek w całej Galicyi. Prócz tego, zyskał Lwów fakultet lekarski; instytut anatomiczny jest już ukończony, zabudowania, przeznaczone na pracownię histologiczną i fizyologiczną, za kilka tygodni będą otwarte. Przewodniczący wreszcie wyraził nadzieję, że obecny zjazd wyda bezwątpienia bogaty plon naukowy. Następnie przystąpiono, na wniosek przewodniczącego, do wyborów prezydium na posiedzeniach ogólnych. Prezesami honorowymi wybrano: Włodzimierza hr. DZIEDUSZYCKIEGO, prof. TEICHMANA i d-ra HOSZARDA. Prezesem zjazdu jednogłośnie przez akklamacyę wybrano prof. Ignacego BARANOWSKIEGO. Na zastępców prezesa wybrano KWAŚNICKIEGO Augusta z Krakowa, KRZYŻANOWSKIEGO z Wrześni, DUNINA z Warszawy i GOSIEWSKIEGO z Warszawy. Na sekretarzy powołano: d-ra. GURANOWSKIEGO i SZUMLAŃSKIEGO z Warszawy, prof. SIEMIRADZKIEGO i prof. ZAKRZEWSKIEGO.

Pierwszy przemawiał hr. DZIEDUSZYCKI. Po nim zabrał głos prof. BARANOWSKI i podniósł zasługi pierwszego inicjatora zjazdów lekarzy i przyrodników polskich s. p. Adryana BARANIECKIEGO, którego pamięć uczczono przez powstanie. Prof. BARANOWSKI zaznaczył wreszcie postęp w rozwoju literatury lekarskiej polskiej od czasu powstania poryodycznych zjazdów. Przemawiali następnie: radca HOSZARD, prezydent MOCHNACKI, ks. SAPIEHA w imieniu komitetu wystawowego i rektor Cwikliński w imieniu uniwersytetu lwowskiego. Odczytano telegamy i listy od prof. MEYERA, od prof. WICHERKIEWICZA, od d-ra ŚWIECICKIEGO, od Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, od redakcyi Przeglądu Lekarskiego w Krakowie, od d-ra DOBRZYCKIEGO, d-ra PRZESMYCKIEGO i d-ra DZIERZBICKIEGO ze Sławuty, od ministra MADEYSKIEGO, od prof. KOWALSKIEGO z Fryburga, od zarządu zdrojowego w Krynicy, od d-ra SOKOŁOWSKIEGO, d-ra B. GEPNERA i od d-ra REJCHMANA z Warszawy, od prof. CHODOUNSKY'ego z Pragi (po czesku), od d-ra KAPUŚCIŃSKIEGO z Poznania, od d-ra RAJKOWSKIEGO z Ciechanowa, od prof. RYDLA z Krakowa, od d-ra SOMMERA i PAWIŃSKIEGO z Warszawy i od prof. PAREŃSKIEGO z Krakowa.

Prof. TEICHMAN, z Krakowa wygłosił odczyt pod tytułem „O ogólnych stosunkach mózgu człowieka”. Czcigodny profesor, zastanawiając się nad mózgiem człowieka, twierdzi, iż można mózg porównać do dwóch gospodarzy: do gospodarza we własnym domu i do gospodarza na całej kuli ziemskiej. Ten drugi gospodarz jest bardzo słaby, sam bowiem jako taki mało zdziałać może: nie mogąc sam biegać, używa w tym celu zwierząt, ujarzmia je; to mu nie wystarcza—buduje koleje; nie umiejąc pływać, buduje okręty; nie mogąc się wznosić, używa balonów; zagłębia się prócz tego na dno morza i, posilkując się aparatem fotograficznym, odszukuje w głębiach to, czego potrzebuje; rozkopuje ziemię, odnajduje zwierzęta przedpotopowe i rozpoznaje zmiany geologiczne. Co to jest mózg? Odpowiedź na to pytanie jest rzeczą niełatwą. Jest to bryłka 3 1/2. wążca. Od wieków zajmowano się badaniem mózgu. ARYSTOTELES, HIPPOKRATES nie widzieli jednak mózgu. GALENUS badał przeważnie anatomię zwierząt. W roku 1300 papież Bonifacy VIII wydał bullę zakazującą sekcję. W roku 1315 MONDINI wykonał sekcję kilku ciał i wydał anatomię. Papież SYKTUS VI wydał wreszcie bullę, dozwalającą wykonywania sekcji. Koniec 15-go wieku uważać więc można za chwilę, w której zaczęto badać mózg. Badaczy było mnóstwo, opisano wszelkie zagłębienia i wyniosłości, wyczerpano całą topografię i zaczęto szukać siedziska duszy w mózgu zapomocą cięć różnorodnych (WINSLOW, KARTEZYUSZ i inni). Gdy badania anatomiczne nie dały spodziewanych wyników, zwrócono się do badań chemicznych: oznaczano ilość wody, soli, gazów etc. Lecz i na tej drodze niewiele zdziałać było można; zwrócono się więc do badań drobnowidzowy. h. Odkryto komórki, włókienka, zbadano najszczegółowiej utkanie narządu, nie wyjaśniło to jednak zagadkowych czynności owej bryłki, co słusznie upoważniło pewnego anatoma do wypowiedzenia następnego aforyzmu: *textura obscura, obscuriores morbi, obscurissimae functiones*. Następnie mówca zaznacza tę okoliczność, że pomimo różnic, zachodzących w czynnościach mózgu człowieka zdrowego na umyśle i np. maniaka, anatomicznie zmian wykryć nie można. Mózgi takie są jednakie, i pod względem anatomicznym uznać je musimy za prawidłowe. Metody zatem, dotąd do badania anatomicznego mózgu stosowane, nie dały zadawalniających wyników. Cóż zatem czynić wypada? Czy w zniechęceniu zaniechać dalszych usiłowań? Prelegent jest odmiennego zdania i zaznacza, że idąc inną drogą, niż dotychczasowi badacze, przez odwodnienie i odtluszczenie miękkiej masy mózgu otrzymał: 1) bryłę jednostajnie białawą, która, zachowując swój kształt pierwotny, stała się suchą, łamliwą, waży 170 gr. i zawiera właściwe części składowe mózgowie, i 2) barwiąc mózg metodą własną, prelegent otrzymał różne zabarwienie istoty szarej i białej przy zastosowaniu jednego barwnika.

Przystąpiono do wyboru komisji, do przedstawienia wniosków w sprawie przyszłego zjazdu lekarzy i przyrodników. Wybrano DROBNIKA, FABIANA ze Lwowa i JORDANA.

Sprawozdawcy postulatów VI zjazdu zdali w końcu sprawę ze swych czynności. MERUNOWICZ zakomunikował, iż sejm uchwalił ustawę zdrojową; KADYI—że wnioski co do reform studyów weterynaryskich w myśl projektu, przedstawionego przez zjazd krakowski, uzyskały zatwierdzenie władzy (ukończenie szkoły średniej i 4 letni kurs studyów); KRÓLIKOWSKI—że kwestya zaliczenia perlicy do rzędu chorób zaraźliwych wymaga jeszcze 3-letnich badań; MACHEK—że szpitale oddzielne dla chorych na zapalenie egipskie oczu w myśl projektu kol. KRAMSZTYKA nie mogły być urządzone. W kwestyi kontroli nad składami okularów wniesiono podanie do ministerjum, zaś sprzedaż kapsli (kapiszonów) dzieciom będzie wzbroniona; SEROCZYŃSKI—że kopie map geologicznych rozdano powiatom i w 8 powiatach założono zbiory mineralogiczno-petrograficzne. (D. c. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= PUCCI stosował *phenocollum muriaticum* w 20 przypadkach zimnicy z pomyślnym wynikiem; cztery przypadki były świeżej zimnicy, 10 z nawrotami, gdzie chinina nie działała, 4 w których nie była znoszona i 2 przypadki złośliwej zimnicy z żółtaczką i krwawomoczem.

Dawki wynosiły 0,15 — 0,25 i były podawane podczas obniżenia ciepłoty 4 razy dziennie. Po zwalczeniu napadów podawano *phenocollum* z chininą, roztworem FOWLER'a i mleczanem żelaza. Z 20 przypadków wyleczono 17. (Z Kongresu w Rzymie).

= CARNOT i CHARRIN badali wpływ rozmaitych bakterii na trzustkę po wprowadzeniu ich przez przewód WIRSUNG'a. Jedyne u psa wywoływał *b. pyocaneus* pojawienie się cukru we krwi, co jest tem dziwniejsze, że właśnie ten lasecznik zmniejsza ilość cukru we krwi, jeśli nim zakazić ustrój w inny sposób. Na tej zasadzie przypuszczają autorowie, że niektóre postacie cukrzycy są pochodzenia zakaźnego.

= COMBY opisał przypadek histerycznej apopleksji z lewostronnym bezwładem po uderzeniu pioruna. 18-letnia panna, stojąc w pobliżu komina, w który uderzył piorun, straciła przytomność; stan ten trwał 4 dni, poczem wystąpił bezwład z utratą czucia, co znikło wszystko we 3 tygodnie. Po dwóch latach, podczas wielkiej burzy, objawy te powróciły i trwały 2 tygodnie; to samo powtórzyło się w tym roku w kwietniu.

= NETTER spostrzegł młodego człowieka, u którego po drobnym skaleczeniu w lewą nogę wystąpiły objawy ostrego ogólnego zakażenia z obrzękiem śledziony, zawałami w płucach i szmerami w sercu. Badania krwi, płwociny i ropy z rany wykazały wszędzie pneumokoki, tak, że cały ten obraz jest rzadkim przypadkiem zakażenia ogólnego tym pasorzytem przez skórę.

= BLASI i TRAVALI przyszliz na zasadzie bardzo licznych doświadczeń do przekonania, że koty stanowią podatniejszy grunt dla wścieklizny, niż króliki; okres wylegania choroby jest u nich bardzo krótki, a jad osłabiony zyskuje na jadowitości; jad uliczny staje się szybko ja-

dem stałym. Mając to wszystko na uwadze, a także okoliczność, że po psach przenoszą wściekliznę na ludzi najczęściej koty, należy sądzić, że są one jednym z ważnych czynników przechowywania zarazy. (Bull. méd. de Paris, 10 VI 1894).

= SCHAEFFER robił doświadczenia z argentiną; jest to fosforan srebra, rozpuszczony w wodnym jednoetyleniaku (etylendiaminie), a przedstawia się jako przezroczysty i bezbarwny płyn, łatwo rozpuszczalny w wodzie, o silnym alkalicznym odczynie, zapachu podobnego do amoniaku. Z doświadczeń wynika, że argentiną posiada wybitną zdolność bakterjobójczą względem rozmaitych bakterii i przewyższa pod tym względem azotan srebra. Przy porównaniu działania rozmaitych środków dezynfekcyjnych na gonokoki okazało się, że alkaliczne roztwory srebra działają na nie najsilniej. Argentamina zawdzięcza swe własności nie bakterjobójczemu działaniu jednoetyleniaku, lecz jego zasadowym gryzącym własnościom, torującym drogę do bakterii zabójczej soli srebra. (Z. f. Hyg. u. Inf.-Kr. XVI).

= KERLEY znalazł nowego chorobotwórczego lasecznika, beztlenowca, wywołującego u zwierząt (królików, szczurów i myszy) śmierć z objawami, nie różniącymi się zupełnie od obrzęku gazowego. Wyrasta on jednak tylko w temperaturze przy 36° i nie tworzy zarodników i postaci uwsteczniionych; laseczniki zaopatrzone są w długie rzęski, barwiące się niekiedy zwyczajnymi barwnikami. (Oest. Zeit. f. wiss. Vet. Bd. V).

Wiadomości bieżące.

— Na opróżnioną katedrę anatomii opisowej w uniwersytecie jagiellońskim po prof. TEICHMANNIE, powołany został d-r KOSTANECKI, wykładający tamże anatomie porównawczą.

— Do Strasburga na miejsce prof. LUECKE'go powołany został prof. MADELUNG z Rostoku, na miejsce zaś PETTENKOFER'a w Monachium wszedł prof. BUCHNER.

— W d. 24 września r. b. odbędzie się w Wiedniu 66-ty zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich, na który zapowiedzieli odczyty: LEYDEN (G. van SWIETEN i klinika nowoczesna), HELMHOLZ, FOREL z Zurychu (mózg i dusza), KÖLLIKER (anatomia i fizjologia n. współczulnego) i BAUMANN (odkrycie źródeł Nilu).

— Liczba lekarzy w Stanach Zjednoczonych

Ameryki wynosi obecnie 118453. New-York liczy 11171, Pensylwania 9310, Illinois 8002 lekarzy.

— Ogólna ilość studentów w 10 uniwersytetach państwa rosyjskiego wynosi obecnie 16202, a mianowicie w Moskwie 3888, w Kijowie 2244, w Petersburgu 2225, w Helsingforsie 1875, w Dorpacie 1650, w Warszawie 1335, w Charkowie 1200, w Kazaniu 825, w Odesie 555 i w Tomsku 405.

— W 20 uniwersytetach niemieckich liczba studentów w ubiegłym półroczu letniem wynosiła 28105, w ten 7999 studentów medycyny.

— W 4 uniwersytetach holenderskich studjowało w ostatnim roku 2972 studentów, w tem 19 kobiet.