

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O chorobie Parkinson'a, podał Z. Bychowski. (Dalszy ciąg). Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego u noworodków i dzieci, podał Henryk Higier. (Dalszy ciąg). — **Wykłady kliniczne.** Chirurgia trzustki. — Streszczenia i Wyciągi. 94. Przyczynę do etyologii i rozpoznawania grypy. 95. Przyczynę do nauki o zaburzeniach rdzeniowych w chorobach zakaźnych. 96. Jak często i w jakim czasie występuje urethritis posterior w przebiegu ostrej rzeżączki. 97. O anatomicznych zmianach serca przy przewlekłych zaburzeniach umysłowych. — **Odcinek.** O hipnotyzmie i sugestyi, przez Józefa Saksa. (Dalszy ciąg). — **Korespondencya Medycyny.** VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. (Dokończenie). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Z. Bychowski — De la maladie de Parkinson. 2) D-r H. Higier — Des troubles motrices d'origine cérébrale 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 Z. Bychowski — Ueber Parkinson'sche Krankheit. 2) D-r H. Higier — Ueber motorische Störungen cerebralen Ursprungs bei Neugeborenen und Kindern.

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

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O chorobie Parkinson'a

podał Z. Bychowski.

(Dalszy ciąg. — Zob. Nr. 30).

Są jednakże przypadki, w których daje się stwierdzić i samodzielne drżenie głowy, jak to widzimy przy wieloogniskowem stwardnieniu rdzenia i mózgu. Przypadki takie opisał WESTPHAL⁶⁴⁾, DEMANGE⁶⁵⁾, VILLEMEN, BOUZZARD i wielu innych. W jednym przypadku EULENBURG'a choroba rozpoczęła się od drżenia głowy bezpośrednio po przestradchu. U naszej chorej M. Ch. (I) widzieliśmy drżenie dolnej szczęki.

Samodzielne drżenie głowy istniało także w następującym przypadku.

XVIII. P. M. 53-letnia. Przed rokiem uczuła ogólne osłabienie i brak władzy w członkach, a także zawrót głowy i zmianę mowy. Objawy te w przeciągu kilku miesięcy wzmogły się do tego stopnia, że chora prawie wcale chodzić nie może.

Rodziła 10 razy. Przestała miesiączkować w 43-m r. życia. Dziedziczność chorób nie daje się wykazać (rodzice zmarli w młodym wieku). Przymiotu zaprzecza. Przeszło 2 lata temu spadła ze schodów pierwszego piętra, przyczem potłukła się w głowę. Wkrótce potem zaczęła doznawać zawrotów głowy i padać na ulicy.

Umiarkowanej budowy i odżywiania. Tętno około 40. Uderza jednostajny wyraz twarzy, pofałdowanej zwłaszcza w brózdach nosowargowych; sztywność

⁶⁴⁾ Charité-Annalen, t. IV. p. 405.

⁶⁵⁾ Rêvue de médecine 1882.

w karku. Ruchy bierne głową wtył i naprzód są trochę ograniczone i bolesne, czynne zaś możliwe. Gdy siada, głowa drży; drżenie to jest słabe i nie zawsze występuje, ale jest ono samodzielne, nie spowodowane drżeniem tułowia. Chora narzeka na ból w tyłogłowie, który przypisuje temu, że pada wtył na głowę. Doznaje, mianowicie ile razy wstaje, gwałtownego zawrotu głowy z zamroczeniem w oczach; pada wtedy zwykle wtył i uderza się w głowę. Mowa powolna, nosowa, nie skandowana i zrozumiała. Pamięć i inteligencja mało ucierpiały. Śpi nieźle, ale trudno jej przewrócić się w łóżku; pomimo tego, ruchy te zmuszona jest skutecznie kilka razy w nocy, żeby się położyć na drugi bok. Ruchy wogóle są nader powolne. Tyczy się to tak kończyn, jak i tułowia (w łóżku). Można chorą nakłonić do tego, żeby usiadła, ale nie do wstania, gdyż obawia się zawrotu głowy. W stanie spoczynku ręce nie wykonywają żadnego ruchu. Przypatrzywszy się jednak lepiej, widać, że ręce z przedramieniem wykonywają od czasu do czasu lekkie ruchy. Gdy weźmie coś do ręki, występuje czasami drżenie; gdy skieruje ręce do ust, kończyna porusza się wolno i z przermami (*saccadé*). Charakterystycznego dla choroby PARKINSON'a ułożenia ręki niema. Uścisk ręki bardzo słaby, wszystkie ruchy jednak możliwe. W dolnych kończynach drżenia niema. Odruchy kolanowe żywe.

Język wysuwa słabo i powoli; wszystkie zresztą ruchy jego są możliwe, tak samo, jak i gałek ocznych, ale ruch ostatnich jest przerywany (*ruckartig, saccadé*), jakby się składał z kilku mniejszych. Widzi dobrze, ograniczenia pola widzenia niema. Lewa żrenica szersza, aniżeli prawa, obie oddziałują dobrze. Wprawdzie twarz zachowuje jednostajny, cierpiący wyraz, ale ruchy dowolne są zachowane, choć odbywają się z wysiłkiem. W tyłogłowie doznaje łupania. Gdy stoi, trzyma się rękoma, a tułów z dolnymi kończynami stanowi kąt rozwarty. Narzeka wtedy na ból krzyża.

W przypadku tym zaznaczyć należy, oprócz samodzielnego drżenia głowy, silne uderzenie w głowę, które miało miejsce przed wybuchem choroby, i zawroty głowy. Wskazywało to oczywiście poważne zaburzenia w krążeniu mózgowym.

W rzadkich przypadkach pojedyncze części głowy dotknięte są drżeniem. W przypadku M. Ch. (I) widzieliśmy drżenie dolnej szczęki. Przytaczamy niżej przypadek, gdzie język dotknięty był rytmicznym drżeniem.

XIX. G. J. 66 l. Od roku czuje osłabienie w dolnych kończynach i drżenie w górnych, zwłaszcza w prawej. Chodzi dużo. Czasami zaczyna mimowoli biedz szybko, tak, że zmuszony jest chwycić się ściany, chcąc się zatrzymać. *Abusus in Baccho* nie stwierdzono. Odżywianie mierne; budowa ciała prawidłowa; chodzi powoli. Prawa górna kończyna zgięta w łokciu, przyczem ręka prawa wykonywa rytmiczne, zmniejszające się, *resp.* zupełnie znikające przy ruchach dowolnych drgania. W lewej górnej kończynie mniej wyraźne drżenie. Skłonność do antepulsyi i retropulsyi. Głowę trzyma sztywno i może nią poruszać bardzo powoli. Język wykonywa rytmiczne ruchy. Mowa prawie prawidłowa. Chory jest skłonny do płaczu. Odruchy kolanowe słabe. Wybitne stwardnienie tętnic. Tony serca metaliczne.

Chociaż drżenie wogóle w danym przypadku nie było znaczne, jednakże mieliśmy wyraźne rytmiczne drżenie języka. Ciekawe jest także to mimowolne „pędzenie” naprzód, pomimo tego, że postawa chorego była mało zmieniona.

Pozostaje nam zrobić jeszcze kilka uwag o charakterze drżenia w zajmującym nas cierpieniu.

Wspomnieliśmy już wyżej i widzieliśmy dobitnie w pierwszym i piątym przypadku ⁶⁶⁾, że drżenie w początku cierpienia ma charakter przepuszczający i dopiero po pewnym czasie staje się coraz częstszym, ustępując już tylko na

⁶⁶⁾ Por. epikryzę do tego ostatniego.

chwile przy wysiłku ze strony chorego i podczas snu. Wreszcie kazuistyka i pod tym względem wykazuje wyjątki. W przypadku GRASSET'a drżenie było i w nocy, kiedy chory spał. Są także nieliczne przypadki, gdzie drżenie wbrew prawidłu było intencyonalne, jak przy wieloogniskowem stwardnieniu mózgu i rdzenia.

XX. W. 57 l. Od 8-iu lat drżenie prawej ręki. Jako młody człowiek przechodził gościec stawowy i zapalenie pochw ścięgniętych.

Prawa ręka w charakterystycznym ułożeniu do pisania. Ramię zbliżone do tułowia. Ręka drży w napiętku. Prawa noga drży tylko podczas afektu. W początku ruchu dowolnego drżenie się powiększa. W spokoju ręka niekiedy się nie trzęsie, ale trzęsienie występuje przy ruchu dowolnym. Propulsya wyraźna z posuwaniem podeszwy, zwłaszcza prawej, po podłodze. Siadając, pada całym ciężarem.

Streszczając to, cośmy dotychczas o drżeniu mówili, przychodzimy do wniosku, że nie ma ono tego absolutnie patognomonicznego znaczenia, jakie mu przypisywano. Spotykamy bowiem przypadki (na 24 razy 3), gdzie go wcale niema. Zresztą drżenie, spostrzegane w chorobie PARKINSON'a, wzięte samo w sobie, bez sztywności, maski i t. d., nie łączy się koniecznie z pojęciem o chorobie PARKINSON'a. Takie same bowiem drżenie spotykać można — prawda, nie często — i w innych cierpieniach. EISENLOHR⁶⁷⁾ widział drżenie lewych kończyn, podobne do drżenia w chorobie PARKINSON'a, u chorego, u którego sekcya wykazała obecność kuli w tylnej części trzeciej komórki mózgowej i przednim prawym wzgórkczym. Według autora, drżenie było wywołane podrażnieniem dróg piramidalnych. Znanie są także przypadki typowego dla choroby PARKINSON'a drżenia w histeryi⁶⁸⁾. Oczywiście, że drżenie nie może być uważane za sprawdzian zajmującego nas cierpienia. Z tego właśnie punktu widzenia nazwę *paralysis agitans* uważamy za nieodpowiednią. Jak bowiem nazwać wtedy te przypadki, w których niema ani „*paralysis*“⁶⁹⁾, ani „agitacy“, a które jednakże, dzięki obecności całego szeregu innych objawów, należą do tej samej postaci nozograficznej? Daleko lepiej ograniczyć się tymczasem na nazwie „choroby PARKINSON'a“ — od nazwiska pierwszego, który ten zbiór objawów opisał. Taka nazwa, co prawda, bardzo mało objaśnia, ale nie daje przynajmniej powodu do omyłek i nie akcentuje niepotrzebnie jednego tylko objawu.

Przechodzimy teraz do niektórych rzadko spostrzeganych objawów, a tyjących się wyższych funkcji — mowy i wzroku. (D. c. n.).

⁶⁷⁾ Zur Diagnose der Vierhügelerkrankungen in Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalt 1889. Por. także. KOLISCH. Zur Lehre von den posthemiplegischen Bewegungserscheinungen. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. IV. Heft 1—2.

⁶⁸⁾ Por. GILLES de la TOURETTE. Traité clinique de l'hystérie, t. I. p. 481. DUFIL. Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques. Przypadek RENDU p. 59.

⁶⁹⁾ Porażenia, jak widzieliśmy, bywają wogóle bardzo rzadko, a istniejąca dowolność ruchów, jak przekonaliśmy się, jest w zupełności zależna od sztywności i napięcia mięśni, a nie od ich porażenia.

Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego

u noworodków i dzieci

opisał D-r med. **Henryk Higier**.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 31).

Do jakiego wieku należy porażenia mózgowe uważać za dziecięce? MARIE sądzi, że z rozpoznaniem tem należy się wstrzymać, gdy dziecko dotknięte ma 9—10 lat. Tegoż zdania zdaje się być i GOWERS, który porażenie połowiczne, powstałe w następstwie *parotitidis epidemicae* u chłopca 11-to letniego, waha się włączyć do statystyki porażen dziecięcych. SACHS określenie to stosuje, zdaniem naszym bardzo słusznie, do okresu dojścia do dojrzałości płciowej. Ścisłej granicy pomiędzy t. zw. porażeniami dziecięcymi a zwyczajnymi porażeniami mózgowymi w okresie dojrzałości płciowej nie udaje się przeprowadzić, ani pod względem etyologicznym, ani klinicznym. W każdym razie w kwestyi tej godzien zaznaczenia jest fakt, że skłonność do dwustronnych spraw mózgowych już w bardzo wczesnym wieku ginie; przypadek diplegii lub paraplegii pochodzenia mózgowego, który powstał po 4-ym roku życia, należy do nadzwyczaj rzadkich wyjątków.

Dwustronne sprawy mózgowe, zwykle czynnikami LITTLE'a wywołane, są same przez się o wiele radsze, niż jednostronne; te ostatnie zaś stanowią, jakśmy wyżej wzmiankowali, większość ostrych, w życiu zamacicznym nabytych przypadków. Z pomiędzy 225 dziecięcych porażen mózgowych spostrzegł SACHS hemiplegię blisko w 70% wszystkich przypadków, diplegię w 15%, paraplegię w 14%. Dwustronne sprawy występują więc u dzieci względnie często (29%), i fakt ten, powtarzamy, stanowi zasadniczą różnicę pomiędzy porażeniami mózgowymi u dzieci, a porażeniami u dorosłych.

Byłoby obecnie rzeczą nader trudną, prawie niemożliwą, podać statystykę dokładną porażen dziecięcych pochodzenia mózgowego wogóle, a w szczególności ich stosunek liczbowy do porażen pochodzenia rdzeniowego: materiał bowiem kliniczny jest nadzwyczaj zaniedbany i rozrzucony. Związek, zachodzący pomiędzy porażeniami u dzieci, a znacznymi wykoślawieniami, idiotyzmem, padaczką i ciężką płasawicą, powoduje to, że zastarzałe przypadki widzimy jedynie w zakładach chirurgiczno-ortopedycznych, w przytułkach dla kalek nieuleczalnych, w domach waryatów i w schronieniach dla biedaków.

Symptomatologia. Stosownie do momentu etyologicznego i obraz chorobowy rozmaicie się układa, zwłaszcza w początkach choroby. Tam, gdzie wiele przyczyn wchodzi w grę, i obraz kliniczny jest mieszany. Jako główne typy pod względem objawowym niech nam służą następujące obrazy chorobowe: 1) porażenia wrodzone (przedwczesno - porodowe), 2) porażenia porodowe, 3) porażenia nabyte.

I. W tych przypadkach porażen wrodzonych, pod względem klinicznym nader ważnych i częstych, w których mamy do czynienia tylko z porodem przedwczesnym, o początku choroby mało powiedzieć możemy stanowczego, gdyż rozpoznanie w przebiegu pierwszych dni prawie że nie może być postawione. Zwykle zauważają rodzice dopiero po wielu tygodniach i miesiącach, że ich dziecko wykonywa ruchy bardzo niezgrabnie, nie mogąc dowolnie kończynami władać. Z trudnością udaje się ubrać lub też

rozebrać dziecko. Niekiedy otoczenie dopiero wówczas zwraca uwagę na cierpienie dziecka, gdy z trudnością może ono siedzieć, lub też wcale nie może wytrwać w pozycji siedzącej, ewent. gdy zbyt późno zaczyna chodzić i mówić.

Przy badaniu dokładnem natychmiast rzuca się w oczy najglówniejszy objaw: ogólna sztywność, występująca nadzwyczaj wyraźnie, gdy dziecko rozmaite wykonywa ruchy i różne przyjmuje pozycye. Głowa i górna część tułowia są mocno ku przodowi zgięte i poruszają się w taki sposób, jak gdyby się składały z jednej bryły. Górne kończyny są kurczowo przyciśnięte do tułowia. Ramiona znajdują się zwykle w stanie silnej addukcyi, przedramiona są zgięte, ręce mocno zgięte lub wyprostowane, czasami w stanie pronacyi, palce w stawach międzyczłonkowych zgięte. Obraz ten zmienia się wprawdzie w pojedynczym przypadku, układ członków pozostaje jednak zawsze przymuszony i wprawne oko badacza natychmiast wykryje skurcze. Zwykle najsilniej są zajęte dolne kończyny: są one skręcone nawewnątrz i mocno zgięte w stawach biodrowym i kolanowym, uda są mocno do siebie przysunięte, golenie natomiast odstają od siebie, tworząc przestrzeń dosyć szeroką o postaci owalnej. Stopy położeniem swoim przypominają nogę szpotawo-końską. Ująwszy takiego dzieciaka za stopę, można go całego, jak kłodę, obracać na drugą stronę (RAYMOND).

U starszych trochę dzieci znajdujemy dosyć często obok tych jednostajnych skurczów mięśniowych t. zw. położenia przymusowe („*Zwangsstellung*“) najrozmaitszego rodzaju (np. ręce złożone jakby do modlitwy); od zwyczajnych skurczów różnią się one tem, że samodzielnie się zmieniają i celowym ruchom dowolnym nieznaczny tylko opór stawiają. Wspomnieć należy jeszcze o t. zw. ruchach spaczonych („*perverse Bewegung*“), mających ogromne podobieństwo do atetozy. Ruchy te, po których można nieraz przy pierwszem wejrzeniu rozpoznać cierpienie, stanowią przeciwieństwo do ruchów celowych, które wykonywa bawiący się dzieciak, chcąc coś schwycić lub obmacać. I chociaż ruchy spaczone występują nieraz u dzieci prawidłowo rozwijających się, to jednakże są one wtedy nie tak częste, mniej rozległe i przytrafiają się tylko u bardzo młodych niemowląt.

Takie jest w krótkich zarysach zachowanie się małych pacjentów w pozycji leżącej. Niemniej jaskrawo uwydatniają się jednak zaburzenia w równowadze u starszych dzieci przy siedzeniu i staniu. Siedzenie na ziemi udaje się tym dzieciom z bardzo wielką trudnością; padają bowiem natychmiast nawznak, nie będąc w stanie nóg swoich należycie do tułowia zgiąć. O wiele łatwiej jest im siedzieć na krześle, chociaż i tutaj siedzą bardzo chwiejnie, opierając się tylko na guzach kulszowych, podczas gdy uda i golenie są od siebie oddalone. Jeżeli dzieci starsze wiekiem zmusić do chodzenia, to natychmiast zauważyć się daje typowy chód spastyczny: nogi trzymają się sztywnie, wewnątrz zwrócone uda znajdują się w stanie tak silnej addukcyi, że kolana ocierają się o siebie przy chodzeniu, a niekiedy nawet się krzyżują. Wyraźnie występuje również przy chodzeniu *pes varoequinus*, pięty bujają w powietrzu i dzieci posuwają się naprzód na palcach. Dolna kończyna zostaje przytem *in toto* w ruch wprowadzona, miednica naprzemian podniesiona i opuszczona lub też w jedną albo drugą stronę mocno ku przodowi posunięta.

Ciągłe chwanie się górnej połowy ciała, skrzyżowanie dolnych kończyn wraz ze zwykłym, wciąż wzrastającym pośpiechem w wykonywaniu ruchów nogami powodują to, że chód jest nadzwyczaj niepewny i niebezpieczny. Z czasem jednak, mimo tak niedogodne warunki statyczne, dzieci nabierają

wprawy w utrzymywaniu równowagi, niezbędnej do szybszego posuwania się naprzód.

Chodzić próbuje dziecko takie po raz pierwszy dopiero około 3-go roku życia, czasami jeszcze później, w 6-ym roku. Biegać i skakać większość dzieci, dotkniętych wrodzoną sztywnością, nie nauczy się nigdy. W ciężkich przypadkach, gdzie sztywność członków jest bardzo silnie wyrażona, zwyczajne chodzenie może być przez całe życie niemożliwym; jeżeli jednakże przy paraplegii spastycznej dolnych kończyn górne zostają mało zajęte lub też wcale nietknięte, co przy przedwczesnych porodach należy do zjawisk dość częstych, to poruszają się dzieci takie bardzo zręcznie po podłodze, wlokąc za sobą skurczone nogi „na podobieństwo psów morskich” (FEER). W lżejszych, nietypowych przypadkach (*formes frustes*) sztywnością dotknięte mogą być tylko niektóre mięśnie goleni, i niezgrabność wychodzi wtedy na jaw tylko przy wykonywaniu pewnych bardziej złożonych ruchów, a nawet w niektórych przypadkach pozostaje cierpienie zupełnie ukryte dla oka niedoświadczonego.

W każdym razie, bez względu na to, czy mamy do czynienia z ciężkim, czy też z lekkim przypadkiem, godnym zaznaczenia jest fakt, że do sztywności prawie nigdy się nie przyłącza rzeczywiste porażenie: porażenie LITTLE'a w swojej najczystszej postaci, t. j. przez poród przedwczesny uwarunkowane, jest porażeniem wrzekomem, nie zaś rzeczywistym.

Wszystko, cośmy dotychczas powiedzieli o pseudoparalitycznej sztywności kurczowej mięśni kończyn, stosuje się z mniejszą lub większą słusnością i do wszystkich pozostałych mięśni ciała, których działalność zależna jest od woli naszej. Stałą sztywnością mięśni dają się wytłomaczyć u tych dzieci ciężkie przypadki *opisthotonus*, tu i owdzie występujące zaburzenia przełykowe i oddechowe (*laryngismus*, *dysphagia*), zez zbieżny, skurcz pęcherza moczowego, rozwlekłe skandowana mowa, nieruchomy i głupekowaty wyraz twarzy, przypominający nam przy silnych wzruszeniach uśmiech sardoniczno-dyabelski i t. d. Obok sztywności mięśni twarzy, na bliższą uwagę zasługuje t. zw. „mimika spaczona”, analogiczna do omawianych wyżej spaczonych ruchów kończyn, która czyni i tak już osłupiały i wstrętny wyraz twarzy dziecka jeszcze dziwniejszym i sprzeczności pełnym. „Dziecko takie — powiada FREUD — nie płacze szczerze i poważnie, lecz wykrzywia twarz, nadając mu mimowoli wyraz szyderstwa; płaczu tego nierozpoznałibyśmy, gdybyśmy jednocześnie nie słyszeli żalostnego jęku”. Nie zbyteczna będzie może w miejscu tem uwaga, że zarówno ruchy spaczone, jak i układ członków przymusowy spostrzegamy najczęściej i najsilniej wyrażone u dzieci diplegicznych, pod względem umysłowym słabych.

W dalszym ciągu zaznaczyć należy, że silne wzruszenia i zmęczenie zwiększają sztywność mięśni, sen zaś i spokój zmniejszają ją.

Przeszkody w wykonywaniu ruchów powiększają się nieraz wskutek tworzenia się przy kurczeniu mięśniowo-ścięgnistych z następczem stałym zniekształceniem szkieletu. Pomimo tego, że dzieci te przez cały szereg lat są niezgrabne, a członki ich sztywno-nieruchome i zniekształcone, jednakże brak jest zupełny zaniku mięśni i porażenia tychże. Również wyjątkowo tylko spotkać można zaburzenia w czynnościach naczynioruchowych, zaburzenia czuciowe, zaburzenia w oddawaniu moczu, kału i zmiany pobudliwości elektrycznej. Prawie nigdy nie występują drgawki i napady padaczkowe. Atetozę spotyka się dosyć rzadko. Ogólnej

pląsawicy z objawami spastycznymi nie spostrzegali LITTLE z pomiędzy 22-ch przedwczesnych porodów ani razu, FREUD z pomiędzy 11 przypadków widział ją 2 razy. Przeceniane dawniej co do ich znaczenia etyologicznego z mianą w kościach czaszki (*microcephalia*, *depressio cranii*, tworzenie się szpar w czaszce) stanowią przy porodach przedwczesnych objaw dosyć niestały, którego nie można postawić w ścisłym związku ani ze sztywnością ogólną, ani też z dającym się stwierdzić niekiedy przymiotem dziedzicznym.

Dosyć stałym i pod względem dyagnostycznym ważnym objawem choroby LITTLE'a jest wreszcie wzmożenie odruchów ścięgnistych i kostnych; objaw ten trwa dłużej, niż sztywność mięśni, i nie brak go wtedy, gdy sztywności zaledwie ślady jeszcze zostały.

Co się tyczy stanu umysłowego chorych, to właściwy dzieciom tym głupkowaty wyraz twarzy przyczynia się prawie zawsze przez niekorzystne wrażenie, jakie mimowoli na lekarza wywiera, do niedoceniań zdolności intelektualnych. W rzeczywistości zaś większość chorych obdarzona jest najzupełniej prawidłowymi zdolnościami umysłowymi, a tylko bardzo niewielu odznacza się mierną inteligencją, odpowiadającą ich wyrazowi twarzy.

Trochę inaczej się rzecz ma z charakterem i usposobieniem chorych, cierpieniem LITTLE'a dotkniętych. Są oni zazwyczaj gwałtowni, kłótlivi, do gniewu skłonni i wrażliwi, jednocześnie skryci i lękliwi. Czy te wybitne cechy charakteru, spotykane zwykle u t. zw. osobników zwyrodniałych (*déjénérés*), zostają prostą drogą odziedziczone, czy też znajdują się w ścisłej zależności od choroby, jest rzeczą dotychczas jeszcze nie rozstrzygniętą. Posiadamy wogóle bardzo mało pewnych danych o częstości objawów mózgowych przy porażeniach mózgowych u dzieci. Porażenia z etiologią wczesnego porodu zdają się najrzadziej z całej grupy porażań dziecięcych przebiegać z objawami mózgowymi. Jeżeli zatrzymamy stary podział LITTLE'a diplegii dziecięcych na postaci rdzeniowe i mózgo-rdzeniowe, który to podział klinicznie bez trudności przeprowadzić się daje, to rozstrzygającą dla nas powinna być statystyka FEER'a, która podaje, że ze 100 przypadków rdzeniowych, t. j. porażań spastycznych, przebiegających klinicznie bez objawów mózgowych, w 82-ch miał miejsce przedwczesny poród; z pomiędzy zaś 100 przypadków mózgo-rdzeniowych, t. j. przebiegających z objawami mózgowymi, blisko w 82-ch poród był przedłużony lub asfiktyczny.

(D. c. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

D-r. H. NIMIER.

Chirurgia trzustki.

W liczbie narządów wewnętrznych, które jeszcze dziesięć lat temu zdawały się niedopuszczać zabiegów chirurgicznego, trzustkę należy wymienić jako pierwszą. Dopiero FITZ w Ameryce i SEITZ w Niemczech opisali krwotoki, zapalenia i zgorzel trzustki, a J. BOECKEL (1891) we Francji ogłosił pracę o torbielach tego narządu; A. MUSHIEU i QUÉNU zebrali dane, dotyczące się patologii, i przyznali się do niemożności odtworzenia obrazu klinicznego z powodu braku odpowiednich objawów. Autor kolejno przechodzi krwotoki, ropnie, zgorzel i nowotwory trzustki, przytacza odnośnie spostrzeżenia kliniczne i stara się stąd wyprowadzić wnioski i wskazania do zabiegu operacyjnego w każdym odnośnym przypadku.

I. Krwotoki. Niktóre z nich nie przedstawiają żadnego interesu dla chirurga, a mianowicie spostrzegano przy daleko posuniętych wadach serca, ogólnym zastojowi krwi, powieszeniu, zatruciu morfiną, jak również przy ospie, szkorbutcie, niedokrewności złośliwej i zatruciu fosforem. Interwencya chirurgiczna tam tylko może mieć miejsce, gdzie krwotok z trzustki jest przyczyną objawów zauważanych u chorego. Autor rozróżnia: 1) wylew krwi do jamy małej sieci i 2) wylew krwi w miąższ trzustki wraz z nacieczeniem krwawem tkanki okołotrzustkowej.

1) Wylew krwi do jamy małej sieci (*arriere cavité d'epiploon*). Jeżeli wykluczyć powiklane urazy brzucha, to jedna tylko trzustka może być źródłem wylewu krwi do tej jamy surowiczej, bądź wskutek pęknięcia naczyń krwionośnych gruczołu, bądź pęknięcia torbieli, bądź też przerwania przewodu (*ductus Wirsungiani*). Pęknięcia naczyń chłonnych nie spostrzegano. Zwykłą przyczyną krwotoku bywa uraz, lub też przeczarcie naczyń torbieli. Niełatwo określić naczynie krwawiące; może to być żyła lub tętnica śledziony, *art. pancreatico-duodenalis* lub naczynie sieci. Uszkodzenie przejawia się mniej lub więcej szybkim tworzeniem się guza okrągłego, z wyraźnem chęłbotaniem pomiędzy pępkiem i lewym łukiem żebrowym; miejsce w oddzielnych przypadkach zależy od położenia i pojemności jamy małej sieci. Wysokość położenia, a niekiedy zarośnięcie *for. Winslowii* zabezpiecza od przedostania się krwi do jamy otrzewnowej. Odgłos bębnowy żołądka oddziela tępość guza od tępości wątroby, chociaż czasem odcinek kiszek, zachodzący na wątrobę, maskuje ten objaw. Dla należytego oryentowania się przy operacyi, należy pamiętać, że guz tworzy się nad kreską (*mesocolon transv.*) i odpycha na dół okrężnicę (*colon transv.*). Następnie z zebranych 6-u spostrzeżeń (LITTLEWOOD, LLOYD, NEWTON PITT et A. JACKOBSON, P. SWAIN, J. SEITZ) autor wyprowadza następujące wnioski: W liczbie objawów klinicznych należy wymieniać: ból, który chorzy najczęściej umiejscawiają w okolicy żołądka i wymioty czasem z domieszką krwi. Guz tworzy się z rozmaitą szybkością, od paru dni do 2-eh lat; w tych ostatnich przypadkach krew ulega zmianom i przy operacyi zamiast niej znajdujemy płyn rozmaitej barwy i składu chemicznego. Tępość guza może dochodzić do kąta łopatki (LLOYD), obejmować lewą górną okolice łądzwiową (LLOYD), może towarzyszyć ruchom przepony (PITT et JACKOBSON), przenosić tętnienie wielkich naczyń, leżących poza nim; nawet w spostrzeżeniu SWAIN'a w środku tępości można było wysłuchać szmer. Jako zabieg operacyjny, podana jest laparotomia nad pępkiem w linii środkowej, odsunięcie żołądka do góry, poprzecznicę ku dołowi, otwarcie ogniska, opróżnienie zawartości, przyszycie ścian jamy do rany skórnej brzucha i założenie drenu. Wyzdrowienie następuje w przeciągu 1 — 2 miesięcy. Zalecaną dawniej aspiracyę należy stanowczo zarzucić: stosowana jako środek rozpoznawczy jest niebezpieczna (uszkodzenie sąsiednich narządów), jako zabieg leczniczy — bezskuteczna (wtórne tworzenie się guza). Wyniki operacyi z przytoczonych spostrzeżeń: 4 wyzdrowienia, 1 śmierć (*peritonitis*).

2) Wylew krwi w miąższ trzustki i nacieczenie krwawe tkanki okołotrzustkowej. Oba te uszkodzenia nie mają odrębnych objawów klinicznych i rozpoznawano bywają zwykle na sekeyi. Etiologia jest zupełnie nieznana. Obraz kliniczny nie daje żadnej wskazówki co do miejsca choroby: u osobnika dotąd zdrowego, bez żadnej widocznej przyczyny, zjawia się nagle ostry ból przeważnie w nadbrzuszu, nudności, wymioty, zaparcie stolca. Przytem ogólny upadek sił, strach, oziębienie kończyn, tętno drobne, przyspieszone, oddech utrudniony. Śmierć następuje w parę godzin lub dni, niekiedy zaś stan ogólny się poprawia, lecz po pewnym przeciągu czasu wymienione objawy powracają (wtórny krwotok) i chory umiera. Według STOJANOWICZA bóle, spowodowane przez krwotok w trzustce, bywają dwójakiego rodzaju: ból w nadbrzuszu z uczuciem gorąca, szczególnie przy czczym żołądku, stopniowo wzmagający się, trwający długo, z małemi przerwami, przytem częste odbijanie, ślinotok i uczucie palenia w przewodzie pokarmowym, — i ból nieokreślony, występujący w podżebrzach, nad pępkiem, umiejscawiany przez chorego w kręgosłupie, stały lub z przerwami i obostrzeniami, występującymi w parę godzin po jedzeniu, i niezupełnie ustępujący przy stosowaniu przetworów makowcowych. SEITZ zwraca uwagę na niepokój, który występuje u chorych po krwotoku. Dotąd nigdy przed operacyą nie rozpoznano krwotoku trzustki; przystępowano do otwarcia jamy brzusznej z rozpoznaniem niedrożności kiszek lub zapalenia otrzewnej.

Wszyscy autorowie zgadzają się, że śmierć nie następuje zaraz wskutek obfitego krwotoku, którego źródłem jest trzustka: THIROLOIX jako przyczynę wskazuje oblite-

rację naczyń, otaczających przewód WIRSUNG'a; LÉPINE — *infarctus haemorrhagicus*; STOJANOWICZ—niedokrwistość mózgu; autor—*syncope* pochodzenia ośrodkowego, albo też rozszerzenie naczyń brzusznych i anemię mózgu wskutek podrażnienia nerwu współczulnego.

Interwencja chirurgiczna przy krwotokach trzustki była dotąd prawie empiryczna, brak tu zupełnie wskazań. Nie znalazłszy przy laparotomii niedrożności kiszek, ani zapalenia otrzewnej, chirurg zwykle nie bada okolicy nadbrzuszej, chociaż ona jest miejscem objawów, wskazywanych przez chorego. Jeżeli w przypadkach krwotoku trzustkowego *a priori* nie można odrzucić ogólnej zasady postępowania—wyszukać krwionośne naczynie,—to również należy pamiętać, jak trudno jest zastosowanie tej zasady w podobnym razie: trzustka nie posiada znacznie większych naczyń, podwiązanie zaś sąsiednich większych gałęzi, dających początek drobnym gałązkom trzustkowym, jest niebezpieczne, ze względu na zaburzenia, mogące wystąpić w żołądku, śledzionie i dwunastnicy. Autor rzuca myśl, czy nie odpowiednio byłoby podwiązanie *art. mesent. superioris*. Teoretycznie można nakreślić następujący plan operacji: po otwarciu jamy brzusznej i odsunięciu żołądka ku górze, otworzyć nad poprzecznicą jamę małej sieci, usunąć z niej skrzypy, przypalić przyrządem PACQUELIN'a, wytamponować gazą jodoformową.

II. Ropnie trzustki bywają dwójakiego pochodzenia: *a*) jako wynik zapalenia samego gruczołu i *b*) jako powikłanie przy chorobach zakaźnych; te ostatnie tylko wtedy podlegają zabiegowi chirurgicznemu, jeżeli są jedyną pozostałością choroby ogólnej. Ropnie pierwotne trzustki można uważać jako następstwo *angio-pancreatitis*, analogicznego do *angio-cholecistitis* (ARNORAN): zapalenie z dwunastnicy przechodzi na przewód WIRSUNG'a, a następnie na zraziki gruczołu przy współudziale drobnoustrojów (MATHIEU). Nie bez wpływu są i warunki miejscowe: dawno urazy, rozszerzenie dróg trzustkowych (kamica trzustkowa, zwyrodnienie trzustkowe, krwotok śródmiąższowy); również powodem ropnia może być wrzód okrągły żołądka i dwunastnicy. Rozróżniamy: *pancreatitis suppurativa acuta* z obostrzeniami i zwolnieniami i *pancr. supp. subacuta* z przebiegiem przewlekłym, która może być inaczej nazwana *p. s. torpida*. W postaci ostrej objawy występują nagle: bóle w brzuchu i nadbrzuszu, wymioty, ogólny upadek sił, zaparcie stolca. Około trzeciego dnia zjawia się lekkie podniesienie ciepłoty, i w tym czasie występuje bolesność i odgłos bębniasty w nadbrzuszu. Często bywa czkawka i wtórnie ziębienie. Rzadko śmierć następuje szybko, zazwyczaj choroba trwa 3—4 tygodni. Na sekcji znajdujemy trzustkę przokrwioną, powiększoną, z jednym większym lub licznymi mniejszymi ropniami, przetokami do kiszek lub otrzewnej i zrostami. Ta forma spotyka się u osób żółciowych i cierpiących na zaburzenia w przewodzie pokarmowym. W postaci przewlekłej (Fitz) choroba zaczyna się od osłabienia, słabej żółtaczki, utraty łaknienia, a w końcu biegunki. Gorączki niema wcale, bóle są słabe, albo ich brak zupełnie. Zjawiają się w końcu: puchlina brzuszna i podskórna, ciemno zabarwienie skóry, i po kilku miesiącach chory wyniszczony umiera. Przy oględzinach pośmiertnych znajdujemy zwykle w trzustce jeden wielki ropień, często łączący się z jamą małej sieci; zakrzep żyły wrotnej i rozlane zapalenie otrzewnej. Przy rozpoznaniu należałoby zwracać uwagę na zaburzenia w trawieniu trzustkowym (MATHIEU).

W 1887 r. SENN radził przy krwotokach zapalnych trzustki operację, lecz dotąd nie ogłoszono ani jednego podobnego przypadku i poglądy amerykańskiego chirurga czekają na praktyczne zastosowanie. Leczenie teoretycznie powinno polegać na laparotomii, odszukaniu trzustki; przy licznych ropniach zabieg cały jest bezskuteczny z powodu niemożności lub niebezpieczeństwa usunięcia całkowitego trzustki. Przy ropniu pojedynczym (najczęściej w *cauda pancre.*) należy albo usunąć całe ognisko, albo wszystkie ścianę ropnia w ranę brzuszną i zaprowadzić dren. Przy równoczesnem zajęciu tkanki zaotrzewnowej zaleca się przeprowadzenie sączka przez okolicę lędźwiową lewą; przytom, wobec niemożności wszycia ściany ropnia w ranę brzuszną, można ją zamknąć zupełnie, poprzestając na sączku w okolicy lędźwiowej.

III. Zgorzel trzustki podług R. FITZ'a jest najczęściej następstwem zapalenia, przechodzącego na ten gruczoł z sąsiednich błon śluzowych, rzadziej powstaje wskutek przetoki dróg żółciowych lub przewodu pokarmowego. Zakażenie z żołądka lub kiszek gra też ważną rolę w tym względzie. Zmiany w samej tkance gruczołu (zwyrodnienie tłuszczowe, uraz, krwotok) mają też ważny wpływ, jako czynniki przygotowujące podatną glebę. Zazwyczaj choroba zaczyna się nagle bez określonej

przyczyny silnym bólem, umiejscawianym przez chorego w okolicy żołądka, w lewym podżebrzu, lewej okolicy łędźwiowej. Ból występuje napadami, przyjmowanymi zwykle za kolki żółciowe. Zjawiają się wymioty, zaparcie stolca lub biegunka żółciowa; w moczu białko, czasami lekka żółtaczka; $T^{\circ} 39^{\circ}$ — 40° . Miejscowych zmian na razie niema żadnych, tylko stopniowo występuje wzdęcie w okolicy nadbrzusza lub w lewej połowie brzucha; w niektórych przypadkach w tych okolicach można zauważyć stłumienie odgłosu opukowego. Jako powikłania opisano: ropnicę, zapalenie otrzewnej, opłucnej, osierdzia, zator tętnicy płucnej. Chociaż w dwóch przypadkach (TRAFOYER i CHIARI) nastąpiło wydalenie z kałem (przez przetokę kiszczową) obumarłej trzustki i wyzdrowienie, co sprawdzono badaniem drobnowidzowem, to jednak zwykłym zejściem bywa śmierć po 5—12 dniach, lub też po 5 tygodniach do 8 miesięcy. Przy oględzinach pośmiertnych znajdowano trzustkę zupełnie oddzieloną, pływającą w ropie, lub też częściowo obumarłą, z wyraźną krosą odgraniczającą; te spostrzeżenia pozwalają myśleć o skuteczności zabiegu chirurgicznego w podobnych przypadkach, tak jak dwa wspomniane wyżej spostrzeżenia—wydalenia z kałem obumarłej trzustki—bynajmniej nie skłaniają do metody wyczekującej. W przypadku podejrzenia zajęcia trzustki należałoby przedsięwziąć laparotomię próbną, rozpoznanie zaś może się wahać pomiędzy krwotokiem, ropniem lub zgorzełą. Po otwarciu jamy ropnia, trzeba go opróżnić, należyście oczyścić i założyć sączki. Najważniejsze zaś jest uchwycenie odpowiedniego momentu, kiedy stan ogólny chorego daje szanse pomyślnego przebiegu pooperacyjnego. (D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

94. KRUSE. **Przyczynę do etyologii i rozpoznawania grypy.** Autor uwzględnia prace PFEIFFER'a, WEICHELBAUM'a i PFUHL'a nad lasecznikami grypy, uznaje wykrytego przez PFEIFFER'a laseczniaka za przyczynę cierpienia, podaje metodę odnajdywania go pod drobnowidzem i drogą hodowli, określa biologiczne cechy pasorzyta, usiłuje wykazać jego znaczenie przyczynowe i rozpoznawcze. Badał on płwocinę w 18-u przypadkach, które dotyczyły chorych na grypę pierwotną lub też wikłającą cierpienia wewnętrzne, gruźlicę i choroby przewodu pokarmowego. U wszystkich wykrył odnośne laseczniaki. W niektórych przypadkach dopiero wykrycie laseczniaków umożliwiło rozpoznanie. Preparaty wysuszone barwi się mniej więcej 10 minut rozcieńczonym roztworem fuksyny czystej lub razem z karbolem (np. 20 krotnie rozcieńczonym płynem ZIEHL'a) lub innymi barwnikami anilinowymi. Pasorzyty grypy z trudnością się barwią i należą do pasorzytów najmniejszych, z dotychczas wyhodowanych. Przy słabym barwieniu widać niekiedy pośrodku laseczniaka wakuole, upodabniając go do diplokoka. W przypadkach typowych laseczniaki są tak liczne i tak jednakie, że wykrycie ich należy do najłatwiejszych zadań rozpoznawania bakteriologicznego. Współ z nimi występujące diplokokki odróżnia się na zasadzie ich ciemniejszego zabarwienia i wymiarów. Laseczniaki grypy udaje się wykryć nieraz przy pierwszym badaniu, innym razem dopiero po całym szeregu poszukiwań. Mogą występować w nieznacznej ilości same lub wraz z licznie je przewyższającymi innymi pasorzytami, jako to paciorkowcami i diplokokami. Niekiedy na pierwszy rzut oka laseczniaki występują nielicznie, natomiast w innych częściach wydzieliny znajdują się całe gromady odnośnych pasorzytów. Przeciąg czasu, podczas którego można wykryć laseczniaki grypy w płwocinie, nie daje się określić. Niekiedy znikają one w kilka dni po grypie, innym razem, np. u suchotników spotykamy je jeszcze w kilka miesięcy. Zwykle w miarę osłabienia sprawy występują one wciąż mniej licznie i do tego nie pomiędzy ciałkami ropnemi, lecz w nich są zawarte. Podlegają one też wtedy zwyrodnieniu: barwią się słabiej, stają się grubszyimi i nabierają kształtów nieprawidłowych. Jednocześnie ze znikaniem laseczniaków swoistych występują paciorkowce.

Łatwiej i niekiedy prędzej wykrywają się laseczniaki grypy drogą hodowli. Wykazuje ona je w przypadkach, w których badanie drobnowidzowe dało wyniki ujemne. Hodowle udają się wyłącznie przy wysokiej cieplotie i specjalnem ich traktowaniu. Należy mianowicie po zwykle używanych glebach rozprościć dany materiał, bądź płwocinę, bądź to ropę z jam płucnych, lub też zaszcześcić

rozcieńczony materiał na odżywkach, do których uprzednio dodana została krew. Najstosowniejsza jest odżywka agarowa po przeprowadzeniu po jej powierzchni krwi gołębiej. W tym celu zapomocą wyjąłowanego narzędzia nabiera się nieco krwi z wielkiej żyły skrzydła gołębiego. Odosobnienie laseczników grypy uskutecznia się w szalkach PETRI'ego. Dolną połowę szalki radzi autor pokryć kloszem szklanym w celu usunięcia znacznej ilości wody kondensacyjnej, powstałej drogą parowania. Po takiej glebie przeprowadza się krew gołębią zapomocą pendzelka, uprzednio wyjąłowanego w sterylizatorze parowym. W ten sam sposób należy znów rozprowadzić materiał, w którym się laseczników poszukuje; można też uprzednio wydzielinę rozcieńczyć w bulionie. Zapomocą takiego samego pendzelowania powierzchni gleby otrzymuje się pożądane rozcieńczenie. Wśród setek najmniejszych hodowli łatwo wtedy pod drobnowidzem odróżnić laseczki grypy. Są one przeważnie przezroczyste, bezbarwne i pozbawione jakiejkolwiek budowy, niekiedy zaś na starych płytkach, pokrytych grubą warstwą ciałek krwi, w środku nieco żółtawe. Niekiedy udaje się je zauważyć gołym okiem, jako grudki zupełnie przezroczyste, w kształcie kropelki rosy. Wprawdzie i inne hodowle (diplokokki) mają wygląd kropelek rosy. Przeszczerpień należy dokonywać w przerwach 4-dniowych. W atmosferze suchej z miliona laseczników grypy mogą przy ciepłocie pokojowej zaledwie nieliczne osobniki przeżyć dobie, a przy 37° — 7 godzin. Światło dzienne utrzymuje je przy życiu. Nie można tedy przypuścić, aby zarazek grypy przenosił się zapomocą kurzu. Z doświadczeń nad szczepieniem grypy autor wnioskuje, że najłatwiej udają się one na królikach. Podskórne szczepienie 1/3 hodowli agarowej wywołuje miejscowe obrzmienie, a po 1—2 tygodni twarde guzik. Po pewnym czasie guzik mięknie, i miejsce jego zajmuje ognisko gęstej, białej ropy, jak to zwykle bywa u królików. Mniejsze guziki ulegają wessaniu, większe przechodzą w owrzodzenia. W ognisku takim można wykryć laseczki zaledwie w pierwszych dniach jego powstawania, jakkolwiek i wtedy już w stanie zwyrodnienia. Sprawa ta nie jest analogiczna ze zmianami, jakie spotykamy przy grypie, jest jednak dla laseczników grypy charakterystyczna.

Patogeneza grypy nie została wyjaśniona. Nie wykazano, iżby podczas najwyższego natężenia sprawy, zwanej grypą nieżytową, błona śluzowa dróg oddechowych była najobficiej usiana swoistymi lasecznikami. Należy zauważyć, że w późniejszych okresach cierpienia nigdy nie wykrywano laseczników swoistych, — natomiast paciorkowce. Mamy więc i w grypie, jak w innych cierpieniach, sprawy pierwotne i wtórne.

Autor nie spostrzegał postaci grypy wyłącznie dotyczącej narządów trawienia, nie daje nam więc żadnych danych o lasecznikach w odnośnych sprawach. Tego rodzaju badania nie zostały jeszcze przez nikogo dotychczas podjęte. Nic nie wiemy też o stosunku pasorzytów do nerwowych postaci grypy. Być może, że laseczki znajdują się we krwi i tą drogą działają na układ nerwowy. Większość autorów wykryła je we krwi zaledwie w nielicznych przypadkach, autor w żadnym. W samym układzie nerwowym dotychczas, prócz PRUHL'a (w mózgu), nikt ich nie spostrzegał. Objawy ze strony najrozmaitszych narządów można byłoby wreszcie tłómaczyć szczególną wrażliwością niektórych osobników. Autor uwzględnia wreszcie epidemiologiczną stronę kwestyi.

(*Deutsche med. Woch.* 1894. N. 24).

Biro.

95. L. THEINOT i E. J. MASSELIN. **Przyczynę do nauki o zaburzeniach rdzeniowych w chorobach zakaźnych.** Autorowie zastrzykiwali 43 królikom hodowlę *b. coli* (mniej dokładne badania robili także z gronkowcem złocistym). Z tych 9 zginęło w przeciągu pierwszej doby przy objawach wstrząsu albo ogólnego zatrucia, opisanego przez ESCHERICH'a. Pozostałe zaś 34 dotknięte zostały porażeniem tylnych kończyn. Jest to zjawisko, bardzo doniosłe rzucające światło na stosunkowo częste zaburzenia rdzeniowe w niektórych chorobach zakaźnych. Osłabienie kończyn dolnych zjawiało się już na 2—3 dzień (czasami zaś daleko później, raz nawet w 6 miesięcy po operacji) i bardzo prędko dochodziło do zupełnego porażenia, przyczem jednocześnie wystąpił znaczny zanik. W kilku przypadkach porażenie przeszło następnie i na przednie kończyny, zwykle zaś zwierzęta jeszcze przedtem ginęły przy objawach charłactwa; przyczem porażenie trwało przeciętnie 2—52 dni. Wreszcie z 34 zwierząt, dotkniętych porażeniem, zginęło tylko 21, reszta zaś wyzdrowiała zupełnie. „Wyleczenie było zawsze zupełne: jedno spo-

strzeżenie, prowadzone przez półtora roku, nie zostawia żadnej wątpliwości co do tej kwestyi (wyleczenia) i budzi prawdziwy zachwyt, gdy się widzi zupełnie zdrowymi zwierzęta, które przedtem były w tak złym stanie, że im się przepowiadało najwyżej jeszcze kilka godzin życia“.

Autorowie przy pomocy znanego anatomo-patologa GOMBAULT'a przeprowadzili dokładne badanie rdzenia padłych zwierząt pod względem mikroskopowym i bakteriologicznym (część kliniczna jest niestety niedokładna i powierzchowna. Ref.). Rdzeń, zwłaszcza część lędźwiowa i piersiowa, daleko rzadziej szyjowa, był u wszystkich zwierząt zakażony specyficznie. Godny uwagi jest fakt, że kiedy ze wszystkich innych tkanek tych zwierząt nie można było otrzymać hodowli, rdzeń nawet po 6-iu miesiącach dawał wyniki dodatnie. Oczywiście, że rdzeń jest *le dernier refuge b. coli*. Badanie bakteriologiczne rdzenia zwierząt, które powróciły do zdrowia, dawało wynik ujemny.

Z wyjątkiem rzadko spostrzeganych wybroczyn krwawych i ropni, rdzeń nie przedstawiał makroskopowo innych zmian. Mikroskopowe zmiany były następujące: istota szara w przednich i tylnych rogach mniej przezroczysta, bardziej jednostajna; komórki nerwowe nie łatwo odróżnić od włókien i wyrostków. Zależy to przeważnie od obfitej drobnej wakuolizacji całej szarej istoty. Duże komórki (ruchowe) przednich rogów wykazały zmiany trojakiiego rodzaju: 1) niektóre były usiane wakuolami; jądro czasami było zupełnie niewidzialne, 2) w niektórych protoplazma stała się jednostajną i bardziej załamującą światło; jądro było w nich niewyraźne, i 3) niektóre komórki uległy zwyrodnieniu ziarnistemu, jądro jeszcze istniało, albo zupełnie znikło. Czy te zmiany są różnymi okresami jednej i tej samej sprawy chorobowej, GOMBAULT nie rozstrzyga. Neuroglia przedstawia niewyraźne zmiany, naczynia—bardzo nieznaczne.

Istota biała była zmieniona tylko w połowie przypadków; zmiany te jednak nie zawsze były równoległe ze zmianami w istocie szarej. Polegały one głównie na niejednostajnym wzdęciu włókien osiowych. Myelina wreszcie także była zmieniona, barwiła się bowiem albo za słabo albo za mocno. W oponach, korzeniach, zwojach sympatycznych, nerwach obwodowych—zmian prawie nie było. Mięśnie były bardzo zanikłe, chociaż objawów zwyrodnienia, z nielicznymi wyjątkami, nie było. Jądra wewnątrz sarkolemmy znacznie zwiększone, zarówno jak i tkanka łączna mięśni.

Bardzo ciekawy jest fakt, że w rdzeniu królika, który po przebytem porażeniu kończyn dolnych zupełnie wyzdrowiał, nie znaleziono zmian żadnych.

(Na zasadzie tych badań można postawić następujące bardzo ważne wnioski.

1) W niektórych chorobach zakaźnych (zależnych od *b. coli* i gronkowca złocistego) bakterie łatwo przenikają do rdzenia *resp.* szarej jego istoty w części lędźwiowej i piersiowej; porażone są głównie komórki duże ruchowe i troficzne w rogach przednich; 2) wskutek tego występuje porażenie i zanik kończyn tylnych; 3) porażenia wskutek zakażeń są uleczałe, przyczem w rdzeniu następuje *restitutio ad integrum*; 4) teoria o zakaźnym charakterze *polyomyelitis anterioris*, oparta na opisach epidemicznych wybuchów tej choroby, zyskuje dużo na prawdopodobieństwie. Ref.) (*Revue de médecine*. N. 6. 1894). Bychowski.

96. D-r LANZ. Jak często i w jakim czasie występuje *urethritis posterior* w przebiegu ostrej rzeżączki? Na zasadzie licznych spostrzeżeń, w tym kierunku dokonanych, autor przychodzi do wniosków następujących: 1) W przypadkach ostrej, po raz pierwszy przebiegającej rzeżączki — zajęcie głębokich części cewki stwierdzić można na 100 w 80%. 2) Ta częstość przypadków *urethritis post.* dowodzi, że nie należy jej uważać za powikłanie, lecz za pewien okres prawidłowo przebiegającej rzeżączki. 3) Zważywszy, że na 100 przypadków ostrej rzeżączki w 80 sprawa posuwa się na część błoniastą i krokową — pogląd o wpływie przypadkowych bodźców zarówno wewnętrznych (usposobienie, choroby ustrojowe), jako też zewnętrznych (nieumiarkowany ruch, nadużycia *in Baccho et Venere* etc.) na powstawanie *urethritis posterioris* upada. To posuwanie się zapalenia na głębokie części cewki jest właściwością samego cierpienia i nie zależy od wpływów wypadkowych, które jednak sprzyjają przyspieszeniu sprawy. 4) Zabiegi lecznicze nie wpływają również na wywołanie zapalenia części głębokich cewki, gdyż powstaje zarówno przy leczeniu wewnętrznymi tylko środkami, jak i przy stosowaniu wstrzykiwań. 5) *Urethritis posterior* wywiązuje się daleko wcześniej, niż to mniemano; rozwija

się ono w 1-yim tygodniu cierpienia w 20% przypadków, w 2-im—w 30%, a w przebiegu 3-go tygodnia w 12%, zatem w połowie wszystkich przypadków powstaje w dwóch pierwszych tygodniach. 6) Czasem przebiega *urethritis posterior* bez objawów podmiotowych, i w tych razach rozpoznanie wtedy tylko baczności lekarza nie ujdzie, jeżeli moczu chorych częstym badaniom podlega.

(*Archiv f. Dermat. und Syphilis XXVII B. 2 Heft.*).

Mazaraki.

97. C. STRECKER. **O anatomicznych zmianach serca przy przewlekłych zaburzeniach umysłowych.** Na zasadzie obfitego materiału, bo tycającego się 1000 przypadków, zebranego w znanym zakładzie chorób umysłowych w Dalldorfie, autor rozpatruje związek zmian anatomicznych serca z cierpieniami umysłowymi. Związek ten niedawno znowu stał się przedmiotem badań, chociaż jeszcze w początku naszego stulecia zwracał na siebie uwagę lekarzy. Przy pośmiertnem badaniu 600 na umysłowe choroby zmarłych mężczyzn—u 370 znajdowano zmiany w sercu (61,67%), z 400 kobiet zaś tylko 171 razy (42,75%). Z 37 mężczyzn, dotkniętych obłędem starczym (*dementia senilis*) 34 miało zmiany serca (91%), u kobiet zaś na 65 znaleziono zmiany tylko w 50 przypadkach (76%). Przy bezwładzie postępującym z 430 mężczyzn zmiany w sercu były 241, a z 229 kobiet tylko 76 razy (56%; 33%). Padaczka dała u mężczyzn 63%, u kobiet 30% zmian w sercu. Widzimy więc, że odsetka mężczyzn umysłowo chorych ze zmianami w sercu jest czasami 2 razy większa, aniżeli kobiet. Największej ilości dostarczają zmiany zastawek (29,6% u mężczyzn, 13,7% u kobiet). Przerost serca u mężczyzn 18,5%, u kobiet 10,7%. Zanik serca u mężczyzn 10,8%, u kobiet 10,7%. Zmiany w osierdziu u mężczyzn 2,6%, u kobiet 2,7%. Autor kończy swoją obszerną i ciekawą pracę statystyczną następującymi wnioskami: 1) U chorych umysłowych, znajdujących się w Dalldorfie, mężczyźni częściej miewają zmiany w sercu, aniżeli kobiety. 2) Z wiekiem wzrasta częstość zmian w sercu. 3) Przewlekłe choroby umysłowe wywołują zmiany w sercu. 4) Rodzaj cierpienia umysłowego wywiera wpływ na częstość zmian w sercu.

(*Virchow's Archiv. Bd. 136. Heft. 2.*)

B.

ODCINEK.

○ hypnotyzmie i suggestyi.

Przez Józefa Saksa.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 31).

Po zapoznaniu się w ogólności ze stanami hypnotycznymi, przyjrzyjmy się im szczegółowiej. Gdy daję komuś suggestyę, aby zasnął, niektórzy niezwłocznie zasypiają i można widzieć, jak powieki ich ciągle drżą; ten objaw jest częsty, lecz nie stały. Jeżeli uspienemu uchylić powieki, to daje się często zauważyć, że gałki oczne zwrócone są ku górze. Twarz jest nieruchoma, z wyrazem dość poważnym, czoło cołkowiek zmarszczone. Oddech spokojny i regularny, tętno prawidłowe. Jeżeli niekiedy daje się zauważyć u osób, po raz pierwszy hypnotyzowanych, oddech przyspieszony, nierówny, twarz czerwoną, drżenie mięśniowe,—to trzeba pamiętać, że objawy te nie należą do objawów hypnotycznych, lecz są skutkiem wzruszenia, które odczuwa dany osobnik przy pierwszym hypnotyzowaniu. U neuropatów, histeryczek objawy nerwowe przybierają niekiedy większe rozmiary: następują spazmy, uczucie duszenia się, objawy wielkiej i małej histeryi. Lecz wszystko to szybko ustępuje przy spokojnem postępowaniu z chorym; następnie posiedzenia już prawie nigdy nie przebiegają przy podobnych objawach. Jedni podczas snu hypnotycznego wykonywają niektóre ruchy refleksyjne: drapią się, podnoszą rękę, zmieniają swą pozycyę; inni siedzą nieruchomie.

Czucie w rozmaitych stopniach hypnozy rozmaicie bywa zmienione. Podczas lekkiego snu jest zachowane: łechtanie, ukłucie szpilką, dotknięcie okolicy bolesnej—wywołują odruchy i niekiedy przebudzenie się. Co innego widzimy podczas snu głębokiego; wtedy czucie bywa osłabione albo też istnieje zupełna anestozja; można głęboko kluć szpilką, podstawiać pod nos mocny amoniak—medyum nawet nie drgnie. U nie-

których osobników anestezja nie rozwija się sama przez się, lecz dopiero pod wpływem sugestyi; trzeba mu dopiero powiedzieć, że nie czuje, aby wywołać podobne objawy znieczulenia.

Każdemu przyjdzie bezwarunkowo na myśl, że jeżeli możemy osiągnąć znieczulenie zupełnie zapomocą hypnotyzmu, to dla czegoż nie skorzystać z takich objawów w celach praktycznych, do zastąpienia chloroformu? Otóż próby podobne były robione i skutecznie: wykonywano nawet laparotomię podczas snu hypnotycznego; statystykę operacji większych i mniejszych podczas hypnozy liczy się na setki; w listopadzie zeszłego roku usunięto w Belgii macicę z powodu włóknaków podczas snu hypnotycznego. Pomimo tych wszystkich dobrych wyników, hypnotyzm nigdy nie zastąpi chloroformu, a to z następujących powodów. Przedewszystkiem znaczne znieczulenie, jak już wyżej nadmieniliśmy, nie jest stałym objawem hypnozy, a powtórne strach przed operacją przeszkadza często owemu skupieniu uwagi, które jest konieczne do wywołania hypnozy; po trzecią sen hypnotyczny może łąda chwila się przerwać, i dla tego zawsze trzeba mieć na pogotowiu chloroform.

Zmiany w sferze ruchu są częstsze i łatwiej dają się osiągnąć, niż zmiany w sferze czucia. Wszyscy zahypnotyzowani, z wyjątkiem znajdujących się w pierwszym stopniu hypnozy, przedstawiają objawy t. z. katalepsyi sugestyjnej. Już przy klasyfikacji stanów hypnotycznych zauważyliśmy, że objaw ten rozmaicie występuje, stosownie do stopnia zdolności sugestyjnej danego osobnika. Raz katalepsja jest miękka, jeżeli tak wolno się wyrazić; ręka podniesiona opada za najmniejszym naciskiem na nią. Innym razem katalepsja przybiera postać giętkości woskowej (*flexibilitatis cereae*); rozmaitym częściom ciała można nadać najdziwniejsze pozy, które zachowują, choćby one były najniwygodniejsze; niekiedy znów katalepsja jest połączona z objawami przykurczenia. Jeżeli podnieść naprzykład rękę medyum do góry, to trzeba użyć znacznej siły, aby ją przechylić ku dołowi; jeżeli udało się już przewyciężyć opór i pozostawia się dany członek w spokoju, przybiera on, jak sprężyna, znów położenie, które wpraw zajmował; jest to tak zwana przez BERNHEIM'a katalepsja towarzysząca. Skurez taki rozszerza się niekiedy na całe ciało; wtedy głowę można umieścić na jednym krześle, nogi na drugim i usiąść na ciele bez obawy naruszenia tych przykurczeń; podobnie doświadczenia często urządzają rozmaici prestidigitatorzy i większość czytelników widziała zapewne ten objaw stanu hypnotycznego. Lecz dość wygłosić sugestję: „pan możesz ruszać ręką, nogą“,—aby w jednej chwili owe przykurczenia zginęły.

Do wywołania objawów automatycznych potrzeba hypnozy głębszej, niż do otrzymania katalepsyi. Podnosi się naprzykład ręce i obraca jedną około drugiej kilka razy; medyum obraca je następnie automatycznie. Jedni chcą widocznie przestać wykonywać te ruchy; znajdujący się w stanie głębszej hypnozy obracają ręce regularnie. Pan nie możesz wstrzymać swych rąk,—powiadam do medyum: jedni nie próbują nawet ich zatrzymać; drudzy starają się zbliżyć rękę do ręki, trą jedną o drugą; lecz wstrzymać ich nie są w stanie. Rzadziej udaje się wywoływać automatyczne ruchy nóg.

Zapomocą sugestyi można wywoływać nie tylko przykurczenia, ale też i paralizy najrozmaitszych części ciała. Powiadam do zahypnotyzowanego: pańska ręka sparalizowana; podnoszę rękę do góry i ona opada ociężała. U niektórych sugestya taka szybko przechodzi sama i ręka wkrótce wraca do stanu normalnego; u innych taki paraliż trwa czas dłuższy. CHARCOT, który wywoływał u niektórych histeryczek podobne paralizy do wyłomaczenia objawów t. zw. histero-traumatycznego paraliżu, ostrzega usilnie, aby nie pozostawiać długo takiego paraliżu bez kontra-sugestyi, ponieważ w umyśle medyum może się zakorzenie przekonanie o stałości takiego paraliżu, który też trudno potem usunąć. GILLE de la TOURETTE podawał rozmaite oznaki, pozwalające odróżnić paralizy, zależne od sugestyi i auto-sugestyi, od tak zwanych organicznych, lecz późniejsi badacze nie potwierdzili jego zdania.

W głębszych stanach hypnozy mamy nowe objawy. Wtedy człowiek staje się prawie maszyną. Powiadam do uśpionego: „wstań pan“,—on się podnosi. „Pan nie możesz iść naprzód, lecz musisz się cofać“, on robi próżno wysiłki, aby iść naprzód i cofa się. „Pańskie nogi sparalizowane“, on pada. Dotykam się go rękoma i robię ruch, jakby przyciągając go ku sobie; on idzie w ślad za mną; rozkazuję mu tańczyć, on tańczy.

To są objawy, które znajdujemy w pierwszej klasie fenomenów hypnotycznych.

Teraz przejdziemy do rozpatrzenia objawów w stanach somnambulicznych, objawów najwięcej ciekawych—iluzji i halucynacji, wywoływanych zapomocą sugestji. Choremu, znajdującemu się w stanie somnambulizmu, kładę do ust sól i powiadam, że to cukier—chory czuje słodycz; daję wodę zamiast wina, amoniak zamiast wody kolońskiej—medyum zgadza się z moim twierdzeniem. Ołówek w ustach somnambulika, stosownie do sugestji, odgrywa rolę cygara, którego aromat wciąga somnambulik z przyjemnością.

Halucynacje, wywoływane zapomocą sugestji, mogą też być najrozmaitsze. Powiadam do somnambulika: „oto masz pan jabłko, weź je pan!“.—wykonuje ruch, jak gdyby brał coś odemnie, kręci, obraca, niemając nic w ręku. Jest to halucynacja wzrokowa i dotykowa. „Jaki ma ładny zapach to jabłko!“,—somniaulik zbliża rękę do nosa i wciąga w siebie zapach fikcyjnego jabłka; jest to halucynacja węchowa. Można też poddawać halucynacje słuchowe i smakowe.

Halucynacje mogą też być bierne i czynne. Powiadam do somnambulika: „Jesteś pan na wsi, spacerujesz po łąkach, gdzie się znajduje rzeczka; pan się rozbierasz i kąpiesz. Po kąpieli odpoczywasz na trawie, gdy wtem widzisz, że wściekły pies pędzi ku panu; wystraszony, uciekasz pan, lecz pies dopędza i kąsa pana“. Wszelko, co opowiadam, somnambulik odczuwa jak we śnie; na twarzy jego, jak w kalejdoskopie, zmieniają się wrażenia, stosownie do tego, co opowiadam: zahypnotyzowany odczuwa to wszystko, co jego imaginacja pod wpływem mej sugestji rozwinęła, lecz ciało jest nieruchome,—jest to halucynacja bierna.

Innemu somnambulikowi daję następującą sugestję: „Przyjaciół odwiedzi dziś pana, pan przywitasz się z nim łaskawie, ofiarujesz mu szklankę wina, którą wychylicie za jego zdrowie. Po pijanemu przyjaciel obrazi pana; pan w złości go uderzysz i wywiąże się między wami walka. Otóż on idzie! Wstań pan“. Medyum wstaje, podaje komuś rękę, rozmawia, wykonuje ruch, jakby coś brało do ręki, zbliża do ust, widać ruchy połykowe; następnie zaczerwienione krzyczy, bije i stara się kogoś odepchnąć. Medyum wypełnia wszystko tak, jakby miało do czynienia z czemś rzeczywistym,—jest to halucynacja czynna: medyum jest nie tylko widzem, lecz i aktorem. Po przebudzeniu się, medyum nie pamięta z tego, co czyniło we śnie, lecz dość zahypnotyzować je znów, lub kazać mu zamknąć tylko oczy i powiedzieć: przypomniaj sobie—medyum po kilku chwilach wie, co czyniło podczas przeszłego snu. Wytlomaczenie tego dziwnego objawu podamy niżej.

Przy halucynacjach czynnych ważną rolę odgrywa indywidualność medyum. Ludzie z mało rozwiniętą imaginacją nie spełniają dokładnie danej im halucynacji. „Zdaje mi się, że widzę kota“—odpowiadają niektórzy na daną sugestję, że go widzą. Inni, z bujniejszą fantazją, widzą, czują, słyszą wszystko, jakby rzeczywiste. Podajemy jedną i tę samą halucynację trzem osobom, i każda wypełni ją oryginalnie, każda doda coś indywidualnego. Trzeba też dodać, że somnambulik i we śnie nie wykonuje tego, czego nie jest w stanie wykonać na jawie: analfabeta nie będzie czytał, niewymowny nie odegra dobrze roli adwokata i t. d.

Karol RICHTER pomieścił w „Revue philosophique“ swe obserwacje nad somnambulikami, u których zapomocą sugestji wywoływał dziwne zmiany wieku, zajęcia i t. d., co w swoim czasie wykonywał już DODS, a teraz KRAFFT-EBBING. Objaw ten nazwał RICHTER „*objectivation des types*“. Przytoczę jedno jego doświadczenie w przekładzie prawie dosłownym:

„U Cl., w stanie somnambulicznym, bardzo łatwo można wywołać iluzję co do jego osoby. Powiadam do niego: „masz pan 6 lat, jesteś dzieckiem, idź się bawić z malcami“—i otóż on wstaje, skacze, bawi się niby mały chłopczyk i t. d. Wtem odzywam się: „jesteś młodą panną“. W jednej chwili zmienia wyraz twarzy, skromnie spuszcza oczy, otwiera szufladę, wyciąga obrus i rozpościera go po stole. Następnie powiadam: „jesteś generałem, znajdującym się na czele swej armii“. On się wyprostowuje i krzyczy: „naprzód!“. Zamieniam go w psa. Łazi wtedy na czworakach, udaje, że kąsa, i nie zmienia postawy, dopóki nie dam mu innej sugestji. Daję mu nakoniec sugestję, że jest adwokatem, broniącym sprawy swego klienta wobec sądu. Tu staje się dziwna rzecz; ponieważ medyum i na jawie nie jest wymowne, więc wypowiada tylko słowa: „oskarżony, którego bronię“..... mruczy coś i zasypia snem głębokim. Wszystko wyżej przytoczone wydaje się dziwnem, nawet symulacyjnem, lecz mnóstwo podobnych doświadczeń było wykonywanych na ludziach inteligentnych i prawdomównych, którzy po przebudzeniu się nie pamiętali nic z tego, co czynili we śnie somnambulicznym.

Teraz chcę pomówić o suggestjach pohypnotycznych, t. j. suggestjach, danych podczas snu somnambulicznego, lecz wprowadzonych w czyn po przebudzeniu się. Ten dział zjawisk ma niepospolite znaczenie z punktu widzenia praktycznego; o znaczeniu owem pomówimy w trzeciej części mojej pracy. Choć udawały mi się suggestye pohypnotyczne, jednakże przytoczę obserwacye nie moje, lecz BERNHEIM'a, ponieważ jego doświadczenia są bardzo interesujące.

Pewnego dnia, pisze BERNHEIM, w obecności mego kolegi CHARPENTIER'a, dałem pewnemu somnambulikowi podczas snu suggestyę, że po przebudzeniu się weźmie parasol mego kolegi, który znajduje się przy jego łóżku, otworzy go i będzie się przechadzał po korytarzu, przylegającym do sali. Po chwili obudziłem go i, nim otworzył oczy, myśmy się oddalili, aby swą obecnością nie przypomnieć mu suggestyi. Po kilku chwilach zauważyliśmy, że nasz somnambulik zbliża się z parasolem (lecz nie otwartym). Wtedy, zwracając się ku niemu, powiedział: co pan tu robisz? „Korzystam z ładnej pogody“ odpowiada mi. Ale cóż ma oznaczać ten parasol w ręku pańskim, który jest przecież własnością p. CHARPENTIER'a. „Ach, przepraszam, zdawało mi się, że to mój, w tej chwili odniosę go na miejsce, skąd go wzięłem“.

Innemu somnambulikowi (t. j. wpadającemu podczas hypnozy w stan somnambuliczny) poddał BERNHEIM następującą suggestyę: „Gdy pan się obudzisz, przyjdzie panu myśl otworzyć podręcznik chemii, który leży na pańskiej poduszce, i odszukać rozdział, traktujący o złocie — będziesz go pan czytał. Następnie zwrócisz się pan ku mnie i powiesz: „Ach, złoto, złoto, gdybym je posiadał, ofiarowałbym go panu dużo przez wdzięczność za pańskie starania. Niestety, nie posiadam go zupełnie. Nie zarabia się dużo złota ani w marynarce, ani w służbie kolejowej (trzeba dodać, że był to wysłużony marynarz, który podczas tego eksperymentu służył na kolei)“. Po 20 minutach BERNHEIM obudził go i oddalił się, obserwując go zdaleka. Wkrótce zauważył, że chory wyjął futerałik z okularami, założył je, wziął książkę, szukał czegoś przez kilka minut, następnie zaczął czytać; wówczas BERNHEIM się zbliżył i przekonał się, że był to rozdział o złocie. „Dla czego pan to czytasz“, pyta się go BERNHEIM. „Tak sobie, przyszła mi taka myśl“ i czyta dalej. Po chwili przygląda się BERNHEIM'owi i powiada: „Ach, gdybym posiadał złoto, wynagrodziłbym pana, lecz, Niestety, nie posiadam go“. Zaczął znów czytać i po chwili dodał: „Służba na kolei nie zzbogaca człowieka“. Był bardzo zdziwiony, gdy mu BERNHEIM powiedział, że wszystko, co mówił, było mu poddane przez niego. (D. c. n.).

KORRESPONDENCA „MEDYCYNY“.

VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Sprawozdanie z drugiego posiedzenia ogólnego d. 26 lipca r. b.

Posiedzenia sekcyjne VII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie odbywały się z rana i po południu 23, 24 i 25 lipca w gmachu gimnazjum realnego. Dziennika Komitet gospodarczy nie wydawał, co stanowiło wielką trudność dla sprawozdawcy, niewiadomy bowiem był program zajęć i treści odczytów oddzielnych sekcji. Ponieważ zapewniliśmy sobie pewną ilość odczytów i referatów dla „Medycyny“, a pamiętnik zjazdu wkrótce ujrzy światło dzienne, przeto nie podajemy treści odczytów, wygłoszonych w oddzielnych sekcjach; zaznaczymy tylko, że kwestya hematologii w sekcji medycyny teoretycznej zajęła całe posiedzenie i była wyczerpująco dyskutowana. Po zajęciach sekcyjnych uczestnicy zjazdu zwiedzali codziennie szczegółowo wystawę krajową, muzeum hr. DZIEDUSZYCKIEGO, budujące się zakłady przyszłego wydziału lekarskiego i zakład dla obłąkanych w Kulparkowie. Dnia 25 odbył się bankiet pożegnalny w przepięknej hali muzycznej na placu wystawy, zaś 26 lipca drugie ogólne posiedzenie w tejże hali. Przewodniczył prof. OBALIŃSKI z Krakowa. Zastępcami Prezesa byli: d-r Jan SZUMAN z Torunia, prof. August WITKOWSKI z Krakowa, Bronisław ZNATOWICZ z Warszawy i aptekarz SZYMAŃSKI z Poznania. Sekretarzami: prof. d-r Julian SCHRAM z Krakowa, prof. NIEMIŁOWICZ ze Lwowa, d-r Konst. SIERPIŃSKI z Warszawy i d-r Rudolf ZUBER ze Lwowa. Po odczytaniu telegramów zabrał głos kol. NUSBAUM z Warszawy i wygłosił odczyt „O wpływie czynności duchowych na sprawy chorobowe“. Prelegent dał przedewszystkiem definicyę

wzruszeń moralnych i wykazał następnie, jakie zmiany one powodują w ustroju ludzkim i jaki wpływ wywierają na pracę nerwów, na przemianę materii i t. d., wskutek czego wpływają dodatnio lub ujemnie, zależnie od dodatniej lub ujemnej natury wrażeń, na przebieg spraw chorobowych. Widoczne to jest szczególnie w chorobach umysłowych, a także i w innych sprawach chorobowych, pozornie tylko zewnętrznych. Odczyt, zakończony piękną apostrofą do społeczeństwa o rozwoju i podnoszeniu zdrowia moralnego, przyjęło zgromadzenie hucznymi oklaskami.

Następnie prof. FABIAN zdał sprawę z czynności komisji, wybranej dla zwołania przyszłego zjazdu, i zaproponował, aby następny VIII zjazd odbył się w roku 1897 w Poznaniu. Propozycja została przyjęta. Następujący telegram z Poznania przyjęto oklaskami: „Poznańskie polskie społeczeństwo czuć się będzie szczęśliwem, jeżeli będzie mogło następny zjazd lekarzy i przyrodników uraczyć u siebie — i prosi o ten zaszczyt“.

Zjazd następnie przyjął do wiadomości uchwały oddzielnych sekcji.

Sekcja medycyny sądowej i higieny (ref. radca zdrowia D-r OPOLSKI) powzięła następujące uchwały: 1) Postanowiła zaproponować zjazdowi, ażeby polecił sekcji higienicznej wnieść do sejmiku petycję o wydanie ustawy budowniczej dla gmin wiejskich i mniejszych miasteczek, o ile one ustawa z dnia 4. IV. 89 r. nie są objęte. Obecny sposób zabudowywania się ludności wiejskiej jest pod względem higienicznym bardzo wadliwy. 2) Zjazd uznaje potrzebę a) urzędzenia w kraju jednego zakładu szpitali leczniczo-ochronnych wścieklizny; b) udzielania elementarnych zasad higieny w szkołach ludowych i na kursach dopełniających dla młodzieży rzemieślniczej. 3) Zjazd uchwała odnieść się z przedstawieniem do krajowej Rady Szkolnej, że wykład higieny, określony w programie naukowym dla wydziałowych szkół żeńskich, jest nieodpowiedni. Zjazd przeto uznaje potrzebę wydania podręcznika, obejmującego wyczerpująco higienę z uwzględnieniem anatomii i fizjologii ciała ludzkiego w granicach, odpowiadających wykształceniu nauk pobierających. 4) Zjazd wyraża zdanie, iż kąpiele ludowe winny być uważane za sprawę społeczną, kwalifikującą się do niezwłocznego załatwienia w kraju. Należy do zarządzenia i współdziałania zawezwać w tym celu odpowiednio instytucje miejskie i gminne oraz zarządy zakładów przemysłowych. Rodzaj kąpiele, odpowiednich do celów ludowych, określą właściwe władze przy współudziale istniejących w kraju sanitarnych organów doradczych. 5) Zjazd uznaje potrzebę śpiesznego wprowadzenia w życie ustawy, dotyczącej handlu artykułami żywności. 6) Zjazd wyraża zdanie, że budowa tanich a zdrowych mieszkań dla robotników stanowi pilną potrzebę społeczną. Przedsięwzięcie podobne odpowiada rozumnym ekonomicznym zasadom i prostuje nieprawidłowości sanitarne ubogich i ciężko pracujących klas ludności. 7) Zjazd zaleca lekarzom polskim zajęcie się sprawą badania stanu zdrowotności robotników fabrycznych. 8) Zjazd uznaje potrzebę utworzenia stałych posad lekarzy sądowych przy sądach obwodowych (jak to ma miejsce w Translitawii) i wyraża zdanie, że lekarze powiatowi i miejscy powinni odbyć przynajmniej 6 tygodniowy kurs higieny i bakteriologii w uniwersytecie jagiellońskim.

Wnioski sekcji okulistyki przedłożył D-r MACHEK. Wobec bardzo częstej jąglicy w kraju, która wiele osób pozbawia wzroku, a wielu do pracy niezdolnymi czyni, należy: 1) otworzyć kosztem publicznym zakład leczniczy dla dotkniętych jąglicą, 2) ponieważ urlopowanie i uwalnianie ze służby wojskowej żołnierzy dotkniętych jąglicą przyczynia się głównie do jej szerzenia między ludnością wiejską, należy poczynić starania, aby żołnierzy, którzy podczas służby wojskowej ulegli zakażeniu, nie wypuszczać przed wyleczeniem do miejsc zamieszkania, 3) należy rozciągnąć kontrolę nad młodzieżą szkolną przez peryodyczne i z urzędu ustanowione badanie oczu, 4) należy się starać, aby zakłady lecznicze w kraju uwidoczniały w rocznych sprawozdaniach liczbę chorych na jąglicę.

Wnioski sekcji chorób skórnych odesłano bez czytania do wydziału gospodarczego.

Sekcja chemiczno-farmaceutyczna uchwaliła: 1) Sekcja uznaje niezbędną potrzebę zaprowadzenia na wszechnicach i politechnice stałych kursów badania artykułów spożywczych, obowiązkowych dla farmaceutów i tych chemików, którzy pragną uzyskać kwalifikacje na chemików kontrolujących jakość żywności. 2) Sekcja zaleca chemikom polskim żywsze zajęcie się badaniem rop, wosku ziemnego i minerałów bitumicznych krajowych.

Wnioski sekcji geologicznej są następujące: zjazd wyraża przekonanie, że głębokie wiercenie na placu wystawy, do możliwej głębokości doprowadzone, zasługują

na wszelkie poparcie ze strony rządu, kraju i miasta, i wyraża uznanie władzom za udzielone subwencje oraz prezesowi towarzystwa naftowego p. GORAYSKIEMU za złączenie przemysłowców dobrej woli, którzy sprawę tę podjęli.

Wnioski sekcji zoologicznej przedstawił prof. DYBOWSKI. Mapę pogładową prof. WEIGLA, fitograficzną i zoograficzną, poleca się radzie szkolnej krajowej do rozpowszechnienia, jako środek pomocniczy przy nauce geografii, fizyografii i historii naturalnej.

Wnioski sekcji matematycznej (Prof. D-r FABIAN). 1) Sekcja matematyczna wyraża życzenie, ażeby w organie Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych rozwinęty został bardziej dział artykułów treści matematyczno-fizycznej; również wyraża życzenie, ażeby wszelkie fachowe matematyczno-fizyczne pisma polskie obok prac samodzielnych podawały szczegółowe sprawozdania z ruchu na tem polu. 2) Sekcja uznaje nieodzowną konieczność krótkiego podręcznika tych elementów matematyki wyższej, które są niezbędne dla słuchających wykładów uniwersyteckich fizyki.

Sekcja weterynaryi (ref. D-r KRÓLIKOWSKI) uchwaliła na podstawie korzystnych wyników, otrzymanych w ostatnich czasach ze szczepionką CIESZKOWSKIEGO w Rosyi oraz ze szczepionką PASTEUR'a na Węgrzech przeciw węglikowi, poczynić odpowiednie kroki o wyjednanie funduszów celem przeprowadzenia próbnych szczepień na bydło w okolicach nadwiślańskich, nadniestrzańskich i nadbużańskich.

Prof. CIESIELSKI imieniem sekcji botanicznej przedstawia co następuje: uznając potrzebę ustalenia wyrazownictwa w botanice, sekcja XIII uchwaliła: 1) przy tworzeniu wyrazownictwa rodzimego przyjmuje się za zasadę, że tylko dla tych spraw i rzeczy potrzebne są nazwy polskie, które wchodzą w zakres ogólnego wykształcenia; dla wszelkich innych, wchodzących w zakres nauki zawodowej, należy zatrzymać nazwy ogólnie przyjęte, grecko-lacińskie; 2) na dwóch po sobie następujących zjazdach przyrodników i lekarzy ma być kwestya wyrazownictwa rozbieżna jako 1-szy punkt porządku dziennego sekcji botanicznej, w którym to celu interesowani powinni dostarczyć materiały. Na 3-im zaś zjeździe dopiero powzięte będą uchwały.

Na tem zakończono formalne czynności zjazdu. D-r Emil DUNIKOWSKI, jeden z prezesów zjazdu, wygłosił następnie mowę pożegnalną, w której przedewszystkiem prosił o pobłażliwość dla komitetu gospodarczego, jeżeli nie spełnił zadania swego tak, jak go spełnić zamierzał. Następnie dał wyraz żalowi, że drogich gości z dalszych stron kraju już tak prędko pożegnać musi. Mówca żegna jednak także z pewnem uczuciem radości, bo widząc wśród uczestników zjazdu mężów nauki, których imiona słyną szeroko po za granicami kraju, jest pewny, że zjazd przedewszystkiem tę korzyść przyniesie, iż stwierdzi, że naród polski pod względem pielęgnowania nauk przyrodniczych i wiedzy lekarskiej nie stoi wtyle, lecz śmiało dotrzymuje kroku innym narodom kulturalnym. Nie mówiąc już o przesławnym grodzie podwawelskim, wskazuje mówca na Lwów, gdzie dzięki łasce Monarszej uzupełniony uniwersytet da nową pobudkę do dalszej pracy naukowej, do dzielnej emulacji uniwersytetu z krakowską siostrzycą. Następnie mówca postawił wniosek, z zapalem przyjęty przez zgromadzenie, które z miejsc powstało, aby złożyć hołd czcigodnemu Włodz. hr. DZIEDUSZYCKIEMU, wspaniałomyślnemu twórcy Muzeum, któremu równego, założonego ofiarnością prywatną, niema podobno w żadnym kraju w Europie. Mówca wreszcie pożegnał zgromadzonych wyrazami: „do widzenia za trzy lata w Poznaniu — a daj Boże kiedyś i w Warszawie“.

Hr. DZIEDUSZYCKI przemówił: „Nie potrafię podziękować w tej chwili inaczej jak słowami: Panie Boże zapłać za dobre serce! czuję, że wkładacie na mnie jeszcze większy obowiązek, nie spełnię go może, bo sił już nie mam, ale przyjmijcie zapewnienie, że do ostatniej chwili z drogi, jaką obrałem, nie zejść“.

Pan August GORAYSKI złożył uczestnikom zjazdu najszczerze podziękowanie w imieniu prezydium i dyrekcji Wystawy za wspaniałe uświetnienie wystawy tym zjazdem i wskazał na podniesienie ducha, jakie wogóle z powodu licznych zjazdów musiało nastąpić w najszerszych kołach pracowników na rozmaitych polach prac społecznych i naukowych.

Jeden z uczestników imieniem gości warszawskich podziękował za przyjęcie i wyraził zapewnienie, że odjeżdżają oni z uczuciem uszanowania dla pracy, jaka się odbywa w Galicyi, zachwyceni poprostu tą pracą. Mówca zaznaczył, że teraz, gdy Lwów otrzyma fakultet medyczny, punkt ciężkości naukowego kultywowania wiedzy

lekarskiej z natury rzeczy z Warszawy do Lwowa przesunąć się musi. Mówca dodał wyrazy uznania dla sfer odnośnych, które przy obsadzaniu posad lekarskich i profesor-skich okazują wielką tolerancję i nie kierują się bynajmniej partykularyzmem pro-wineyonalnym. Za nader gościnne przyjęcie wyraził mówca serdeczne podziękowanie komitetowi gospodarczemu i prezydium wystawy.

Imieniem gości poznańskich pożegnał zgromadzenie D-r SZUMAN z Torunia, przy-pominając prośbę o przybycie na zjazd za trzy lata do Poznania.

Prez. prof. OBALIŃSKI, zamykając zjazd, wyraził podziękowanie wydziałowi go-spodarczemu, który jakkolwiek działał w okolicznościach niekorzystnych, jednak świetnie się z zadania wywiązał; dalej reprezentantowi wydziału krajowego D-rowi HOSZARDOWI i prezydentowi miasta MOCHNACKIEMU za gorące słowa powitania w imie-niu kraju i stolicy; dalej prezydium, wystawcom, a także wszystkim uczestnikom, któ-rzy licznym swym udziałem, nie szczędząc czasu i trudów, połączonych z przybyciem na zjazd, stwierdzili nieprzedawnione prawo nasze przynajmniej pod względem wspól-ności językowej.

Na tem VII zjazd został zamknięty.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= OBERDOERFER. Słódko o natrys-kach KNEIPP'a. Autor, dyrektor sanatorium w Gódesbergu nad Renem, występuje z bezstron-ną krytyką metody KNEIPP'a, usiłując z jednej strony nakłonić lekarzy, szczególnie zaś hydro-terapeutów, do sprawdzenia drogą naukową ty-le okrzyzowanej metody, z drugiej zaś położyć tamę przesadzoną nadziejom chorych i nadu-życiom jej kosztem popełnianym.

KNEIPP stosuje natryski na ciało nieoziębione, unikając przytem mechanicznego ucisku na skórę. Zimna woda wywołuje z początku skurcz naczyń skóry, z chwilą zaś wystąpienia następ-czego zaróżowienia skóry natrysk zostaje przer-wany. Chory, nie osuszając się, wdziewa suknie i stara się rozgrzać przez wykonanie ruchów, przyczem z początku doznaje naprzemian to u-czucia zimna, to ciepła, aż wreszcie ostatecznie rozgrzewa się na dobre. Szereg takich odczy-nów nie tylko powoduje obity przepływ krwi przez skórę, lecz także gimnastykuje mięśnie naczyń i wzmacnia pobudliwość nerwów naczyni-oriuchowych. Jak widzimy, idea KNEIPP'a nie jest pozbawiona podstawy fizyologicznej. Jeżeli dodamy do tego, iż o metodzie podobnej nic w li-teraturze znaleźć nie można, to trudno zaprze-czyć, iż KNEIPP'owi należy się zasługa wprowadzenia opisanych natrysków do terapii.

Nie w każdym jednak przypadku metoda da się zastosować. U chorych niedokrwistych i wy-cieńczonych, leczonych szablonowo metodą KNEIPP'a, można wywołać oplakane następstwa, jakie już niejednokrotnie widziano w Wörissho-fen i w bezkrytycznie prowadzonych zakładach Kneipowskich, a które, jak to łatwo zrozumieć, ukrywane bywają przez lekarzy pod korcem, a przez chorych zamilczane wprost ze wstydu. Ja-ko dowód O. przytacza przypadek, tyżący się młodego człowieka epileptyka, który podczas

natrysku, własnoręcznie wykonanego przez KNEIPP'a, dostał gwałtownego napadu drgawek i bezpośrednio po tem wyzionął ducha. Zresztą osoby z obozu samego KNEIPP'a, lekarze, roz-powszechnianiu metody swego mistrza poważne stawiają zapory. Jeden np. z nich, uczeń KNEIPP'a i często przez niego polecany, wyra-ził się, iż leczenie KNEIPP'a jest szablonowe i nie przemawia do jego przekonania; inni znów wyjawili przed O., że metoda ta nie jest wystar-czająca do leczenia wielu chorób. Zresztą co-dziennie słychać głosy, narzekające, iż chorzy, którzy uciekali się do KNEIPP'a, nietylko nie doznali polepszenia, ale nawet zauważyli nie-wątpliwe pogorszenie pod wpływem kuracji.

Z drugiej znów strony nie ulega wątpliwości, iż niektóre cierpienia mogą być przez tę meto-dę wyleczone; przypadki takie są znane. Dłate-go też, by kwestye te ostatecznie rozstrzygnąć, należy, ażeby lekarze nie lekceważyli tej metody dlatego, że ją wprowadził profan, lecz wzięli z niej to, co w niej jest dobrego, nie zważając na źródło. Niektórzy lekarze pragnęli wydać sąd o metodzie KNEIPP'a, przypatrując się osobiście jego zabiegom. Sądy te jednak wy-padły rozmaicie: jedni stali się gorącymi zwolennikami KNEIPP'a i utworzyli nawet odpo-wiednie stowarzyszenie, inni znów zupełnie go osądzili. Ci ostatni jednak osądzili właściwie tylko samego KNEIPP'a, zarzucając mu, iż nie nowego w jego metodzie niema, że znane rzeczy ochrzcił nowem mianem. Po części jest to racya, ale nie ulega kwestyi, iż sposób stosowania na-trysków, opisany powyżej, stanowi nowość. Co do tej właśnie nowości lekarze powinni wydać swoje zdanie o znaczeniu jej zarówno naukowem, jak i praktycznem. O. twierdzi, że natryski, o których mowa, w pewnych chorobach, a także dla zahartowania zdrowych są środkiem nieoce-

nionym. Odczyn skóry, występujący po ruchach, jest daleko przyjemniejszy i trwalszy, niż po osuszeniu i rozcieraniu ciała. Uważać jednak metodę rzeczoną za środek uniwersalny jest postępowaniem szablonowem, jednostronnem i nienaukowym. O. zwraca się do lekarzy z prośbą o zakomunikowanie mu przypadków, w których t. zw. kuracja KNEIPP'a okazała się szkodliwą, ażeby przez następne ich zestawienie wytworzyć sobie jasny i przedmiotowy obraz, wykazujący ciemne strony tego sposobu leczenia. Dotychczas bowiem słychać tylko o przypadkach cudo-

wnego wyleczenia przez KNEIPP'a, należy im przeto przeciwstawić szereg przypadków z odmiennym wynikiem. (Internat. Kl. Rundschau. 1894. N. 24). *Klejn.*

== PICCININI przekonał się, że gwałtownie, wprowadzony podskórnie w ilości 12—15 grm., wywołuje niewielką peptonurę; tak samo, tylko silniej, zachowuje się antyfebryna, podawana w ilości 3 grm. na dobę; wreszcie peptonurę wywołuje, choć nie zawsze, i salicylan sodu w ilości 4—6 grm. na dobę. (Gaz. d. Osp. 1894).

Wiadomości bieżące.

— Epidemia cholery czyni w dalszym rozwoju ciągle i dość dotkliwe postępy. Sprawozdanie nasze (patrz Nr. 30 „Medycyny“) doprowadziło do dnia 22 z. m., w którym to dniu we wszystkich oddziałach cholerycznych pozostało na dalszej kuracji chorych 68. Od tej daty zaś do dnia 4 b. m., t. j. w ciągu dni 12 przybyło wszystkich chorych 303, z których zmarło 137, wyzdrowiało 127, pozostaje na dalszej kuracji chorych 95. Największą liczbę chorych sprowadzono w ciągu tego czasu do szpitala starozakonnym—127, z których zmarło 51, wypisano 40, pozostało 36. Następne miejsce przypada szpitalowi na Pradze, do którego przybyło chorych 111, zmarło z nich 56, wyzdrowiało 47, pozostało 32. Do szpitala zapasowego przybyło (od 23 z. m.) chorych 49, zmarło 22, wyzdrowiało 6, pozostało 21. W szpitalu zaś Dz. Jezus, w którym leczą się tylko pozostali dawniejsi chorzy, pozostało wszystkiego 8 chorych. Jeśli teraz zestawimy razem dane za cały miesiąc lipiec r. b., to przekonywamy się, że wszystkich przypadków cholery w szpitalach było około 386, z których śmiertelnie zakończonych było 160, pomyślnie zaś 156. Dodać jednak tu muszę, że za zupełną ścisłość tych cyfr nie odpowiadam, gdyż trudno bardzo naprędce je sprawdzić. Jeśli do liczby tej dodamy znaczną bezwątpienia ilość chorych, leczących się jawnie i potajemnie w domu, to pokazuje się, że epidemia u nas znajduje się w fazie dalszego rozwoju i zaczyna być poważną dla nas troską.

Na szczególną uwagę i opiekę zasługuje przedmieście Praga, gdzie epidemia przeważnie się sroży. Na wyróżnienie zasługują ulice: Żąbkowska i Targowa, które dostarczyły w ciągu ostatnich 12 dni po 17 chorych, Brukowa 16, Wołowa 11, Radzywińska 8, Grochowska 7, Mos-

kiewska 4 przypadki. Chorzy z Pragi pochodzą z następujących ulic: Szeroka 26, 1 i 12 (dwa przypadki), Sporna 4, 1 i 5, Kępna 15 i 13, Pannieńska 105 i 103, Białostocka 5 i 51, Łomżyńska 15 (2 przypadki), Folwarczna 25, 23 i 1, Brzeska 16 i 14, Łochowska 27 (2 przypadki), Szmułowska 8 i Aleksandrowska 6. Chorzy z Warszawy pochodzą z następujących ulic: Czerniakowska 44 (2 przypadki) i 1, Dobra 7 (2 przypadki), Ostrowska 8 i 9, Grzybowska 25 i 23, Smocza 21 i 50, Wołyńska 21 i 24 (3 przypadki), Pańska 80, 51 i 75, Wolska 52, 12 i 54, Nowolipki 80 i 31, Franciszkańska 20 i 6, Twarda 53 i 3, Przemysłowa 19 i 31, Nizka 28, 33, 43 i 51, Solec 55 i 31, Chmielna 79 i 77, Furmańska 12 (3 przypadki), Burakowska 23 i 25, Leszno 96 (3 przypadki) dom izolacyjny, Piekarska 3, Maryensztadt 2, Wspólna 12, Marszałkowska 124, Freta 12, Zajęcza 6, Piaszkowa 12, Towarowa 6, Wielka 5, Ogrodowa 64, Drewniana 7, Zakątna 2. Rybaki 6, Muranowska 47, Gęsia 105, Chłodna 56, Wronia 50, Tarczyńska 2, Kościelna 7, Esplanadowa 10, Wązki Dunaj 6, Bracka 12, Podwał 11, Bugaj 18, Oboźna 1, Nowolipie 62, Wisła (2 przypadki), oraz wsie: Wola, Zegrze, Kolo, Czyste (3 przypadki) i miasta: Grodzisk, Grójec, Biała, Kutno, Stanisławów i Lublin. *J. Sz.*

— **Zmarli.** Dr Henryk PODOWSKI b. lekarz naczelny szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie. Urodził się w Warszawie w roku 1804 i tu wydział lekarski ukończył w roku 1829. Doktoryzował się w Berlinie w 1830 r. W latach 1830—32 był ordynatorem szpitala Ś-go Ducha, w r. 1832 został mianowany lekarzem szpitala Ś-go Łazarza, a w sześć lat później lekarzem naczelnym; na tem miejscu pozostawał do roku 1882. Przez wiele lat był członkiem Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego.